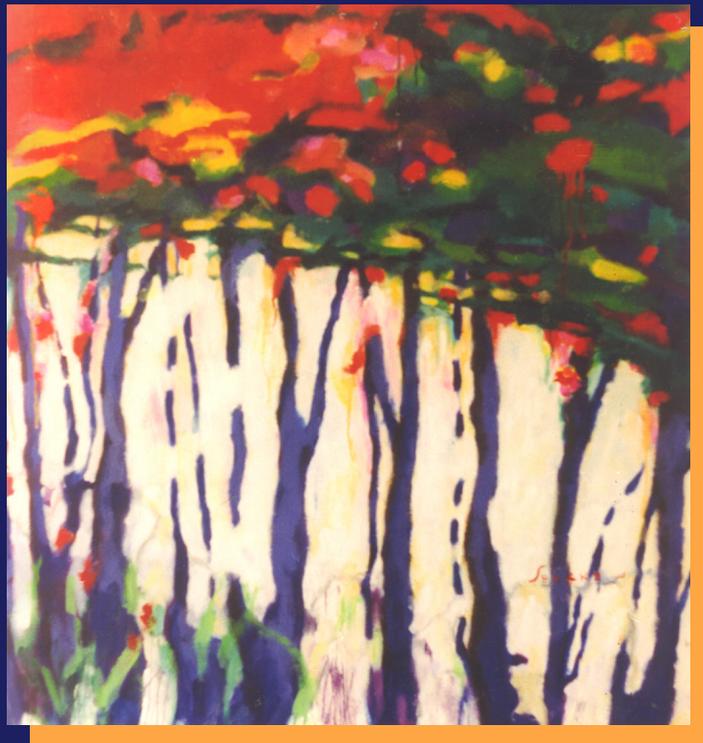


V **ERTEX**
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
47



**TECNOLOGÍA MÉDICA
Y SUBJETIVIDAD**

Ameal / Cahn / Finkelievich

Finvarb / Gabay / Hutton / Pfortner

Sala / Schwartz / Stagnaro / Treisman / Zirulnik

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

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremlit (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), F. Caroli (París), M. Cetcovich Bakmas (Bs. As.), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), J. Forbes (S. Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. Heerlein (Sgo. de Chile), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), F. Lolas Stepke (Sgo. de Chile), H. Lóo (París), J. Mari (S. Pablo), M. A. Matterazzi (Bs. As.), J. Mendlewicz (Bruselas), A. Monchablon Espinoza (Bs. As.), R. Montenegro (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst, (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), L. Salvarezza (Bs. As.), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), T. Tremine (París), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluck, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusevich, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Silvia Wikinski.

Corresponsales

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

Corresponsales en el Exterior

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

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

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

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Servicio Integral Gráfico
Cándor 2877 Avellaneda, Pcia. de Bs. As.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XIII N° 47, MARZO – ABRIL – MAYO 2002

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Nuevas drogas: Éxtasis y Gamma-Hidroxi-Butirato (GHB),
N. Feldman, M. Croquette-Krokar pág. 5
- Conocimiento de Residentes de Salud Mental sobre precios
y disponibilidad de los fármacos que prescriben,
J. Bustin, J. Cassone, S. Figueroa pág. 9

DOSSIER

TECNOLOGIA MÉDICA Y SUBJETIVIDAD

- Biomedicina o Medicina antropológica, J. C. Stagnaro pág. 19
- Subjetivación e interconsulta frente a las nuevas patologías
y tecnologías, G. Finquelievich, P. Gabay pág. 27
- La psiquiatría y el virus de la inmunodeficiencia
humana (VIH), G. J. Treisman, J. M Schwartz, H. Hutton pág. 32
- Del cuerpo HIV al cuerpo ARV, J. L. Zirulnik, R. Cahn,
S. Pfortner, F. Ameal, P. Cahn pág. 44
- Incidencia de los avances terapéuticos en niños
y adolescentes que padecieron cáncer, G. M. Finvarb pág. 48
- ¿Cuál es el pedido de Interconsulta psiquiátrica y
psicológica cuando el paciente tiene cáncer?, V. Sala pág. 53

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- El enfoque psicosomático en medicina,
por Franz Alexander pág. 59

CONFRONTACIONES

- El pensar y el hacer del psicoanalista hoy, S. Zysman pág. 66
- Reportaje a Kennet Schulman,
por S. Strejilevich, J. Bustin y E. Dabi pág. 70

SEÑALES

- "Señales" pág. 77
- Índice alfabético de autores pág. 79

Vertex
**Revista Argentina de
Psiquiatría**

Aparición
trimestral:
marzo, junio,
setiembre y
diciembre de cada
año, con
dos Suplementos
anuales.

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

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

Ilustración de tapa

Alicia Beatriz Seoane - Sin título - Acrílico sobre tela - 1m x 1m

EDITORIAL**U**

na y otra vez hemos alertado en anteriores editoriales sobre la explosiva situación que vivía nuestra sociedad. Desde nuestro último número de **Vertex**, aparecido en ese lejano diciembre de 2001 ha ocurrido mucho en la Argentina. De lo bueno y de lo malo. Vimos, con sorpresa algunos, con alivio otros, con la seguridad de quien lo estaba esperando los menos, cómo los argentinos se ponían de pie y salían a golpear sus cacerolas cuando escucharon las fatídicas, las impronunciadas palabras: "Estado de sitio". Fue una marea humana la de aquellos días. Y, a pesar, de la caótica situación social y la movilización general, todo se desarrolló defendiendo los límites del Estado democrático y obligando a encontrar soluciones en el marco de sus instituciones. Los argentinos salían a la calle y volvían a sus hogares al ritmo de los cambios institucionales como si una inmensa asamblea plebiscitara sus propuestas en un latido de participación social y política sin precedentes en nuestra historia. Y ese proceso sigue, con altos y bajos, pero sigue. Eso fue lo bueno. Pero la violenta partera de la historia decidió aconsejar a los autoritarios de siempre, y a los privilegiados que se esconden detrás de ellos, que no dejaran pasar las cosas así, que era un mal ejemplo para el futuro, que no debíamos acostumbrarnos gratuitamente a decidir con libertad y a imponer esa decisión a los poderosos. Y, entonces, vinieron los caballos y los gases y las balas de goma y de las otras... y más de treinta jóvenes argentinos quedaron mirando, con sus ojos todavía llenos de esperanza, un cielo que se avergonzó por tanta brutalidad. Eso fue lo malo. Como es mala la penuria que atraviesan nuestros desocupados, la de los miles de conciudadanos sumidos en la pobreza extrema, la de los que penan por los hospitales en busca de ayuda y medicamentos que escasean o no pueden comprar, la del hambre y los cerebros que no maduran bien hipotecando el futuro de sus portadores y de todos nosotros. Quisiéramos que este número de **Vertex** vaya en homenaje a todos ellos. Un número particular, realizado con el esfuerzo de un equipo que no cesa en el empeño de dar a los psiquiatras argentinos un ámbito para la publicación de su producción científica con la mayor calidad. Un ámbito de gente que, como los suscriptores que nos acompañan indefectiblemente, cree en nuestra comunidad profesional y en nuestro país y está persuadido de que es posible aprender, curar, trabajar y vivir en esta tierra. Un grupo que ha puesto sobre sus espaldas la tarea de hacer circular la producción de los psiquiatras argentinos entre sí y en el exterior por vía de las bases de datos internacionales en cuya conquista pusimos tanto esfuerzo a lo largo de años. Este número de **Vertex** tiene un paisaje gráfico particular. Recorriendo sus páginas se verá la presencia solidaria de quienes han apoyado su edición en tiempos borrascosos ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, Y de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

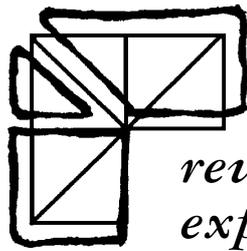
INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

- 1) Articles for publication must be sent to **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, Moreno 1785, 5° piso, (C1093ABG), Buenos Aires, Argentina.
- 2) Articles submitted for publication must be original material. The author must send to the attention of the Editorial Board three printed copies of the article and one copy in PC, 3.5" DS/HD diskette, indicating the software program used and the file name of the document. The title of submitted article must be short and precise and must include the following: author/s name/s, academic titles, institutional position titles and affiliations, postal address, telephone and facsimile number and electronic mail address (e-mail). The article must be accompanied by a one page summary with the title in English. This summary must be written in Spanish and English languages, and consists of up to 150 words and should include 4/5 key words. The text itself must have a length of up to 15 pages, (approx. 1620 characters each page).
- 3) Bibliographical references shall be listed in alphabetical order and with ascending numbers at the end of the article. The corresponding number of each references must be included in the text. Example:
Text: "The work on schizophrenia in young people (4) has been reviewed by others authors (1).
Bibliography: 1. Adams, J., ...
4. De López, P.,

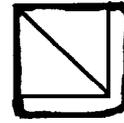
- a) Journals and Periodicals publications: author/s surname name/s, initials of first and second name/e, title, name and year of publication, indicating volume number, issue number, and first and last page of the article.
 - b) Books: surname of author/s, initials of first and second name/s, title of the book, city of edition, editor's name, year of publication.
- 4) Other notes (explicative, etc.) must be indicated with an asterisk in the text and must be presented in only one page.
 - 5) Tables and graphics shall be presented each in a single page including its corresponding text and must be carefully numbered. They would be presented in such a way to allow print reduction if necessary.
 - 6) At list two members of the Scientific Committee, that will remain anonymous, must read the article for reviewing purposes. The author shall remain anonymous to them. Reviewers must inform the Editorial Board about the convenience or not of publishing the article and, should it be deemed advisable, they will suggest changes in order to publish the article.
 - 7) The views expressed by the authors are not necessarily endorsed by the Editors, neither the opinions of persons expressed in interviews.
 - 8) The Editorial Board will not return the printed articles.
 - 9) All articles accepted by the Editorial Board cannot be reproduced in other magazine or publication without the authorization of Vertex editorship.

RÈGLEMENT DE PUBLICATIONS

- 1) Les articles doivent être adressés à la rédaction: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
 - 2) Les articles doivent être originaux. Ils doivent être présentés sur disquette (préciser le logiciel et la version utilisée, le nom du document) et accompagnés d'une version papier en 3 exemplaires. Le titre doit être court et précis. Les articles comportent, les noms et prénoms des auteurs, la profession, si cela est le cas, les fonctions institutionnelles, l'adresse, les numéros de téléphone et de fax, le courrier électronique. Sur une feuille à part, doivent figurer : 4 ou 5 mots-clé, les résumés, en espagnol et en anglais, qui ne peuvent excéder 150 mots, le titre de l'article en anglais. Le texte complet de l'article ne doit pas dépasser 12 à 15 pages (format 21X29,7), et comprendre approximativement 1620 signes par pages.
 - 3) Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique en fin de texte, puis numérotées par ordre croissant. C'est le numéro qui correspond à chaque référence qui sera indiqué entre parenthèses dans le texte. Exemple :
Texte : le travail qui mentionne la schizophrénie chez les jeunes(4) a été revu par des auteurs postérieurs(1).
Bibliographie: 1. Adams, J.,...
4. De López, P.,...
 - a) s'il s'agit d'un article, citer : les noms et les initiales des prénoms des auteurs, le titre de l'article, le nom de la revue, l'année de parution, le volume, le numéro, la pagination, première et dernière page.
 - b) S'il s'agit d'un livre : noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution.
- 4) Les notes en bas de page sont signalées dans le texte par un astérisque* et consignées sur une feuille à part, qui suit immédiatement la page du texte auquel se réfère la note.
 - 5) Les graphiques et les tableaux sont référencés dans le texte, présentés en annexe et soigneusement numérotés afin de faciliter une éventuelle réduction.
 - 6) L'article sera lu par, au moins, deux membres du Comité scientifique – sous couvert de l'anonymat des auteurs et des lecteurs. Ces derniers informeront le Comité de rédaction de leur décision : article accepté ou refusé, demande de changements.
 - 7) La revue n'est pas tenue pour responsable du contenu et des opinions énoncées dans les articles signés, qui n'engagent que leurs auteurs.
 - 8) Les exemplaires des articles reçus par Vertex, ne sont pas restitués.
 - 9) Les auteurs s'engagent à ne publier, dans une autre revue ou publication, un article accepté qu'après accord du Comité de rédaction.



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Nuevas drogas Éxtasis y Gamma-Hidroxi-Butirato (GHB)

Nelson Feldman

Médico Psiquiatra FMH, Division d'abus de substances, Dépt. de Psychiatrie, HUG, Genève, Suisse.
E-mail: Nelson.Feldman@hcuge.ch

Marina Croquette-Krokar

Medico Psiquiatra FMH, Division d'abus de substances, Dépt. De Psychiatrie, HUG, Genève, Suisse.

Introducción

El objetivo de este artículo es el de presentar ciertas drogas cuya utilización se ha extendido de manera progresiva en la última década. Los principales utilizadores de las mismas son adolescentes y adultos jóvenes. Resulta muy importante que los médicos y los demás profesionales de la salud que están en contacto con esa población estén informados de los riesgos y del mecanismo de acción de estas sustancias.

Las encuestas epidemiológicas llevadas a cabo en Suiza y otros países europeos dan una idea de este consumo. Una investigación llevada a cabo por la ISPA muestra que hasta un 94% de consumidores de Éxtasis utilizan igualmente otras sustancias(3). El consumo de algunas de estas sustancias ocurre durante las veladas "tecno" o "rave" en búsqueda de un efecto "contactógeno", es decir desinhibidor o favorecedor del

contacto social. En un estudio reciente realizado en Munich sobre 3024 adolescentes, la prevalencia en el curso de la vida del uso de Éxtasis fue de 4% en los varones y de 2,3% en las mujeres, con un aumento en función de la edad. Entre los consumidores, la mayoría (97%) utilizaba también otros productos (cannabis, psicoestimulantes, alcohol)(15).

En ocasión de las consultas de salud de estos jóvenes pacientes se impone despistar la utilización de estas sustancias e informarlos sobre los potenciales riesgos ligados a su consumo. En el caso de las urgencias médicas es igualmente importante conocer los efectos secundarios y la conducta a seguir si se presentan signos de intoxicación.

Éxtasis

El Éxtasis es la 3-4 metileno-dioxi-metanfetamina

Resumen

Desde hace varios años las veladas "tecno" y "rave" se acompañan de un consumo creciente de sustancias tales como el Éxtasis y el Gamma-Hidroxi-Butirato (GHB). En este artículo, sus autores describen los efectos secundarios y tóxicos de esas drogas. Estos datos deben alertar sobre el riesgo de considerar banal el uso de este nuevo modo de consumo de sustancias.

Palabras clave: Consumo de sustancias – Éxtasis – Gamma-Hidroxi-Butirato (GHB).

NEWS DRUGS: ECTASY AND GAMMA-HYDROXY-BUTYRATE (GHB)

Summary

For several years the "raves" and "tecno" parties are accompanied of a growing consumption of such substances as Ecstasy and Gamma-Hydroxy-Butyrate (GHB). In this article, their authors describe the secondary and toxic effects of those drugs. These data should alert about the risk of considering this new way of substance abuse as a banal fact.

Key Words: Substance Abuse – Ecstasy – Gamma-Hydroxy-Butyrate (GHB)

Cuadro 1

Efectos buscados por los consumidores
 Euforia, desinhibición
 Facilitación de la comunicación
 Disminución de la fatiga
 Pérdida de la noción de tiempo
 Excitación psicomotriz

(MDMA). Esta droga fue sintetizada en 1912 por los laboratorios Merck durante la búsqueda de productos con efecto anorexígeno y forma parte del grupo de las moléculas psicoestimulantes. En los años '60, fue utilizada en el ambiente "pop" por sus efectos estimulante y desinhibidor y, en los '70 se empleó, a título experimental, en pacientes bajo tratamiento psicoterapéutico. Finalmente, en 1985, fue declarada ilegal en los EE.UU. y retirada de la farmacopea. A partir de los años '80 en los EE.UU. y de los '90 en Europa esta molécula comenzó a utilizarse en forma creciente en los espectáculos de música "tecno" a partir de su fabricación en laboratorios clandestinos integrándose a la serie de las llamadas designer drugs. Su capacidad para producir desinhibición, contacto fácil y excitación psicomotriz favoreció su difusión creciente en recitales y veladas danzantes de música "tecno" y "rave" (ver Cuadro 1).

a. Farmacocinética

Después de la ingestión oral de una dosis habitual de 100 a 150 mg el comienzo del efecto se presenta 20 minutos después y dura 4 a 6 horas. Una parte de la molécula se transforma en el primer pasaje hepático en metabolitos y otra parte es eliminada sin transformación por vía urinaria. La detección en orina es posible durante 72 horas(13).

b. Mecanismo de acción a nivel neurobiológico

El Éxtasis presenta diversos modos de acción: por

un lado favorece la liberación de serotonina e inhibe su recaptura, aumentando la intensidad y la duración de la acción serotoninérgica. Paralelamente, una inhibición de la síntesis de serotonina conduce, en segundo lugar a una depleción de ese neurotransmisor, lo que podría explicar la fatiga consecutiva y la vivencia depresiva de ciertos consumidores luego de tomas sucesivas de la droga. Esto explica, también, la atenuación del efecto luego de dosis repetidas y el riesgo de potencializar los efectos secundarios. Para el sistema serotoninérgico, entonces, el Éxtasis tiene una respuesta bifásica: en un primer tiempo favorece la liberación de la serotonina en la hendidura sináptica y, luego, en un segundo tiempo, provoca una depleción del neurotransmisor en las terminales correspondientes. La MDMA aumenta también la liberación de dopamina y de noradrenalina (alta afinidad por el receptor alfa²). Este mecanismo explica el riesgo de aparición de un cuadro similar al síndrome neuroléptico maligno y a efectos cardiovasculares descritos en la literatura. Igualmente se verifica un incremento en la secreción de prolactina y cortisol(1, 13).

c. Efectos secundarios

La variedad de efectos secundarios es muy amplia. Ellos pueden ir desde los menos graves y más frecuentes hasta los más dramáticos: síndrome serotoninérgico (fiebre, confusión, hipertensión arterial, hipertonía muscular), hipertermia maligna y accidentes cardiovasculares.

En un informe reciente la OFSP concluyó, sin embargo, que la mortalidad imputable a Éxtasis es pequeña y que su potencialidad para desarrollar dependencia física es bajo(3).

El Cuadro 2 resume el conjunto de efectos secundarios informados en la literatura.

En algunas publicaciones recientes se han comenzado a comunicar ciertos estudios sobre los comportamientos sexuales de riesgo favorecidos por el con-

Cuadro 2
Efectos secundarios del Éxtasis

Psiquiátricos

Trastornos ansiosos
 Ataques de pánico
 Trastornos del sueño
 Excitación, reacción agresiva
 Riesgo de descompensación psiquiátrica en personalidades predisuestas

Efecto rebote 24 horas después:

- fatiga extrema
- reacción depresiva: anhedonia

Fenómenos de flashback (después de la supresión del consumo)

Somáticos

Nauseas, vómitos
 Contracturas musculares, trismus
 Agotamiento físico
 Riesgo de deshidratación
 Arritmia cardíaca, taquicardia, hipertensión arterial

Hipertermia
 Reacción hipertérmica con coagulación intramuscular diseminada (CIVD)

Rabdomiolisis e insuficiencia renal
 Hepatotoxicidad (frecuentemente asociada a hipertermia)
 Accidente cardiovascular
 Síndrome neuroléptico maligno
 Muerte asociada al uso de Éxtasis (15 casos comunicados en Inglaterra en 1992)

Cuadro 3**Factores que aumentan la toxicidad del Éxtasis**

Deshidratación
 Hiperactividad
 Utilización simultánea de otras sustancias
 (alcohol, LSD)

Cuadro 4**Prevención de las complicaciones por uso de Éxtasis**

Hidratación suficiente
 Pausas regulares
 Sala con aire acondicionado
 Evitar uso concomitante de alcohol y de otras drogas

sumo de MDMA(8). Ciertos factores incrementan la toxicidad del Éxtasis (ver Cuadro 3).

d. Neurotoxicidad

La inyección de Éxtasis en modelo animal (rata, primates) provoca la destrucción de neuronas serotoninérgicas. En los primates la dosis neurotóxica es cercana de las dosis utilizadas con objetivo recreativo en humanos. En la rata la dosis necesaria para obtener ese efecto es netamente superior a las dosis ingeridas por los usuarios de la droga.

En el modelo animal, la neurotoxicidad y el déficit cognitivo consecuente están ligados a la dosis total utilizada. Ciertos casos de trastornos neuropsicológicos en consumidores de Éxtasis ya han sido reportados. Hasta que todo el abanico de efectos de acción de la MDMA sea bien conocido el riesgo de neurotoxicidad debe ser tenido seriamente en cuenta ya que constituye el riesgo principal(1, 5, 13, 15).

Un porcentaje importante de comprimidos que contiene Éxtasis incluyen también otras sustancias como alucinógenos (LSD) otros estimulantes (caféina, anfetaminas) e inclusive analgésicos o anabólicos. Estas asociaciones potencian los riesgos de efectos secundarios y tóxicos.

e. Prevención secundaria

En el Cuadro 4 se enumera cierta cantidad de medidas que se recomiendan para prevenir los riesgos y daños del consumo de Éxtasis durante las veladas y recitales.

En algunos países se analizan los productos que se venden en las veladas "rave" a fin de garantizar la pureza y la dosis de los mismos.

En Suiza, la OFSP no aprueba la instauración de esas medidas, debido a que la fiabilidad de esos tests rápidos es discutible y sobre todo porque la producción y la venta de Éxtasis están prohibidas. Según la OFSP las informaciones obtenidas por medio de los tests rápidos podrían otorgar a los consumidores una seguridad que no es conveniente(4). En 1999, el Cantón de Berna puso en práctica un proyecto piloto de un año de duración para practicar ese tipo de testeo de píldoras de Éxtasis.

f. Tratamiento de las complicaciones**1. Complicaciones agudas**

La asociación de una deshidratación con los efectos tóxicos del MDMA es grave. Las características de la reacción aguda se parecen a la combinación de un síndrome serotoninérgico con un síndrome neuroléptico maligno con hipertermia, rigidez, contracturas musculares, confusión mental y agitación. La temperatura puede llegar a 42°C, el sujeto perder conocimiento y presentar riesgo de convulsiones. Dado de que se trata de un diagnóstico por exclusión este

cuadro debe ser diagnosticado diferencialmente de la intoxicación con otras drogas, los traumatismos craneoencefálicos y las infecciones del sistema nervioso central. La complicación aguda de la intoxicación por Éxtasis requiere hospitalización, hidratación por vía parenteral y tratamiento antifebril. En caso de agitación debe preferirse la administración de benzodiazepinas antes que la utilización de neurolépticos debido a que estos últimos pueden exacerbar el síndrome tóxico. De ser necesario se debe instaurar un tratamiento anticonvulsivante. La presencia de una hipertermia maligna requiere reanimación en terapias intensiva con aplicación de dantrolene.

2. Trastorno ansioso

La presencia de un trastorno por ansiedad o de una reacción depresiva consecutivos al uso de Éxtasis requiere la instalación de un tratamiento de sostén y un seguimiento que asegure el restablecimiento después de los mismos. Si los síntomas ansiosos son severos se puede instalar un tratamiento en base de benzodiazepinas. Es importante despistar en el paciente joven la existencia de dificultades personales que lo conducen a tener conductas de riesgo que se expresan en el consumo anárquico de tóxicos. En esos casos la crisis es reveladora de un conflicto o de una dificultad para los cuales una ayuda especializada es muy útil.

En otros casos una mala experiencia con Éxtasis favorece la toma de conciencia respecto de los riesgos corridos con el consumo del tóxico. En ellos la información dada por los médicos y el personal de salud puede tener un rol decisivo para el futuro del joven consultante. Por todo ello es que, para el personal sanitario, que tiene frecuente contacto con jóvenes, es fundamental estar sensibilizado sobre esta forma "moderna" de consumo de drogas y saber alertar a los usuarios sobre los riesgos de su utilización(11).

Gamma-Hidroxi-Butirato (GHB)

El Gamma-Hidroxi-Butirato (GHB) es un metabolito fisiológico del ácido Gamma-Amino-Butírico que se produce naturalmente en el cerebro de los mamíferos. Se lo encuentra en gran cantidad en el hipotálamo y en los ganglios basales. Tiene un probable rol como neurotransmisor y neuromodulador de ciertas funciones cerebrales como, por ejemplo, la regulación del sueño(16).

El GHB fue descubierto, sintetizado y estudiado farmacológicamente por primera vez, en 1960 por Henri Laborit y colaboradores(9). En un primer tiempo, fue ensayado como antidepresivo debido a sus propiedades euforizantes. También, en pequeñas dosis, se ha descrito un efecto afrodisíaco. Más tarde, esta molécula fue utilizada como anestésico en función

de su acción potente y rápida sobre el sistema nervioso central. Pero esta indicación fue abandonada en razón de la gran incidencia de vómitos y crisis epilépticas de tipo petit-mal que provocaba(10).

Desde 1990 se desarrolló en los EE.UU. una verdadera toxicomanía a GHB. Sus utilizadores buscaban las propiedades euforizantes, sedativas y anabolizantes de la droga. El GHB era vendido en los gimnasios, en los centros de fitness o por correspondencia en forma de sales (en granos o en polvo) susceptible de ser disueltas en agua antes de ser ingeridas. El GHB constituía una alternativa a los esteroides debido a que por intermedio de una estimulación de la hormona de crecimiento generaba un incremento de la masa muscular y una reducción de la grasa corporal. Actualmente el GHB es utilizado ocasionalmente en el tratamiento de la narcolepsia y en el de la dependencia al alcohol y opiáceos(12).

Aunque el GHB no tiene posee ninguna semejanza química con el Éxtasis su designación popular es "Éxtasis líquido" o "Líquido X" porque se vende en pequeñas botellas de vidrio o de plástico, en forma líquida, con o sin colorante, sin olor y con un gusto ligeramente salado.

Los efectos del GHB dependen de la dosis, de la calidad de la sustancia y del consumo concomitante de otros productos. Sus efectos se comienzan a notar entre 10 minutos y 1 hora después de su ingestión, según la toma. Como con el alcohol una dosis pequeña de GHB disuelve la inhibición social. Pero a medida que aumenta la dosis la euforia desaparece del primer plano y es reemplazada por un efecto sedativo con somnolencia.

La calidad y dilución de la droga vendida en el mercado negro carece de garantías y el mayor riesgo de su uso está ligado a una sobredosis o a una intoxicación.

La intoxicación se manifiesta progresivamente por bradicardia, hipotensión, hipotonía, vértigos y mareos, náuseas, vómitos, temblor, mioclonías, depresión respiratoria, pérdida de conciencia y coma. Estos efectos se agravan si el GHB se asocia a otras sustancias (alco-

hol, anfetaminas, Éxtasis, opiáceos, tranquilizantes). La mezcla con alcohol es particularmente peligrosa debido a la potenciación de sus efectos depresógenos sobre el sistema nervioso central y, en particular, sobre el centro respiratorio. Esta asociación ya ha producido algunos decesos en los últimos años en diversos países. Además la mezcla GHB y alcohol provoca una amnesia completa generando en el sujeto un olvido total de lo vivido durante las horas precedentes.

La utilización repetida de GHB puede dar lugar a una dependencia psíquica y física(6). El síndrome de abstinencia incluye: insomnio, ansiedad y temblor, desapareciendo los síntomas luego de 3 a 12 días.

El GHB llegó a Suiza en 1998(2). Al igual que el Éxtasis el GHB fue destinado a la venta entre el público que frecuentaba las veladas "tecno" el cual lo utiliza al día siguiente de sus fiestas para obtener un efecto relajante e hipnótico.

Desgraciadamente también ha tenido una utilización delictiva: fueron reportados varios casos de violación de mujeres que habían ingerido GHB disimulado en otras bebidas. Es la razón por la cual fueron emitidos mensajes de prevención al respecto, tales como: vigile su copa, no acepte copas que le ofrezca un desconocido, hágase servir por el barman, etc.(2). Aún no disponemos de encuestas epidemiológicas del consumo de GHB en Suiza.

Conclusión

Una nueva modalidad de consumo de sustancias psicoactivas está en progresión. Se trata de drogas psicoestimulantes o "nuevas drogas" que se utilizan, sobre todo, en las veladas y fiestas "tecno". Si bien los clásicos fenómenos de dependencia están ausentes o no se manifiestan en un primer plano. Estos productos pueden provocar daño a la salud o ser causa de trastornos psíquicos o del comportamiento. Hemos tratado de mostrar los riesgos ligados a la utilización de Éxtasis y GHB y señalar los medios para prevenirlos ■

Referencias bibliográficas

1. Angel P, Richard D, Valleur M., *Toxicomanies*, Masson, París, 2000
2. Croquette-Krokar M., GHB, Gamma-Hydroxy-Butyrate. Document Interne de la Division d'abus de substances. *Dépt de psychiatrie, HUG*, Genève, 2000
3. Ecstasy (MDMA), le point sur la situation. *Bulletin 49, OFSP*, 30/11/98, Section Intervention Drogues
4. Ecstasy., Positon de l'OFSP à propos des tests de pilules d'ecstasy. *Bulletin 21, OFSP*, 2/8/97. Section Intervention Drogues
5. Hebry JA, Jeffrey K, Dawling S., Toxicity and deaths from MDMA, *The Lancet*, sept 19, 1992
6. Galloway GP, Frederick SL, Staggers FE, Gonzalez M, Stalcup SA, Smith DE., Gamma-hydroxybutyrate and emerging drug abuse that causes physical dependence (see comments) *Addiction*, 92(8):1035-1036, Aug, 1997
7. Giroud C, Augburger L, Sadegui pour F et al., Ecstasy: la situation en Suisse romande. *Praxis*, 86: 510-523, 2, 1997
8. Klitzman R, Pope H, Hudson J., MDMA: abuse and high-risk sexual behaviors among 169 gays and bisexual mens. *Am J Psychiatry*, 157:1162-1164, 2000
9. Laborit H, Jouany JM, Gerard J, Fabiani F., Sur un substrat métabolique d'action centrale inhibitrice. Le 4-hydroxybutyrate de Na. *Press Mail*, 50:1867-1869, 1960
10. Lam PC, Yoong FF., Gamma-Hydroxybutyric acid: an emerging recreational drug. *Anaesthesia* 53 (12) 1195-1198, Dec 1998
11. Leroux G., L'expérience techno. La Cène, *Revue Européenne de Toxicomanie et Addictions, NHA*. Com, Paris, 19-26, avril 2000
12. Maremmiani I, Raimondi F, Castrogiovani P., The GHB in the treatment of alcoholism: from abstinence to craving. *New T Exp and Cl Psychiatry*, Vol XII, 3: 189-196, 1996
13. Mc Dowell D., "The club Drug Scene" in Galanter M, Kleber H, *Textbook of substance abuse treatment*, 2th de. American Psychiatric Press, 1999
14. Mc Guire H, Cope H., Diversity of psychopathology associated with use of MDMA. *Br J Psychiatry*, 195:391-395, 1994
15. Roques B., *La dangerosité des drogues. Rapport au Secrétariat d'Etat à la Santé*. Ed. Odile Jacob, París, 1999
16. Vayer P, Mandel M, Maitre M., Gamma-hydroxybutyrate, a possible neurotransmitter. *Life Sciences*, 41: 1547-1557, 1987

Conocimiento de residentes de Salud Mental sobre precios y disponibilidad de los fármacos que prescriben

Julián Bustin

Médico Residente de tercer año. "Hosp. P. Piñero". Varela 1302. T.E. 4631-1352. Ciudad de Buenos Aires. julianbustin@hotmail.com

Julieta Cassone

Médico Residente de tercer año. "Hosp. P. Piñero". Varela 1302. T.E. 4631-1352. Ciudad de Buenos Aires. solefigueroa@hotmail.com

Soledad Figueroa

Médico Residente de tercer año. "Hosp. P. Piñero". Varela 1302. T.E. 4631-1352. Ciudad de Buenos Aires. jcassone@fmed.uba.ar

Introducción

Uno de los objetivos de nuestra labor como médicos residentes de psiquiatría es diseñar planes psicofarmacológicos adecuados para cada uno de nuestros pacientes. Entre otros factores es necesario tener en cuenta dos aspectos básicos: el conocimiento de las características farmacológicas de la droga a utilizar y elementos que estimulen la adherencia al tratamiento. Utilizamos el término adherencia y no cumplimiento para enfatizar el rol activo del paciente y su medio(1). Dentro de la adherencia es necesario considerar los siguientes aspectos: factores relacionados con la prescripción, factores relacionados con el trastorno de base, factores actitudinales e interpersonales, facto-

res relacionados con el tratamiento y factores socioeconómicos(15). De esto se desprende que el conocimiento estrictamente farmacológico no alcanza para cumplir con este objetivo. El factor económico también fue mencionado en el artículo de Mazzaira y cols.(8) donde se plantea la importancia de tener en cuenta el costo de la prescripción desde el inicio del tratamiento para favorecer la adherencia.

Un importante porcentaje de la población de pacientes con la cual trabajamos los residentes de Salud Mental de Hospitales Públicos del área Metropolitana y Provincia de Buenos Aires cuenta con escasos recursos económicos. Debido a esto, dos de los aspectos básicos previamente mencionados, el costo de los fármacos recetados y la accesibilidad a los mismos,

Resumen

ObjetivosEl costo y la disponibilidad de los fármacos es un aspecto importante para la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. Por este motivo encuestamos a Médicos Residentes de Salud Mental acerca de cuáles son los fármacos más comúnmente prescritos por ellos, su conocimiento acerca del precio, la disponibilidad en forma gratuita de los mismos en sus hospitales y el acceso al material específico relacionado con el costo de los psicofármacos en los servicios. **Materiales y método**En el VI Congreso de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana se realizó una entrevista estructurada a los Médicos Residentes. Se basó en un formulario impreso que contenía preguntas abiertas y cerradas, no autoadministrado. Se entrevistó a 68 Residentes Médicos pertenecientes a 14 hospitales públicos de Capital y Provincia de Buenos Aires. **Resultados**El fármaco más elegido de cada grupo fue: haloperidol 24%, fluoxetina 43%, clonazepam 39% y carbamazepina 34%. El 82% de las respuestas a las preguntas realizadas sobre costos fueron incorrectas. El 57% de los fármacos elegidos no estaban disponibles en los hospitales. Sin embargo, de los fármacos disponibles, el 69% no fueron elegidos. **Conclusiones**A través de este estudio descriptivo hallamos que existe un notable desconocimiento del precio de los psicofármacos recetados por los residentes, muy poco acceso a información especializada en este tema y una disponibilidad de recursos no acorde a las elecciones de los médicos tratantes.

Palabras clave: Farmacoeconomía – Costo de psicofármacos – Conocimiento de los Residentes de Psiquiatría – Adherencia al tratamiento

MENTAL HEALTH RESIDENTS' KNOWLEDGE ON PRICES AND AVAILABILITY OF THE DRUGS THEY PRESCRIB

Summary

ObjetivosThe cost and availability of psychiatric drugs is an important aspect for patient adherence to treatment. Therefore, Psychiatry Residents were interviewed about what drugs were most usually prescribed by them, their estimated price, free availability in their hospitals and access to literature about drug costs in the services. **Materials and Methods**During the VI Congress of Residents in Mental Health of the Metropolitan Area of Buenos Aires, a structured interview was administered to Psychiatry Residents. A form was used containing open and close questions. The questionnaire was not self administered. Sixty eight Psychiatry Residents of fourteen Public Hospitals of the Capital and Province of Buenos Aires were interviewed. Results: The drugs most frequently chosen in each pharmacological group were: haloperidol 24%, fluoxetine 43%, clonazepam 39% and carbamazepine 34%. 82% of the questions regarding the knowledge about prescribed drug costs were incorrect. 57% of the drugs chosen were not available at the Hospitals whereas 69% of the drugs that were never selected were available. **Conclusions**In this descriptive study, we found an important lack of knowledge on drug costs, little access to literature about this subject and availability of drugs not adequate to the Residents' choices.

Key Words: Pharmacoeconomics – Drug costs – Psychiatry Residents – Adherence

pasa a tener un rol fundamental en la adherencia al tratamiento. Los datos vinculados a estos puntos deberían poder ser tenidos en cuenta al diseñar un plan farmacológico adecuado para esta población.

El objetivo de este trabajo, por lo tanto, es conocer cuáles son los fármacos más comúnmente prescritos por los residentes de Salud Mental, el conocimiento que los mismos tienen de su precio y disponibilidad en forma gratuita en sus hospitales. Además indagamos acerca del acceso al material específico en los servicios de Salud Mental, referente al tema del costo de psicofármacos, como la revista Kairós y el Manual Farmacéutico.

Materiales y Métodos

Los días 30 de Noviembre, 1 y 2 de Diciembre de 1999, en oportunidad de las VI Jornadas de Residentes de Salud Mental del Area Metropolitana se realizó una entrevista estructurada a los Médicos Residentes participantes de la misma. Los entrevistados fueron elegidos al azar.

Se entregó a los entrevistados un listado con el nombre genérico de los psicofármacos utilizados en la actualidad distribuidos en seis grupos farmacológicos (antipsicóticos, antidepresivos, benzodiazepinas, hipnosedantes e hipnóticos no benzodiazepínicos, antirrecurrenciales y antipsicóticos de acción prolongada) con la solicitud de que señalen los tres fármacos más prescritos por grupo a los pacientes ambulatorios. Posteriormente se realizó una entrevista basada en un formulario con preguntas abiertas y cerradas. El formulario fue completado por los entrevistados sin límite de tiempo e incluía los siguientes datos: hospital al que pertenecía el médico entrevistado, año de residencia, sexo, los tres fármacos más prescritos por grupo farmacológico, nombre comercial, contenido del envase, el precio y la disponibilidad en forma gratuita para los pacientes ambulatorios. También se indagó sobre la posibilidad de acceder en el hospital al costo de los medicamentos que recetaban. El análisis de los precios estimados por los entrevistados se contrastó con los precios publicados en la Revista Kairós del mes de Diciembre del año 1999(6) y el Manual Farmacéutico(7) del mismo período. Para considerar un precio estimado como correcto se tomaron los siguientes parámetros:

Si el precio publicado del fármaco era inferior a \$50 el rango aceptado era $\pm 40\%$, si el precio correspondía a un valor entre \$50-\$100 el rango aceptado era $\pm 30\%$ y por último si el valor excedía los \$100 el rango era $\pm 20\%$. Tomemos el siguiente ejemplo: Si el fármaco elegido fuera el Stelazine® de 10 mg x 25 comprimidos, el precio en la farmacia es de \$3.63. Por lo tanto, se acepta como correcto un rango de $\pm 40\%$ que equivale a \$ 5.08 y \$2.18 respectivamente.

También, para saber si los años de formación en la residencia influyen en el conocimiento de los precios se distribuyeron los resultados según el año de residencia del encuestado y a esa tabla de contingencia se le aplicó la prueba de chi cuadrado según el programa Epi Info 2000. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados

Fueron entrevistados 67 Residentes Médicos que representaban más de un 60% de los asistentes a las Jornadas de Residentes, pertenecientes a 14 hospitales públicos de Capital y Provincia de Buenos Aires. La población tenía las siguientes características demográficas:

	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Total</i>
1er año	14	9	23
2do año	17	2	19
3er año	4	7	11
4to año	4	4	8
Jefes de Residentes	4	2	6
Total	43	24	67

En lo que respecta al ítem acerca de la elección de los fármacos, los más elegidos por grupo fueron:

Antipsicóticos

haloperidol 24%
risperidona 22%
clozapina 14%
otros 40%

Antidepresivos

fluoxetina 43%
sertralina 21%
paroxetina 17%
otros 29%

Benzodiazepinas

clonazepam 39%
lorazepam 25%
alprazolam 21%
otros 15%

Antirrecurrenciales

carbamacepina 34%
litio 28%
divalproato de sodio 21%
otros 17%

Al agrupar el total de los antipsicóticos en típicos y atípicos obtuvimos que un 53% eligió los atípicos y un 47% los típicos. Además en lo que respecta a los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fueron elegidos en un 74%, los tricíclicos en un 18% y los otros en un 8%.

En lo que respecta al ítem del conocimiento acerca del costo de los psicofármacos, los datos obtenidos fueron los siguientes:

Un 70% de los encuestados no conocía el precio de los fármacos elegidos, no pudiendo ni siquiera estimarlo. De quienes creían conocerlo, un 60% contestó incorrectamente, por lo que el 82% de las respuestas a las preguntas realizadas sobre los precios de los fármacos fueron incorrectas (Gráficos 1, 2 y 3). Es de destacar que el porcentaje de aciertos fue mayor en los grupos de antipsicóticos y antidepresivos. Por último, en el tema relacionado al conocimiento de los precios, podemos observar que los Médicos Residentes de primer año son los que menos conocimientos tenían acerca de éste tema mientras que los Jefes de Residentes presentaban un mayor conocimiento (Gráfico 4). Sin embargo no se observaron diferencias estadísticamente significativas sobre el co-



nocimiento de los precios entre los residentes de distintos años.

En lo que respecta al ítem de la disponibilidad hospitalaria de los fármacos elegidos, los datos obtenidos fueron los siguientes:

El 57% de las elecciones de los fármacos no estaban disponibles en los hospitales (Gráfico 5). En contraste, de los fármacos disponibles, el 69% no eran prescritos (Gráfico 6).

Al analizar el porcentaje de la disponibilidad de los antipsicóticos se observó que el 81% de los típicos y sólo el 47% de los atípicos se podían obtener gratuitamente en los hospitales. En cuanto al grupo de los antidepresivos se podía acceder al 50% de los tricíclicos, al 46% de los ISRS y al 31% de otros antidepresivos.

Es de destacar que los Residentes de sólo dos de los catorce hospitales contaban con fuentes de información sobre los precios de lo que recetaban.

Discusión

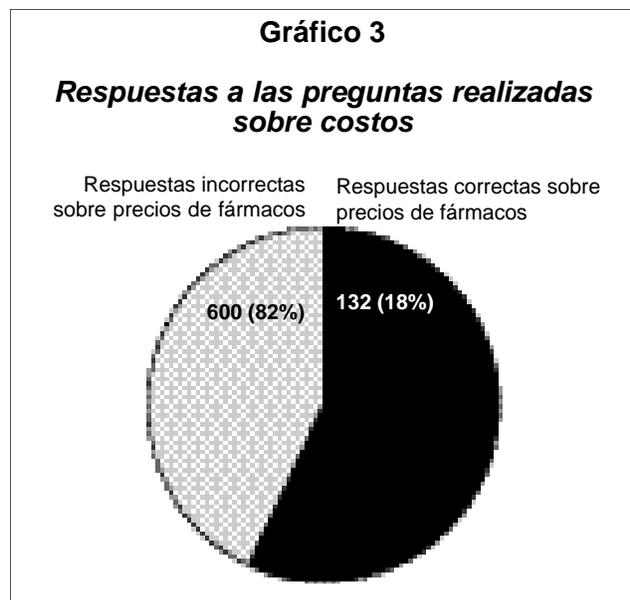
En este trabajo se encontró que el 82% de los Residentes no conocía el precio de lo que recetaban y el 70% ni siquiera pudo estimar un precio aproximado. Estos resultados son congruentes con los obtenidos por Hoffman y cols.(5) quienes encontraron que sólo un 25% de 95 médicos encuestados estimaron correctamente un valor promedio entre el valor comercial máximo y mínimo de la mitad de los medicamentos preguntados. También coinciden con los datos referidos por Miller y Blum(9), quienes enviaron un cuestionario con cuatro posibles categorías de costos para 20 drogas comúnmente prescritas por ellos a 92 médicos. El promedio de respuestas correctas fue de 37%. En otro estudio se encontró que sólo un tercio de las estimaciones de los precios fueron correctas dentro del 25% del valor actual de las drogas y que había una tendencia a estimar como más caras a las drogas más económicas y viceversa(12).

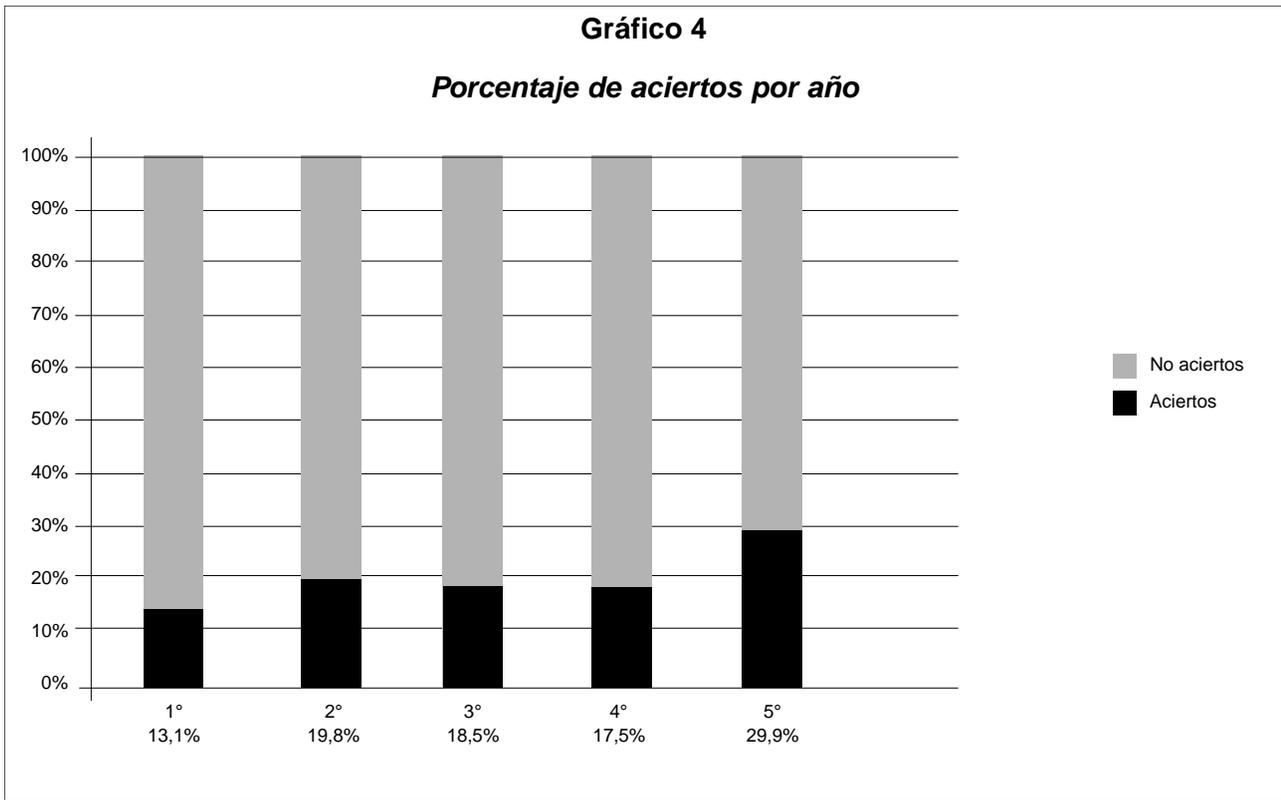
Este desconocimiento reviste mayor gravedad si tomamos en cuenta un tratamiento mensual, en el cual los gastos ascenderían en forma proporcional,

ya que en muchos tratamientos es necesario más de un envase mensual.

En lo referido al acceso gratuito a psicofármacos en los hospitales públicos, el 57% de los fármacos prescritos no están disponibles en el hospital y el 69% de los fármacos disponibles no son elegidos.

Sería importante discutir la discordancia entre la elección y la disponibilidad de dos de los grupos más importantes de psicofármacos, los antipsicóticos y los antidepresivos. En relación a los antipsicóticos se vio que el grupo de los atípicos era más recetado que el grupo de los típicos. Sin embargo menos del 50% de los atípicos está disponible en las farmacias hospitalarias. Una distribución similar se ve entre los antidepresivos tricíclicos y los ISRS, ya que los segundos son más recetados pero inversamente accesibles. Entonces queda preguntarnos si estamos recetando mal o si los hospitales están distribuyendo sus recursos en forma inadecuada teniendo en cuenta los distintos modelos farmacoeconómicos que proponen los especialistas en este tema(4, 10, 11, 16). Al respecto, debemos señalar que la población encuestada es sólo una parte de los

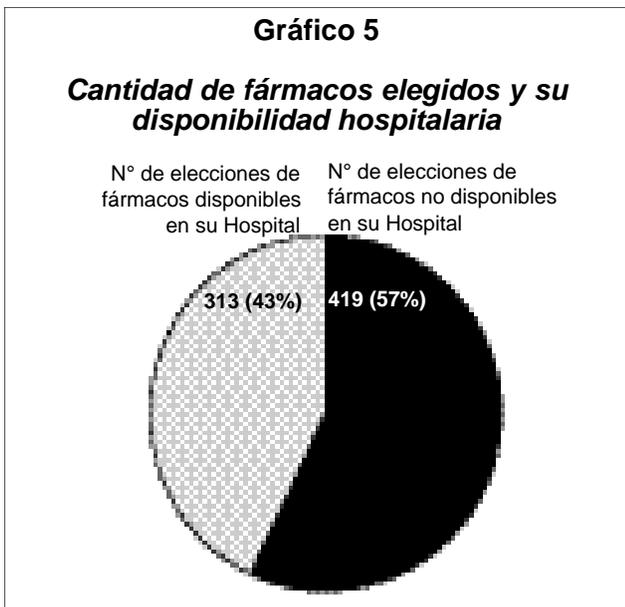




prescriptores de cada Hospital. Por lo tanto, el hecho de que la disponibilidad en la farmacia hospitalaria no sea coincidente con la prescripciones puede estar expresando tanto un uso inapropiado de los recursos (compra de medicamentos no utilizados y falta de aquellos que sí se usan) como una modalidad prescriptiva en la subpoblación de residentes distinta a la del conjunto de los médicos del hospital. Sería interesante poder responder a esta inquietud en trabajos ulteriores.

Otro aspecto importante a considerar es si el déficit de conocimiento acerca de los precios se debe a que en los servicios hospitalarios no se cuenta con fuentes adecuadas de información (como se comprobó en este

estudio), al desconocimiento de la importancia del tema o al escaso interés por parte de los Médicos. No hay bibliografía publicada en nuestro país que permita responder a esta pregunta por lo cual sería necesario realizar investigaciones al respecto. Sin embargo, en un estudio realizado en el Estado de la Florida en Estados Unidos de Norteamérica se buscó determinar las opiniones de 398 médicos sobre la importancia del costo de los fármacos y las fuentes de información sobre precios. Se encontró que estos médicos tenían interés en el costo de las drogas, que generalmente su conocimiento era escaso y que tener fuentes accesibles a los precios sería beneficioso para mejorar sus prescripcio-



nes(2). En Escocia se sondearon las actitudes y el conocimiento de 176 médicos acerca de los costos de sus prescripciones y la mayoría estuvo de acuerdo en tener en mente los precios al prescribir pero paralelamente su conocimiento era incorrecto(14). El 81% de los médicos en el estudio de Hoffman(5) reconocían que el costo es un factor importante a considerar y que disponer de mayor información sobre los precios podría mejorar su conocimiento. Similares resultados reportan Walzak y col.(17) en un estudio llevado a cabo en el departamento de Medicina General de la Universidad de Ohio, donde se encuestó a 137 internistas. En este estudio los participantes postulaban la importancia de la educación médica sobre el costo de los fármacos. En contraposición Ryan y cols.(13) examinó si una mayor oferta de información sobre costos mejoraba el conocimiento de precios, comparando dos grupos de médicos con distinto acceso a dicha información. El resultado fue negativo y postuló que no sólo es necesaria la accesibilidad a la información sino que debe mejorarse la manera de acercar la información a los profesionales(19). Quizás sería recomendable, como sugiere Miller(9), incluir en forma obligatoria el precio de los fármacos en las propagandas médicas.

Como surge de nuestros resultados, los residentes

con más años de experiencia no tienen más conocimiento de los precios de los fármacos que los de menor experiencia, lo cual indica que no hay ningún esfuerzo puesto en este aspecto de la formación profesional.

Conclusiones

A través del presente estudio descriptivo de corte transversal observamos que existe un notable desconocimiento del precio de los psicofármacos recetados por los residentes, muy poco acceso a revistas o información especializada en este tema y una disponibilidad de recursos no acorde a las elecciones de los Médicos Residentes tratantes.

Es por este motivo que sería necesario mejorar el acceso en los servicios hospitalarios a información acerca del precio de los psicofármacos, enfatizar en el currículum de la formación de los Médicos Residentes la importancia del conocimiento sobre los costos y por último, desarrollar políticas de salud que coordinen la disponibilidad con las prescripciones teniendo en cuenta la relación costo-eficacia de las mismas. Todo ello contribuiría a aumentar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes ■

Anexo 1. Planilla entregada a los encuestados

• La siguiente encuesta anónima está destinada a recabar información acerca del conocimiento de los profesionales de Salud Mental sobre el precio de los psicofármacos más utilizados en la práctica clínica. La misma no tiene intereses comerciales ni de marketing.

• Utilice la siguiente lista para orientarse en las preguntas

Antipsicóticos

- Bromperidol
- Clorpromazina
- Clotiapina
- Clozapina
- Haloperidol
- Levomepromazina
- Olanzapina
- Pimozida
- Prometazina
- Risperidona
- Tioridazina
- Trifluoperazina
- Zuclopentixol

Antidepresivos

- Amineptino
- Amitriptilina
- Amoxapina
- Citalopram
- Clorimipramina
- Desimipramina
- Fluoxetina
- Fluvoxamina

- Imipramina
- Mianserina
- Mirtazapina
- Moclobemida
- Nortriptilina
- Paroxetina
- Sertralina
- Tianeptina
- Tranilcipromina
- Trazodona
- Trimipramina
- Venlafaxina

Benzodiazepinas

- Alprazolam
- Bromazepam
- Clobazam
- Clonazepam
- Clordiazepoxido
- Cloxazolam
- Clorazepato
- Diazepam
- Estazolam
- Flunitrazepam

- Flurazepam
- Ketazolam
- Loprazolam
- Lorazepam
- Lormetazepam
- Midazolam

Hipnosedantes y ansiolíticos

No benzodiazepínicos

- Buspirona
- Zolpidem
- Zopiclona

Antirrecurrentes

- Acido Valproico
- Carbamacepina
- Carbonato de Litio
- Divalproato de Sodio
- Oxacarbamacepina
- Valproato de Magnesio

Antipsicóticos (Acción prolong.)

- Decanoato de Bromperidol
- Decanoato de Haloperidol
- Fluspirileno

Anexo 2. Planilla utilizada por los encuestadores

Hospital : _____

Año de residencia: 1º 2º 3º 4º Jefe ResidentesSexo : M F

1. Señale con un máximo de tres los fármacos de la lista que Ud. más comúnmente receta a sus pacientes.

Droga	¿Conoce Ud. el precio?	Nombre comercial, mgs., contenido del envase	Precio estimado	Disponible Hospital
<i>Antipsicóticos</i>				
Bromperidol	Si – No			
Clorpromazina	Si – No			
Clotiapina	Si – No			
Clozapina	Si – No			
Haloperidol	Si – No			
Levomepromazina	Si – No			
Olanzapina	Si – No			
Pimozida	Si – No			
Prometazina	Si – No			
Risperidona	Si – No			
Tioridazina	Si – No			
Trifluoperazina	Si – No			
Zuclopentixol	Si – No			
<i>Antidepresivos</i>				
Amineptina	Si – No			
Amitriptilina	Si – No			
Amoxapina	Si – No			
Citalopram	Si – No			
Clorimipramina	Si – No			
Desimipramina	Si – No			
Fluoxetina	Si – No			
Fluvoxamina	Si – No			
Imipramina	Si – No			
Mianserina	Si – No			
Mirtazapina	Si – No			
Moclobemida	Si – No			
Nortriptilina	Si – No			
Paroxetina	Si – No			
Sertralina	Si – No			
Tianeptina	Si – No			
Tranilcipromina	Si – No			
Trazodona	Si – No			
Trimipramina	Si – No			
Venlafaxina	Si – No			
<i>Benzodiazepinas</i>				
Alprazolam	Si – No			
Bromazepam	Si – No			
Clobazam	Si – No			
Clonazepam	Si – No			
Clordiazepoxido	Si – No			
Diazepam	Si – No			
Estazolam	Si – No			

	Flunitrazepam	Si - No			
	Flurazepam	Si - No			
	Ketazolam	Si - No			
	Loprazolam	Si - No			
	Lorazepam	Si - No			
	Lormetazepam	Si - No			
	Midazolam	Si - No			
	Hipnosedantes				
	Buspirona	Si - No			
	Zolpidem	Si - No			
	Zopiclona	Si - No			
	Antirrecurrec.				
	Acido valproico	Si - No			
	Carbamacepina	Si - No			
	Carb. de litio	Si - No			
	Divalpr. de sodio	Si - No			
	Oxacarbamacepina	Si - No			
	Valp. de magnesio	Si - No			
	Antipsicóticos (Acción prol.)				
	Dec. Bromperidol	Si - No			
	Dec. Haloperidol	Si - No			
	Fluspirileno	Si - No			

2. ¿Tiene Ud. en su hospital acceso al costo de los medicamentos que receta? Si - No

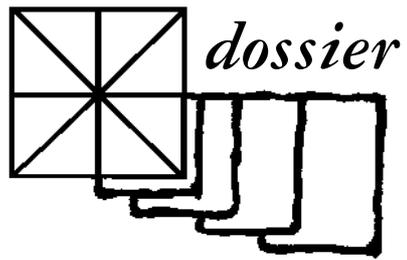
3 - La farmacia de su hospital ¿administra psicofármacos gratuitamente? Si - No

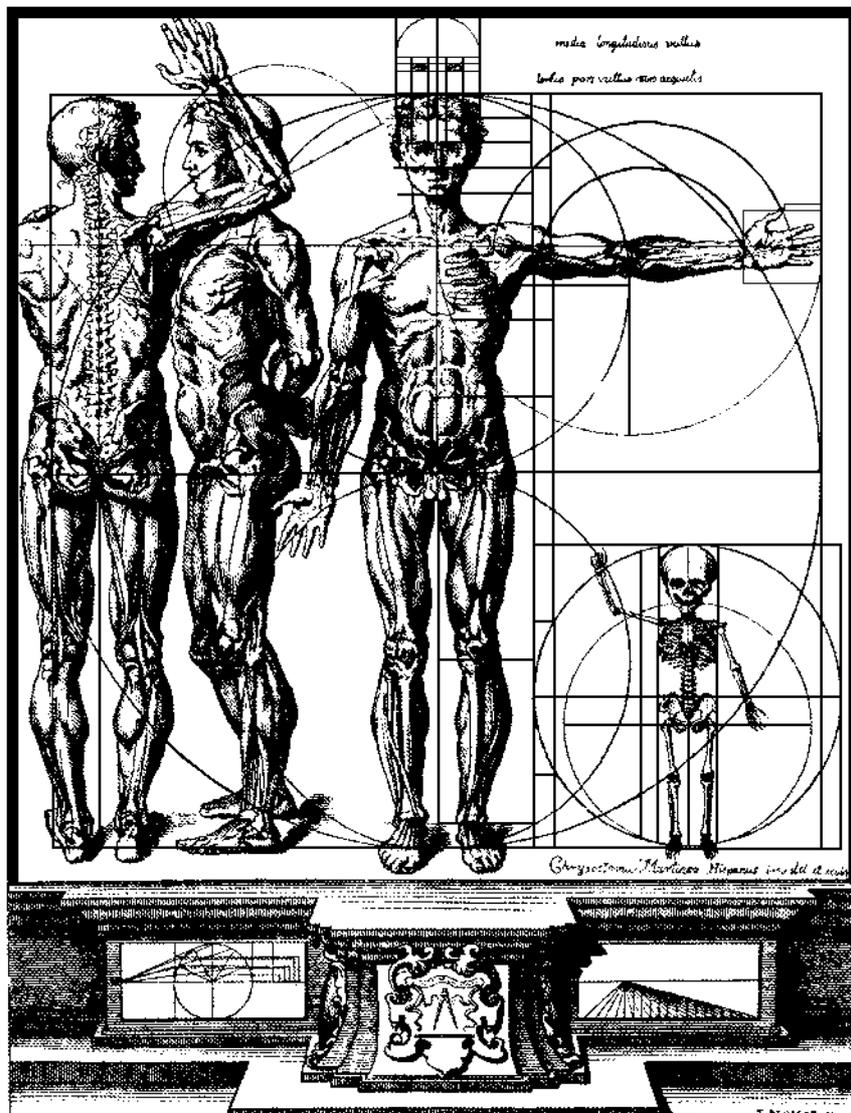
4 - ¿Conoce cuáles? Si - No

5 - Tildar en la columna respectiva

Bibliografía

- Baldessarini, R; Enhancing treatments with psychotropic medicines. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1994 Spring., Vol. 58, Number 2:224-241
- Barclay LP, y cols.; Physicians' perceptions and knowledge of drug costs: results of a survey. *Formulary*. 1995 May; 268-70. (Abstract)
- Blazer DG y col., *An introduction to clinical research in Psychiatry*. Oxford University Press, New York, 1998
- Conner TM., A critical review of selective pharmacoeconomic analyses of antidepressant therapy. *Annals of Pharmacotherapy* 1999 March., 33(3):364-72
- Hoffman J. Y cols; A survey of physician knowledge of drug costs. *J. PAIN Symptom Management* 1995 Aug; 10(6): 432-5
- Kairós, 1999 Diciembre., Número 255
- Manual Farmacéutico, Diciembre 1999, Número 475
- Mazaira y col., El costo económico de los psicofármacos. *Cle - pios*, 1998., Vol.4, Número 1:26-28
- Miller LG, Blum A.; Physician awareness of prescription drug costs: a missing element of drug advertising and promotion. *J. Fam. Pract.* 1993 Jan; 36(1): 33-6
- Neumann PJ., Methods of cost-effectiveness analysis in the evaluation of new antipsychotics: implications for schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 1996 suppl 3: 9-14
- Nurberg HG y col., Modeling the pharmacoeconomic cost of three selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychiatry Services* 1999 October., 50(10):1351-3
- Ryan M., Yule B. y cols.; Scottish general practitioners' attitudes and knowledge in prescribing costs. *British Medical Journal*. 1990 May., 19;300(6735):1316-8.
- Ryan M., Yule B. y cols.; Knowledge of drug costs: a comparison of general practitioners in Scotland and England. *Br J Gen Pract.* 1992 Jan; 42(354):6-9
- Ryan M. Yule B. y col.; Do physicians' perceptions of drug costs influence their prescribing? *Pharmacoeconomics* 1996 Apr; 9(4):321-31
- Torrente F., Las bases psicológicas de la psicofarmacoterapia. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría* Vol. 9, N° 32:85-97, Junio 1998
- Tunis SL y col., Changes in perceive health and functioning as a cost-effectiveness for olanzapine vs. Haloperidol treatment of schizophrenia. *Journal of clinical psychiatry*, 60 1999., 60 Suppl 19: 38-45
- Walzad D., y col.; Primary care physicians and the cost of drugs: a study of prescribing practices based on recognition and information sources. *J Clin Pharmacol* 1994 Dec; 34 (12): 1159-63

 *dossier*



Tecnología médica y subjetividad

Coordinación:

Pablo Miguel Gabay y Juan Carlos Stagnaro

La enorme potencia de la medicina contemporánea en sus rendimientos tecnológicos, tanto en los niveles diagnósticos como terapéuticos, resulta fascinante. Así el gran público y los propios médicos, inmersos todos en ese paradigma, contribuyen a una “tecnolatría” –como la denomina el maestro Marcos Meeroff– generalizada que acelera el proceso. En el camino se escuchan quejas. La falta de confianza en los profesionales tratantes, el vínculo imposible con ellos, devorados médico y paciente por un sistema de salud burocrático que los aísla, bajo o nulo cumplimiento de los tratamientos, burn out en el personal de salud, y muchas más. Al lado de tanta certeza tecno-científica se percibe que algo anda mal. La medicina como vínculo intersubjetivo, como hecho social, como arte, no aparece como otrora. Todo debe ser aserto científico –si biológico mejor– y dato estadístico, no se acepta un porcentaje lógico de aparición de complicaciones o de fracasos –ni siquiera de una muerte posible– y se llega, en el peor de los casos, a los juicios de mala praxis. El médico es sacrificado en el altar de la perfección –científica” (ver también en Vertex, 46:319-320, 2001, las opiniones de los Dres. Borenshtein y Kandel). Los especialistas en psiquiatría, confrontados cotidianamente en la intersubjetividad con nuestros pacientes, como modo de tratamiento y como herramienta diagnóstica, tenemos mucho que decirle al conjunto de la medicina sobre este asunto. Por ello se hace necesario explorar esta

problemática e interrogarnos sobre el futuro de la medicina en general y de la psiquiatría en particular.

En la apertura del Dossier, Juan Carlos Stagnaro desarrolla un minucioso recorrido por las etapas históricas de la construcción del paradigma biomédico o científico-natural en medicina, luego lo pone en contrapunto con el modelo antropológico o integral y termina con algunas consideraciones en relación a la biomedicalización de la psiquiatría “El extraordinario desarrollo de la investigación biológica y de las técnicas provenientes de otros campos de la ciencia (física, matemáticas, química, informática, etc.) –afirma el autor– tienen una influencia determinante sobre la constitución del paradigma médico contemporáneo. Como así también lo tienen factores externos al campo estrictamente científico. Dichos factores externos son de tipo económico, político y cultural, tales como la industria farmacéutica, los sistemas de salud estatales, la comercialización de las prestaciones en salud –determinada en forma creciente por empresas privadas– la demografía profesional, la industria de aparatología médica, etc. Desde mediados del siglo XX se comenzó a levantar una seria crítica a este paradigma médico. La misma tomó forma en torno a lo que se dio en llamar el modelo antropológico o integral”. En el artículo, el autor efectúa una revisión del problema haciendo, al final, algunas puntuaciones respecto del campo específico de la psiquiatría.

A continuación Gabriel Finqueliévich y Pablo Miguel Gabay, apoyándose en tres viñetas clínicas surgidas de la interconsulta de salud mental en un hospital general, nos muestran cómo los cambios generados por las nuevas tecnologías médicas se acompañaron de una disminución en la atención sobre la dimensión subjetiva de los pacientes y cómo este fenómeno incide en la aparición de nuevos inconvenientes en los tratamientos suscitados por los mismos pacientes cuyos médicos especialistas tratantes no están preparados para comprender ni para contener la situación así creada.

En tercer lugar, un artículo de Glenn J. Treisman, Joseph M. Schwartz y Heidi Hutton, todos ellos de la Universidad Johns Hopkins, de Baltimore, EE.UU., examina detalladamente las modificaciones en la atención a las que obliga el tratamiento de las personas infectadas con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se comprueba que esos pacientes tienen, frecuentemente, rasgos de personalidad y conductas de riesgo particulares que los han llevado al contagio y que generan un bajo o nulo cumplimiento de los tratamientos por lo que la mera indicación de todos los recursos técnicos no alcanza para obtener un resultado satisfactorio. Es necesaria la participación de los especialistas en salud mental como miembros del equipo tratante con pleno derecho para obtener la participación activa de esas personas en sus tratamientos y cuidados. En otras palabras, el resultado terapéutico se vuelve mucho más efectivo cuando se tienen efectivamente en cuenta los factores ligados a la subjetividad de los pacientes, con la misma preocupación con la que se administran drogas o estudios complementarios de alta complejidad tecnológica.

Una temática similar abordan, en el original trabajo siguiente, los colegas de la Unidad de Infectología del Hospital "Juan A. Fernández": Jorge Zirul-

nik, Pedro Cahn y colaboradores, quienes intentan formalizar un esquema teórico de psicoterapia con el régimen H.A.A.R.T. vigente en la práctica de la especialidad desde 1996, para suscitar, también, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. A fin de teorizar sobre una técnica psicoterapéutica adaptada a esa necesidad los autores se internan en la construcción de una metamodelización basada en la obra de Félix Guattari.

En quinto lugar Gustavo Finvarb expone, a partir de una sólida experiencia en el seguimiento de niños y adolescentes que padecieron cáncer, los eventuales efectos de los tratamientos aportados por las nuevas tecnologías médicas. Los progresos llegados con ellas se acompañaron de un cambio rotundo en el tiempo de sobrevida, induciendo inclusive la curación, por lo que se hace indispensable tener en cuenta las condiciones subjetivas con las que se aborda una vida que debe continuar.

Cerrando el Dossier, Viviana Sala, Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital de Oncología "Marie Curie" señala que se ha pasado de una época en la que enfermar de cáncer significaba morir a corto plazo a otra en la cual, gracias a los nuevos métodos de diagnóstico precoz y tratamiento altamente tecnificado, se puede hablar de "vivir con cáncer". Afirma la autora que en la actualidad el cuidado médico, en nuestro país y en el mundo, oscila entre lo distanásico y lo mistanásico, lo cual ocasiona perjuicio no solamente al paciente y a su familia, sino también al personal de salud que "se encuentra atrapado en estas peligrosas oscilaciones". Un muy alto porcentaje de los pacientes con cáncer tendrán una u otra forma de trastorno emocional o psicogénico en el curso de su enfermedad oncológica; por lo tanto, el abordaje de la dimensión subjetiva se convierte en un instrumento de primer nivel para el buen tratamiento de los mismos ■

Biomedicina o Medicina antropológica

Juan Carlos Stagnaro

*Médico Psiquiatra (UBA). Prof. Adjunto, Depto. de Salud Mental y Docente Adscripto de Historia de la Medicina, Depto. de Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Rivadavia 1984, 12 "E", Ciudad de Buenos Aires
E mail: stagnaro@sminter.com.ar*

Introducción

Thomas Kuhn definiendo las atribuciones de un paradigma científico (en su sentido global: "conjunto de ideas que durante un tiempo proveen de problemas y soluciones a una determinada comunidad científica"(12)) afirmaba que el mismo otorga una gran potencia para comprender una porción de la realidad constituida como objeto de la ciencia pero que, al mismo tiempo, delimita la percepción y la cognición, impidiendo toda comprensión que se sitúe fuera de los límites o condiciones de observación del paradigma en cuestión(6, 11). Esta cristalización, durante un período histórico determinado del saber de una ciencia o disciplina, en un cuerpo de conocimientos constituido en paradigma es transmitida -dentro de una comunidad científica bajo la forma de ciencia normal para esa comunidad- de maestros a alumnos por vía de manuales y textos de estudio que ali-

mentan y consolidan a esa matriz disciplinar así constituida(13).

Dicha conceptualización de un saber paradigmático aplicada al estado de la medicina contemporánea permite distinguir en la misma la constitución de un corpus de conocimientos que hegemoniza el campo delimitando un concepto de salud y enfermedad, designando los problemas y programas de investigación prioritarios y, por esa vía, indicando las prácticas y formas institucionales de la atención y hasta de las políticas sanitarias.

El extraordinario desarrollo de la investigación biológica y de las técnicas provenientes de otros campos de la ciencia (física, matemáticas, química, informática, etc.) tienen una influencia determinante sobre la constitución del paradigma médico contemporáneo. Como así también lo tienen factores externos al campo estrictamente científico. Dichos factores externos son de tipo económico, político y cultural, tales como la industria farmacéutica, los siste-

Resumen

El extraordinario desarrollo de la investigación biológica y de las técnicas provenientes de otros campos de la ciencia (física, matemáticas, química, informática, etc.) tienen una influencia determinante sobre la constitución del paradigma médico contemporáneo. Como así también lo tienen factores externos al campo estrictamente científico. Dichos factores externos son de tipo económico, político y cultural, tales como la industria farmacéutica, los sistemas de salud estatales, la comercialización de las prestaciones en salud determinada en forma creciente por empresas privadas, la demografía profesional, la industria de aparatología médica, etc. Los teóricos de la Escuela de Heidelberg denominaron al modelo que ocupa el lugar de paradigma médico dominante actualmente, con la designación de biomédico o científico-natural, subrayando su tendencia al reduccionismo biológico del concepto de enfermedad y, por ende, a la no inclusión de la dimensión subjetiva, la historicidad y la sociabilidad del paciente frente al dolor, la discapacidad y la muerte. Desde mediados del siglo XX se comenzó a levantar una seria crítica a este paradigma médico. La misma tomó forma en torno a lo que se dio en llamar el modelo antropológico o integral. Este artículo intenta hacer una revisión del problema desde una perspectiva histórica y epistemológica apuntando al final algunas notas respecto del campo específico de la psiquiatría.

Palabras clave: Medicina antropológica – Historia de la medicina – Modelo biomédico.

BIOMEDICINE OR ANTHROPOLOGICAL MEDICINE

Summary

The huge developments in the biological research and in the techniques used in other spheres of science (physics, mathematics, chemistry, cybernetics, etc.) have a great influence on the constitution of the actual medical paradigm, as well as other non strictly scientific factors. These external factors are economic, political and cultural ones -such as the pharmaceutical industry and the public health systems, the privatization of health services, the large amount of professionals, the advances in the medical instruments, etc. The theoretician of the Heidelberg School, called this prevalent model "biomedical" or "natural-scientific", underlying this way the tendency to the biological reductionism in relation to the concept of "illness" thus excluding the subjectivity, the history and the sociability of the patient when dealing with the pain, the inability and the death. Since the middle of XXth Century a serious criticism of this medical paradigm has been raised. This criticism revolved around the so called anthropological or integral model. This article makes a revision of this problem from a historical and epistemological outlook, revisiting some specific features in the psychiatric field.

Key Words: Anthropological Medicine – History of Medicine – Biomedical model.

mas de salud estatales, la comercialización de las prestaciones en salud determinada en forma creciente por empresas privadas, la demografía profesional, la industria de aparatología médica, etc.

Los teóricos de la Escuela de Heidelberg denominaron al modelo que ocupa el lugar de paradigma médico dominante actualmente, con la designación de biomédico o científico-natural, subrayando su tendencia al reduccionismo biológico del concepto de enfermedad y, por ende, a la no inclusión de la dimensión subjetiva, la historicidad y la sociabilidad del paciente frente al dolor, la discapacidad y la muerte.

Desde mediados del siglo XX se comenzó a levantar una seria crítica a este paradigma médico. La misma tomó forma en torno a lo que se dio en llamar el modelo antropológico(14) o integral(19).

Este artículo intenta hacer una revisión del problema desde una perspectiva histórica y epistemológica apuntando al final algunas notas respecto del campo específico de la psiquiatría.

I Los modelos en juego

a. Sobre la constitución del modelo biomédico o científico-natural

Es habitual que los orígenes de la medicina moderna se ubiquen en el Renacimiento, coincidiendo con el Humanismo en su largo desprendimiento del pensamiento medieval. Pero, si se estudia más en detalle el curso de los acontecimientos se podrá observar que lo que conocemos como medicina verdaderamente moderna, en el sentido de la que sentó las bases de la forma que ha tomado el paradigma médico hegemónico contemporáneo, nació mucho después y en ruptura con esa primera modernidad de la medicina. En efecto, los médicos del Renacimiento confiaban más en un rescate del clasicismo hipocrático-galénico o se detenían en una crítica, más o menos creativa, del mismo a partir de la primera *experimentatio*, mientras que la verdadera revolución científica en la medicina tomó cuerpo a fines del siglo de las Luces y comienzos del XIX.

En los orígenes de esa medicina moderna propiamente dicha, que se extienden entre poco antes de 1800 y 1880, se registra la decisiva contribución de una serie de grandes investigadores de la fisiología: los alemanes Hermann Helmholtz, Johannes Müller, Emil Du Bois-Reymond y Carl Ludwig y los franceses François Magendie (*Précis élémentaire de physiologie*, 1816) y Claude Bernard(2, 8).

Si bien la investigación fisiológica no nace en esa época –ya que desde la Antigüedad se habían realizado experimentos sobre los seres vivos(7, 15, 18)– es recién a partir de 1800 que se introducen criterios más afinados epistemológicamente(2, 3, 16), la investigación se plantea programas organizados con objetivos precisos, se instrumentan recursos poderosos importados de los campos de las matemáticas, de la física y de la química –a la sazón en joven desarrollo– y se institucionalizan los centros de investigación (la Universidad reformada de Berlín, la *Académie des Sciences*, el *Collège de France*, etc.).

El proceso de surgimiento del paradigma de la medicina propiamente moderna recorre, así, varias décadas en las cuales se va produciendo una ruptura con el vitalismo francés, se disuelve la influencia del romanticismo alemán sobre la medicina y se va instalando la doctrina del sensualismo primero y del positivismo comtiano después(10).

Aunque, como se dijo antes, los fenómenos que interesaron a los nuevos fisiólogos habían sido estudiados anteriormente en forma aislada y parcial en el marco de la anatomía y la zoología bajo la denominación de "economía animal"; fue en los manuales de Albrecht von Haller que se presentó por primera vez a la fisiología, entendida, entonces, como una suerte de "anatomía animada", como un campo organizado del saber. A partir de ese momento, y en el transcurso de la primera mitad del siglo XIX, pero sobretodo en la segunda mitad del mismo y en la primera del XX, la masa de los descubrimientos de la nueva fisiología se instaló con progresiva importancia en la formación de los médicos.

François Magendie (1783-1855), es, entre todos aquellos nuevos investigadores nacidos bajo el firmamento de la *Aufklärung*, el que rompe, más radicalmente, con todas las concepciones de la medicina anterior y formaliza las bases sobre las que deberá asentarse la medicina moderna propiamente dicha.

Aunque, en verdad, en ningún momento de su obra Magendie formula un plan sintético de acción, también es cierto que a lo largo de sus escritos se encuentra una serie de afirmaciones, tan repetidas y estrechamente ligadas entre sí, que se las puede considerar, al decir del historiógrafo de la medicina Charles Lichtenthaler (sobre cuya preciso estudio nos apoyamos en la enumeración siguiente), como un verdadero "programa revolucionario" de investigación que sintetiza las líneas de todo un movimiento de ruptura epistemológica con la tradición médica de su época(17).

Las seis ideas directrices de ese programa, en las que fácilmente podemos reconocer la génesis de nuestra manera de ver actual, eran, para el investigador francés:

1. La fisiología y la medicina no son aún ciencias.

La segunda estaba dominada, para Magendie, por el empirismo y los sistemas (doctrinas) contradictorios y la patología hipocrático-galénica no constituía sino una pseudo-teoría cuya influencia sobre los médicos había durado demasiado.

2. Por el contrario la física y la química son verdaderas ciencias: ciencias experimentales.

Porque ellas no incorporan ninguna noción a su corpus teórico que no surja de la experimentación.

3. La física y la química no sólo constituyen modelos para la fisiología sino que son sus dos bases principales.

Desde la época de Aristóteles y Galeno el impulso a las investigaciones fisiológicas vino de la anatomía. Pero, ya en la época de Magendie, quien, como relata su alumno Claude Bernard, dedica toda su vida a demostrar la invariable presencia de procesos físico-químicos en los seres vivos, se habían producido avances decisivos en esa dirección. En efecto, baste mencionar, a título de ejemplo, sólo algunas de las

más significativas: Antoine Lavoisier y Charles Laplace, en 1780, definen la respiración como un proceso químico de oxidación lenta; en 1782, Antoine de Fourcroy, estudia las reacciones químicas que dan lugar a los elementos presentes en la bilis; Jöns Jacob Berzelius comunica, en 1810, sus análisis sobre las propiedades químicas de la albúmina, de la fibrina, del mucus de la saliva y de “materia colorante” de la sangre...

4. *La fisiología debe ser retomada desde su base apoyándose exclusivamente en la experiencia con la ayuda de la física y la química.*

La nueva metodología que propone Magendie debía desembarazarse de los sistemas filosóficos que la confundían y, por ende, desechar los apriorismos y los razonamientos analógicos y finalistas para asentarse sobre un saber positivo surgido de la experiencia y solamente de ella. Exclusivamente los hechos debían fundar el saber de la ciencia y sólo como resultado del estudio de las relaciones entre ellos se podrían establecer las leyes que los rigen. Por otro lado, ya no era posible ni siquiera un intento de renovación de la medicina hipocrático-galénica por medio de parches e hipótesis ad-hoc porque sus propios presupuestos fundamentales no se sostenían más: los químicos describían otros elementos que los de Empédocles: tierra, agua, aire y fuego; más aún, ya habían analizado la composición del agua y del aire; para los químicos biológicos la bilis negra no existía y los físicos no se detenían en las cuatro condiciones de la materia –frío, cálido, seco y húmedo– que utilizaba la medicina Antigua.

5. *Aunque apoyándose en la física y en la química la fisiología es, sin embargo, una ciencia independiente.*

Lichtentaeler hace aquí dos observaciones: a) no existen leyes físicas y químicas diferentes para la materia inanimada y la materia viva pero, b) ésta tiene cualidades propias que no se encuentran en el mundo inorgánico tales como la textura celular y tisular y un medio interno, que le permite una cierta independencia del medio externo, así como una curva de vida. De estas observaciones se concluye, con Magendie, que la fisiología es una ciencia autónoma respecto de la física y la química pero que sólo puede ser explorada científicamente por medio de éstas últimas (17).

6. *La patología es la fisiología patológica.*

Con esta tesis, consecuencia lógica de las cinco anteriores, se proyecta el programa de Magendie al estudio de todas las enfermedades entendidas como perturbaciones de las funciones normales por diversos factores; y por esta vía traslada el fundamento de su gestión al conjunto de la medicina. Con su aserto: “La medicina es la fisiología del hombre enfermo”, Magendie enfrenta todas las concepciones nosográficas basadas en los sistemas especulativos más diversos que florecían en su tiempo y –a pesar de los importantes aportes que habían hecho Corvisart, Bayle, Laennec y sus discípulos– con las clasificaciones de la escuela anatomopatológica, ya que entiende que toda lesión orgánica estará siempre precedida por una alteración funcional. Desde su perspectiva rechaza las nosografías basadas en la observación de los sig-



nos clínicos y/o en las lesiones macroscópicas por considerarlas estériles, ya que al agotarse en descripciones superficiales sin echar luz sobre las causas y los mecanismos subyacentes a los procesos patológicos, conducen a la medicina a un callejón sin salida.

Pero, además, de este planteo de Magendie, como bien apunta Lichtentaeler, se desprenden otras consecuencias mayúsculas para la conformación de la medicina moderna: el conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos permitirá la formulación de una terapéutica racional de las enfermedades, Magendie es considerado como el fundador de la farmacología experimental(21), así como una profilaxis de las mismas basada en criterios científicos.

El trasfondo filosófico

No puede alcanzarse la comprensión histórica del surgimiento y desarrollo de la medicina propiamente moderna sin mencionar su relación con el contexto filosófico en el cual se moldeó.

Se ha dicho que Magendie era un hombre del Siglo de las Luces, y efectivamente, lo era. La filosofía de las Luces era una tentativa para integrar totalmente al hombre en el medio natural(10). Pero, si Magendie es un positivista pre-comtiano, Claude Bernard ya representa la posición propia del positivismo triunfante, contemporáneo del resonante triunfo de la teoría evolucionista. Poderoso aparato conceptual que tendrá en S. Mill y en H. Spencer otros dos paladines.

Bernard, en tanto sucesor de Magendie, es la figura relevante de todo un movimiento de pensamiento médico que sienta las bases de la medicina propiamente moderna. Su linaje filosófico positivista ha alentado a generaciones de médicos y constituye el andamiaje que se prolongó en el “positivismo lógico” y, posteriormente, en la “lógica de la investigación científica popperiana”(6).

Sin entrar en detalles se puede resumir a cuatro las premisas que identifican al pensamiento positivista a lo largo de la historia(10):

1. no existe diferencia real entre “esencia” y “fenómeno” (regla del fenomenalismo),
2. todo saber, formulado en términos generales, tiene como únicos equivalentes los objetos concretos singulares (la regla del nominalismo),
3. los juicios normativos y de valor carecen de valor cognoscitivo, y
4. los modos de adquisición de un saber válido son, fundamentalmente, los mismos en todos los campos de la experiencia, como son igualmente idénticas las principales etapas de la elaboración de la experiencia a través de la reflexión teórica (unidad fundamental del método de la ciencia).

Es sencillo distinguir en este programa las coincidencias y semejanzas con el de Magendie y con las bases filosóficas implícitas en el pensamiento médico contemporáneo.

El despliegue del programa de la medicina moderna propiamente dicha

Los principios del programa de Magendie, tan obvios para cualquier médico en la actualidad, no lo eran en su época. Tampoco se impusieron totalmente de manera inmediata sino que debieron esperar casi un siglo, hasta después de la Primera Guerra Mundial, para alcanzar la importancia que hoy tienen. La causa de esa tardanza se debe, muy probablemente, a que la física y la química presentaban, a su vez, un desarrollo muy incipiente. En efecto, basta una mirada sobre los descubrimientos de ambas ciencias que tuvieron una importancia decisiva en el desarrollo de la tendencia funcional en medicina, para comprobar que prácticamente todos ellos tuvieron lugar después de la época de Magendie: síntesis de la urea (1828, F. Wöhler); catálisis (1835, J. J. Berzelius); digestión de albúmina por el jugo gástrico (1836, F. Schwduce); asimetría molecular (1848, L. Pasteur); tetravalencia del carbono (1858, A. Kekulé); definición de la molécula y del átomo (1858, S. Cannizzaro); análisis espectral (1859, G. Kirchhoff y R. Bunsen); coloides y diálisis (1860/61, T. Graham); fórmula hexagonal del benceno que abre el estudio de los compuestos aromático{ (1865, A. Kekulé); descomposición electrolítica (1884, S. Arrhenius); rayos X (1895, C. Röentgen); ósmosis (1897, A. Pfeffer); radioactividad (1896, H. Becquerel); radio (1898, P. y M. Curie); energía cuántica (1900, M. Planck); hipótesis de la energía luminosa cuántica (1905, A. Einstein); definición del pH (1909, C. Sorensen); isotopía (1910, F. Soddy); microanálisis orgánico cuantitativo (1912/14, F. Pregl)(15, 17).

Entre el momento del planteo programático revolucionario de Magendie, que prolongan sus discípulos Claude Bernard en Francia y otros en Alemania, y el pleno florecimiento de la corriente funcional en el paradigma biomédico, otros desarrollos para los que las circunstancias del momento (científicas, tecnológicas, institucionales) estaban maduras ocuparon el centro de la escena. No fueron contradictorios con la propuesta de Magendie; más bien se complementaron con ella a lo largo de las décadas siguientes. Y sobre todo culminaron su convergencia y síntesis en la primera mitad del siglo XX para configurar el centro de gravedad del *corpus* teórico-práctico de la medicina contemporánea.

Dichos desarrollos se expresaron en la que Erwin Ackernecht califica como la corriente de la medicina hospitalaria(1) y Lichtentaeler la tradición anatomopatológica y clínica(17).

Esta corriente, contemporánea de Magendie y en permanente tensión con su obra, nacida en el seno de las grandes instituciones hospitalarias construidas a partir de 1800, como las de Paris, Wurzburg, Viena y Berlín, domina el interés de los médicos europeos de la segunda mitad del siglo XIX orientando su investigación en dos direcciones principales: la semiología y la anatomía patológica (macro y microscópica). A las manifestaciones clínicas de los signos semiológicos obtenidos por percusión (L. von Auenbrugger, J. N. Corvisart) y la auscultación (T. Laennec), ambas perfeccionadas por sus discípulos y sucesores (P. Piorry, J. Skoda, L. Traube), se las comienza a relacionar con las lesiones registradas en las autopsias (siguiendo la tradición de J. B. Morgagni actualizada por Corvisart, G-L Bayle, Laennec y C. von Rokitsansky) pero, sobretudo, con las observadas por los cirujanos acuciados en su trabajo por las preguntas derivadas de las indicaciones y las maniobras que los condujeran a “extirpar”, “corregir”, “reconstruir” racionalmente el cuerpo de sus pacientes.

A los signos físicos registrados objetivamente al pie del lecho del enfermo le deben corresponder las lesiones de los órganos implicados; la metodología que surge así apunta a echar un puente entre “lo externo” y “lo interno” y este último tenderá a ser descrito hasta su manifestación tisular y celular con la ayuda del microscopio perfeccionado a partir de 1840.

Otras innovaciones vienen a agregarse y articularse con la investigación semiológica y anatomopatológica a mediados del siglo XIX. Ellas son el método estadístico, los exámenes de laboratorio, que adquiere un prestigio formidable con la introducción de los cultivos bacteriológicos.

Los efectos, poco antes y después de 1900, de la que dio en llamarse “era bacteriológica” sobre la medicina fueron de primer orden. En primer lugar Louis Pasteur asesta un golpe mortal a la antigua teoría de la generación espontánea, y desde entonces “todo ser vivo proviene de otro ser vivo”. En segundo lugar las investigaciones bacteriológicas terminan con la vieja controversia entre “contagionistas” y “anticontagionistas”, concluyendo que las epidemias obedecen como causa fundamental a las causas infecciosas, mientras que las malas condiciones de higiene y la pobreza no son más que causas condicionantes. En tercer

lugar con los descubrimientos bacteriológicos se inaugura una nueva etapa en la comprensión de la causa etiológica de un gran número de enfermedades. Se suceden así la identificación de las causas del carbunco (1863, J-C. Davaine y 1876, R. Koch), la gonorrea (1879, A. Neisser), la fiebre tifoidea (1880, C-J-Eberth), la lepra (1880, A. Hanssen), la malaria (1880, C-L Laveran), la tuberculosis (1882, R. Koch), la difteria (1884, F. Loeffler), el cólera (1884, R. Koch), el tétanos (1884, A. Nicolaier), la peste (1894, A. Yersin y S. Kitasato), la sífilis (1905, F. Schaudinn)(17).

Por otro lado, estos descubrimientos reforzaron fuertemente la posición de los partidarios del nosologismo categorial, es decir, quienes defendían, desde la época de Sydenham, la especificidad en medicina. Su postulado fundamental era que cada enfermedad constituye una entidad independiente. En base a ello, para las enfermedades cuya etiología era aún desconocida y siguiendo el credo positivista, la ciencia encontraría su causa por vía de la investigación.

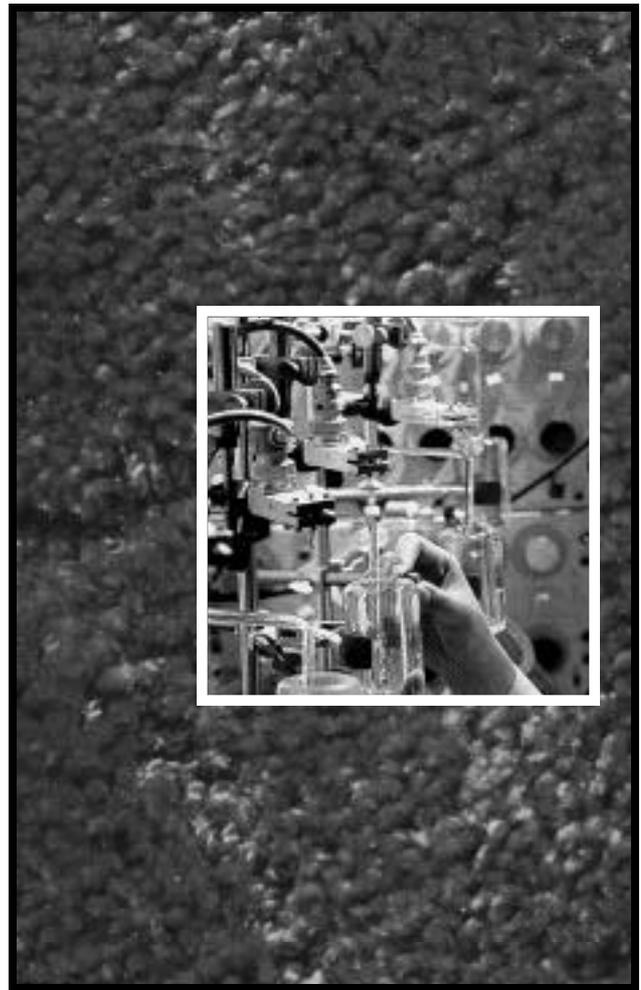
Los conceptos de contagio, epidemia, enfermedad transmisible, vector y huésped, se incorporaron, así, uno tras otro enriqueciendo la nosología. La inflamación fue estudiada a la luz de los nuevos conocimientos y se descubrió que, estimulado por las toxinas bacterianas, el organismo responde con la fabricación de antitoxinas (1890, E. von Behring y 1891, P. Ehrlich) y en los años siguientes se definieron las nociones de antígeno, anticuerpo, anafilaxis (1902, C. Richet) y alergia (C. von Pirquet). Pero también se concluyó que simultáneamente con las causas exteriores (a los microbios se agregaron las causas físicas y químicas tales como la electricidad, los tóxicos, etc), se debían considerar –en un resurgimiento de la vieja teoría de los temperamentos reforzada por el rescate de las leyes mendelianas de la herencia efectuado por H. De Vries en 1900(9)– la constitución y la disposición del paciente.

La antisepsia (1867, J. Lister) y la asepsia (1886, G. Neuber) junto a la anestesia y la hemostasis permitieron el desarrollo de la cirugía moderna y confirmaron en el campo de la obstetricia las precoces recomendaciones de I. P. Semmelweis.

A partir de ese momento, a favor de una cascada de grandes descubrimientos e invenciones producidos por las ciencias e importados a la medicina, y como resultado de la propia investigación médica, durante el siglo XX se verificó una verdadera explosión de conocimientos.

Pero, lo más distintivo del período fue la aparición –en un resurgimiento del programa de Magendie– de una corriente funcional en medicina que se apoyó fuertemente en la fisiología patológica. El programa de Magendie y Bernard hace así, definitivamente su entrada en el laboratorio y la clínica. Entre 1893 y 1932 el texto fundacional de L. von Krehl pasa del formato de un pequeño libro al de un espeso Manual a través de catorce exitosas ediciones.

Comienza así una etapa dentro de la medicina propiamente moderna. La preocupación central de los médicos por identificar los daños orgánicos y describir con precisión su morfología se desplazó a la investigación de las causas funcionales, a la patogenia del trastorno, antes de que este se exprese en la lesión más o menos irreversible. La lesión no es, en sí



misma, el proceso mórbido sino una etapa final del mismo.

A partir de 1930 se puede decir que la medicina queda dominada por el dogma funcional. El pronóstico de Magendie y Vichow se cumple: la patología es, por fin la fisiología patológica, la medicina deviene moderna y experimental.

La definición etiológica natural de las enfermedades pero sobretudo el concepto de patología funcional trajeron aparejada una revolución en la investigación terapéutica y la progresiva aparición de una infinidad de drogas activas capaces de modificar una potencial patogenia mucho antes de que esta originara una lesión (p. ej.: medicamentos antihipertensivos, antilipemiantes, etc).

Pero este proceso originó algo novedoso que comenzó a jugar con gran influencia sobre la medicina, en tanto factor externo, desde fuera del campo disciplinario: el surgimiento de un enorme poder económico concentrado en la industria farmacéutica que comenzó a desarrollar investigación propia con grandes inversiones no determinadas por los Estados ni incluidas planificadamente en sus políticas de salud.

Más allá de su indudable y probada efectividad en muchos casos, la idealización del fármaco como terapéutica médica se constituyó en un concepto funcional a la medicina naturalista y ha contribuido a reforzar su hegemonía como paradigma y a modelar, hasta a nivel de masas, el concepto de salud, así como los de enfermedad, tratamiento y curación.

Al promediar el siglo XX se dibuja una penúltima

etapa en la medicina propiamente moderna: la de la síntesis entre las corrientes de la patología morfológica y funcional. Después de un siglo de múltiples investigaciones dispersas se desea una síntesis y aunque esta no conquista la opinión de todos llega a constituir un nodo central en el pensamiento médico contemporáneo.

Durante la segunda parte del siglo XX los acontecimientos en el plano de las invenciones y descubrimientos médicos toman un ritmo vertiginoso puntuando la última etapa de la medicina propiamente moderna.

El comienzo de la quimioterapia, los desarrollos de la serología, de la seroterapia, de la vacunación, los conocimientos sobre la inmunología, el descubrimiento de los virus, los antibióticos y la mencionada explosión farmacoterapéutica en general, la concepción, los métodos de diagnóstico precoz del cáncer y sus tratamientos, la psicofarmacología, las técnicas protésicas y de trasplantes, la estructura molecular biológica, en especial de los ácidos nucleicos (ARN y ADN), la genética médica hasta el estudio reciente del genoma humano y las técnicas de procreación asistida, junto a otros numerosos y grandes descubrimientos e invenciones, otorgaron una formidable potencia a la biomedicina durante el siglo XX.

Simultáneamente, a partir de la Segunda Guerra Mundial, se producen cambios de extrema importancia en los sistemas de salud, especialmente, a favor de la instalación de la forma del Estado de Bienestar, primero y de su ocaso y derrumbamiento a favor de las políticas neoliberales después, con el consiguiente avance de la medicina privatizada y empresarial.

También se observan dos fenómenos característicos del período: las modificaciones en la demografía médica y la super-especialización de los médicos en parcelas cada vez más tecnologizadas y compartimentadas de su profesión.

Pero estos fenómenos no parecen alterar a los defensores de la *medicina triumphans*. La medicina científica, para ellos, ha encontrado su forma definitiva con la utilización sistemática del método experimental y no tiene más que continuar por la misma vía para seguir cosechando éxitos en el futuro. Se siente la influencia de Comte y Darwin.

b. El modelo antropológico o integral

Hoy, cuando el proyecto biomédico parece concretado en la orgullosa y omnipotente medicina contemporánea, cabe, sin embargo, interrogarnos sobre el precio pagado por tanta excelencia científica.

En efecto, entre las consecuencias del modelo biomédico también se debe contabilizar, paralelamente con la adquisición de una enorme potencia para entender y actuar sobre el substrato biológico de las enfermedades, una concepción de las mismas que paulatinamente recortó como esencial la dimensión biológica en detrimento de toda otra aproximación. Al definirse las enfermedades por sus causas y mecanismos orgánicos y llevarse esa investigación hasta el paroxismo de lo molecular infinitesimal el portador del sufrimiento desapareció detrás del dato cuantitativo, la valoración estadística del pronóstico se impuso por sobre la dramática vital, la corrección de la va-

riable biológica alterada tuvo más importancia que la capacidad de estimulación de la salud, se desdibujó la relación médico-paciente como instrumento terapéutico por excelencia, la pretensión de "cientificidad" positiva descalificó como artefacto toda incorporación de lo subjetivo implicado en dicha relación y en el "arte de curar" empujándola al desván de los gestos médicos accesorios, puramente librados a la buena voluntad del profesional y a una nebulosa dimensión "ética", altruista o bondadosa.

La deshumanización de la práctica médica, y los severos interrogantes que planteaba la misma condujeron, durante las últimas décadas del siglo del siglo XX a la aparición de diversas corrientes críticas en el seno de la medicina provenientes del campo de las ciencias humanas y aún del seno de la misma corriente biomédica, en la que algunos de sus desarrollos se toparon con aporías inesperadas. Una de las disciplinas que más vigor a mostrado en ese sentido es la bioética(4, 5). El divorcio de la medicina de las ciencias humanas para nutrir su "cientificidad" exclusivamente en la físico-química, la biología, las matemáticas, la informática... ha sido denunciado como la causa de muchas de las carencias y desviaciones actuales apuntadas.

Las críticas principales al modelo biomédico son: su ya mencionado reduccionismo biológico, es decir, la exclusión de otros factores que los orgánicos para explicar la génesis de las enfermedades; su a-historicidad, o sea, el presentar a las enfermedades como hechos exclusivamente naturales despojándolos de su categoría de hechos socio-culturales, y por ende históricos; su a-socialidad, entendida ésta como esa concepción que "define al *acto médico* como *acto técnico* más que como *acto social*"(22) dejando así de lado los determinantes del proceso de enfermar que provienen de la clase social, las condiciones educacionales, la subcultura, etc., tanto del paciente como del médico. Desde esta perspectiva antropológica de la medicina, la enfermedad debe ser considerada como un acontecer humano que compromete a la totalidad del hombre y modifica las relaciones entre los distintos aspectos del individuo y con su medio(23). Estas críticas no pretenden, obviamente excluir ni restar importancia a la dimensión biológica sino que ponen énfasis en señalar la necesidad de construir un paradigma médico que no incluya lo biológico como hegemónico en el pensamiento médico(20).

M. Meeroff, en nuestro medio, ha elaborado una síntesis de sus recomendaciones que puede constituir una guía para ubicar esta propuesta(19):

1. "El objetivo de la medicina es el de promover la salud mediante la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Juzga su eficacia por sus logros *prácticos* en la promoción de la salud, basando sus principios en conceptos legales y morales por los cuales el médico debe obrar.

2. La medicina es una disciplina de base fundamentalmente científica que tiene principios específicos, objetivos independientes y métodos propios para evaluar sus resultados.

3. La medicina debe verse, entonces, como una disciplina autónoma, con leyes y métodos propios

que se beneficia en el intercambio con ciencias biológicas y sociales.

4. La medicina constituye una actividad de pensamiento que requiere el estudio de diversos sistemas con distintos niveles de organización, y de allí entonces, que los métodos usados para entender los fenómenos que ocurren en distintos niveles de complejidad sean necesariamente diferentes, siendo algunos científicos y otros probablemente no.

5. Esta manera de pensar le permite al médico:

a: Pensar y actuar racionalmente.

b: Reconciliar el método científico con el humanismo.

c: Integrar las áreas psicosociales al complejo disciplinario de la medicina, lo cual facilita, a su vez, la comprensión de los fenómenos que predisponen, determinan y mantienen las enfermedades. Constituye una teoría que explica los cambios en la incidencia y prevalencia de las enfermedades, que proporciona las razones por las cuales ciertas enfermedades son más frecuentes en una cultura y/o sociedad, mientras que otras son aparentemente independientes de los fenómenos socioculturales; una teoría, en suma, que explica la historia natural variable de la mayoría de las enfermedades.

6. Así visto el ejercicio de la medicina requiere:

a. Estudios sistemáticos de las relaciones entre los factores sociales, psicológicos y

b. biológicos que determinan la distancia entre salud y enfermedad.

c. La aplicación de los principios científicos al estudio de los fenómenos subpersonales que afectan la salud.

d. El enfoque integral y humanitario de la práctica médica.

7. El modelo fundado de esta manera es integral, a la vez que individual y se basa en los siguientes cinco principios:

a. Concepto positivo e integrativo de la salud.

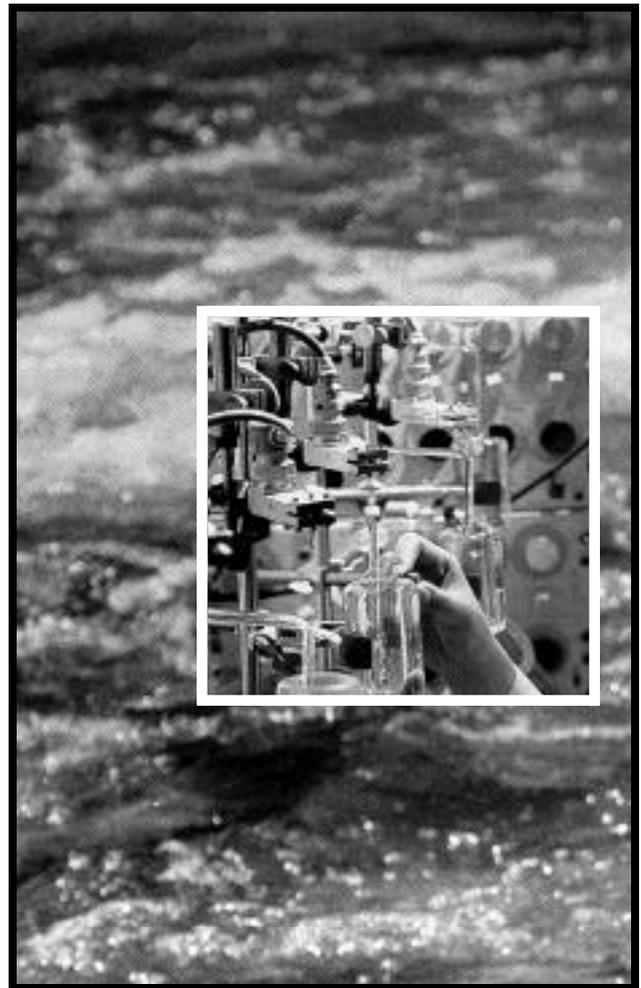
b. Necesidad de la participación activa del individuo en el cuidado de la salud.

c. Concepto de educador del médico.

d. Concepto causal multifactorial de las enfermedades.

En el momento actual cabe preguntarse si la medicina tomará ese rumbo antropológico o no será, en adelante, más que una mera acumulación monótona de conocimientos y de técnicas cada vez más sofisticadas. Sin embargo, como en otros campos, podemos suponer que el tan mentado "fin de la historia" no se verificará en la medicina y que, en tanto una de las constantes de toda cultura, se irá modificando en función de los cambios por venir.

Sería deseable que para orientar esos cambios se tengan en cuenta las siempre actuales recomendaciones de F. Escardó: " Buena parte del orgullo médico proviene de que su formación le induce a creer que es un "hombre de ciencia" y, en consecuencia, el curador y representante de esa ciencia. Basta una leal ojeada a la realidad concreta para comprender que la medicina aplicada es una artesanía cultural que toma sus elementos de la ciencia siempre que puede, pero del empirismo no menos veces sin que ello disminu-



ya ni su categoría, ni su eficacia. El médico no es lo que se entiende por hombre de ciencia y hará muy bien en comprenderlo para evitar las nefastas acciones que provienen del fetichismo de la ciencia; a lo que sí está obligado es a razonar científicamente, y es razonando científicamente que comprenderá que no es un hombre de ciencia, aunque con frecuencia sea mucho más que eso: el amigo sabio del hombre en estado de minoración, en quien la sabiduría consiste en la plena conciencia de sus limitaciones. La medicina, tal cual ha de entenderse hoy, es una forma peculiar y peculiarmente orientada de la vida en comunidad y todo lo que la lleve a contrariar a esa vida la hace no sólo falsa, sino altamente nociva".

La psiquiatría en particular

La psiquiatría en tanto especialidad médica ha sufrido una cierta mutación en los últimos años. Sus contornos y pertinencias se extienden en las más diversas direcciones y, quizás por ello, o quizás desde siempre por las características de su objeto de estudio y trabajo: los trastornos mentales, se ha nutrido y dialogado con otras disciplinas y ciencias en mayor grado de lo que lo ha hecho el resto de la medicina(24).

Sin embargo, lo más notable es que se vio particularmente influenciada por el modelo biomédico.

De una manera muy global, en el campo de la psiquiatría contemporánea la biomedicina ofrece una

propuesta para pensar la locura que se apoya en una tríada de proposiciones articuladas entre sí:

1. En primer lugar, suponer que es posible una identificación objetiva y categorial de los trastornos o síndromes mentales por vía de una descripción "a-teórica" como lo propone el DSM IV.

2. En segundo lugar, si ese primer punto fuera posible, tratar de establecer una progresiva correlación biunívoca entre cada síndrome así definido y su fisiopatología cerebral.

3. Y en tercer lugar, establecer una correlación entre dicha fisiopatología y su corrección farmacológica combinada con una psicoterapia basada en nuevos desarrollos de las teorías del aprendizaje. Por presentarse como teorías psicológicas pasibles de verificación experimental las corrientes cognitivo-comportamentales han gozado de mayor interés en detrimento del psicoanálisis.

Aunque esta manera de presentar las cosas no goza del consenso de todos los psiquiatras, se presenta, sin embargo, en el campo de la clínica como una

propuesta paradigmática de gran potencia. Y las razones de esa potencia no derivan solamente de su coherencia interna, que es discutible, sino de una cantidad de factores externos a la disciplina que juegan con una enorme fuerza para imponerla. En este sentido sabemos, desde los aportes de la epistemología contemporánea, que hay una lucha política al interior de la ciencia, en la que juegan factores internos y externos que no solamente responden a razones de tipo epistemológico, sino también a cuestiones ideológicas, económicas y corporativas, que determinan en cada época el paradigma científico que hegemoniza el período. En ese sentido podría apuntarse que el peso cultural de algunos centros de investigación del hemisferio norte y, particularmente de algunas universidades norteamericanas; la influencia de la industria farmacéutica; la caída del Estado benefactor; el crecimiento de los Servicios Gerenciados de Salud y cambios en las modas y hábitos culturales y en la subjetividad de la población, estuvieron entre los principales factores que abonaron el terreno para darle el sustento del que goza actualmente el modelo biomédico en psiquiatría ■

Referencias bibliográficas

- Ackernecht EH., *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*, Baltimore, 1967 [trad. fr., *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Payot, Paris, 1986]
- Bernard C., *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, 2 vol., Baillière, Paris, 1855-1856
- Bernard C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Baillière, Paris, 1865 [Reimpr. con Préface de F. Dagognet, Garnier-Flammarion, Paris, 1966]
- Beauchamp TL, Childress JF., *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1999
- Cechetto S., *Curar o cuidar (Bioética en el confín de la vida humana)*, Ad-hoc, Buenos Aires, 1999
- Conti N., ¿Qué es la ciencia hoy? Una aproximación a la epistemología contemporánea, *Clepios*, Vol IV, N° 3, Sept-Nov, 1998
- Grmek MD., *Le Chaudron de Médée. L'experimentation sur le vivant dans l'Antiquité*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 1997.
- Holmes FL., "La physiologie et la médecine expérimentale", en Grmek MD *Histoire de la pensée médicale en Occident*, T 3, Seuil, Paris, 1999
- Jacob F., *La logique du vivant. Une histoire de l'hérédité*, Gallimard, Paris, 1970
- Kolakowski L., *La filosofía positivista*, Cátedra, Madrid, 1988
- Kuhn T., *La estructura de las revoluciones científicas*, FCE, México, 1971
- Kuhn T., "Segundos pensamientos sobre paradigmas" en Suppe F: *La estructura de las revoluciones científicas*, Madrid, Nacional, 1974
- Kuhn T., *Qué son las revoluciones científicas y otros ensayos*, Piados, Barcelona, 1989
- Lain Entralgo P., *La historia clínica*, Barcelona, 1961, Reimpr. Editorial Triacastella, Madrid, 2001
- Lain Entralgo P., *Historia de la medicina*, Masson, Madrid, 1978
- Lesch JE., *Science and Medicine in France. The Emergence of Experimental Physiology, 1790-1855*, Cambridge Univ Press, Cambridge, 1984
- Lichtentaeleer Ch., *Historie de la médecine*, Fallad, Paris, 1978
- Louis P., *La découverte de la vie. Aristote*. Hermann et Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, 1975
- Meeroff M., *Medicina integral, Salud para la comunidad*, Catálogos, Buenos Aires, 1999
- Menéndez E., *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza, 1990
- Olmsted JMD., François Magendie. Pioneer in Experimental Physiology and Scientific Medicine in XIX th Century France, *Raven Press*, New York, 1944
- Otomuro D et al., La relación médico paciente desde una perspectiva bioética. *Rev Fund de la Fac de Medicina*, Vol XI, 42, Dic 2001
- Ricón L., *Problemas del campo de la Salud Mental*, Paidós, Buenos Aires, 1995
- Stagnaro JC., La formación de especialistas en psiquiatría hoy: una encrucijada epistemológica. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, Vol XI, Suplemento I, Primer semestre, 2000

Subjetivación e interconsulta frente a las nuevas patologías y tecnologías

Gabriel Finquelievich

Lic. en Psicología. Miembro Adherente de la Asoc. Psicoanalítica Arg. (APA). Prof. Tit. de Maestría "Aspectos y patologías del Desvalimiento", UCES. Miembro del Serv. de Psiquiatría Hosp. Francés. Aráoz 2241, 6 piso "B", Buenos Aires. finhen@interlink.com.ar

Pablo Miguel Gabay

Médico Psiquiatra (UBA). Doc. Tit. de "Rehabilitación Psiquiátrica", Carrera de Médicos Esp. en Psiquiatría, Fac. de Medicina, UBA. Director Centro Psicopatológico Aranguren, Buenos Aires. Paysandú 661, Buenos Aires. pgabay@centroaranguren.com

Introducción

El avance tecnológico condujo a la creación de una medicina científica, de órgano, que no toma en consideración al ser humano portador de ese órgano "enfermo" y coloca al médico en la posición de un técnico-operador. Como señala Ben-said(2):

"...los tecnócratas creen y afirman que la medicina es una ciencia que puede y debe codificarse rigurosamente, y que dado su carácter esencialmente técnico los cuidados pueden y deben distribuirse como un producto cualquiera (pág. 12)";

"...la formación de los estudiantes que apunta a convertirlos en técnicos limitados, en ingenieros de la salud (pág. 11)".

Este es un recorte ideológico que busca una definición reduccionista del paciente y que permite no hacerse cargo de la situación global con el fin de evitar las angustias que ello genera. Esto bloquea la posibilidad de un diálogo que permita organizar las angustias del paciente (y del médico) y las situaciones caóticas que se generan en consecuencia(5).

Pero

"Jamás es provechoso negar la presencia en la práctica médica y en la vida en general de la afectividad, la irracionalidad y la dimensión social. Reaparecen siempre en una forma distinta, pero con perfiles más violentos e incomprensibles (pág. 215)(2)".

Esta actitud no omite, como pretende, las subjetividades de los individuos involucrados en el acto médico (médico, paciente, familiares, personal auxiliar, institución, etc.) que se ponen en acción en la práctica cotidiana(9). Si bien esta visión de la patología produjo avances en la cura desde el punto de vista técnico, generó, a su vez, nuevos problemas. Tal vez el más importante sea la des-subjetivación de los participantes.

Las nuevas tecnologías médicas y la subjetividad

Los avances tecnológicos en el campo médico ponen en tela de juicio los conceptos de enfermedad crónica y de enfermedad terminal. Las mismas pasan a ser consideradas como un evento más dentro del proceso vital de un sujeto. Según este punto de vista,

Resumen

El avance tecnológico en medicina se acompañó, paradójicamente, de una falta de consideración hacia la dimensión subjetiva del ser humano. Esto trajo como consecuencia la aparición de nuevos inconvenientes, inesperados, provocados por actitudes del propio paciente, que no pueden ser comprendidos ni resueltos por los médicos especialistas tratantes y dificultan la aplicación de las importantes ventajas logradas. Todo ello es particularmente notable en las innovaciones más espectaculares (transplantes y reimplantes de órganos, prótesis, ortesis electrónicas, reemplazos hormonales, quimioterapia, etc.), que pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte. Detrás de todos estos problemas hay motivaciones humanas, subjetivas, que no han sido tenidas en cuenta y que constituyen el campo de trabajo e investigación de la interconsulta médico - psicológica. Palabras clave: Interconsulta - Transplantes - Tecnología médica - Subjetividad.

SUBJECTIVITY AND INTERCONSULTATION IN FRONT OF THE NEW PATHOLOGIES AND TECHNOLOGIES

Summary

The technological advance in medicine was accompanied paradoxically of a lack of consideration toward the human being subjective dimension. This resulted in the appearance of new and unexpected inconveniences, caused by the patient's attitudes that cannot be understood neither solved by the specialist doctors, hindering the application of important achieved advantages. This development is particularly remarkable in the most spectacular innovations (transplantation and reimplantation of organs, prothesis, electronic orthesis, hormonal substitutions, chemotherapy, etc.) that can mean the difference between life and death. There are human and subjective motivations behind all these problems that have not been kept in mind although constitute the specific sphere of work and investigation of the medical-psychological interconsultation.

Key Words: Interconsultation - Transplantation - Medical Technology - Subjectivity.

la enfermedad y la terapéutica médica son parte de la vida de una persona. Pero, pese a no ser tenida en cuenta, la subjetividad del individuo marcará la relación que establezca con su dolencia y con las prácticas médicas dirigidas a la curación de su cuerpo orgánico.

El estar enfermo se organizaría sobre una tríada: enfermedad, sujeto que la padece y terapéutica médica (equipo médico y avances tecnológicos). La tecnología abre esperanzas –impensables hasta hace poco tiempo– de mantener la vida de un sujeto y, por ende, conduce a reordenamientos en la relación del hombre con el control de la naturaleza y con su vínculo con la muerte.

Así, los trasplantes de órganos, la diálisis renal, los fármacos, los tratamientos genéticos, entre otros, se transformarían en situaciones idealizadas de curación, en las que el médico actuaría como un agente de aplicación de la tecnología y el paciente sería el campo en donde ella operaría, des-subjetivizándose la relación médico-paciente.

Pero, para sorpresa del médico, surgen en los pacientes reticencias a aceptar un tratamiento con quimioterapia, a tolerar un trasplante de órgano o a utilizar un nuevo dispositivo para inyectar insulina. Sería el momento en que muestra su presencia la subjetividad, a través de actos de negativismo, de fantasías intolerables (castración, muerte, robotización, etc.) o de la percepción del propio cuerpo como algo extraño y, por ello, ligado a vivencias de lo ominoso, entre otras posibilidades. Dichos efectos de lo subjetivo, que generan resistencias en la prosecución de un tratamiento médico, son los que obligan a la intervención del especialista en salud mental.

Como señala Testa(11), si bien **"la objetualización del paciente es una necesidad de la eficacia del procedimiento terapéutico"** (en negrita en el original) [...] *la transformación del paciente en objeto no es un hecho circunstancial y aislado, sino que es el reconocimiento de que un paciente, cualquier paciente y también cualquier persona es al mismo tiempo un sujeto y un objeto. El episodio de la enfermedad hace que se destaque el carácter objetual del individuo que padece el episodio y acentúa la necesidad del tratamiento particular de ese 'objeto'*.

Esto, que facilita la intervención y que, aparentemente, generaría menor sufrimiento en los profesionales al permitirles un mayor distanciamiento, también provoca errores importantes. Las nuevas tecnologías, muy eficaces en el campo de la terapéutica orgánica, al estar sostenidas por una percepción científica des-subjetivada, pueden enmascarar aspectos subjetivos de los individuos que, dependiendo de las características de la personalidad de base, pueden ser lindantes con cuadros psicopatológicos.

Vemos un ejemplo de esto en aquellos individuos que cesan de registrar sus propios ritmos corporales y los depositan en las máquinas, como si éstas fueran dioses omnipotentes sin fallas posibles.

Viñeta clínica

El paciente T. padecía una diabetes infanto-juvenil. Durante su etapa universitaria inició un noviaz-

go y, en ese momento, presentó en repetidas oportunidades descompensaciones de su diabetes, la que progresó hasta provocar una ceguera por retinopatía diabética en la época en que se graduó en la universidad. En el momento en que se decidió casarse presentó una insuficiencia renal que lo obligó a mantener una diálisis peritoneal.

En este paciente sobresalían tres aspectos: primero, una desmentida permanente de los registros corporales; en segundo lugar, la desmentida de su mundo afectivo y, tercero, la disociación entre su deterioro orgánico y su angustia por los cambios vitales, relación no reconocida por él.

En este caso, el desencadenamiento de la diabetes enfrentó al sujeto que la padecía a un duelo, vinculado con la autonomía de su propio cuerpo. Él debía pasar a cuidar y a operar sobre el metabolismo de su cuerpo en forma conciente. Asumir que el cuidado de su cuerpo biológico era una función de él y no de la insulina que se aplicaba era un proceso que lo llevaría a aceptar un nuevo esquema corporal y su necesidad de control sobre el mismo. El duelo tendría que ser el espacio en donde el sujeto debería elaborar la pérdida de aspectos de su cuerpo. Al no lograrlo, aumentó su deterioro y llegó a la invalidez.

Las distintas personalidades de base pueden explicar por qué un tratamiento probado en su eficacia desde el punto de vista orgánico fracasa, sin embargo, al acentuarse rasgos que son patológicos desde el punto de vista mental.

Viñeta clínica

La Srta. H. era una paciente con una personalidad adictiva que debía ser sometida a un trasplante cardíaco. El equipo tratante no estaba seguro de que, por sus características de personalidad, fuera a tolerar el procedimiento y solicitó la interconsulta. Se observó en ella una seria dificultad para subjetivar lo que le ocurría y tomar contacto con la movilización afectiva que el procedimiento implicaba. Se refería al mismo como si se tratara de un "simple cambio de repuestos", sin vivenciar el tratamiento en toda su dimensión. Al no poder resolverse esta disociación, abandonó las entrevistas y no se la pudo convencer de continuar con las mismas.

Continúa Testa(11):

*"[...] el desconocimiento de la subjetividad y también de la socialidad del paciente **disminuye la eficacia de la intervención** [...]; las consecuencias de una objetualización incontrolada son indudablemente negativas, pero no sólo negativas para el paciente sino también para los trabajadores de la salud, [...]. No es el único riesgo. La tendencia a transformar al paciente en objeto lleva a los trabajadores del hospital a cometer errores en su trabajo profesional debido a la confianza que generan los datos objetivos obtenidos mediante los diversos aparatos. [...] Insisto: considerar al paciente en su condición de objeto es una necesidad parcial de la atención del paciente, pero cuando esa necesidad se absolutiza, genera errores [...] y sufrimientos (de los pacientes y de los trabajadores de salud) innecesarios. [...] es iatrogénica"*.

Diversas cuestiones ideológicas colocan a los médicos en una posición de impotencia para resolver estos problemas. En peor situación se halla el personal de enfermería, pues actúa como un nexo entre el paciente y la sociedad. Los médicos pueden mantenerse en una posición más distante, pero los enfermeros/as, por sus mismas funciones, tienen un acercamiento mucho mayor, aún físicamente. Por lógica, su sufrimiento también es mayor(11).

Pero no es solamente el equipo tratante el que puede tomar al sujeto como un objeto y tratar de des-subjetivarlo. A través de estos ejemplos vemos cómo, muchas veces, también son los propios pacientes quienes disocian y desmienten su subjetividad y cómo ésta se manifiesta a través de su cuerpo.

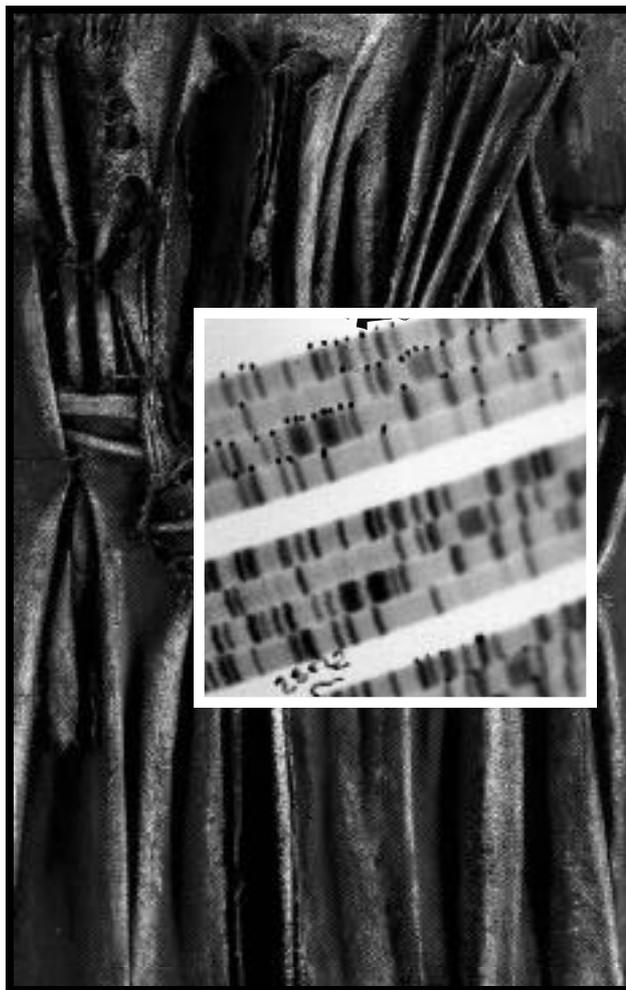
Uno de los caminos para atemperar las situaciones mencionadas es la creación de grupos de reflexión de la tarea, en los que los profesionales puedan elaborar las ansiedades que se generan en sus prácticas, y que éstos sean, además, un espacio en donde se puedan abordar los conflictos personales que se les presentan. Este es el espacio de trabajo de los especialistas en salud mental e interconsulta: no se trata sólo de operar con los pacientes, sino que también se debe actuar sobre los efectos subjetivos que determinan la relación médico-paciente.

Como señalan Ferrari y Luchina(5), en la *interconsulta* el profesional del campo de la salud mental se halla en una posición asimétrica con el colega que lo consulta, pues desde su posición el *interconsultor médico-psicológico* opera sobre la conflictiva de la compleja relación médico-paciente-institución-familia, incorporando al consultante y a la institución en la que se desarrolla la tarea en su campo de acción. Así, el interconsultor no sólo toma en cuenta la patología mental del paciente sino que, partiendo de un diagnóstico situacional, busca el conflicto operante en la práctica médica. Para ello, considera que el pedido manifiesto de interconsulta contiene, además, un pedido latente a descubrir(5).

Para Raimbault(9), la función del interconsultor sería incentivar y mantener la pulsión epistemofílica del médico hacia su campo de trabajo, el paciente, y lograr que la tarea a desarrollar por el médico no sea, solamente, calmar y adormecer los síntomas del enfermo, sino también que pueda ver a éste como un semejante que sufre. Porque, para el individuo, el ser ignorado en su condición de ser humano es algo que no puede perdonar. Así, su no reconocimiento como persona es una fuente de conflictividad en la relación médico-paciente que puede llegar, en un punto extremo, a que este último se niegue a ser tratado (p. 31).

Opina Raimbault(9) que otra de las funciones de la interconsulta está ligada a la enseñanza acerca de la relación médico-paciente. Pero no se refiere a la enseñanza en sentido tradicional de transmisión de conceptos, sino a la enseñanza al estilo socrático en la que, a través de la experiencia, los profesionales podrán preguntarse y responderse acerca de la conflictividad anímica de su paciente hacia ellos (transferencia) y sobre la que a ellos mismos les genera su práctica y que interviene en ésta de modo inconsciente (contratransferencia)(p. 32).

Viñeta clínica



El motivo manifiesto de la interconsulta era que una paciente se resistía a recibir el tratamiento quimioterapéutico requerido para tratar un carcinoma. Además, el equipo tratante refería hostilidad de la paciente hacia ellos: los degradaba y les negaba capacidad profesional. Esto generaba, a su vez, la hostilidad del equipo hacia ella. Se consideró a esta situación el motivo real latente de la interconsulta.

Durante la entrevista, la paciente trató al interconsultor con el mismo estilo con el que se dirigía al equipo tratante, agregando que ella había sido atendida en un sistema prepago de salud de mayor "nivel" que el que la estaba atendiendo ahora y que desconfiaba de este nuevo lugar. Se le interpretó que su sensación de desamparo y su enojo se debían al cambio no deseado de prepago, generado por sus dificultades económicas. Éstas la habían llevado a tener que abandonar el sanatorio en el cual era atendida y pasar a uno de "menor categoría".

Este comentario la tranquilizó y pudo referir que, durante su infancia, su madre falleció por un cáncer en un hospital y su padre volvió a casarse rápidamente, dejándola a ella al cuidado de una tía de menor condición social que ellos. Siempre vivió esta situación como un abandono por parte de su padre.

Se le señaló que el sistema de salud actual representaba el sitio en el que fuera abandonada por su padre, lo que le generaba el rechazo y la desconfian-

za hacia el tratamiento indicado aquí. Esto le provocó una crisis de llanto y le trajo nuevos recuerdos sobre esa situación traumática infantil. La descarga emocional y la comprensión de la situación inconsciente lograron que aceptara el tratamiento propuesto.

A su vez, el comunicar los nuevos datos obtenidos al equipo tratante ayudó a que en su contra-transferencia cesasen los sentimientos hostiles hacia la paciente y dejaran de sentirse cuestionados en su autoridad médica. Surgió una posición empática en los profesionales, la que les permitió acercarse nuevamente y ayudar a la paciente.

Esta viñeta también es un buen ejemplo de las ideas de E. Enriquez(3):

"A partir del momento en que una institución vive bajo el modelo comunal, tiende a evitar las tensiones o al menos a mantenerlas en el nivel más bajo posible. Funciona como un sistema que se caracteriza por una autorregulación simple, que permite la preservación de estados estables (homeostasis) y por el constante aumento de la entropía (rechazo de toda creatividad). [...] Siguiendo a A. Green, podríamos decir que esta entropía promueve un narcisismo de muerte. Tánatos se despliega en el lugar mismo donde parecía dominar Eros".

Cuando las subjetividades desequilibran la homeostasis se generan situaciones de conflicto institucional. La función del interconsultor sería mantener predominante a Eros y desarmar la entropía institucional evitando, simultáneamente, que esto genere una situación de caos (una "catástrofe institucional")(10).

Las nuevas tecnologías y la recuperación de un cuerpo "sano"

El avance tecnológico también llevó a que enfermedades antes incurables pudieran ser tratadas y curadas o, al menos, transformadas en cuadros crónicos manejables sintomáticamente. Esta cronificación de la enfermedad como una nueva forma de vida crea la ilusión de que la enfermedad no existe más como tal y a considerar como patologías solamente a los cuadros agudos o reagudizados.

Esta "curación" genera, en muchos pacientes, la idea de la recuperación de un cuerpo nuevo. Aparecen entonces ideas paranoides de grandiosidad y procesos de sobreadaptación omnipotente que conspiran contra los logros alcanzados.

Estas situaciones tienen un costo elevado: insuermen un ingente trabajo por parte de los profesionales tratantes; el paciente, por su parte, debe someterse a un proceso, generalmente cruento, y requieren de un desembolso económico importante por parte del enfermo, de su familia y del sistema.

Las cirugías de trasplantes de órgano, que colocan al enfermo frente a una pérdida de una parte de su yo corporal, también lo obligan a aceptar un órgano de otro que sostendrá su vida. Este otro diferente (corporalizado en su órgano donado) puede generar rechazos autoinmunes originados en lo anímico, aunque exista compatibilidad desde el punto de vista orgánico.

En estos casos, según Barés et al.(1), para alcanzar un cuerpo "nuevo" los pacientes deben atravesar por varias etapas en el proceso de evolución de su tratamiento: "1) la situación inicial; 2) la espera; 3) el preoperatorio, operación y postoperatorio; 4) el proceso de adaptación".

1. La situación inicial

La subjetividad del enfermo se expresará en su historia vital, al igual que sus posibilidades y características adaptativas frente a la futura situación.

"Existe una relación directa entre adaptación a situaciones estresantes pasadas, aprovechamiento de beneficios secundarios y posibilidades en el tratamiento actual"(1).

También es imprescindible investigar, además, las redes de sostén de que disponga el individuo, la relación de éste con el equipo que lo asiste y si se trata del primer episodio de la enfermedad actual o si se trata de una recidiva(8). Todas estas variables son parte integral del diagnóstico e influirán de manera decisiva en la posibilidad de incluir al paciente en este tipo de tratamiento.

2. El período de espera

En sucesivas entrevistas, el interconsultor y el equipo tratante deberán esclarecer los objetivos y los límites del tratamiento a fin de evitar idealizaciones mágicas del mismo, que llevarán a la frustración y el fracaso al no verse cumplidas. Además, las reacciones del sujeto no serán las mismas si el donante del órgano está vivo o no y esto deberá ser trabajado.

Este tipo de situaciones confronta a la práctica médica con el "encuentro de diferentes saberes"(7): el saber subjetivo que tiene el paciente sobre su enfermedad y el saber científico de los profesionales actuantes (el tratamiento médico que intentará la cura). Estos "saberes" deberían ser escuchados para profundizar y mejorar la relación médico-paciente y la eficacia de la práctica médica.

3. Preoperatorio, operación y postoperatorio

Un trasplante, al igual que un tratamiento de quimioterapia o que toda otra situación traumática, genera reacciones defensivas intensas, con regresión y síntomas característicos: crisis de ansiedad, insomnio, pesadillas, irritabilidad, palpitations, tensión, etc. En la medida en que las fantasías terroríficas puedan ser verbalizadas disminuirán estos síntomas.

Las crisis del postoperatorio pueden presentarse tardíamente durante el mismo, aún cuando la situación orgánica esté controlada. Estas reacciones son más intensas cuanto mayor haya sido el bloqueo afectivo preoperatorio, llegando a observarse cuadros confusionales y verdaderas crisis psicóticas.

4. El proceso de adaptación

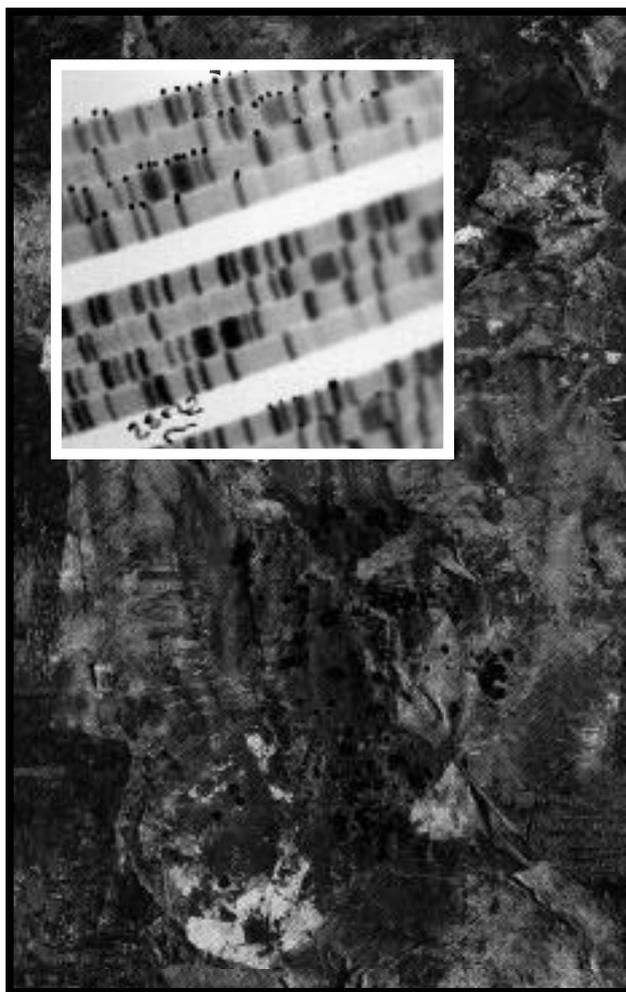
Si bien el individuo debe ir adaptándose permanentemente durante todo el tratamiento, el proceso

de adaptación pasa a primer plano cuando se atravesó el procedimiento exitosamente y el sujeto "comprueba que ha sobrevivido"(1). Se observa, entonces, que el temor a la muerte se desplaza y es asumido por un allegado, quien expresa su temor por la posibilidad de muerte del paciente. Por su parte el paciente muestra sus miedos, en esta etapa, bajo la forma de reacciones hostiles ante la vivencia de nuevas limitaciones a su vida. Se debe señalar la importancia de la psicoterapia para superar este período.

Conclusiones

Las nuevas tecnologías médicas amplían, cada día más, la posibilidad de curación o de control de patologías que, hasta no hace mucho tiempo, llevaban al enfermo a la muerte. Pero estos importantes avances no deben hacer dejar de lado la subjetividad de los individuos. Por ello, hemos intentado mostrar cómo lo subjetivo tamiza las prácticas médicas.

Así, la relación que se entabla entre los distintos actores del acto de curar con el paciente, con sus allegados y con la enfermedad misma(6) abre un campo de trabajo para los especialistas en salud mental. Éste es un amplio espacio de investigación y de participación en la práctica clínica para estos profesionales, tanto en los aspectos asistenciales como en las áreas de prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud ■



Referencias bibliográficas

1. Barés C, Rodó JE, Pérez Morales F, Silberman M y Canovi R., Seguimiento psicossomático de pacientes renales crónicos transplantados. *Medicina* (Buenos Aires), 37 (Supl.2):171-181, 1977
2. Bensaïd N., *La consulta médica*. Siglo Veintiuno Argentina Editores, Buenos Aires, 1976
3. Enriquez E., "El trabajo de la muerte en las instituciones" (cap. 3, p. 84-119) en Kaës R, Bleger J, Enriquez E et al. *La institución y las instituciones*. Estudios psicoanalíticos. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1989
4. Ferrari H., Interconsulta médico- psicológica y relación médico-paciente. *Acta psiquiátr. psicol. Amér. lat.* 29:178-186, 1983
5. Ferrari H, Luchina IL, Luchina N., *La interconsulta médico - psicológica en el marco hospitalario*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1980
6. Finkelievich GH, Gabay PM, Errecaborde A., Algunas consideraciones sobre la interconsulta médico-psicológica en el marco de un hospital de agudos comunitario. *XXII Congreso Interamericano de Psicología*, Buenos Aires, Argentina, junio de 1989
7. Finkelievich GH., Vicisitudes en el encuentro de diferentes saberes. Moción. *Revista del Claustro de Candidatos de Asociación Psicoanalítica Argentina*, 10 (14):11-14, 1998
8. Israël L., *La decisión médica. Sobre el arte de la medicina*. Capítulo V. Emecé Editores, Buenos Aires, 1983
9. Raimbault Ginette., *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina. Clínica de lo real*. Editorial Ariel, Barcelona, 1985
10. Spiguel RD, Gabay PM, Brenes A., Observaciones acerca de la llamada catástrofe institucional. Mesa Redonda sobre Catástrofes, *Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA*, Rosario, Santa Fe, 1992
11. Testa M., "El hospital visto desde la cama del paciente" pág. 175-187, en *Políticas en salud mental*, Saidón O y Troianovski P (Comp.), Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994

La psiquiatría y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Glenn J. Treisman

Prof. Asoc. de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, Prof. Asoc. de Medicina, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, EE.UU.

Joseph M Schwartz

Prof. Asistente de Psiquiatría, Johns Hopkins University; Director de Consultorios Externos y Consultor en Psiquiatría, Programa VIH del Park West Medical Center, Baltimore, EE.UU.

Heidi Hutton

Prof. Asist. de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta y Psicóloga del Serv. de Psiquiatría en SIDA

Introducción

Enfrentamos actualmente la peor epidemia en la historia de la humanidad. Hay más de 30 millones de personas infectadas en el mundo con el VIH, 11,7 millones han muerto (incluyendo 2,7 millones de niños) y se han producido 8,2 millones de huérfanos. La infección avanza a razón de 16.000 nuevos infectados cada día y la aparición de nuevas formas del virus puede ser el próximo problema.

Simultáneamente, vivimos las mejores circunstancias económicas en la historia del hombre. Frente a esto, la respuesta de nuestro sistema de salud ha sido

racionalizar los cuidados, especialmente con los más vulnerables y menos capaces de defenderse: los enfermos mentales. Siempre han sido el primer grupo descartado en tiempos de calamidad económica y ahora son descartados sistemáticamente por los sistemas organizados de cuidados de salud. La enfermedad mental es apartada, administrada separadamente e ignorada significativamente por el cambiante reembolso de gastos en salud.

La psiquiatría tiene una función importante y definida en la respuesta a la epidemia por el VIH. Esta epidemia no puede ser detenida con los métodos actuales sin nuestra ayuda y esta última definirá a la

Resumen

¿Hay cuestiones psiquiátricas específicas en el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que nos obliguen a modificar nuestro modelo típico de atención en la mayoría de las comunidades? Esto parece ser así. La mayoría de esas cuestiones surge del hecho de que la población VIH positiva presenta alta prevalencia de una variedad de trastornos psiquiátricos. La integración del tratamiento psiquiátrico con el tratamiento médico general mejora los resultados médicos y psiquiátricos. Siguiendo esta línea de pensamiento, ¿cómo puede la comprensión de los tipos de personalidad mejorar nuestra capacidad para prevenir y tratar al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? Algunas personas son más proclives que otras a ser indulgentes en sus conductas de riesgo. La epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es impulsada por comportamientos de alto riesgo que, frecuentemente, se asocian con trastornos psiquiátricos. Debido a esto, los psiquiatras tienen un papel importante en el tratamiento y la prevención del VIH. Además, el tratamiento actual para el VIH requiere una adhesión estricta a regímenes de medicación complicados y los trastornos psiquiátricos no tratados son una barrera importante para la efectividad del tratamiento. Los individuos que son "inestables" y /o "extrovertidos" se hallan en alta proporción en los centros clínicos que tratan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Comprender la dinámica de sus caracteres lleva a mejores enfoques terapéuticos de sus tratamientos. Un enfoque cognitivo conductual que 1) se centre en los pensamientos en lugar de en los sentimientos, 2) use un "contrato conductual", 3) enfatice las recompensas y 4) involucre la coordinación con los proveedores de los cuidados médicos, ha demostrado ser efectivo para tratar a pacientes con SIDA que se hallen especialmente en riesgo.

Palabras clave: HIV-SIDA – Interconsulta – Educación médica – Trastornos de personalidad – Adherencia al tratamiento.

PSYCHIATRY AND HIV

Summary

Are there specific psychiatric issues in the treatment of human immunodeficiency virus (HIV) that force us to modify our typical model of care delivery in most communities? This appears to be the case. Most of these issues stem from the fact that the HIV-positive population has a high prevalence of a variety of psychiatric disorders. The integration of the psychiatric treatment with general medical treatment improves psychiatric and medical outcomes. Along this lines, how can understanding personality types improve our ability to prevent and treat human immunodeficiency virus (HIV) Some people are far more likely to indulge in risky behavior than others. The human immunodeficiency virus (HIV) epidemic is driven by high-risk behaviors that are often associated with psychiatric disorders. Because of this, psychiatrists have an important role in the treatment and prevention of HIV. Furthermore, the current treatment for HIV requires strict adherence to complicated regimens, and untreated psychiatric disorders are a major barrier to effective treatment. Individuals who are "unstable" and/or "extroverted" make up the greatest group of patients in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) clinics. Understanding the dynamics of their character leads to better therapeutic approaches in their treatment. A cognitive behavioral approach that 1) focuses on thoughts instead of feelings, 2) uses a "behavioral contract", 3) emphasizes rewards, and 4) involves coordination with medical care providers, has been found effective in treating AIDS patients who are especially at risk.

Key Words: HIV-AIDS – Interconsultation – Medical Education – Personality Disorders – Adherence to treatment.

psiquiatría, ante la mirada de nuestros colegas médicos, como una disciplina médica que debe ser incluida, integrada en todos los ambientes de tratamiento y provista a todos los pacientes.

El psiquiatra en una clínica médica general comunitaria y el VIH

Hemos comenzado a estudiar la inclusión de psiquiatras en las clínicas médicas generales comunitarias que tienen un gran porcentaje de pacientes VIH positivos. Hemos hallado que hay altas tasas de trastornos psiquiátricos en esas clínicas, que la presencia de un equipo psiquiátrico complementa la capacidad del personal médico para cuidar a los pacientes y que el tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos mejora los resultados.

La clínica de la cual se obtuvieron los datos es un servicio de medicina general que atiende, predominantemente, a una población afro-americana y que cuenta con un personal predominantemente afro-americano. En esta clínica hay, en cualquier momento dado, aproximadamente, 2.000 pacientes en tratamiento médico general y, aproximadamente, 70 de esos pacientes son VIH positivos y reciben tratamiento médico, psiquiátrico y nutricional subvencionado por donaciones de la fundación Ryan White, así como cuidados de salud mental con manejo de caso. Los servicios psiquiátricos en el lugar incluyen evaluaciones diagnósticas para todos los pacientes VIH positivos y, cuando estuvieran indicadas, farmacoterapia, psicoterapia individual y terapia de grupo. Los datos se obtuvieron por medio de una revisión retrospectiva de 97 evaluaciones psiquiátricas de admisión consecutivas de pacientes VIH positivos.

Prevalencia de trastornos psiquiátricos

Estudios previos han demostrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en las poblaciones VIH positivas, pero muchos de esos estudios se hicieron sobre poblaciones de pacientes derivados por otros profesionales a causa del problema mental. Como en nuestra clínica les ofrecemos a todos nuestros pacientes una evaluación para problemas psiquiátricos, tenemos la oportunidad de verificar esta hipótesis en pacientes no derivados por trastornos mentales.

Los diagnósticos clínicos que resultan de este estudio están presentados en la Tabla 1. Las categorías diagnósticas están de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición (DSM-IV) y reflejan la prevalencia en el curso de la vida de: depresión mayor, enfermedad bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo, y señalan la prevalencia de los trastornos de humor inducidos por sustancias, trastorno de adaptación, demencia, fobias y confusión mental. Los diagnósticos de abuso primario de sustancias fueron excluidos y son considerados por separado. La principal fuente de sesgo en esta revisión está dada por aquellos pacientes que se retiraron del programa antes de su evaluación psiquiátrica. Como muy pocos de los pacientes que continúan en el programa evitan o se nie-

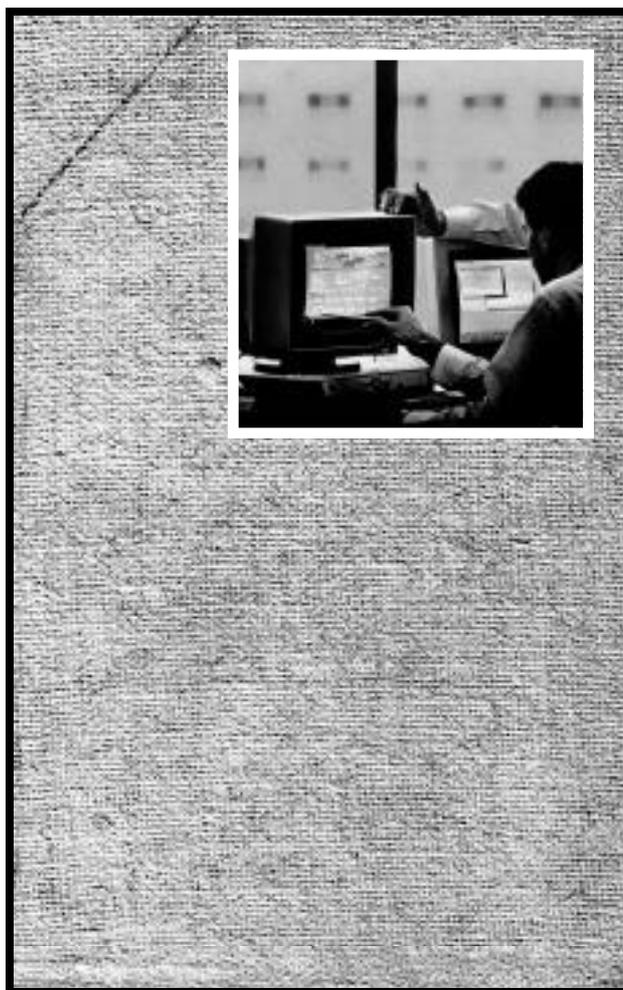


Tabla 1

Distribución de diagnósticos del Eje I en la admisión excluyendo el diagnóstico de abuso primario de sustancias en 97 evaluaciones consecutivas nuevas

Diagnóstico	Cantidad	Porcentaje
Depresión mayor	28	28.9
Trastorno del humor inducido por sustancias	9	9.3
Trastorno de adaptación	6	6.2
Enfermedad bipolar	5	5.2
Demencia	3	3.1
Esquizofrenia	2	2.1
Trastorno obsesivo-compulsivo	1	1
Fobia simple	1	1
Confusión mental	1	1
Ninguno	41	42.3
Total	97	100

gan a la evaluación psiquiátrica, no se lo considera como una fuente de error muy importante.

Como demuestran los datos, hay en esta población una alta prevalencia de diagnósticos psiquiátricos del Eje I (58%), especialmente depresión mayor. De los 56 pacientes que presentaban un diagnóstico del Eje I, el 44% nunca había sido evaluado psiquiátricamente antes. Lo mismo ocurrió con el 36% de los pacientes con depresión.

Para muchos de esos pacientes, sus primeros episodios de enfermedad psiquiátrica precedieron su seroconversión, de modo que aquella pudo haber contribuido al contagio del VIH. Para otros, los síntomas psiquiátricos comenzaron sólo después de haber contraído VIH y con un grupo de diferenciación 4 (CD4) decreciente. Por lo tanto, puede haber implicancias etiológicas. El VIH puede estar causando síntomas psiquiátricos en algunos pacientes no sólo a través del desaliento, como en los trastornos de adaptación, sino también a través de los síntomas psiquiátricos de origen biológico, tales como la depresión mayor y la manía. Al ser el VIH un virus neurotrópico, probablemente provoque esto a través de un efecto directo sobre el cerebro.

De los 97 sujetos examinados, el 82% tenía algún antecedente de abuso de sustancias. Para el 51%, el abuso de sustancias fue el factor de riesgo directo para el VIH que llevó a la seroconversión, de acuerdo con los informes de los mismos pacientes. En el momento de la evaluación inicial, el 42% de los pacientes abusaba activamente de drogas.

En esta población hubo una prevalencia mayor de diagnósticos de trastornos de personalidad; 29 de 97 sujetos (30%) reunían criterios del DSM-IV. Todos menos uno de ellos correspondieron a la categoría grupo B, que incluye a las personalidades histriónica, antisocial, narcisista y limítrofe. El paciente restante fue diagnosticado como esquizoide. Ningún paciente correspondió al grupo C del diagnóstico de personalidad (evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo). Esto refleja, probablemente, una falta de impulsividad en estas personas, lo que puede ser un factor de protección para contraer el VIH. De los 29 pacientes con diagnóstico de trastornos de personalidad, el 41% nunca había tenido ninguna evaluación ni tratamiento psiquiátricos previos. El 70% de los sujetos admitidos tenía o un diagnóstico de Eje I o un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Si se incluía el abuso activo de sustancias esta cifra aumentaba al 81%.

Integración de los servicios psiquiátricos en una clínica médica

La colaboración es clave para la integración de los servicios psiquiátricos en una clínica médica general. Nuestra experiencia nos ha llevado a hacer una variedad de cambios a la estructura de atención clínica habitual a fin de facilitar la colaboración.

Tres cambios en la forma en la que clásicamente se brindan los cuidados han tenido una especial significación. Primero, creemos que la provisión de la atención psiquiátrica debe llevarse a cabo, idealmente, en el mismo lugar que la atención médica. Intencionalmente, ponemos a los miembros de nuestro equipo

uno cerca del otro, dentro del mismo edificio. El contacto frecuente, cara a cara, entre los médicos internos, los psiquiatras y aquellos que efectúan el manejo del caso mejora la atención del paciente. Los miembros del equipo se benefician unos a otros y pueden controlar conflictos potenciales en el tratamiento. Esto incluye a las interacciones entre drogas y al uso de medicamentos prescritos potencialmente adictivos (como benzodiazepinas) en pacientes con abuso de sustancias. En segundo lugar, apoyamos enfáticamente una historia clínica unificada. El beneficio de tener múltiples disciplinas localizadas físicamente en la misma clínica es contrarrestado parcialmente si se llevan registros separados. Como no siempre es posible el contacto cara a cara, el registro médico es crítico para coordinar los cuidados. En nuestra experiencia, incluso el mantener los informes psiquiátricos en una sección separada de una historia clínica única ha provocado errores en la medicación y otras equivocaciones en el tratamiento. Lo que mejor funciona, para nosotros, es mantener todas las notas clínicas juntas, organizadas cronológicamente. Este enfoque permite que cada disciplina conozca las actividades de las otras en el interin cuando revisan historia clínica antes de cada visita del paciente.

El argumento de que los informes psiquiátricos necesitan una protección confidencial especial más allá de que se provee para los registros de los médicos internos, es una posición importante a considerar, pero que no resiste el escrutinio a la luz de la práctica clínica en la vida real. Los beneficios, simplemente, no superan a los riesgos. Primero, todos los informes médicos deberían tener salvaguardas adecuadas en consideración a la confidencialidad. No debería haber un estándar menor de protección para los registros no psiquiátricos. Para muchos pacientes, el tratamiento del VIH es una enfermedad mucho más estigmatizante que la depresión mayor o que otros trastornos psiquiátricos. Los pacientes tienen, frecuentemente, complicaciones vergonzantes, como el herpes anal, y éstas, obviamente, son documentadas en los registros médicos generales. Es poco probable que la información de los registros psiquiátricos pueda ser tan vergonzante o estigmatizante.

El tercer cambio es la ampliación del papel de la interconsulta (enlace) del equipo de salud mental para ayudar en aspectos del manejo de pacientes complicados que involucran problemas de conducta. Tanto si el problema es la fragmentación del equipo tratante como los problemas de límites o la no adherencia del paciente al tratamiento, un programa educativo para el equipo asistencial, dirigido por un médico psiquiatra consultor, prepara a sus miembros para manejar las vulnerabilidades y los comportamientos maladaptativos de la personalidad que probablemente deberán enfrentar. Esas vulnerabilidades y conductas reflejan la población con alto riesgo de contraer el VIH: pacientes con tipos de personalidad que muestran impulsividad y una falta de preparación para las consecuencias adversas; pacientes con adicciones y pacientes con enfermedades mentales principales. El *burnout* del equipo tratante, como lo describe Abraham Verghese en su libro *My Own Country*, puede prevenirse proveyendo a los miembros del equipo con las habilidades necesarias para

hacer frente a esos problemas de conducta. El sentimiento de control que esto genera es la mejor forma de impedir la desmoralización del equipo asistencial.

Mejoría de los resultados

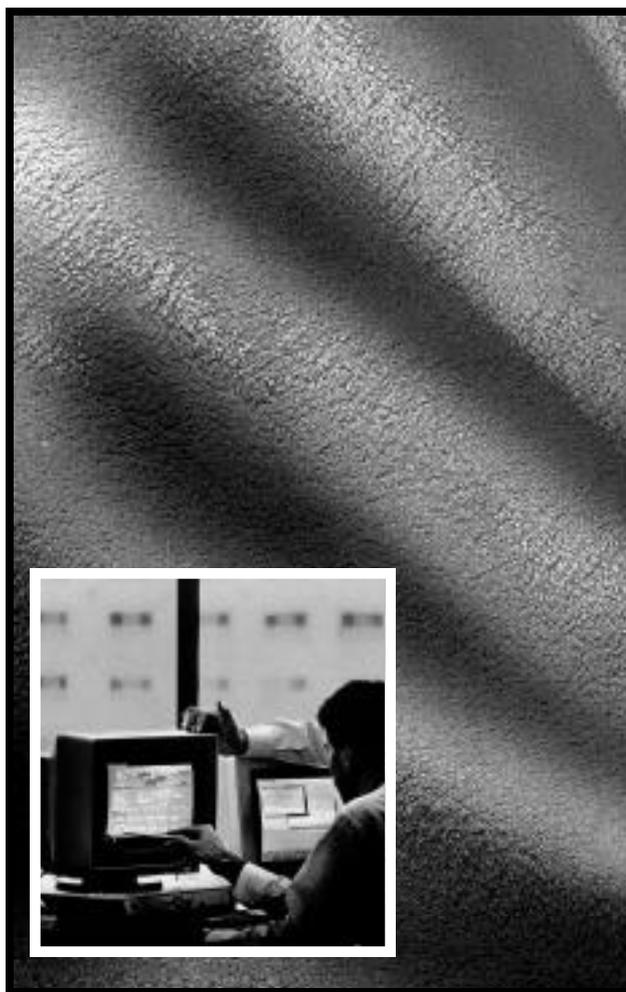
Los estudios previos acerca de los resultados obtenidos en pacientes VIH positivos con enfermedad psiquiátrica han demostrado una buena respuesta al tratamiento de la depresión mayor (el 85%, mostró alguna mejoría y el 50% una recuperación completa). También ha habido una mejoría sustancial en una medida del resultado global en el 85% de los pacientes con VIH que recibieron tratamiento psiquiátrico. Además, la adherencia al tratamiento psiquiátrico se asoció con mejores resultados. De nuestra revisión podemos extraer datos de los resultados sólo para el abuso de sustancias, pero los descubrimientos son interesantes. El 27% de los pacientes que estaban abusando activamente de sustancias en el momento de la admisión eran abstinentes en el seguimiento si iniciaban el tratamiento psiquiátrico en la clínica. Este porcentaje aumentó al 35% para los pacientes en tratamiento durante más de 6 meses.

Las características de personalidad y su relación con el riesgo de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Conducta, adherencia a la medicación (**compliance**) y tratamiento

La prevalencia de conductas de riesgo para VIH e incidentes de infección por VIH sigue siendo alta entre ciertos grupos de individuos, pese a las estrategias de salud pública centradas en la educación y la prevención. Incluso individuos que han adoptado un comportamiento seguro experimentan lapsos periódicos de sexo inseguro. Aparentemente, el conocimiento del riesgo del VIH y de la enfermedad no es suficiente para lograr un cambio de conducta consistente y difundido, lo que sugiere que los factores propios del individuo pueden contribuir a la práctica de conductas de riesgo para VIH. Uno de estos factores contribuyentes es la presencia de ciertos rasgos de personalidad. La comprensión de la contribución de esas características de la personalidad para las conductas de riesgo de VIH es útil para desarrollar estrategias de reducción de riesgos más específicas y efectivas y mejorar así los resultados de la salud en general. En este artículo, hacemos un esquema de la perspectiva que usamos para identificar tanto las características de personalidad y su relación con los trastornos de personalidad del DSM IV, como los comportamientos de riesgo de VIH y la adherencia a la medicación. Finalmente, discutimos las intervenciones en los tratamientos que se adaptan a los individuos con vulnerabilidades de la personalidad.

Naturaleza dimensional de la personalidad

La personalidad se define como *las características o rasgos emocionales y de conducta que constituyen formas*

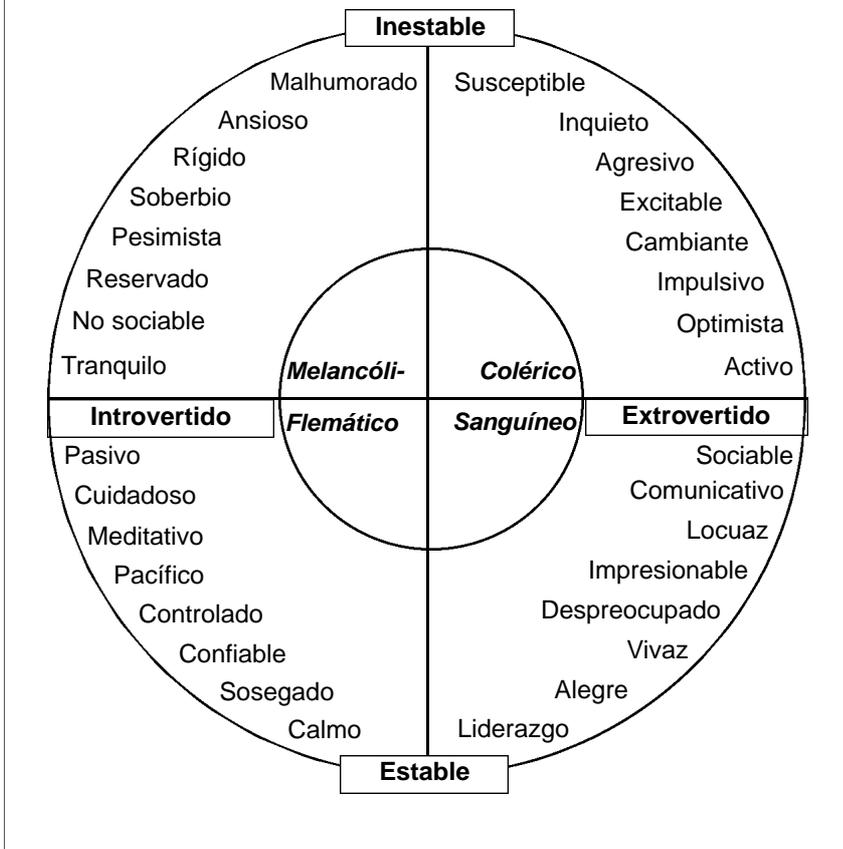


estables y predecibles en las que un individuo se relaciona con, percibe y piensa sobre sí mismo y sobre el medio circundante. Los individuos varían en el grado en el que poseen un rasgo dado y en la influencia que este rasgo ejerce sobre su comportamiento; cuando esos rasgos exceden los niveles encontrados en la mayoría de las personas, y puede diagnosticarse un trastorno de personalidad cuando son lo suficientemente rígidos y desadaptados como para causar sufrimiento subjetivo o discapacidad funcional. La tendencia de ciertos rasgos a formar grupos o tipos fue observada ya por Hipócrates y está descrita en las teorías de Carl Jung, Melanie Klein, Otto Kernberg y Erich Fromm. La investigación de los teóricos de la personalidad Raymond Cattell, Hans Eysenck, Theodore Millon y Paul Costa, demostraron posteriormente que las características de la personalidad –p. ej., la inteligencia– están distribuidas en un *continuum* o dimensión y son mensurables.

La mayoría de estos teóricos de la personalidad describen a los individuos según las dimensiones de 1) extroversión-introversión y 2) estabilidad-inestabilidad(11, 14)27, 44].

1. La dimensión extroversión-introversión se refiere a la tendencia básica del individuo a responder a los estímulos con excitación o con inhibición. Los individuos extrovertidos están a) orientados hacia el presente; b) dirigidos por los sentimientos y c) son buscadores de recompensas. Su eje principal es la experiencia inmediata y emocional. Los sentimientos tienen primacía sobre los pensamientos y la motivación predo-

Figura 1
Patrones de comportamiento asociados con los cuatro temperamentos de Hipócrates



que abarcan la evaluación y la auto-evaluación de los patrones de comportamiento de grandes grupos de personas. Los rasgos de esos cuatro tipos de personalidad son distintivos, como lo son sus patrones de riesgo para VIH o sus conductas preventivas.

Implicancias para la conducta de riesgo para el VIH

De los cuatro temperamentos, los tipos extrovertidos inestables (coléricos) son los más propicios a comprometerse en conductas de riesgo para VIH. En el Servicio de Psiquiatría para SIDA, alrededor del 60% de nuestros pacientes presenta esta mezcla de extroversión e inestabilidad emocional. Esos individuos están preocupados por sus sentimientos y actúan según éstos. Sus sentimientos son evanescentes y cambiantes; en consecuencia, sus acciones tienden a ser impredecibles e incongruentes. Probablemente, lo más asombroso es la incongruencia entre el pensamiento y la acción. Más allá de la capacidad intelectual o del conocimiento acerca del VIH, los extrovertidos inestables pueden involucrarse en conductas asociadas con un riesgo extremo de infección por VIH. Las experiencias pasadas y las consecuencias futuras tienen relativamente poca importancia en el proceso de toma de decisiones del individuo que está gobernado por los sentimientos: el presente es supremo. Su objetivo es lograr el placer inmediato o remover el dolor, sin importar las circunstancias. Más aún, como parte de su inestabilidad emocional experimentan intensos cambios en su humor. Es difícil para ellos tolerar afectos dolorosos como el aburrimiento, la tristeza o el impulso no resuelto; quieren escapar o evitar esto tan rápido como les sea posible. Así, están motivados para perseguir experiencias placenteras, aunque riesgosas, si así pueden eliminar su humor abatido.

minante es la gratificación inmediata o el alivio de la incomodidad. Los individuos extrovertidos son sociables, anhelan la excitación, toman riesgos, y actúan impulsivamente. Tienden a ser descuidados, inconsistentes y optimistas. En contraste, los individuos introvertidos están 1) orientados hacia el pasado y el futuro; 2) dirigidos por la cognición y 3) evitan las consecuencias. La lógica y la función predominan sobre los sentimientos. Los introvertidos están motivados por la valoración de las experiencias pasadas y la evitación de consecuencias futuras. No se comprometerán en actividades placenteras si éstas plantean una amenaza en el futuro. Los individuos introvertidos son tranquilos, no les gusta la excitación y desconfían del impulso del momento. Tienden a ser ordenados, confiables y más bien pesimistas.

2. La segunda dimensión de la personalidad, estabilidad-inestabilidad, define el grado de emotividad o de labilidad. Las emociones de los individuos estables surgen lenta y mínimamente y retornan rápidamente a su línea de base. Por el contrario, los individuos inestables tienen emociones intensas y actúan según ellas en una forma impulsiva e irracional.

Si se yuxtaponen estas dos dimensiones de la personalidad, emergen cuatro tipos de personalidad (ver Figura 1). El círculo interno de este diagrama muestra la famosa doctrina de Hipócrates de los cuatro temperamentos. El círculo más externo muestra los resultados de numerosos experimentos modernos

Es más probable que individuos orientados al presente, impulsados por los sentimientos, buscadores de recompensas y emocionalmente inestables se involucren en conductas que los pongan en riesgo de infección con VIH. Los extrovertidos inestables tienen menores probabilidades de planificar y de llevar preservativos y mayor probabilidad de tener sexo vaginal o anal sin protección. Están más determinados por la recompensa del sexo y marcadamente desatentos hacia las enfermedades transmitidas sexualmente que podrían adquirir si no usan preservativos. Los extrovertidos inestables también tienen menos probabilidad de aceptar la disminución del placer asociada con el uso de preservativos o, una vez excitados, de interrumpir el "calor del momento" para usar preservativos. Del mismo modo, los extrovertidos

inestables son más vulnerables al abuso de drogas y alcohol. Son atraídos por el alcohol y las drogas como una ruta rápida al placer. Tienen más probabilidades de experimentar con distintos tipos de drogas y de usar mayores cantidades. Los extrovertidos inestables tienen también mayores probabilidades de transformarse en usuarios de drogas inyectables, porque la experiencia es más intensa, y tienen menores probabilidades de diferir esa intensidad en aras de la seguridad.

El segundo tipo de personalidad en frecuencia, que representa el 25% de los pacientes del servicio de SIDA, es la de los extrovertidos estables. Ellos también están orientados hacia el presente y a la búsqueda del placer; sin embargo, sus emociones no son tan intensas, tan fácilmente provocadas o cambiantes. Por lo tanto, no son empujados con tanto ímpetu para lograr el placer. Su "chatura" emotiva puede provocar un cierto tipo de indiferencia hacia el riesgo de VIH más que un impulso a buscar el placer a cualquier costo. Los extrovertidos estables pueden estar en riesgo porque son demasiado optimistas o sanguíneos como para creer que se infectarán con VIH.

Las personalidades introvertidas son menos comunes entre nuestros pacientes con VIH. Su foco en el futuro, la evitación de las consecuencias negativas y la preferencia por el conocimiento por sobre los sentimientos los hace más proclives a adoptar conductas protectoras y preventivas. El riesgo de VIH para los introvertidos está determinado por la dimensión de estabilidad-inestabilidad emocional. Alrededor del 14% de nuestros pacientes presentan esta mezcla de introversión e inestabilidad: *el tipo melancólico*. Los introvertidos inestables son ansiosos, malhumorados y pesimistas. Típicamente, estos pacientes no se involucran en comportamientos de riesgo para VIH por placer sino por el alivio del dolor que les proveen las drogas y el sexo. Están preocupados por el futuro y por los resultados negativos, pero creen que tienen poco control sobre sus destinos. Así, el fatalismo puede interferir y reducir la congruencia del comportamiento tendiente a proteger contra el VIH. El 1% restante de los pacientes son introvertidos estables: *el tipo flemático*. Esos pacientes, con sus personalidades controladas, confiables y siempre templadas, son menos proclives a comprometerse en comportamientos hedonistas o riesgosos. Típicamente, estos individuos son VIH positivos como resultado de una transfusión de sangre o de un pinchazo accidental con una aguja en su trabajo.

Nuestras observaciones clínicas acerca de la influencia de la extroversión y de la inestabilidad emocional sobre las conductas de riesgo para VIH están apoyadas por la investigación empírica. El Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), desarrollado específicamente para medir esos rasgos, tiene altas confiabilidad y validez. La alta extroversión se asocia con la promiscuidad sexual, el deseo de la novedad sexual, múltiples compañeros sexuales y abuso de sustancias. La inestabilidad emocional se relaciona con las prácticas sexuales no seguras y con la adicción a la heroína y a otras drogas.

Trastornos de la personalidad y VIH



Caracterizamos a nuestros pacientes según las dimensiones de *extroversión/introversión* y *estabilidad/inestabilidad* emocional, más que según las categorías inconexas ofrecidas por el Eje II del DSM-IV. Primero, es más fácil y rápido para todo el personal determinar si un paciente encuadra en estas dos dimensiones que evaluar cada uno de los nueve criterios para hacer un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. Segundo, un diagnóstico formal requiere de tiempo y de una experiencia considerable pero hace poco por explicar la conducta o sugerir estrategias de intervención. En tercer lugar, un diagnóstico de personalidad límite o antisocial puede ser estigmatizante, especialmente en una clínica médica general en la que los cuidadores pueden tener menos experiencia en el manejo de este tipo de pacientes. Finalmente, un sistema de clasificación basado en un enfoque continuo es un mejor predictor de las conductas de riesgo para VIH que las categorías del Eje II del DSM-IV. Los individuos con diagnósticos del Eje II, sin embargo, son evaluados con más frecuencia en los estudios de investigación porque los extremos de ciertas características de la personalidad son más fáciles de identificar y de medir y representan condiciones más incapacitantes.

Aproximadamente el 10% de los adultos en la comunidad tienen trastornos de personalidad, mientras que las tasas de prevalencia de trastornos de personalidad comparables es mucho más alta entre los adultos infectados con VIH (19-36%) o en riesgo para VIH (15-20%). Los trastornos de personalidad más comunes

entre los individuos infectados con VIH son el antisocial y el limítrofe. En la investigación dimensional de la personalidad, los individuos con trastornos de la personalidad antisocial y limítrofe arrojan altos puntajes en las mediciones de extroversión y de inestabilidad emocional. Los individuos con trastornos de la personalidad presentan altas tasas de abuso de sustancias, un conocido factor de riesgo para la infección por VIH. A la inversa, aproximadamente la mitad de los individuos que abusan de drogas cumplen con los criterios diagnósticos para trastorno antisocial de la personalidad. Más aún, los individuos con trastornos de la personalidad, particularmente con trastorno antisocial de la personalidad, son más propensos a inyectarse drogas y a compartir agujas que aquellos que no presentan un diagnóstico del Eje II. Esta investigación apoya nuestra observación de que la tipología de la personalidad interactúa con el riesgo para VIH.

Implicancias para la adherencia a la medicación (**compliance**)

La adherencia a la medicación en general, en una variedad de enfermedades y de pacientes, ha sido estimada uniformemente en un 50%. En la enfermedad por VIH, la adherencia es, en especial, un desafío. La enfermedad por VIH tiene todos los componentes que se asocian con la baja adherencia: larga duración del tratamiento, tratamiento preventivo más que curativo, períodos asintomáticos y dosificación frecuente y compleja de la medicación. En la infección por VIH, las estimaciones de adherencia a la azidotimidina varían ampliamente del 26% al 94%.

Nuestra experiencia clínica sugiere que la no adherencia es más común entre nuestros pacientes extrovertidos o inestables. Las mismas características de personalidad que los ponen en riesgo para el VIH también reducen su capacidad de adherencia a regímenes de drogas exigentes. Específicamente, su orientación hacia el presente, en combinación con la búsqueda de recompensas, hace más difícil para estos pacientes el tolerar los efectos secundarios incómodos de las drogas inhibitoras de proteasa, cuyos efectos en el tratamiento pueden no ser rápidamente evidentes. También es difícil para las personalidades guiadas por los sentimientos mantener rutinas congruentes y bien ordenadas. Por eso, seguir esquemas de dosificación de las drogas frecuentes y rígidos puede ser también problemático. Nuestros pacientes extrovertidos inestables desean, usualmente, seguir el esquema, pero sus emociones cambiantes e inconstantes tienen mayores probabilidades de intervenir y de interrumpir las rutinas diarias. Por ejemplo, un paciente puede comentar que se sintió muy enojado y nihilista después de una pelea con un miembro de la familia y que así dejó de recibir varias dosis de sus medicinas antirretrovirales. Recibir las dosis del tratamiento antirretroviral altamente activo en forma irregular puede aumentar las posibilidades de resistencia por el VIH. Es importante reconocer los factores que influyen en la adherencia a la medicación en la enfermedad por VIH para mejorar los resultados generales en la salud.

Implicancias para el tratamiento

El tratamiento psiquiátrico y médico de los pacientes con personalidades extrovertidas y/o emocionalmente inestables es un desafío. Estos pacientes son generalmente frustrantes y desconcertantes para los médicos y otros proveedores médicos, porque participan en conductas de alto riesgo sexual y con drogas –a pesar de conocer los riesgos– o porque fallan en su adherencia al régimen de tratamiento de la infección por VIH –aunque conocen las consecuencias–. Los pacientes pueden quejarse de que un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) les provoca una cefalea moderada pero parecen no tener problemas por inyectarse heroína en una arteria carótida. Después de perder las entrevistas con los médicos durante seis meses, pueden irse compulsivamente cuando el médico se retrasa 15 minutos para su cita. Estos rasgos de personalidad reflejan modos relativamente estables de responder que se mantienen toda la vida; así, los esfuerzos directos para cambiar esos rasgos tienen pocas probabilidades de tener éxito. Es posible, sin embargo, modificar la conducta que es una expresión del rasgo. Reconociendo las diferencias individuales en las características relacionadas con el riesgo, las intervenciones pueden estar mejor orientadas y su impacto ser acrecentado al máximo.

Hemos hallado que un abordaje cognitivo-conductual es más efectivo para tratar pacientes que presentan personalidades extrovertidas y/o emocionalmente inestables. Cuatro principios guían nuestros cuidados usuales:

1. Centrarse en los pensamientos, no en los sentimientos. Las personalidades inestables, extrovertidas, se benefician aprendiendo cómo están predispuestos a actuar de determinada forma. Frecuentemente, reconocen que son muy emotivos y que son guiados por sus sentimientos. Pueden estar igualmente desconcertados por sus propias acciones. Esos pacientes no entienden por qué intentan permanecer sin droga y luego se encuentran a sí mismos inyectándose drogas. El psiquiatra puede identificar el papel que juegan los sentimientos arraigados, de forma tal que esos pacientes puedan comenzar el proceso de comprensión de su conducta caótica y, frecuentemente, irracional. Simultáneamente, el psiquiatra puede alentar el aspecto cognitivo y lógico. Ayudar a las pacientes a descubrir cómo consideran sus propias acciones los alienta a utilizar el pensamiento, no sólo los sentimientos, para determinar sus acciones. Los pacientes pueden centrarse en hacer lo correcto y saludable en lugar de lo que es placentero de inmediato. La tarea es construir coherencia en la conducta.

2. Usar un contrato conductual. Se desarrolla un contrato conductual con todos los pacientes. El contrato es un esquema de los objetivos del tratamiento, con frecuencia sólo para un día o una semana a la vez. Si bien los pacientes y los psiquiatras pueden desarrollar el contrato, el foco del tratamiento no se centra en lo que los pacientes quieren o están dispuestos a hacer para salir de las drogas, sino más bien sobre métodos establecidos, como ser el tratamiento de la drogadicción: Narcóticos Anónimos o

Alcohólicos Anónimos. La importancia del contrato conductual yace en la creación de un plan estable que sustituya el camino emocional sin rumbo de estos pacientes. Los extrovertidos inestables presenta una siempre cambiante gama de preocupaciones y prioridades. La tarea del psiquiatra es ordenar las prioridades con los pacientes y ayudarlos a continuar en ellas, independientemente de sus emociones cambiantes. En síntesis, los contratos conductuales proveen un eje cognitivo congruente para la "confusa" experiencia emocional de la vida del paciente.

3. Enfatizar las recompensas. Al desarrollar el contrato conductual y en el tratamiento, el propósito es moldear en términos de las recompensas que seguirán al cambio de conducta. Los resultados positivos, no las consecuencias adversas, son prominentes para los extrovertidos. Las exhortaciones a usar preservativos para evitar las enfermedades de transmisión sexual no son persuasivas. Se ha logrado más éxito con los extrovertidos erotizando el uso del preservativo o agregando técnicas sexuales nuevas (masajes eróticos, uso de juguetes sexuales) al repertorio sexual. Del mismo modo, se enfatizan las recompensas por abstenerse de las drogas o el alcohol, tales como tener dinero para comprar ropa, tener un hogar estable o mantener relaciones positivas con los hijos.

Al construir la adherencia a las terapias antirretrovirales, se pone el foco en las recompensas de un recuento aumentado del grupo de diferenciación 4 y en una carga viral reducida, más que en la anulación de la enfermedad. Usar la carga viral como una estrategia para lograr la adherencia puede aumentar la aceptación en todos los pacientes, pero es especialmente efectiva en los extrovertidos impulsados por las recompensas.

4. Coordinación con los proveedores del cuidado médico. Los proveedores de cuidados médicos son frustrados o desalentados con frecuencia por los pacientes extrovertidos inestables. Es útil proveerles educación sobre la personalidad del paciente y sobre las probabilidades de que esto impacte en la conducta. Es especialmente efectivo el desarrollo de un plan de tratamiento coordinado, en el que un proveedor de cuidados médicos y un psiquiatra trabajen en tándem para desarrollar contratos conductuales que reduzcan las conductas de riesgo para VIH y construyan la adherencia a la medicación. Esto puede reducir el "splitting" y proveer una coherencia mayor en el cuidado.

El círculo interno de este diagrama (Fig. 1) muestra la famosa doctrina de los cuatro temperamentos; el círculo externo muestra los resultados de numerosos experimentos modernos que implica la evaluación y auto-evaluación de los patrones de comportamiento de grandes grupos de personas. Se verá que hay un acuerdo considerable y que una parte importante de la personalidad puede ser descrita en términos de las dos dimensiones principales, aquí llamadas *introversión/extroversión* e *inestable/estable*.

Educación acerca del SIDA para psiquiatras



Los rápidos cambios en el cuidado de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) han llevado a primer plano de la medicina a la salud mental y los aspectos de la conducta. Bajo condiciones ideales, se puede esperar que los pacientes tengan una supresión de la replicación viral a niveles indetectables durante alrededor del 50% al 75% del tiempo si no tienen antecedentes de exposición a drogas y si cumplen con los regímenes de drogas prescritos. La mayoría de los regímenes consta de tres drogas administradas dos o tres veces por día. Los efectos colaterales, la respuesta inadecuada y la toxicidad lleva, frecuentemente, a estrategias de tratamiento más complicadas y difíciles de seguir. Las principales barreras para el cumplimiento incluyen a los trastornos por uso de sustancias, a otros trastornos psiquiátricos y a los trastornos de conducta. Algunos autores han sugerido que el 90% de los medicamentos deben ser tomados a intervalos exactos para obtener una respuesta sostenida y adecuada.

La investigación ha mostrado que esos regímenes plantean una dificultad considerable para la adherencia de los pacientes a los mismos. El impacto específico que tienen esos trastornos mentales sobre la transmisión del VIH o sobre la adherencia a la medicación es, en gran medida, desconocido, pero los estudios han sugerido que la enfermedad mental juega un papel principal en los malos resultados de muchos pacientes y que esos trastornos plantean un factor de riesgo importante en la epidemia actual de VIH(1)36].

Cada vez más se informa acerca de la presencia de

trastornos psiquiátricos en los servicios que tratan el VIH. Creemos que esos trastornos psiquiátricos resultan de los daños provocados por el VIH y plantean un aumento del riesgo para los pacientes inmunosuprimidos y mentalmente enfermos. La Figura 2 muestra un diagrama que ilustra los trastornos psiquiátricos y los síntomas que pueden aumentar el riesgo de infección de un paciente inmunocomprometido y, también, las secuelas psiquiátricas del VIH. El ciclo enfatiza los efectos de la amplificación mutua de los estados comórbidos. El VIH causa daño subcortical que lleva a la demencia y a la depresión. El VIH produce síndromes dolorosos, desmoraliza a los pacientes y agota sus recursos. Este síndrome, finalmente, puede disparar una recaída en el uso de sustancias en pacientes que están en recuperación o causar, incluso, síndromes iatrogénicos de adicción. Un trastorno médico crónico tiende a aislar a los pacientes; los cambios asociados con una enfermedad debilitante, la disminución en los niveles de actividad e independencia y la pérdida de peso pueden introducir y exacerbar una variedad de problemas psiquiátricos. Al mismo tiempo, la depresión tiende a hacer a la gente más descuidada y desesperanzada, exacerba los trastornos de abuso de sustancias e interfiere con la adherencia al tratamiento médico. Los trastornos de personalidad se asocian con conductas de riesgo para el VIH y tienen un impacto negativo sobre el tratamiento. La enfermedad mental crónica se asocia con malos resultados del tratamiento, infección con VIH y menor acceso al tratamiento. El deterioro cognitivo disminuye el impacto de los esfuerzos para educar y prevenir la infección con VIH.

Hemos hallado que más de la mitad de los pacientes que se presentan para atención médica en la clínica de VIH del *Johns Hopkins (Moore Clinic)* tienen un trastorno psiquiátrico del Eje I distinto del trastorno por abuso de sustancias. El 75% de los pacientes tienen un trastorno por abuso de sustancias –incluso aquellos pacientes que no utilizan drogas intravenosas–. Casi uno de cinco pacientes presenta deterioro cognitivo. El tratamiento efectivo de los trastornos por abuso de sustancias –y, probablemente, de otros trastornos psiquiátricos– disminuye las conductas de riesgo asociadas con la infección con VIH. Además, el tratamiento de los trastornos psiquiátricos mejorará la adherencia del paciente a los complejos regímenes médicos que se requieren para evitar la progresión del virus.

Los que proveen tratamiento médico en los servicios de VIH tienen poco entrenamiento en el diagnóstico y el tratamiento efectivos de los trastornos psiquiátricos. Se quejan de las dificultades asociadas con el tratamiento de pacientes con trastorno por uso de sustancias y de personalidad. También tienen dificultades para distinguir entre desmoralización y depresión mayor, tal como puede ocurrirle incluso a psiquiatras experimentados en los servicios que tratan el VIH. Los pacientes, así como nuestros colegas médicos, necesitan nuestra ayuda.

En la primera parte de la década de 1980, el tratamiento estaba dirigido a las infecciones oportunistas y se hacían esfuerzos para asegurar que esos pacientes severamente enfermos estuvieran confortables. El diagnóstico de SIDA se hacía cuando los pacientes de-

sarrollaban la primera infección oportunista y la muerte, frecuentemente, sobrevinía rápidamente. Aquellos pacientes que sobrevivían a la infección inicial tenían un futuro sombrío de declinación progresiva y de infecciones repetidas. La función del psiquiatra era de apoyo y paliativa en la mayoría de los casos.

Dos avances importantes alteraron esta función. El primer avance incluyó el desarrollo de las pruebas diagnósticas de laboratorio para el VIH en la etapa asintomática de la infección y el desarrollo de la capacidad de seguir los recuentos de células T y su significado. En la última mitad de la década de 1980, los investigadores pudieron estimar el progreso de los pacientes así como también su expectativa de vida. Este descubrimiento permitió a los equipos de salud distinguir entre los pacientes con un pronóstico sombrío y los pacientes con mejor pronóstico.

El segundo avance fue el desarrollo de un tratamiento más efectivo y la profilaxis de las infecciones oportunistas. Este descubrimiento alteró el curso del trastorno para los pacientes en las etapas avanzadas de la enfermedad. Una vez que el SIDA había sido diagnosticado, el tiempo de sobrevivida se hizo impredecible incluso en las etapas avanzadas de la inmunosupresión. Finalmente, hacia el fin de la década y principios de la de 1990, la primera droga antirretroviral, la zidovudina (AZT), cambió nuestra actitud hacia el VIH al suprimir la replicación viral y prolongar la supervivencia de los pacientes con SIDA. Esos desarrollos fueron importantes porque los pacientes tenían más oportunidades para el tratamiento, y el diagnóstico del VIH era determinado antes de que los pacientes alcanzaran un estado inmunocomprometido.

Debido a estos dos progresos, la función del psiquiatra se hizo más complicada. Las intervenciones terapéuticas sobre la depresión, sobre los trastornos por abuso de sustancias y de personalidad y sobre la desmoralización fueron aspectos importantes. Esas intervenciones mejoraron la respuesta médica, disminuyeron las conductas que propagan el VIH y otras infecciones y rehabilitaron a los pacientes para mantener una mejor calidad de vida. Los pacientes continuaron beneficiándose de sostén y consuelo en la etapa terminal, pero necesitaban también ayuda para convivir con una enfermedad crónica fatal y con sus complicaciones sobre el sistema nervioso central.

Cuestiones actuales

Desde 1990, tres cambios más tuvieron un impacto aún mayor sobre las funciones de los psiquiatras y de otros profesionales de la salud que atienden a pacientes con VIH y SIDA. Los pacientes en riesgo tenían la oportunidad de ver morir a sus amigos por el VIH; a comienzos de la década de 1990 habían sido identificados los pacientes de alto riesgo y la mayoría conocía el VIH y cómo se transmitía. Parecía, por lo tanto, que la epidemia comenzaba a seleccionar a la gente con alguna barrera para el cambio en el comportamiento. Los problemas psiquiátricos mostrados en la figura 2 están implicados como factores que ponen en riesgo a los pacientes. En los servicios que tratan el VIH, los médicos de atención primaria no estaban entrenados

para enfrentar adecuadamente un aumento importante en el nivel de psicopatología.

El segundo cambio fue la comprensión del rápido cambio del virus. Un trabajo de David Ho y sus colegas mostró que el recambio viral se producía a tasas crecientes y que la descripción original del VIH como un "virus lento" era errónea. Este descubrimiento mostró que la lucha entre el sistema inmune y el VIH era una catastrófica guerra de desgaste, más que un proceso indolente; este estudio también demostró la rápida producción de cepas resistentes en el tratamiento del VIH con drogas como el AZT. Mellors y asociados, en la Universidad de Pittsburg, mostraron una correlación estrecha entre el recuento viral en la sangre o carga viral y la progresión del VIH al SIDA. Este concepto permitió un mejor seguimiento de la respuesta a la terapia antiviral y una mejor comprensión de por qué y cómo se desarrolla la resistencia a las drogas. Algún día se podrá predecir que cada sitio de mutación del genoma viral que puede producirse lo hará al menos una vez. A causa de la alta tasa de replicación viral, el virus muta rápidamente para desarrollar resistencia a los agentes antivirales, como el AZT, cuando se utiliza un único agente terapéutico.

Finalmente, se desarrolló una terapia antirretroviral efectiva muy activa, que consiste en la administración simultánea de varios agentes antivirales a un paciente infectado para suprimir completamente la replicación viral y para evitar la aparición de virus resistentes a las drogas. Esta forma de tratamiento dio por resultado una disminución milagrosa de la mortalidad por el VIH en muchos enfermos, reducciones dramáticas de la carga viral en los pacientes e, incluso, un aumento de rebote en las células T. En la mayoría de los pacientes que no han desarrollado resistencia a las drogas utilizadas, el tratamiento es efectivo pero requiere una adhesión estricta al régimen prescripto. Algunos investigadores han estimado que los pacientes deben tomar alrededor del 90% de sus medicamentos para mantener la supresión viral. Los pacientes que pierden una cantidad significativa de dosis desarrollan mutaciones resistentes a las drogas que escapan a la supresión y continúan replicándose y causando la enfermedad. Debido a la alta frecuencia de efectos colaterales y a la dificultad extrema para cumplir con muchos regímenes, aquellos que están combatiendo esta epidemia enfrentan el desafío de la adherencia al tratamiento. A causa de las altas tasas de trastornos por abuso de sustancias, de trastornos psiquiátricos y de otras vulnerabilidades psicológicas, es imperativo que el tratamiento psiquiátrico sea incluido como una parte importante del tratamiento de los pacientes infectados con el VIH para alcanzar un resultado exitoso frente a la epidemia.

Función del psiquiatra

En muchos trastornos, el psiquiatra tiene un papel definitivo en la atención de pacientes médicamente enfermos. Los problemas médicos se asocian con problemas de la salud mental y de la conducta, tanto en forma general como específica. Muchos enfermos crónicos están desmoralizados por su enferme-



dad y muchas de las drogas utilizadas para tratar sus trastornos médicos tienen efectos adversos sobre el sistema nervioso central, como la confusión mental y la depresión mayor. Además, los trastornos psiquiátricos pueden preceder e incluso aumentar el riesgo de muchos tipos de problemas médicos. Los trastornos por abuso de sustancias ponen a los pacientes en alto riesgo de trauma encéfalo-craneano, el que puede exacerbar el trastorno por uso de sustancias y complicar el tratamiento de ambas patologías.

El principal obstáculo para disminuir la epidemia de SIDA es la conducta de alto riesgo continuada, asociada con la infección por el VIH. El principal obstáculo en el tratamiento es la necesidad de una adherencia excelente al régimen antiviral prescripto. La depresión, la desmoralización, los trastornos por abuso de sustancias y de personalidad y el deterioro cognitivo contribuyen a disminuir la adherencia del paciente a los regímenes de tratamiento. El tratamiento psiquiátrico puede mejorar la situación notablemente y es crítico para enfrentar exitosamente esta epidemia.

Los protocolos de transplante de hígado requieren de la evaluación y el tratamiento psicológicos debido a lo costoso del procedimiento y al impacto negativo del insuficiente cumplimiento médico. El HIV, que tiene costos similares y mayores tasas de complicaciones psiquiátricas y en el que el fracaso del tratamiento contribuye a la epidemia, tiene muy poca o ninguna presencia psiquiátrica en la mayoría de los centros de tratamiento. La presencia de psiquiatras y

de especialistas en salud mental en los servicios que tratan el SIDA será un factor muy importante que contribuirá a mejorar los resultados de los tratamientos para esta enfermedad en la próxima década.

Conclusión

Nuestra experiencia en un clínica médica general comunitaria que atiende a pacientes VIH positivos confirma los descubrimientos de estudios previos que hallaron una alta prevalencia de diagnósticos psiquiátricos. La colaboración efectiva con el equipo asistencial no psiquiátrico es posible y puede ser facilitada por la proximidad física, la historia clínica unificada y los programas educativos para el equipo tratante. Los resultados de los pacientes mejoran y la moral del equipo se fortalece por esta colaboración.

Las características de la personalidad y los trastor-

nos de personalidad reflejan propensiones relativamente estables y perdurables durante toda la vida que pueden contribuir a una conducta de riesgo para el VIH. Esto no significa, sin embargo, que los esfuerzos por reducir el riesgo para VIH sean necesariamente fútiles. Más bien, comprendiendo las características personales y su papel en la conducta de riesgo para VIH y la adherencia a la medicación, el psiquiatra puede desarrollar estrategias de tratamiento más efectivas y específicas. Del mismo modo, los pacientes VIH positivos que pueden identificar aspectos de su personalidad que podrían interferir con las intenciones de practicar un comportamiento más seguro, y que aprenden estrategias para enfrentar estos aspectos de sí mismos, tienen menos probabilidades de tener conductas de alto riesgo. Finalmente, el psiquiatra puede proveer una asistencia valiosa a los proveedores de cuidados médicos, de modo de mejorar los resultados de salud para esos pacientes ■

Bibliografía

- Abramson PR, Pinkerton SD., *With Pleasure: Thought on the Nature of Human Sexuality*: New York, NY:Oxford University Press; 1995.
- American Psychiatric Association., *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- Barre-Sinossi F, Cherman JC, Rey E, et al., Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for the acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 1983;220:868.
- Bialer PA, Wallack JJ, Prenzlauer SL et al., Psychiatric comorbidity among hospitalized AIDS patients vs. non-hospitalized AIDS patients referred for psychiatric consultation. *Psychosomatics*. 1996; 37:469-475.
- Blackwell B., From compliance to alliance: a quarter century of research. *Nether J Med*. 1996;48:140-149.
- Broner RK, Creenfield K, Schmidt, CW. Bigelow GE., Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug users. *Am J Psychiatry*. 1985;42:1067-1071.
- Costa PT Jr, Widiger TA, eds., *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
- Dinwiddie SH, Cottler L, Compton W, Ben Aabdallah A., Psychopathology and HIV-risk behaviors among injection drug users in and out of treatment. *Drug Alcohol Depend*. 1996;43:1-11.
- Eldred IJ, Wu AW, Chaisson RE, Moore RD., Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *J AIDS Hum Retro*. 1998;18:117-125.
- Elkstrand M, Coates TJ., Maintenance of safer sexual behavior and predictors of risky sex: the San Francisco men's health study. *Am J Public Health*. 1990;78:394-410.
- Eysenck HJ., Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimension of personality. *J Pers*. 1990;58:245-261.
- Eysenck HJ, Eysenck SBC., *Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego, CA: Edit TS/Educational and Industrial Testing Service, 1975.
- Eysenck JH., *Sex and Personality*. London, England: Open Books; 1976.
- Firman GJ, Kaplan MP., Staff "splitting" on medical-surgical wards. *Psychiatry*. 1978;41:289-295.
- Fontaine K., Personality correlates of sexual risk-taking among men. *Pres Indiv Diff*. 1994;17,693-694.
- Francis LJ, Bennett CA., Personality and religion among female drug misusers. *Drug Alcohol. Dep*. 1992;27-31.
- Gabbard GO., Splitting in-hospital treatment. *Am J Psychiatry*. 1989;146:444-451.
- Golding M, Perkins DO., Personality disorder in HIV infection. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:253-258.
- Gottlieb MS, Schroff R, Schonker HM, et al., *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med*. 1981;305:1425-1431.
- Haynes RB., Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI, eds. *Compliance in Health Care*. Batimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1979:46-62.
- Ho DD, Neumann AU, Perelson AS, et al., Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infection. *Nature*. 1995;373:123-126.
- Horvath P, Zuckerman M., Sensation seeking, risk appraisal, and risky behavior. *Pres Indiv. Diff*. 1993; 14:41-52.
- Hudgins R, McCusker J, Stoddard A. Cocaine use and risk in-

- jection and sexual behaviors. *Drug Alcohol Depend.* 1995;37:7-14.
- Jacobsberg L, Frances A, Perry S., Axis II diagnoses among volunteers for HIV testing and counseling. *Am J Psychiatry.* 1995;152:1222-1224.
- Johnson JC, Williams JBW, Rabkin JC, et al., Axis I psychiatric symptomatology associated with HIV infection and personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1995;152:551-554.
- Jung C., *Psychological Types.* New York. NY: Harcourt, Brace; 1923.
- Kalichman SC, Heckman T, Kelly JA., Sensation-seeking as an explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behavior. *Arch Sex Behav.* 1996;25:141-154.
- Kelly JA, Kalichman SC, Kauth MR, et al., Situation factors associated with AIDS risk behavior lapses and coping strategies used by gay men who successfully avoid lapses. *Am J Public Health,* 1991;82:1335-1338.1991.
- Kelly JA, Murphy D, Sikkema K, Kalichman S., Psychological interventions are urgently needed to prevent HIV infection: new priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *Am Psychol.* 1994;48:1023-1034.
- Kleinman PH, Millam RB, Robinson H, et al., Lifetime needle sharing: a predictive analysis. *J Subst. Abuse Treat.* 1994; 449-455.
- Kruse W, Eggert-Kruse W, Rampmaier J, et al., Dosage frequency and drug-compliance behavior –a comparative study on compliance with a medication to be taken twice or four times daily. *Eur J Clin Pharmacol.* 1991;41:589-592.
- Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang K., Categorical distinctions in the study of personality disorder: implication for classification. *J. Abnorm Psychol.* 1994; 103:6-17.
- Lodhi PH, Thakur S., Personality of drug addicts: Eysenckian analysis. *Pers Individ Diff.* 1993;15:121-128.
- Lyketsos CG, Fishman M, Hutton H, et al., The effectiveness of psychiatric treatment for HIV-infected patients. *Psychosomatics.* 1997;38:423-432.
- Lyketsos CG, Hanson A, Fishman M, McHugh PR, Treisman GJ., Screening for psychiatric morbidity in a medical outpatient clinic for HIV infection: the need for a psychiatric presence. *Int J Psychiatry Med.* 1994;24:103-113.
- Lyketsos CG, Hutton H., Fishman M, Schwatz J, Treisman GJ., Psychiatric morbidity on entry to an HIV primary care clinic. *AIDS.* 1996; 10:1033-1039.
- Lyketsos CG, Schwartz J, Fishman M, Treisman GJ., AIDS mania. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1997;9:277-279.
- Lyketsos CG, Treisman GJ., Depressive syndromes and causal associations. *Psychosomatics.* 1996;37:407-412.
- Malow RM, McPherson S, Klimas N, et al., Adherence to complex combination antiretroviral therapies by HIV-positive drug abuser. *Psychiatr Serv.* 1998;49:1021-1022.
- Masur H, Ognibene FP, Yarchoan R, et al., CD4 counts as predictors of opportunistic pneumonias in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann Intern Med.* 1989;111:223-231.
- McCown W., Contributions of the EPN paradigm to HIV prevention: a preliminary study. *Pers Individ Diff.* 1991;12: 1301-1303.
- McCown W., Personality factors predicting failure to practice safer sex by HIV-positive males. *Pers Individ Diff.* 1993;14: 613-615.
- McHugh PR, Slavney PR., *The Perspectives of Psychiatry.* 2nd ed. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1998.
- Mellors JW, Kingsley LA, Rinaldo CR Jr. et al., Quantitation of HIV-1 RNA in plasma predicts outcome after seroconversion. *Ann Intern Med.* 1995;122:573-579.
- Paris J., Social Factors in the Personality Disorders: A Biopsychosocial Approach to Etiology and Treatment. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1996.
- Perry SW, Tross S., Psychiatric problems of AIDS inpatients at the New York Hospital: preliminary report. *Public Health Rep.* 1984; 99:200-205.
- Perkins DO, Davidson EJ, Leserman L, et al., Personality disorder in patients infected with HIV: a controlled study with implications for clinical care. *Am J Psychiatry.* 1993; 150:309-315.



- Rothbart MK, Ahadi SA., Temperament and the development of personality. *J. Abnorm Psychol.* 1994; 103:55-66.
- Rutter M., Temperament, personality and personality disorder, *BR J Psychiatry.* 1987;150:443-458.
- Sackett DL, Snow JS., The magnitude of compliance and non-compliance. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI, eds. *Compliance in Health Care.* Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1979:11-22.
- Sanders D, Marvel MK., Integration of mental health and medical records: practices and opinions of behavioral scientists. *Fam Med.* 1997;29:496-499.
- Sederer LI, Ellison J, Keyes C., Guidelines for prescribing psychiatrists in consultative, collaborative, and supervisory relationships. *Psychiatr Serv.* 1998;49:1197-1202.
- Seth R, Granville-Grossman K, Goldmeier D et al., Psychiatric illnesses in patients with HIV infection referred to the liaison psychiatrist. *Br J Psychiatry.* 1991; 159:347-350.
- Tanner WM, Pollack RH., The effect of condom use and erotic instructions on attitudes towards condoms. *J Sex Res.* 1988;25:537-541.
- Tourian K, Alterman A, Metzger D, et al., Validity of three measures of antisociality in predicting HIV-risk behaviors in methadone-maintenance patients. *Drug Alcohol Depend.* 1997;47:99-107.
- Treisman G, Fishman M, Lyketsos C, McHugh PR., Evaluation and treatment of psychiatric disorders associated with HIV infection. In: Price RW, Perry SW, eds. *HIV, AIDS and the Brain.* New York: Raven Press, Ltd;1994;239-250.
- Treisman G, Lyketsos C, Fishman M, Hanson AL, Rosenblatt A, McHugh PR., Psychiatric care for patients with HIV infection: the varying perspectives. *Psychosomatics.* 1993;34:432-439.
- Verghese A., *My own country.* New York, Simon & Schuster; 1994.
- Weissman MM., The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *J Pers Disord.* 1993;7(suppl):44-62.

Del cuerpo HIV al cuerpo ARV Aproximación teórica y **Scoring** predictivo para la psicoterapia de la adherencia a los antirretrovirales en pacientes con infección HIV

J. L. Zirulnik

Psiquiatra. Unidad Infectología. Hosp. "Juan A. Fernández". Cabildo 481 P 11 "C", 1426 Ciudad de Buenos Aires. E-mail: jorzir@hotmail.com

R. Cahn

Psicóloga coordinadora Equipo Psi. Unidad Infectología. Hosp. "Juan A. Fernández"

S. Pfortner - F. Ameal

Psicólogos del Staff de la Unidad Infectología. Hosp. "Juan A. Fernández"

P. Cahn

En este trabajo nos proponemos establecer un esquema teórico de psicoterapia de la adherencia para pacientes con infección HIV-1 acorde con el contexto actual de tratamiento, es decir el régimen H.A.A.R.T* vigente desde 1996.

Se trata de un esquema de metamodelización, basado en las categorías utilizadas por Félix Guattari en sus "Cartografías Esquizoanalíticas"(2).

Cuerpo HIV

Entre 1981 –año de inicio de la epidemia– y 1996, el cuerpo era exclusiva y definitivamente HIV. Desde la concepción maquínica guattariniana, este cuerpo se encontraba atravesado por tres flujos principales. En primer lugar, el flujo viral HIV-1: el cuerpo se ve territorializado por el despliegue viral sin interdicciones. La medicina sólo puede situarlo como eso de lo que no se sabe nada. Se trata de aquello que la ciencia médica denomina *HIV disease natural history*(3). El cuerpo HIV

* *Highly Active Antiretroviral Therapy*. Terapia Antirretroviral de Alta Eficacia.

aparecía primero desde la *latencia*, es decir, como una bomba de tiempo viral: los síntomas o la enfermedad marcadora, iban a presentarse inexorablemente en algún momento, dejando al sujeto infectado a la espera del crítico evento biológico por ocurrir. Cuerpo HIV: su único designio es el genio viral, *desideratum* absoluto de este período negro de la epidemia.

El segundo flujo de atravesamiento de ese cuerpo HIV, es precisamente el que viene de la medicina, con sus intentos frenéticos por detener la epidemia en la dimensión colectiva, o de posponer o evitar los eventos oportunistas en la dimensión individual.

El cuerpo HIV se ve en este contexto inicial, fuertemente requerido por la demanda médica: estudiar, investigar, hurgar en la estructura viral y sus interacciones con la máquina defensiva del cuerpo –el sistema inmunológico–. Intento científico desesperado de territorializar la infección y frenar la máquina viral desbocada del HIV-1.

En 1987, seis años después del debut de la infección, el equipo norteamericano de Margaret Fieschl desarrolló la zidovudina (AZT), dando el primer paso hacia la interdicción médica en la progresión natural de la enfermedad. Sin embargo, este avance prelimi-

Resumen

La subjetividad HIV actual se monta sobre dos grandes disposiciones de enunciación: el cuerpo HIV de la primera fase de la epidemia, caracterizado por ser el sitio de despliegue del genio viral, tan omnipotente como virgen de la interdicción médica; y el cuerpo ARV, identificado tanto a la adherencia a las drogas antivirales del régimen H.A.A.R.T, como a los flujos maquínicos horizontales y verticales que lo atraviesan. Tales categorías, inspiradas en los desarrollos de Félix Guattari, se sitúan como modelo teórico para predecir la performance del sujeto en el proceso adictivo operacional y para-alimentario que conforma el logro de la adherencia.

Palabras clave: HIV – Predictores – Psicoterapia – Adherencia – Aproximación teórica – H.A.A.R.T

FROM THE HIV BODY TO THE ARV BODY. THEORETICAL APPROACH AND PREDICTING SCORING FOR THE PSYCHOTHERAPY OF THE ADHERENCE TO THE ANTIRETROVIRAL MEDICINES IN PATIENT WITH HIV INFECTION

Summary

The current HIV subjectivity lies on two great enunciative categories: HIV body, raised from Aids epidemic former stage, characterized by being the viral genius development place. This omnipotent structure appears untouched of medical interdiction. And the ARV body, identified to H.A.A.R.T regime drugs adherence, and to horizontal and vertical machinic flows as well. These categories obtained from Félix Guattari's thoughts, are placed like theoretical framework for predicting of adherence achievement.

Key Words: HIV – Predictors – Psychotherapy – Adherence – Theoretical approach – H.A.A.R.T

nar de monoterapia con AZT, no modificó drásticamente la máquina viral HIV. La enfermedad y la muerte continuaban siendo su evolución ulterior. Es más, algo le faltaba al HIV-1 para reinar omnímodo en su cuerpo huésped: triunfar sobre el primer intento terapéutico; prevalecer no sólo sobre el huésped inmunosuprimido, sino también sobre los ataques del accionar científico.

Finalmente, tenemos el flujo de atravesamiento de este cuerpo por la demanda psicosocial; pero con una particularidad: ésta se presenta invertida, es decir demanda de salida; los sujetos infectados deben marginarse de lo social y caer en el *apartheid* HIV de la primera fase de la epidemia. Este cuerpo HIV que acabamos de situar ya tiene una existencia histórica; su vigencia es hoy plenamente virtual. Ha sido sustituido por otro cuerpo, el de los ARV¹, segunda máquina territorial atravesada por nuevos flujos.

Cuerpo ARV

A partir de la introducción del régimen H.A.A.R.T en 1996(1), se produce una conmoción en los sistemas de tratamiento para la infección HIV-1. El cambio es drástico: las combinaciones (*combo*) utilizadas, consiguen una alta actividad y detienen la progresión de la enfermedad hacia la inmunodepresión severa. Ahora sí se logra una verdadera interdicción a la *HIV disease natural history*(4).

Con este avance crucial, el cuerpo dejará de ser HIV solamente, para quedar fuertemente territorializado por una especie de identificación a las nuevas drogas antirretrovirales. Ya no tendremos el cuerpo HIV ineluctable y ominoso de la primera fase de la epidemia. El sujeto infectado portará un nuevo cuerpo del cual surgirá su significación más importante: la *adherencia* a los antivirales, de carácter procesual y activo, y ya no la exposición pasiva al acontecer tórpido y errático de las infecciones oportunistas.

Este cuerpo ARV, estará sometido entonces a nuevos flujos de circulación maquínica. En primer lugar el flujo de la demanda médica, sucedáneo de intensas investigaciones científicas. El accionar médico ya no se centra en el saber sobre la progresión natural de la enfermedad; se trata de algo conocido. El objetivo es aquí decapitar la replicación viral y recomponer el sistema defensivo del organismo.

Esto puede verse en las determinaciones seriales de la carga viral –número de copias ARN HIV-1/ml en plasma; o la cantidad de linfocitos CD4 por mm³ de sangre–. La subjetividad HIV se centra ahora en la interacción entre los combos antivirales y la respuesta orgánica. Este cuerpo ARV pasa a estar definido por un territorio de existencia o inexistencia de carga viral HIV-1 detectable, y por el nivel de células CD4, como marcador del estatus de inmunocompetencia.

Debe ser aclarado que cuando nos referimos a las categorías cuerpo HIV o cuerpo de los ARV, no estamos hablando en el sentido lato del *soma*, sino que en ambos se trata de *disposiciones de enunciación*, es decir que se constituyen en categorías móviles inclusivas del sujeto, afectadas por flujos maquínicos –médico/científico, psicosocial, económico, político– que los hacen atravesar las sucesivas fases del *hic et*



nunc de la situación HIV. De manera entonces, que el cuerpo ARV emergido después de la introducción de los regímenes H.A.A.R.T desde 1996 en adelante, es una estructura enunciativa generatriz maquínica, que funciona codificada por engranajes y flujos. La llamada *adherencia* a estos fármacos antivirales, puede ser considerada entonces como un verdadero agenciamiento de una máquina por otra: el cuerpo HIV, máquina originaria, se agencia los antivirales inéditos de la otra gran máquina, representada por la industria de investigación farmacológica.

Según creemos, estas disposiciones de enunciación HIV/ARV, son llevadas así a “sobrepasar” la problemática del sujeto individual, a trascender las facultades de la conciencia pensante y a entrar en juego o paridad con las otras grandes máquinas aportadas por el Otro psicosocial.

En el cuerpo HIV, se trataba de hacer entrar en el psiquismo el impacto de la emergencia biológica del virus, en un relato contextualizado de significaciones. Para nosotros no hay virus HIV –ese es el territorio de la medicina– sino que nos topamos con una serie de significaciones HIV vinculadas, cuya identidad y territorialización en el aparato psíquico sitúa el campo de nuestra incumbencia. Del mismo modo, el impacto de los ARV, queda sustituido por el conjunto de significaciones ARV asociadas y su red de sentido. La *adherencia* entonces se desterritorializa del campo médico y queda capturada en el nuestro, con una nueva categorización enunciativa: el cuerpo ARV.

Cuadro 1		
	Cuerpo HIV	Cuerpo ARV
Elegibilidad	NO	SI
Subjetividad	NO	SI
Temporalidad	G.V HIV 1/ soma-huésped	V.P/ D.M
<i>Ambas disposiciones de enunciación pueden presentarse en forma de matemas:</i>		
Cuerpo HIV= [soma • HIV-1 • subjetividad inducida • D.M]		
Cuerpo ARV= [cuerpo HIV-1] • V. P • D.M		
G.V: Genio viral V.P: Voluntad de Poder D.M: Decision making		

Matemas

Existen diferencias cruciales entre el cuerpo HIV y el cuerpo ARV. El cuerpo HIV no es elegible, no se trata de una producción del sujeto –desde el psicoanálisis podrá argumentarse que se sustancia en el pasaje al acto, pero aún así está fuera del acto volitivo consciente– sino de aquello que viene de la exterioridad biológica. El cuerpo HIV no constituye una formación subjetiva. En realidad ésta es una conquista sobre el mismo, como resultado de su trabajoso procesamiento psíquico. La temporalidad del cuerpo HIV está dada por la interacción biológica entre el genio viral y su soma-huésped.

A la inversa, el cuerpo ARV es elegible; el sujeto puede alcanzarlo, si él y los médicos se lo proponen; si existe esa “voluntad de poder” que Nietzsche situaba como condición del deseo. El cuerpo ARV es una estructura subjetiva, cuya temporalidad está dada por los off-on de la “decision making” de la relación médico-paciente (Cuadro 1).

Cuadro 2 Ejemplo Nº 1		
Cuerpo ARV		
V. Verticales	V. Horizontales	
2	0	
2	1	
2	1	
0	0	
<u>2</u>	<u>2</u>	
8	4	
Score: 8/4		
Score: 0: la variable no está operando 1: la variable está operando 2: la variable está operando desequilibradamente.		

Cuadro 3 Ejemplo Nº 2		
Cuerpo ARV		
V. Verticales	V. Horizontales	
0	2	
1	2	
1	2	
1	2	
<u>1</u>	<u>1</u>	
4	4	
Score: 4/9		
Score: 0: la variable no está operando 1: la variable está operando 2: la variable está operando desequilibradamente		

Flujos

El cuerpo ARV se ve atravesado por flujos maquínicos horizontales y verticales. Estos flujos se sustentan en variables, que en el caso de las horizontales dependen del sujeto. En cambio las verticales, aluden a variables que no dependen de la subjetividad.

Dentro de las variables horizontales tenemos: la condición psiquiátrica previa; el consumo de drogas o alcohol; el ajuste a la situación HIV; la intolerancia a la medicación, etc. En las verticales aparecen: la situación económico-financiera; suministro de ARV; el estatus biológico; la condición socio-cultural; la contención del dispositivo médico y diversas otras.

La subjetividad HIV toma consistencia como un territorio de intersección entre estas variables o flujos; de manera que al considerar al infectado, tenemos en él un cuerpo ARV que habita un mapa cuyas altitudes y longitudes estarán conformadas por el entrecruzamiento de las variables. Se buscará el posicionamiento en un equilibrio, si bien inestable, entre los flujos de ambas procedencias, horizontal o vertical. Si existe desbalance hacia las variables verticales –aquellos flujos que vienen del Otro del ministerio público o de la coyuntura económico-financiera– la subjetividad queda apresada por estos flujos omnipotentes: *no entregan los antivirales; no hay dinero para llegar al hospital; los médicos no escuchan*. Aquí la *adherencia* al tratamiento ARV quedará comprometida.

En el desbalance surgido por el predominio de flujos horizontales –una enfermedad psiquiátrica previa, comorbilidad adictiva; desajuste– si bien puede dañar la formación del cuerpo ARV sólido, estas variables no son *omnímodas*, es decir son pasibles de ser tramitadas en el circuito de las *psicoterapias* (interpersonal, grupal, reflexiva, etc); o aun en la *relación médico-paciente*.

Esta cartografía del cuerpo ARV y sus flujos maquínicos horizontales y verticales puede ser cuantificada mediante un dispositivo de *scoring*².

Scoring de la adherencia

1. Variables verticales

1. Suministro de ARV

2. Coyuntura psicosocial
3. Situación socioeconómica
4. Coyuntura médica HIV
5. Contención en red

2. Variables Horizontales

1. Condición psiquiátrica previa
2. Comorbilidad adictiva
3. Ajuste a la situación HIV
4. Tolerancia ARV
5. Estatus biológico

El ejemplo 1 (Cuadro 2) muestra un modelo de cuantificación simple, que pretende tener valor predictivo sobre las posibilidades de éxito que tendría un dispositivo de psicoterapia sobre la adherencia ARV. En el caso del escore presentado se observa un desbalance marcado a favor de los flujos verticales. La subjetividad, entonces, se ve atrapada por variables que no le conciernen o le son externas.

En el ejemplo 2 con predominio de las variables horizontales (Cuadro 3) el dispositivo de psicoterapia de la *adherencia* puede resultar operacional, ya que éste tiene alcance sobre los flujos internos de la subjetividad.

Oralidad maquínica y adherencia a los ARV

Como puede verse, el proceso de psicoterapia cognitivo-conductual de la adherencia –que será desarrollado en otro artículo– trabajará sobre las significaciones promovidas por lo que hemos llamado variables horizontales.

La subjetividad enunciativa del cuerpo ARV genera un número a la *n* de significaciones: procesuales, individuales, de relación social, de relación con el aparato médico, de tolerancia a los fármacos, de articulación con las ONG, etc.

En el espectro de estas significaciones se destacan en este contexto las oral-maquínicas. Se trata de efectuar un *laminado* de estas significaciones a través de

todos los planos de consistencia temporales del sujeto: oralidad alimentaria, sexual, tóxico-adictiva, medicamentosa. Es decir *comer, mamar, drogarse, tragar, vomitar, tomar un comprimido*.

El plano de consistencia del cuerpo ARV se constituye en un núcleo oral-maquínico, en el que un flujo medicamentoso –los antirretrovirales– debe ser incorporado perentoriamente. Es un flujo complejo, tóxico, fluctuante, con pulsos *on-off* inducidos por el dispositivo médico. De esto se tratan, por ejemplo, las interrupciones estructuradas del tratamiento H.A.A.R.T.

La adherencia puede ser considerada como un *proceso adictivo operacional*, en el que la subjetividad HIV queda territorializada por este flujo para-alimentario; es decir interacciona con la incorporación de los alimentos. Este proceso adictivo se desarrolla sobre la colonización ARV de la oralidad maquínica primitiva, que debe así desterritorializarse (distorsionarse) a favor de la medicación. Alguien infectado dice: tomo los medicamentos antirretrovirales con las comidas..., me alimento con ellos. El cuerpo ARV no se constituye sin la desterritorialización de la máquina oral primitiva por el flujo de los antirretrovirales, que al consolidarse adquieren un estado de hegemonía *cuasi* adictiva sobre el territorio de la oralidad. Los ARV toman un carácter para-alimentario operacional.

El fallo en la adherencia ARV, cuando no se debe a las condiciones verticales ya enunciadas, toma consistencia en la imposibilidad de hacer permeable (desterritorializar) a la máquina oral primitiva al flujo medicamentoso. Aquella sólo recibe comida y leche; luego vendrían otros flujos no nutricionales, que proceden de la cultura y no de la demanda pulsional somática: alcohol, cocaína, semen, medicamentos.

La psicoterapia sobre el fallo de la adherencia, consistirá entonces en un proceso de inventario y reciclado de las significaciones y flujos que afectan a la oralidad maquínica, cuya resistencia impide la instalación del imprescindible proceso adictivo operacional, matriz del cuerpo ARV ■

Notas

1. Antirretrovirales
2. El rigor científico y la necesidad de contar con un recurso instrumental para el trabajo en psicoterapia sobre el cuerpo ARV nos obliga a salirnos por un momento de la metamodelización propuesta y diseñar un dispositivo ad hoc.

Referencias bibliográficas

1. Carpenter C.C., Fischl MA, Hammer SM et al. Antirretroviral Therapy for HIV Infection in 1996. *JAMA*; 276: 146-154, 1996. Practice Guideline for the Treatment of Patients with HIV/AIDS: *Am J Psychiatry* 157: 11, November 2000 Supplement
2. Guattari, Félix, "Cartografías esquizoanalíticas", Ed. Manantiales, Bs. As., 2000
3. Historia natural de la enfermedad. Atkinson S.H. and Grant I.: Natural History of Neuropsychiatric Manifestations of HIV disease. *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 17, Number 1, 17-33, March 1994.
4. Mitka, M: Slowing Decline in AIDS Deaths Prompts Concern. *JAMA*

Glosario

Disposición de enunciación: es un conjunto de significaciones reales o virtuales, horizontales o verticales subjetivas o sin registro psíquico, estructurales o transitorias, promovidas por el cruce del soma con los flujos maquínicos.

Territorialización/desterritorialización: categorías ambas creadas por Felix Guattari. Es un proceso de saturación/vaciamiento mediante el cual el ente sufre metamorfosis.

Flujos maquínicos: se trata de corrientes horizontales (subjetivas) y verticales (objetivas) que atraviesan al cuerpo HIV/ARV configurándolo.

Cuerpo HIV: es la disposición de enunciación territorializada por el HIV y las significaciones pre-H.A.A.R.T.

Cuerpo ARV: es una disposición de enunciación surgida de la desterritorialización del cuerpo HIV por el régimen H.A.A.R.T y sus significaciones.

Oralidad maquínica ARV: desterritorialización de la oralidad primitiva, haciéndola permeable al flujo medicamentoso que toma así carácter para-alimentario operacional.

H.A.A.R.T: *Highly Active Antirretroviral Therapy*. Terapia Antirretroviral de Alta Eficacia.

Incidencia de los avances terapéuticos en niños y adolescentes que padecieron cáncer

Gustavo M. Finvarb

Médico Especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Fac. de Medicina. UBA. Coordinador Area Internación. Unidad de Psicopatología. Hosp. de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Miembro Grupo Universitario de Psicofarmacología. 1ª Cátedra de Farmacología. Fac. de Med. UBA.

"La medicina es la recuperación de los elementos discordantes. La enfermedad es la discordancia de los elementos infundidos en el cuerpo vivo".

Leonardo Da Vinci
"Cuadernos de notas..."(7)

"La condición del tiempo es la relación entre seres humanos. La historia".

Emmanuel Levinas
"El Tiempo y el Otro..."(24)

Introducción

El presente trabajo se orienta a considerar algunos aspectos, fundamentalmente de los efectos a largo plazo en los niños y adolescentes que padecieron cáncer y el impacto que las nuevas tecnologías y tratamientos producen. Estos progresos trajeron un cambio rotundo en la sobrevida y hasta la curación de muchas formas de cáncer (tal vez haya que pensar en varias y no en una sola enfermedad), y cuestionan el concepto de curación, de mortalidad y muerte, de calidad de vida y de la patogénesis en cuanto a la aparición de diversos trastornos y paralelamente los conceptos de trauma-tiempo-experiencia, dolor y el lugar de la palabra (20).

Conceptos que al decir de Agamben(1) deben nuevamente plantearse:

"Como infancia del hombre, la experiencia es la mera diferencia entre lo humano y lo lingüístico que el hombre no sea desde siempre hablante, que haya sido y sea todavía infante, eso es la experiencia".

La crónica remite a la historia en que se observa el orden de los tiempos(8), pero en realidad el concep-

to de origen, de un tiempo antes de sí y un después de sí, debería ser renunciado: el origen de este objeto no puede ser historizado porque en sí mismo es historizante, funda por sí mismo la posibilidad de que exista algo llamado "historia"(1).

La incidencia de los avances terapéuticos en los niños y adolescentes que padecieron cáncer

El cáncer es la principal causa de muerte en la niñez y adolescencia, no así en la temprana infancia(47). Asimismo en los últimos 30 años, la sobrevida de los niños afectados por las diversas formas de cáncer infantil" a aumentado significativamente, lo que puede atribuirse a los avances en los métodos de diagnóstico, estrategias de manejo y esquemas terapéuticos(17).

Los resultados de los estudios y ensayos clínicos planificados muestran que la mayoría de niños con cáncer tienen actualmente un índice de sobrevida del 50 al 90%, siendo una excepción los neuroblastomas, algunos tumores del sistema nervioso central y óseos y los estadios avanzados de otros tumores sólidos(40).

Por lo tanto comienzan a aparecer en la clínica elementos no observados anteriormente, fundamentalmente a largo plazo.

Uno de los hechos importantísimos está indudablemente ligado a la posibilidad de sobrevida, la de transformarse una enfermedad de altísima mortalidad en una enfermedad crónica.

La información científica a largo plazo acerca de

Resumen

El trabajo se propone considerar algunos aspectos de los efectos a largo plazo en los niños y adolescentes que padecieron cáncer y el impacto que las nuevas tecnologías y tratamientos producen.

Palabras clave: Cáncer-sobrevida – Efectos largo plazo – Tiempo-experiencia.

INCIDENCE OF THE THERAPEUTIC ADVANCES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS THAT SUFFERED CANCER

Summary

This article intends to consider some aspects of the long term effects in the children and adolescents who suffered cancer and the impact that the new technologies and treatments produce.

Key Words: Cancer-Outlive – Long Term Effects – Time-experience.

los niños que padecieron cáncer es escasa, ya que la curación de esta enfermedad es excepcional antes de 1960 y porque la atención pediátrica se extiende generalmente hasta los 18 años.

Hay en general consenso de hablar de curación cuando se superaron los cinco años desde el momento del diagnóstico o última evidencia de enfermedad y en los pacientes que no reciben tratamiento desde los últimos dos años(25), a estos pacientes se los denomina sobrevivientes*(12), apelativo que deja paulatinamente de utilizarse, no solo por el significado sino porque ya hay otras enfermedades que podrían arrogarse esta denominación (Ver Cuadro 1).

Las enfermedades crónicas en niños y adolescentes son un factor de riesgo para desarrollar disturbios psicológicos(31) y si implican al sistema nervioso central el riesgo se incrementa(38).

En la infancia predominan la leucemia linfoblástica aguda y los tumores del sistema nervioso central(26). Los tumores afectan el funcionamiento mental y este riesgo aumenta si se requiere tratamiento radiante.

Los riesgos de trastornos(30) se incrementan por:

- a. Toxicidad del tratamiento (fármacos-quimioterapia-radioterapia).
- b. Desarrollo de un segundo tumor maligno.
- c. Disfunciones gonadales.
- d. Síndromes hereditarios.
- e. Déficit de crecimiento (baja talla).
- f. Discapacidad física y/o estética.
- g. Secuelas neuropsiquiátricas.

a. Toxicidad del tratamiento:

Como ejemplo se presentan los efectos cardiovasculares(2) de la radioterapia, con los riesgos de infarto o trastornos graves en el embarazo por sobrecarga cardíaca y en útero, con la presencia de abortos, partos prematuros, neonatos de bajo peso, etc.

Es interesante que la mayoría de la medicación tiene un origen empírico (con seguimiento y protocolos a posteriori) y que el origen de uno de ellos, la mostaza nitrogenada haya surgido luego de ser utilizada como arma en la guerra química por sus efectos de producir aplasia modular(40).

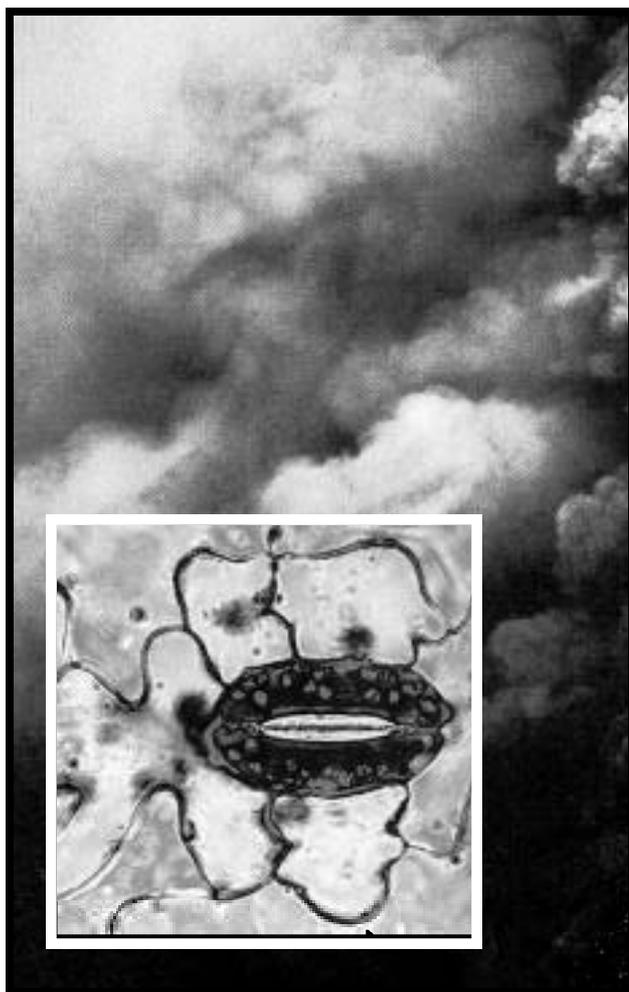
b. Desarrollo de un segundo tumor maligno

El Late Effects Study Group de los EE.UU. estima que el riesgo a 20 años de un primer tumor maligno (excluyendo los retinoblastomas) de hacer un segundo tumor maligno es de un 3% aproximadamente. Predominan tumores altamente malignos y la terapia específica parecería ser poco efectiva.

El Laboratorio del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center estima que los segundos tumores que se desarrollan entre los 0 y 5 años del primero, serían genéticamente determinados y entre los 5 y 15 años secundarios al poder oncogénico de la quimioterapia y la radioterapia(39).

c. Disfunciones gonadales:

Los fármacos alquilantes producen alteraciones en



la fertilidad más en varones que en mujeres por ser más sensibles. Antes se pensaba que solo sucedía si en la etapa puberal se recibía dicha medicación, ahora se sabe que también en la etapa pre-puberal se puede afectar.

d. Síndromes hereditarios:

Un efecto de muchos fármacos utilizados en el tratamiento oncológico es producir mutagénesis, que podría afectar a los hijos de los denominados "sobrevivientes". La edad media de estos hijos es de alrededor de 12 años en EE.UU. no habiendo aún mucha información sobre la posibilidad de trastornos en las nuevas generaciones. Se sabe que en el retinoblastoma la herencia es dominante por lo cual el asesoramiento genético se torna imprescindible.

Algunos síndromes hereditarios con predisposición a desarrollar cáncer pueden no ser reconocidos en el momento del diagnóstico o durante el tratamiento y recién después de transcurrido el tiempo se pueden poner de manifiesto en los mismos sobrevivientes o en algún familiar(44).

e. Déficit de crecimiento:

La baja talla, bastante frecuente en los pacientes que padecieron cáncer, se debe a las alteraciones neuroendócrinas, a veces un verdadero panhipopituitismo, que los tratamientos pueden provocar (quimioterapia-radioterapia).

f. Discapacidad física y/o estética:

*Sobreviviente: que sobrevive. Sobrevivir: vivir uno después de la muerte de otro o después de determinado suceso.

En relación a amputaciones. Uso de prótesis o secuelas de cirugías dando alteraciones en la imagen corporal y en la autoestima.

Habría algunos puntos a considerar como en relación al dolor, tema controversial en cuanto a etiología (¿físico, psicológico?) y fundamentalmente en la terapéutica en pediatría. El componente subjetivo es importante (pero en que cuadro no lo es), pero la necesidad de comprenderlo y tratarlo es indudable y es causa muchas veces de dificultades y discapacidades.

g. Secuelas neuropsiquiátricas:

En la década del '70 era prácticamente de rutina el uso de radiación craneal como prevención de tumores en el sistema nervioso central de pacientes con leucemia linfoblástica aguda. Entre el 8 al 30% de esos pacientes(4) requerían luego educación escolar especial, por los trastornos a nivel cognitivo que presentaban.

Rourke(35) encuentra anormalidades específicas en lesiones de la sustancia blanca en neuroimágenes y autopsias(13).

Finalmente en estudios de líquido cefalorraquídeo(17) encuentran elevación de los metabolitos producto de la degradación de dopamina y serotonina, comparándolos con niños que no recibieron radioterapia craneal; estudios sugestivos de daños que deben ser evaluados.

Los delirios son frecuentes en pacientes adultos hospitalizados con cáncer, aunque menos frecuentemente ocurre en niños y la etiología estaría relacionada con toxicidad de drogas, infección, hipoxia, alteraciones metabólicas, etc.

En comparación con una población normal llama la atención la alta frecuencia de alteraciones psiquiátricas de diverso tipo(46).

Sobresalen la vulnerabilidad a la angustia, ansiedad y depresión. En algunos estudios aparece con un 15% de incidencia el alcoholismo y los intentos de suicidio.

Heilingenstein y Jacobson(21) encuentran que la escala CDRS (*Children Depression Rating Scale*) no es del todo útil ya que no discrimina el cuadro depresivo del no depresivo en pacientes con cáncer.

Los niños pequeños son extremadamente sensibles a la quimioterapia (especialmente vincristina) produciéndose neuropatías, hipotonías, etc.

El desarrollo cognitivo se vio alterado en menores de 8 años que requirieron radioterapia o methotrexate intrafocal por ciertos tumores.

Las fobias escolares son frecuentes y los trastornos emocionales por alteraciones en la imagen corporal están presentes fundamentalmente en pre-adolescentes y adolescentes.

Acorde a vulnerabilidades pre-existentes pueden decaer en un desequilibrio crónico. La incertidumbre es constante (Síndrome de Damocles).

La calidad de vida tendría que ver con las funciones físicas, ocupacionales, escolares, adaptación social y autosatisfacción(27).

Plantean Schiller and Levitt(42): "Los clínicos analizan el tumor, su naturaleza, tamaño, tratamiento, supervivencia. Los pacientes miden la calidad de vida".

Estas alteraciones se vieron disminuidas en la me-

didada que había un soporte social, familiar, grupo de pares, etc. (32). Asimismo la negación y/o el secreto de la enfermedad padecida empeoró el pronóstico.

En 1952 Anna Freud(14) publica un trabajo sobre el impacto de la enfermedad corporal en el niño equiparándola a una agresión psíquica y Rodriqué(33) señala el efecto desorganizador que el daño corporal grave, temprano y prolongado produce sobre el yo, estructura en la que se unen cuerpo y mente(3).

La imagen corporal se adquiere, constituye y se forma merced a un continuo contacto con el mundo(41) y el esquema corporal es paralelo al desarrollo sensorio-motor.

El efecto desorganizador estará en relación a la constitución de la imagen corporal, a la capacidad de simbolización, a la etapa del desarrollo sexual y a la relación madre-hijo (capacidad de *reverie*).

La presencia de un daño grave, temprano, obliga a dar respuestas, a buscar representaciones a un aparato que no está en condiciones de hacerlo o que debe sobreadaptarse para suplir las mismas, o la familia intenta llenar los vacíos de conocimiento acerca de la enfermedad con fantasías, etc. que a veces acarrear mayores restricciones(28).

En relación a la aparición de la enfermedad habría que señalar la relación con duelos familiares, aún lejanos en el tiempo y en la filiación generacional a diferencia de lo observado en algunas colagenopatías, fundamentalmente lupus eritematoso diseminado, donde el antecedente de pérdida y duelo fueron más recientes.

El pronóstico más favorable ha sido observado en los pacientes y familias donde la negación y/o disociación no ha sido excesiva, más allá de resultar por momentos operativa, y los logros no se presentaban como triunfos omnipotentes o maníacos, y el lugar de la reflexión era considerado.

En la literatura psiquiátrica suele asociarse al cáncer con dos cuadros principalmente, el de estrés y el de trastorno por estrés pos-traumático(45, 36). Los cuadros son definidos siguiendo a los criterios del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)(9).

En el primer caso se postula como terapéuticas entre otras, la adaptación y/o adecuación a la enfermedad, implementando para ello grupos de apoyo, autoayuda, etc., habiéndose obtenido respuestas limitadas(49).

En el caso de considerarse como un trastorno por estrés pos-traumático, se considera a la enfermedad como un trauma que origina disfunción y un trastorno en alto grado, requiriendo tratamiento psicológico y psicofarmacológico la mayoría de las veces.

De cualquier manera la literatura todavía sigue siendo escasa para la población pediátrica(22).

La interrelación entre el cerebro y el sistema inmunitario está bien documentada(48). Los estudios neuroanatómicos y neurohumorales relacionados con estudios clínicos revelan que las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes con cáncer resultaron beneficiosas, no solo en lo conductual sino en la sobrevivencia(43, 10, 12). Si bien los estudios en población pediátrica son escasos, las categorías orgánico o cerebral están en total discusión, fortaleciéndose el cam-

po de lo denominado psicosomático.
En torno al tiempo y la experiencia
Algunas consideraciones

Tiempo: duración de las cosas sujetas a mudanza.
Epoca durante la cual vive alguien o sucede algo.

Tiempo de reacción: el tiempo que transcurre entre el conocimiento de la señal y el inicio de la respuesta.

Tiempo de movimiento: la velocidad con que puede realizarse un movimiento.

El 1892 Bryan(5) utilizó la velocidad de las palmas para medir lo que él llamó la velocidad de movimiento muscular y halló que el aumento de velocidad era casi lineal hasta los 16 años de edad. Gilbert(16) en 1894 halló que el tiempo de reacción disminuía en función de la edad por encima de la gama de edades comprendida entre los 6 y 17 años.

En 1937 Jones(23) sugiere una diferencia no solamente dada por la edad sino también por el género, siendo los varones más rápidos, aunque las pruebas son equívocas.

El procesamiento de la información medido en términos del tiempo de decisión fue tres veces superior en los adultos que en los niños de 6 años.

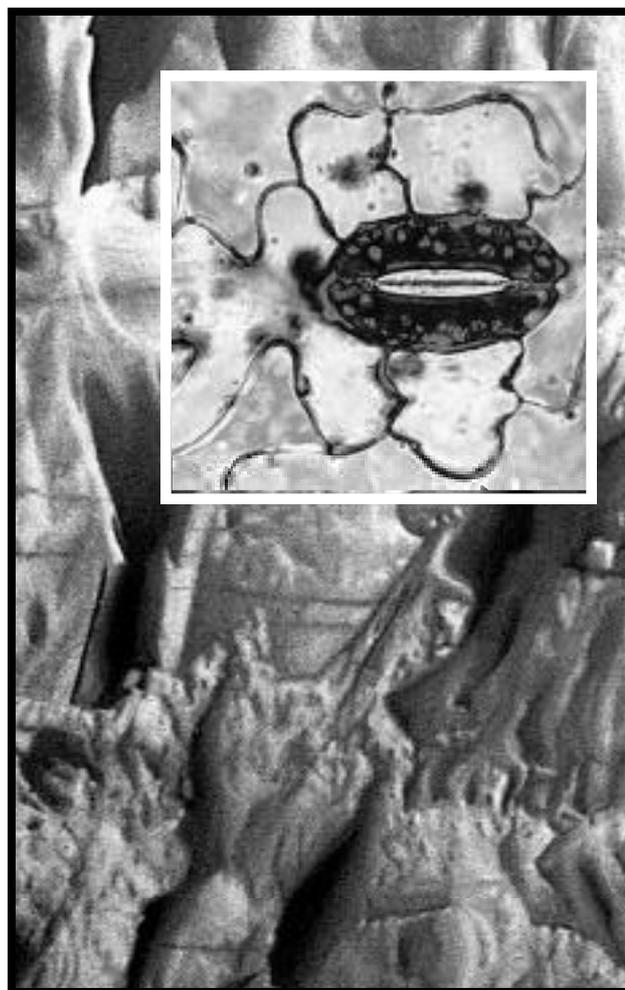
Los niños pequeños no solo se enfrentan con un problema relativamente más difícil y tareas que exigen el procesamiento de mayor cantidad de información, sino que además están limitados por la velocidad con que pueden ejecutar los movimientos una vez programados(6).

Los resultados indican que la precisión con que los niños pueden realizar las tareas aumentan con el paso de los años(15, 34, 37).

En resumen estos experimentos indican que a medida que los niños maduran desde los 4 años hasta la edad adulta son capaces de procesar cada vez más rápida y eficazmente la información de realizar movimientos decisivos cada vez más rápidos y coherentes y de ejecutar con más rapidez los movimientos.

La experiencia es siempre asimilación a estructuras(29).

En la mecánica newtoniana el tiempo y el espacio son dos absolutos y la velocidad una relación entre ambos.



En la mecánica relativista la velocidad se convierte en un absoluto y el tiempo y el espacio en relativos.

El universo primitivo es durante los meses de vida, como "un universo sin objetos"(6). La permanencia del objeto constituye con la del cuerpo propio que se conoce en relación con la observación del cuerpo del otro, la primera de las formas de las que se denomina "identidad cualitativa"(6).

La sola experiencia de vida trasciende la simple variable de la duración(42) ■

Referencias bibliográficas

1. Agamben Giorgio. Infancia e Historia. A: Hialto Editora 2001. Ensayo sobre la destrucción de la experiencia. Pág: 68-70.
2. Alvarez J, Leiva G, Schwartz L, Dángiola M. Efectos cardiovasculares de la radioterapia: a propósito de un caso con 24 años de seguimiento. Revista Argetnina de Cardiología. Marzo-Abril 2001 – vol 69 - No2 – Pág.217-221.
3. Bekei M. Niños con enfermedades orgánicas. El psiquismo del niño enfermo orgánico. Paidós 1981.
4. Blatt J, Bleyer WA. Late effects of childhood cancer and its treatment in principles and practice of Pediatric Oncology. Pág: 1003-1025.
5. Bryan WL 1892. On the development of voluntary motor ability. Amer. J. Psych. 5. 125-204.
6. Connolly K. 1970. Response speed. Temporal sequencing and information processing in children. Mechanisms of motor skill developmetn . London Academic Press.
7. Da Vinci, Leonardo. Cuadernos de Notas. M.E. Editores. España 1993 – Pág.263.
8. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 2001. Ed. Espasa.
9. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson SA. Cap. Trastornos de

Ansiedad. Pág. 343-444.

10. Fawzy et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients. Arch. Gen. Psychiatry 47:720-725.1990a. 47: 729-735.1990b.

11. Finvarb G. Beca. Indicadores de riesgo de presentar complicaciones y recaídas en pacientes con enfermedad orgánica crónica. Ministerio de Salud y Acción Social - 01/06/1990 al 31-01-1991.

12. Finvarb G. Psicosis lúpica. Ed. Polemos. 1993. Psicofarmacología Clínica Infante - Juvenil.

13. Fletcher J, copeland Dr: Neurobehavioral effects of central nervous system prophylactic treatment of cancer in children. J. Clin. Exp. Neuropsychol 10:195-537.1988.

14. Freud. A the role of bodily illness in the mental life of children. Psychoanal. Study Child. 1952. VII - 69.

15. Gardner H. 1971. Children's duplication of sty thonic patterns. J. Res. Music. Educ. 19: 355-360.

16. Gilbert JA. 1894. Researches on the mental and physical development of school children. Stva. Yale Psychol. Lab 2. 40-100.

17. Glazer J, Riddle Ma, Anderson GM et al CSF 5HIAA increases with whale brains radiation in childhood leukemia A.A. of Child and A. Psychiatry.1990.

18. Glazer J. Todd I. Psychiatric Aspects of cancer in childhood and adolescence. Child Psychiatry. Cap 54. Pág:957.

19. Glazer, J. Ivan. Todd. Psychiatric Aspects of Cancer in Childhood and Adolescence. Cap. 94 - pág.956. Child and Adolescent Psychiatry. M. Lewis 2da. Ed.

20. Guir. Jean. Psicósomática y cáncer. Ed. Catálogos. 1984.

21. Heilignstein E, Jacobson PB. Differentiating depresión in medically in children and adolescent. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 27: 716-.1988.

22. Jaspers M, Caron W, Behrendt H, Vandenbos C, Baker P. Van Leerwen F. The development of a new information model for a pediatric cancer registry on late treatment sequelae in the netherlands. Neetherlands Cancer Institute 2001.

23. Jones HE. 1937. Reaction-time and motor development. Amer. J. Psychol. 50:181-194.

24. Levinas, Emmanuel. El Tiempo y el Otro. Paidós 1993 - Pág.121

25. Meadows AT. Hobbie WL. The medical consequences of cure. Cancer 58:524.1986.

26. Miller Rw. Frecuency and enviromental epidemiology of childhood cancer. 1989-Pág 5.

27. Mulhern R, Fairelough DL, Smith B et al. Maternal depresión, assesment methods and physical simptoms affect estimates of depressive symptomatology among children with cancer. J. Pediatric. Pyschil. 17 (3) 313-326. 1992.

28. Ollrnhrim Oppenheim D. Approche des seguelles psychologiques des enfants concereux et de heurs familles. Neuropsychiatric de L'enfance. 1989. 37: 347-351.

29. Piaget. J. Psicología y Epistemología. Emecé. 1972 - cap. 1, pág:19.

30. Pizzo P. Poplack D. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 3ra. Ed. 1997. Lillivcott Raven Philadelphia.

31. Pless I, Nolan T, Risks for maladjustment associated with chronic illness in childhood. 1989 - Pág 191-244.

32. Pless I. Nolan T. Risks for maladjustment associated with chronic illness in childhhod. 1989.

33. Rodrigué E. Severe bodily illness in childhood. Int Psycho. Anal 1968.XLIX 290.

34. Rothstein AL. 1972. Effect of age feedback and practice n ability to respond within a fixed time internalal. J. Mat. Behav. 4: 113-119.

35. Rourke B. Syndrome of non verbal learning disabilities. The final common path way of white-watter disease/dysfunction. Clin. Neuropsychd 1: 209.1987.

36. Roy C, Russel R. Case study: Possible traumatic stress disorder in an infant with cancer. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 39: 2 - Feb. 2000.

37. Rutter M. 1985. Fundamentos Científicos de Psiquiatría del desarrollo. Ed. Salvat.

38. Rutter M. Tizard J. Whitmore K. Eduaction. Health and Behavior London 1970.

39. Schwartz Laura, Kupperman J, Picco P. Segundo tumor maligno en pediatría. Medicina Bs.As. 50:97-101.1990

40. Schwartz Laura. Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Servicio de Oncología. Comunicación Personal.

41. Silder P. The image and allearence of the human body. Nueva York. Int. Univ. Press. 1950.

42. Shiller M, Levitt M. Measuring quality of life Risks and Benefits. Cancer 69:1115.1985.

43. Spiegel D. Bloom Jr. Kraemer HC et al. Effect of psychosocial support on survival in patients with mwastatic breast cancer. Lancet 2: 888-891.1989.

44. Srong L. Genetic Implications for long-term survivors of childhood cancer. Cancer. 1993 - 71:3435-40

45. Stuber M, Nader K, Yasuda P et al. PYSD after pediatric bone marrow transplantation. Am. Acad. Child and Adol. Psychiatry. 1989.

46. Ulloa F, Funes F, Montenegro P. Prevalencia de desordenes psiquiátricos en población de 5 a 15 años que ingresa al Servicio de Cirugía del Hospital R. del Río . Revista de Psiquiatría. Chile 1992. 3-4 - 1204-1212.

47. Vaugman, VC. The Field of Pediatrics. Nelson Texbook of Pediatrics. 13 Ed. Saunders 1987 - Pág 2-3.

48. Yudofsky S. The American Psychiatric Press Texbook of Psychiatri. Am Psych. Pres 1994. Pag. 569-571.

49. Zebrack B. Chesler M, UCLA Schod of Medicina 2000. Managed care the new context for social work in health care-implications for survivors of childhood cancer and their families 2000.

Agradecimiento:

Mi reconocimiento a las Dras. Guadalupe Rey y Mercedes Lombardi y especialmente a la Dra. Laura Schwartz del Servicio de Oncología del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", Buenos Aires.

¿Cuál es el pedido de Interconsulta psiquiátrica y psicológica cuando el paciente tiene cáncer?

Viviana Sala

Médica Especialista en Psiquiatría, Medicina Legal y Salud Pública. Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital de Oncología "María Curie". Secretaria Docente de la Asociación Argentina de Psiconeuroendocrinoinmunología. – Master en Psiconeuroendocrinoinmunología Guevara 1430 Dto. 1 Capital Federal CP 1427 - Tel/Fax 4-554-7382 - E-mail. viviss@infovia.com.ar

Html: www.psicooncologia.org

Introducción

La intervención de los profesionales de la Salud Mental en el terreno de la Oncología va pareja al avance que se ha generado en el tratamiento de las enfermedades oncológicas. Esto comenzó a evidenciarse marcadamente en la década de los '80, cuando tener cáncer dejó de significar una muerte inminente y éste se sitúa junto al grupo de enfermedades del terreno de las patologías crónicas(11).

Aparece entonces un nuevo paciente que, al prolongarse su vida, genera tanto en él, como en su medio familiar –y también en el equipo de salud– nuevas necesidades.

Esta situación significó un cambio de paradigma en la atención. Se pasó de un supuesto en el cual enfermar de cáncer significaba morir inmediatamente, a una dimensión en la cual enfermar de cáncer, en muchos casos pasó a ser "vivir con cáncer". Se pudo pensar al cáncer como una herida que no cierra pero con la que se puede continuar la existencia.

Se generó entonces la necesidad de convocar a profesionales de otras áreas para resolver los problemas inéditos que esta situación comenzaba a plantear, y dio lugar a la generación de nuevas especialidades o sub-especialidades, tales como la psico-oncología, cuidados paliativos, tratamiento del dolor. Surgió la posibilidad de pensar en términos donde el éxito terapéu-

tico no pasaba ya por la curación de la enfermedad, sino por conseguir la mejor calidad de vida para el paciente que debía convivir con la enfermedad.

En la actualidad, el cuidado médico en nuestro país y en el mundo atraviesa una severa crisis que oscila entre lo distanásico y lo mistanásico(3), siendo perjudicados no sólo el paciente y su familia, sino también el personal de salud que se encuentra atrapado en estas peligrosas oscilaciones.

Sabemos que los servicios que se ocupan de los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes ocupan el último eslabón en el pensar y accionar médico. Pero no por ello son desestimados por los pacientes quienes buscan frecuentemente esta atención. Es el personal de *Salud Mental* el que muchas veces establece y opera de bisagra para que se establezca o restablezca la tan malograda relación médico-paciente.

En el Centro de Cáncer Dana Farber de Boston(11) en el año 1995 ocurrió un trágico hecho relacionado con una sobredosis de quimioterapia. Esto motivó un serio llamado de atención de parte de la Organización Americana de Acreditación de Hospitales, que observó al equipo médico por no poner suficiente atención en el reporte de los pacientes o en sus síntomas. El cuerpo de acreditación indicó que el equipo médico debería tener mayor entrenamiento en la comunicación y en el desarrollo de habilidades para *escuchar a sus pacientes*.

Resumen

La intervención de los profesionales de la Salud Mental en el terreno de la Oncología va pareja al avance que se ha generado en el tratamiento de las enfermedades oncológicas. Al prolongarse su vida aparece un nuevo paciente lo que genera tanto en él, como en su medio familiar y el equipo de salud que lo había asistido hasta el momento nuevas necesidades. El 68 % de los pacientes que padecen cáncer tiene en algún momento del curso de su enfermedad, cuadros compatibles con trastorno de adaptación. Entre un 25% y un 40%, según las características de la muestra, presenta trastorno depresivo siguiendo los criterios del DSMIV, y la presencia de *delirium* se puede ver en el 15% de los pacientes en general, en el 25 % de los ancianos y en un 75% de los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de su enfermedad.

Palabras clave: Cáncer – Interconsulta – Depresión – *Delirium* – Ansiedad – Adaptación.

WHICH IS THE DEMAND FOR PSYCHIATRIC AND PSYCHOLOGICAL INTERCONSULTATION WHEN THE PATIENT HAS CANCER? Summary

The intervention of the professionals of mental health in the sphere of the oncology goes hand in hand with the advance that has been generated in the treatment of the oncological illnesses. This way patient's life is prolonged. This development gives place to a whole set of new problems for the patient, his family and the team of health professionals that have been caring him until the moment. 68 percent of the patients suffering cancer has dysfunctions of adaptation in some moment in the course of its illness. Between a 25 and 40 percent, depending on the characteristics of the sample, present a depressive disorder according to the criteria of the DSM-IV. Finally, the presence of *delirium* is very likely in around the 15 percent of the patients in general, in 25 percent of the aging and in 75 percent of the patients that are in the last stages of their illness.

Key Words: Cancer – Interconsultation – Depression – *Delirium* – Anxiety – Adaptation.

Cuadro 1

Ansiedad originada por problemas médicos más comunes en pacientes con cáncer

Problemas médicos	Ejemplos
Dolor pobremente controlado	Dolor que no responde o que no es tratado
Estados metabólicos anormales	Hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, fiebre, <i>delirium</i> , hipoglucemia, sangrado, oclusión coronaria y falla cardíaca, arritmia cardíaca.
Tumores secretores de hormonas	Feocromocitoma, adenoma tiroideo o carcinoma, adenoma paratiroideo, tumores productores de ACTH, insulinoma
Drogas productoras de ansiedad	Corticosteroides, neurolépticos usados como antieméticos, tiroxina, broncodilatadores, estimulantes beta adrenérgicos, antihistamínicos (reacciones paradójicas), estados de abstinencia (alcohol, narcóticos, hipnóticos-sedantes)
Efectos secundarios del tratamiento	Piel alérgica, <i>rash</i> a antibióticos, toxicidad inesperada (p. ej. diarrea).

En un centro médico de la ciudad de Buenos Aires, una paciente –a raíz de una sobredosis de quimioterapia– sufrió ulceraciones en su boca que le generaron una severa odinofagia e imposibilidad para hablar o ingerir alimentos. La paciente hasta ese momento trabajaba como profesora de nivel secundario. El hecho de que no la habían escuchado cuando manifestó sus primeros síntomas le generó severas dudas sobre el equipo tratante y en la continuación del tratamiento. Con el agravante de que no se la derivó para las curaciones al servicio de estomatología. La paciente manifiesta: “Siento que estoy sola en esto, yo no sé nada de biología y debo supervisar mi propio tratamiento”.

En nuestro sistema de salud no existen auditorías de acreditación. El profesional de salud mental frecuentemente es el receptor de estas situaciones debiendo, en un marco mistanásico, guardar un delicado equilibrio para operar terapéuticamente y no caer en situaciones asistencialistas que sólo apaguen el fuego del momento. Esta situación no está reservada al área pública sino que es tristemente compartida por instituciones del área privada, supuestamente de primer nivel, donde la reducción de costos en la atención psiquiátrica y psicológica del paciente con cáncer, lo privan de este servicio.

Durante la internación del paciente con cáncer se va a desplegar un complejo sistema que comprende por lo menos cuatro factores(6, 10, 13):

1. El paciente con su historia biográfica y su entorno familiar y social
2. El impacto psíquico y físico en su Sistema Nervioso Central, producido por su enfermedad.
3. Sus recursos psíquicos y el funcionamiento de estos recursos.
4. El médico y/o equipo tratante y las reglas de la institución.

La interconsulta al área de salud mental va a depender de cómo se jueguen e interactúen estos factores y qué tipo de conflicto generen. De todas maneras, la no aparición de conflicto no implica que no exista sino que, en ocasiones, puede indicar una seria dificultad en la atención médica(19).

Motivos de interconsulta psiquiátrica frecuentes en el paciente con cáncer

El 68% de los pacientes que padecen cáncer tiene cuadros compatibles con trastornos de adaptación(27) en algún momento del curso de su enfermedad. Entre un 25% y un 40% (depende de las características de la muestra) presentan un trastorno depresivo siguiendo los criterios del DSMIV. Finalmente, la presencia de *delirium* se puede ver en el 15% de los pacientes en general, en el 25% de los ancianos y en un 75% de los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de la enfermedad(16).

Un estudio de Derogatis de la Asociación Americana de Psiquiatría(25), siguiendo los criterios del DSMIV para el análisis de una muestra de pacientes con cáncer, estableció que el 47% padecía trastornos psiquiátricos de distinta índole y dos tercios se encontraban dentro de lo que se consideran trastornos de adaptación, o sea, una reacción de tipo agudo ante una situación vivida como estresante(18). En este caso, el estresante es la misma enfermedad o bien algunos de los sucesos que se desencadenan en el transcurso de la misma, tales como el ser sometido a tratamientos que impliquen mutilaciones, quimioterapia o tratamientos radiantes u hormonales que, si bien contribuyen al control de la enfermedad o su remisión, generan una cantidad de eventos adversos para el individuo que alteran su calidad de vida(7, 8).

Trastornos de ansiedad

Las causas de ansiedad(5, 17, 13) en los pacientes con cáncer pueden ser de diferente índole:

1. Situacionales.
2. Relacionadas con la enfermedad.
3. Relacionadas con el tratamiento.
4. Exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente.

Entre las causas de origen situacional se ubican en primer orden el diagnóstico de la enfermedad junto con la discusión del pronóstico de la misma. Esto no sólo va a afectar al paciente sino también en forma simultánea o diferida a los miembros de su familia más comprometidos afectivamente.

Otros factores situacionales son:

1. La crisis que desencadena la enfermedad y el

tratamiento.

2. Conflictos con la familia o el equipo de atención.

3. Anticipación de un procedimiento atemorizante.

4. Espera de los resultados de un análisis u otro tipo de estudio, ya sea en la etapa diagnóstica o de control de la enfermedad.

5. Miedo a la recidiva.

En ocasiones suelen sumarse al trastorno ansioso, *ideas de muerte* que son mucho más frecuentes en los pacientes con cáncer que en la población que presenta algún trastorno psiquiátrico y no padece de esta afección. En general, la idea de terminar con la vida ya sea por sus propios medios o solicitando a un tercero que lo haga está muy relacionada con el pobre control de los síntomas y fundamentalmente el dolor(31, 29). Por lo general, cuando se instaura una analgesia adecuada estas ideas desaparecen inmediatamente.

Otras causas de ansiedad relacionadas con la enfermedad son:

1. Estados metabólicos anormales.

2. Tumores secretantes de hormonas.

3. Síndromes paraneoplásicos (efectos remotos en el SNC).

La ansiedad anticipatoria se presenta frecuentemente en los pacientes que están realizando tratamiento con quimioterapia, presentándose como síntomas frecuentes las náuseas y vómitos antes de llegar al hospital o en la sala de espera del hospital de día, cuando aún no se le colocó la medicación.

Es frecuente la aparición de cuadros de ansiedad ante procedimientos atemorizantes como el resonador magnético (situación durante la cual el paciente puede experimentar un ataque de pánico), otros tipos de escáner o el desbridamiento de heridas.

También encontramos fármacos que se le van a administrar al paciente, en general complementarios de su tratamiento principal, que pueden producir trastornos de ansiedad por drogas (Cuadro 1).

La existencia de un diagnóstico de ansiedad preexistente o el antecedente del mismo, implica que el cuadro se puede exacerbar o recidivar ante la aparición de un padecimiento como es el cáncer. Un 4% de los pacientes sufre de trastornos de pánico, fobias simples y trastornos de ansiedad generalizado.

Un porcentaje considerable de pacientes también sufre de trastorno por estrés postraumático(12) relacionado con el recuerdo de un familiar enfermo de cáncer y el efecto que produjo en el paciente, especialmente si él fue su cuidador.

Otro origen de la ansiedad y motivo frecuente del pedido de interconsulta es la *"ansiedad de muerte"*. El

Cuadro 2

Factores de riesgo de depresión en pacientes con cáncer

Categoría	Influencia
Personal	Historia de la depresión (paciente y familia) Historia de alcoholismo o abuso de sustancias Intento suicida previo Pobre apoyo social Pérdida reciente (duelo)
Enfermedad y tratamiento	Estadios avanzados del cáncer Dolor pobremente controlado Otra enfermedad crónica o incapacidad Medicación Corticosteroides Prednisona, Dexametasona Otros agentes quimioterapéuticos Vincristina, Vinblastina, Procarbazina, L-asparaginasaginasa, interferón - anfotericina B Otras medicaciones Cimetidina Diazepam Indometacina Levodopa Metildopa Pentazocina Fenmetracina Fenobarbital, Propanolol Alcaloides de la Rauwolfia Estrógenos Otras condiciones médicas Metabólica Nutricional Endocrina Neurológica

diagnóstico de cáncer suele disparar la consideración de la propia mortalidad en casi todos los pacientes con cáncer, no importando el tipo o estadio del mismo. Cella y Tross administraron un cuestionario de Ansiedad de Muerte a 60 pacientes hombres, sobrevivientes de la enfermedad de Hodgkin, y 30 sobrevivientes de cáncer de testículos(29). Los investigadores no encontraron diferencias entre los tipos de cáncer en la ansiedad de muerte, ni tampoco una relación con el grado de la enfermedad o pronóstico. Sin embargo, emergió una relación significativa entre la ansiedad de muerte y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. La conclusión es que la preocupación acerca de la muerte se puede incrementar en la medida que el paciente asimila el impacto del diagnóstico, o en la medida que el paciente experimenta el efecto debilitante del tratamiento o la enfermedad, lo que significa un recordatorio de su propia mortalidad.

Depresión en pacientes con cáncer

Para algunos autores la depresión en pacientes con

Cuadro 3
Causas más comunes de delirium en pacientes con cáncer

Causas	Ejemplos
Encefalopatía metabólica debido a falla de un órgano vital	Hígado, riñón, pulmón (hipoxia), glándula tiroides, glándula adrenal.
Desequilibrio electrlítico	Sodio, potasio, calcio, glucosa
Tratamiento de efectos colaterales	Narcóticos, anticolinérgicos, fenotiazinas, antihistamínicos, agentes quimioterápicos, esteroides, radioterapia
Infección	Septicemia
Anormalidades hematológicas	Anemias, microcítica y macrocítica, coagulopatías
Nutricional	Malnutrición general, deficiencia de tiamina, ácido fólico, vitamina B-12
Síndromes paraneoplásicos	Efectos remotos de tumores Tumores productores de hormonas

cáncer es tres veces superior que en la población general y dos veces superior que en los pacientes internados por otros problemas clínicos. Numerosos son los factores de riesgo para padecer depresión (Cuadro 2) relacionada tanto con factores personales, como con factores del tratamiento y la enfermedad(25).

Es sumamente importante detectar y tratar psicoterapéuticamente y psicofarmacológicamente los cuadros depresivos en estos pacientes, ya que no sólo alteran su calidad de vida desde un punto de vista subjetivo, sino que también pueden alterar el curso y evolución de la enfermedad por las connotaciones que tiene la depresión sobre el sistema inmunológico(14, 15). La depresión puede producir un desbalance en el sistema inmunológico que favorece las infecciones sobregregadas en los pacientes con cáncer(2, 4, 28).

Para poder diagnosticar la depresión en estos pacientes, hay que pensar en ella, descartarla o confirmarla durante la entrevista, no dejándose llevar por la tentación de minimizar los síntomas frente a la supuesta presunción de que *“es lógico que el paciente se muestre deprimido”*. No es lo mismo estar triste que tener un cuadro depresivo. Durante la entrevista, es preciso elaborar hipótesis diagnósticas y tratar de confirmarlas. Los tiempos del paciente con cáncer son diferentes a los tiempos de cualquier otro paciente que consulta por un trastorno del estado de ánimo. Es indispensable descartar las causas médicas o farmacológicas que pueden inducir el cuadro depresivo o las que a veces coexisten con el mismo agravándolo.

Muchos pacientes con cáncer describen síntomas somáticos y neurovegetativos como anorexia, disfunciones sexuales, fatiga, hipersomnia, sueño alterado que pueden estar relacionados: con un cuadro depresivo(26), con la evolución clínica de la enfermedad, con el tratamiento, o con todos estos factores. Es posible para un paciente con cáncer satisfacer los criterios para depresión con sólo la suma de síntomas somáticos, estando los disturbios del humor ausentes o presentes en un grado leve.

Westein et al. comprobaron en una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que la mayoría de las variables del diagnóstico de depresión podía

ser explicado por el deficiente estado nutricional del paciente(29). Breitbrat manifestó que la depresión de los pacientes con cáncer está altamente relacionada con el dolor que padecen estos pacientes. Por lo que plantea la necesidad de reevaluar a aquellos pacientes diagnosticados con depresión mayor –y que concomitantemente estaban padeciendo un episodio de dolor– cuando se logra el control del síntoma.

La confusión diagnóstica entre depresión y enfermedad médica puede tener dos tipos de implicancias para el paciente. En primer lugar el diagnóstico de depresión en pacientes no deprimidos puede llevar a ejercer una presión inadecuada para la consulta psicológica y psiquiátrica y la indebida atención al origen físico o medicamentoso de los síntomas.

En segundo lugar, en el paciente que está realmente deprimido y cuyos síntomas se atribuyen a causas físicas o al tratamiento, no se solicita la interconsulta con salud mental.

Ambas circunstancias alteran la calidad de vida del paciente y el proceso de su enfermedad, teniendo consecuencias desfavorables para la evolución de la misma(3, 20).

Para algunos autores la incidencia de depresión en el paciente con cáncer es del 13%. En un estudio de la Universidad de Bispebjerg, Dinamarca (1994), con escala de Hamilton arrojó una incidencia del 40%. En otro estudio de la Universidad de Ferrara, Italia (1989), también utilizando escala de Hamilton, se detectó que en un grupo de 196 pacientes 38,26% tenían un cuadro compatible con depresión utilizando un punto límite de 17 pero, con un punto límite de 21 el cuadro depresivo aparecía en 23,97 %. En el Servicio de Psicopatología(24) del Hospital de Oncología “María Curie”, Buenos Aires (1997), se administró la escala de Hamilton en el marco de una investigación sobre Calidad de Vida a 51 pacientes en la primera etapa de su tratamiento (recientemente se les había suministrado el diagnóstico y aún no habían iniciado ninguna terapéutica), tomando como puntos límites 14 a 29 para depresión leve, 30 a 34 para depresión moderada y 35 a 75 para depresión grave. Con este puntaje, el 41% arrojó un estado depresivo.

Es preciso ser sumamente asertivo en el diagnóstico de depresión. En función de los comentarios anteriores, es dable suponer que, si bien el trastorno depresivo es relevante en la población con cáncer, no deja de ser cierto también que muchas veces los resultados de las investigaciones en las cuales se utilizan escalas de depresión como la de Beck y Hamilton(1), se encuentran exagerados debido a los trastornos somáticos del sueño y de la alimentación que presentan estos pacientes, que no necesariamente están asociados con depresión.

Esto no invalida que el paciente presente un trastorno de su estado de ánimo. Pero este trastorno puede estar enmarcado en reacciones de adaptación frente a la enfermedad que son pasibles de abordajes psicoterapéuticos sin la necesidad de la utilización de psicofármacos.

Es pertinente resaltar, según lo expuesto, la importancia del equipo interdisciplinario y la preparación que deben tener no sólo el oncólogo, sino también el psiquiatra y el psicólogo para realizar un correcto diagnóstico y abordaje del paciente.

Deterioro Neuropsicológico

El *delirium* es la segunda enfermedad psiquiátrica más frecuente encontrada en los pacientes con cáncer; la primera es la depresión (Cuadro 3).

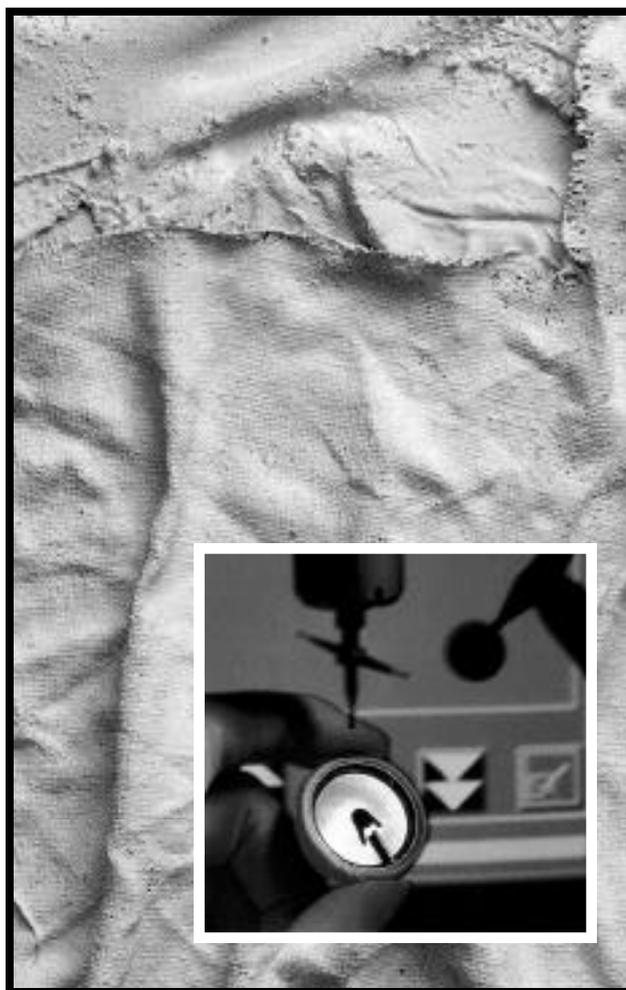
Además de todas las consecuencias de tipo emocional que acompañan al cáncer, los pacientes que padecen esta enfermedad tienen altas probabilidades de padecer un daño cognitivo debido a la naturaleza sistémica de este proceso. A lo que se suma la edad avanzada de muchos pacientes y los efectos adversos de los tratamientos quimioterapéuticos.

Sabemos que la causa del *delirium* tiene su origen en la enfermedad médica o en fármacos que se están administrando al paciente. Por lo que su resolución va a estar en relación directa con la resolución de la causa que le dio origen. No obstante esto, es el trastorno orgánico cerebral peor diagnosticado por el equipo de médicos clínicos.

Los trastornos de conducta y de la percepción que frecuentemente acompañan al *delirium*, junto con deterioro de la memoria, atención y orientación, tienden a desviar la atención del médico con respecto a la etiología orgánica del problema. Si a esto se le suman quejas del paciente como cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, el resultado suele ser, en el mejor de los casos, un pedido de interconsulta psiquiátrica por depresión. O bien, se piensa que estos síntomas podrían ser superados con un poco de esfuerzo por parte del paciente.

Hay indicadores, en los estadios tempranos de la instauración de estos desórdenes neuropsicológicos(9), que permiten realizar una aproximación diagnóstica; como ser:

1. Cambios en el patrón de sueño con cansancio, intentos de salir de la cama sin motivo, períodos transitorios de desorientación.
2. Ansiedad inexplicable y sensación de terror.
3. Irritabilidad creciente, enojo, malestar e ira explosiva.
4. Rechazo a hablar con familiares o con el equipo médico.



5. Olvidos no presentes previamente.

En cuanto a los síntomas de aparición más tardía relacionados con cambios conductuales del paciente, se deben tener en cuenta:

1. Enojarse, maldecir, mostrar actitudes abusivas.
2. Demanda de ir a la casa, vagar en el corredor.
3. Ilusiones (confusiones visuales y sensoriales, confundir al equipo médico).
4. Delirios (confundir eventos, contenido usualmente paranoide, miedo a ser dañado).
5. Alucinaciones (visuales y auditivas).

Además de los orígenes orgánicos del *delirium*, se le suma la lucha permanente e individual del paciente con su enfermedad. El estrés psicológico(22, 19), la privación del sueño por distintas causas pero principalmente por dolor, o la inmovilización, son factores que sensibilizan al paciente y que, en presencia de organicidad, favorecen la aparición de un cuadro confusional.

El paciente con cáncer es expuesto muchas veces a tratamientos neurotóxicos desestimándose los efectos de los mismos. No hay muchas investigaciones al respecto. Sólo un estudio se ha dedicado sistemáticamente al tema del impacto neuropsicológico de la quimioterapia en el Sistema Nervioso Central y las radiaciones craneanas en adultos. Tucker et al. informaron sobre déficit neuropsicológicos mínimos en un grupo de 25 adultos que fueron sometidos a tratamientos por leucemia y linfomas, sugiriendo además que el impacto –que podría no ser tan grande en los adultos– sería mucho mayor en niños considerando que estos no tienen aun desarrollado su SNC.

Diagnosticar adecuadamente el *delirium* cuando ocurre es necesario tanto para el alivio del sufrimiento del paciente como para un correcto cumplimiento terapéutico.

Conclusiones

Es ciertamente difícil pronosticar quién va a sufrir un grado significativo de angustia emocional durante la experiencia del cáncer, de manera tal que lo conduzca a padecer una enfermedad psiquiátrica con todos los formalismos del diagnóstico.

Hay una cantidad importante de variables que van a influir en esto. Se ha encontrado evidencia de un incremento de morbilidad psiquiátrica en pacientes que presentan estadios avanzados de la enfermedad. Para otros autores, el impacto de la enfermedad en el funcionamiento físico y calidad de vida del individuo es un indicador importante a tener en cuenta para futuros problemas psicológicos, más que la etapa

de la enfermedad(21).

También factores como el padecimiento de una incapacidad física anterior a la enfermedad, el contar con poco apoyo social, la presencia de antecedentes de cuadros depresivos u otros desórdenes afectivos, alcoholismo u otro tipo de adicciones, son elementos a tener en cuenta para evaluar el riesgo de aparición de un cuadro de desajuste psicológico o psiquiátrico en el paciente con cáncer.

Estos elementos subrayan la necesidad de la consulta precoz de Salud Mental, y aún rutinaria dentro de la evaluación del paciente, cuando ingresa en el ámbito institucional que va a atender su enfermedad.

La consulta al servicio de Salud Mental en "la hoja de ruta" del paciente que va a ser sometido a una cirugía, a un tratamiento quimioterapéutico o radiante es una práctica que se realiza en el Hospital de Oncología "María Curie" con la expectativa de realizar un diagnóstico precoz, una atención breve y eficaz y contribuir a asegurar un buen cumplimiento terapéutico por parte del paciente ■

Bibliografía

- Alonso Fernandez F., *La depresión y su Diagnóstico, Nuevo modelo clínico*. Ed Labor S. A., Calabria, 1988
- Bovbjerg DH, Valdimarsdottir HB., Stress, immune modulation, and infectious disease during chemotherapy for breast cancer. *Ann Behav Med.* 1996; 18:63
- Belderrain L., *Bioética y Cáncer*. Sala V., *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Ed. Data Vision, Biblioteca Médica Digital, Argentina, 1993
- Cohen, N., Rabin, B. S., Psychologic Stress, Immunity, and Cancer. *Journal of Cancer, January* (1998) vol 1, 30-32
- Cohen S, Williamson GM., Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull.* 1991; 109: 5-24
- Cesarco R., *Depresión y Ansiedad en el paciente con cáncer*. Sala V., *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Ed. Data Vision, Biblioteca Médica Digital. Argentina, 1998
- Etapé J., *Actitudes del enfermo ante el diagnóstico. Diagnóstico de Extensión. Estrategia Terapéutica*. Barcelona, Ed. Salvat Editores S. A. 1982; 63-64
- Gatto M. E., *Psicoprofilaxis en Terapia Radiante*. Sala V., *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Ed. Data Vision, Biblioteca Médica Digital, Argentina, 1998
- Greenberg D. B., *Radiotherapy*. Holland J. *Psycho-Oncology*. Ed. Oxford University Press. NY. 1998, 269-276
- Glük R., *Delirio y Cáncer*. Sala V., *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Ed. Data Vision, Biblioteca Médica Digital. Argentina, 1998
- Holland JC, Geary N Marchini A et. al., An International Survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer invest;* (1987 5 (2): 151-151
- Holland JC, Almanza- Muños, J., "Principles of Psycho-oncology" in: *Cancer Medicine* 4th Edition. Editorial Williams and Wilkins, 1997
- Holland JC, Almanza- Muños, J., "Estrés Pos-traumático en el paciente con cáncer". en Sala V., *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Ed. Data Vision, Biblioteca Médica Digital. Argentina, 1998
- Holland J, Almanza MJ., Psycho-oncology in the proximity of the new millennium (La Psico-Oncología en Las Proximidades del Nuevo Milenio). *Oncología Clínica* 1998;3:77-80. (Revista Argentina)
- Kandell, Jessell, Schwartz., *Neurociencia y Conducta*. Ed Prentice Hall, 1996
- Kaplan I. H, MD, Sadok B. J., *Tratado de Psiquiatría IV. Volumen 3. Sección 26/10 Conducta e inmunidad*. Argentina, Ed. Intermedica, 1997: 1484: 1485
- Kaplan I. H, MD, Sadok B. J., *Tratado de Psiquiatría /IV. Volumen 3. Sección 26/9 Estrés y Psiquiatría*. Argentina, Ed. Intermedica, 1997: 1469-1476
- Kornblith A. B., Psychosocial Adaptation of Cancer Survivors. en Holland J. *Psycho-Oncology*. Ed. Oxford University Press. NY. 1998, 223-255
- Lazarus and Folkman, *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Rocca, Barcelona, 1986
- Mac Ewen, B., Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. Seminars in Medicine of The Beth Israel Deaconess Medical Center, 1998; Vol 338, N° 3. 171:179
- MacDaniel; Musselman; Porter; Reed; Nemeroff., *Depresión en Pacientes con Cáncer*, Biología y Tratamiento, 1989 ARCH-9 5 feb 89
- Roff Carballo J., *Teoría y Practica Psicomatica* Ed. Desclee de Brower, S. A. Bilbao, 1984)
- Stratakis and Chrousos., Neuroendocrinology and Pathophysiology of the Stress System, *Annals New York Academy of Sciences*. 1- 17, 1995
- Sala V., Rivadeneira Puccio C., Ferraro, M. L., Gallol, L., "Investigación Depresión y Sucesos de Vida" en *Pacientes con Cáncer*. Hospital de Oncología "María Curie", 1996-1997
- Sala V., Depresión y Cáncer. Una apreciación psiconeuroinmunoendocrinológica de los cuadros depresivos en pacientes con cáncer. Ed. Fundación Aigle. *Revista de Clínica Psicológica*. Vol VII- N°3 Nov. 1998, 209:218
- Sala V., Miramont A., *Insomnio y Cáncer*. Sala V. *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Ed. Data Visión, Biblioteca Médica Digital. Argentina, 1998
- Spencer S. M., Carver S C., Price A. A., Psychosocial and Social Factors in Adaptation. Holland J. *Psycho-Oncology*. Ed. Oxford University Press. NY. 1998, 211-221
- White MH., Prevention of infection in patients with neoplastic disease: use of historical model for developmental strategies. *Clin infect Dis.* 1993, 17:S355-358
- William B., Jaramillo J.R., Chochinov H.M., *Palliative and Terminal Care*. Holland J. *Psycho-Oncology*. Ed. Oxford University Press. NY. 1998, 437-449
- William B., Payne D., Pain Holland J., *Psycho-Oncology*. Ed. Oxford University Press. NY. 1998; 450-475

el rescate y la memoria



El enfoque psicosomático en medicina*

Franz Alexander (1891-1964)

Después de finalizada la Primera Guerra Mundial, el destacado alumno de medicina egresado de la Universidad de Göttingen, Franz Alexander, ingresó al Instituto de Psicoanálisis de Berlín, donde se analizó con Hans Sachs. Su trabajo "Análisis de la personalidad total" atrajo la atención de Freud. En 1930, Alexander emigró a los EE.UU., y se instaló, primero en Boston y, dos años después, en Chicago adonde fundó y dirigió durante 25 años el Instituto de Psicoanálisis cuyas investigaciones orientó al campo de la medicina psicosomática. A pesar de que las hipótesis de Alexander no tuvieron andamio preciso en el contraste con los estudios clínicos experimentales posteriores, sus aportes sobre lo que denominó constelaciones conflictivas abrieron un campo posteriormente enriquecido por los estudios de Dunbar, Friedman, Rosenman y muchos otros y repercutieron como antecedentes en ciertas teorías actuales del dominio de la Psiconeuroinmunoendocrinología. El fragmento que reproducimos a continuación ilustra el enfoque de Alexander ■

J. C. S.



Franz Alexander (1891-1964)

La era psicosomática en medicina

En los últimos veinte años se cumplió una nueva fase de la investigación psicosomática, que se inicia determinada en gran medida por la aclaración conceptual de la diferencia existente entre los síntomas de conversión histérica y las respuestas vegetativas a los estímulos psicológicos. Se comprobó que la semejanza entre un síntoma de conversión histérica (tal como la parálisis de un miembro), por una parte, y las respuestas vegetati-

* Tomado de Alexander F., *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application*. Ch XI, WW Norton, New York 1950. [Psiquiatría dinámica, Paidós, 1962].

vas a las emociones (tal como el aumento de secreción gástrica o de la presión sanguínea), por otra, está dada meramente por el hecho de que ambas condiciones son "psicogénicas", es decir, son el resultado de una tensión emocional crónica no aliviada. Sin embargo, los mecanismos que intervienen son fundamentalmente diferentes en cada caso, tanto en el aspecto fisiológico como en el psicodinámico. El síntoma de conversión histérica es un intento de aliviar simbólicamente una tensión emocional; es una expresión simbólica (desplazada) de un contenido emocional definido. Este mecanismo está restringido a los sistemas neuromuscular voluntario o perceptivo, cuyas funciones son expresar y aliviar las emociones. Contrastando con esto, la neurosis vegetativa consiste en una disfunción psicógena de un órgano vegetativo que no está bajo el control del sistema neuromuscular y que por lo tanto no expresa ningún significado psicológico (primario). El síntoma vegetativo no es una expresión sustitutiva de la emoción, sino su concomitante fisiológico (normal). La naturaleza patológica de la condición consiste primordialmente en que, al estar sometida a estímulos emocionales continuos, que provienen de conflictos sin resolver, las respuestas vegetativas se vuelven crónicas. A veces pueden conducir a fenómenos tisurales irreversibles que originan síndromes orgánicos definidos. Esta concepción introdujo en medicina un nuevo concepto etiológico: la enfermedad orgánica puede provenir, al menos en parte, de conflictos neuróticos crónicos.

Esta distinción entre *dos tipos fundamentales diferentes de formación de síntomas* (neurosis de conversión y neurosis vegetativa), ha merecido aceptación general, aunque a menudo se la ha formulado en términos algo distintos. Debe advertirse también que, según Fenichel, la diferencia básica entre los que hoy día se denominan síntomas "organo-neuróticos" por una parte, y síntomas psiconeuróticos, por otra, fue reconocido por Freud mucho tiempo antes. En un ensayo sobre trastornos visuales psicógenos, Freud propuso la distinción entre dos tipos de síntomas psicógenos, diferenciando las funciones de un órgano según está al servicio de la sexualidad o de la utilidad. Esta distinción corresponde a la posición total que Freud tenía en esa época (1910) acerca de la dualidad de los instintos (es decir, instintos sexuales e instintos del yo). La misma idea luego fue adoptada y elaborada por Ferenczi.

La precedente diferencia entre dos tipos de formación de síntomas fue establecida también en términos distintos por E. Glover, como sigue:

De acuerdo con ese enfoque cabe establecer dos distinciones fundamentales entre las psiconeurosis y todos los desórdenes psicósomáticos; primero, que *el proceso de formación de síntomas en las psiconeurosis si-*

gue una pauta psíquica estandarizada, y segundo, que las psiconeurosis tienen un contenido y un significado psíquicos. Los desórdenes psicósomáticos, por otra parte, aunque influidos por reacciones psíquicas en uno u otro punto de su desarrollo, no tienen en sí mismos ningún contenido, y por consiguiente no representan pautas estereotipadas de conflicto. Cuando llegan a desarrollar un significado psíquico, puede suponerse que se ha superpuesto un proceso psiconeurótico a una base psicósomática.

Por consiguiente, tanto Alexander como Glover subrayan que los síntomas organoneuróticos no expresan ningún significado psíquico primario; además de esto, Alexander relaciona los síntomas histéricos con los sistemas neuromuscular voluntario y perceptivo sensorial, mientras que Glover establece una diferencia adicional en términos de presencia o ausencia de pautas de conflicto estandarizadas o estereotipadas. Ambos factores merecen un ulterior comentario.

La segunda distinción de Glover entre las psiconeurosis y los desórdenes psicósomáticos se refiere a la existencia de una pauta de conflicto estandarizada en las primeras, y a su ausencia en los últimos. Este punto es de interés, porque tiene relación con el problema de la especificidad de los síntomas somáticos. En contraste con la pauta específica con que se desarrollan, por ejemplo, las fobias o las obsesiones, el desarrollo de los síntomas somáticos, en opinión de Glover, no está gobernado por pautas psicológicas específicas similares. Glover relaciona la naturaleza de la elección de estos síntomas con una serie de determinantes, tales como los factores constitucionales, la profundidad de la regresión, la naturaleza de la distribución de la libido, etc.

En cuanto a la restricción de los síntomas de conversión histérica a ciertas estructuras –definidas sobre una base anatómica y fisiológica–, Szasz llamó la atención sobre el hecho de que esta regla se aplica sólo a los síntomas motores (o de descarga). Así, por ejemplo, en el caso del dolor histérico el síntoma no depende de cualquier tipo especial de inervación periférica, como el sistema de conducción cerebroespinal. El mecanismo no descansa en tal caso sobre una base primordialmente fisiológica, sino más bien sobre la propia imagen corporal del paciente. Esto equivale a decir que tal síntoma puede ocurrir o, más precisamente, puede referirse a cualquier parte del cuerpo que tenga una representación psíquica. Podemos además advertir a este respecto que cuando decimos "respuestas psicósomáticas", tenemos en la mente, por regla general, sólo los fenómenos motores o de descarga. Esta se deduce inevitablemente del hecho de que la percepción es, en último análisis, una función del yo, o de la integración psicológica total de la persona en cualquier momento. Pero el análisis de ese muy interesante e importante problema de la

percepción en general y del dolor en particular nos apartaría demasiado de nuestro propósito, por lo que no podemos aquí extendernos en él. Basta indicar que tenemos ante nosotros una zona inexplorada de investigación psicossomática.

En diferentes centros de investigación se han emprendido poco a poco estudios cada vez más sistemáticos sobre los factores emocionales de las diversas enfermedades orgánicas. El concepto teórico fundamental de los estudios psicossomáticos llevados a cabo en el *Chicago Institute for Psychoanalysis* ha sido que los estados emocionales no se expresan sólo en un comportamiento externo, sino que los procesos fisiológicos internos también responden a cada estado emocional mediante un mecanismo de adaptación. Esta premisa estaba basada en los estudios experimentales de Cannon sobre los fenómenos fisiológicos que regularmente siguen a ciertos estados emocionales como la cólera y el temor. Dichas investigaciones, sin embargo, iban más lejos que el mero estudio de las respuestas fisiológicas internas a tales estados emocionales básicos de cólera y temor. Basándose en sus estudios clínicos, Alexander y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que cada estado emocional específico provoca una respuesta fisiológica específica. Postulaban, por ejemplo, que los ardientes deseos de incorporación oral tienen un efecto específico sobre la secreción gástrica y la motilidad; que la cólera, de acuerdo con sus diferentes representaciones psicológicas, pueden influir tanto en el sistema neuromuscular, como en el gastrointestinal o vascular. En estos estudios no se ponían en relación los procesos psicológicos observados con todo el cuadro de la enfermedad, sino más bien con un proceso fisiológico específico, como la secreción gástrica, la contracción vascular o la tensión muscular.

Al mismo tiempo, Dunbar y sus colaboradores prestaron más atención a los rasgos manifiestos de personalidad que se encuentran comúnmente en pacientes con ciertos trastornos orgánicos. Aunque estos estudios hayan sido en sí mismos estimulantes, no lograron demostrar ninguna conexión causal específica entre los procesos psicológicos y los procesos orgánicos. Es probable que lo observado por Dunbar fueran las frecuentes y típicas reacciones de defensa contra ciertos conflictos básicos que aparecen en ciertas enfermedades orgánicas. Dicho de otro modo, lo que Dunbar se dedicó a observar eran los resultados terminales, más bien lejanos, de los diversos mecanismos psicológicos más directamente relacionados con las funciones orgánicas perturbadas.

En el estado actual de su evolución, uno de los problemas centrales de la medicina psicossomática es el de la naturaleza específica de los estímulos emocionales que intervienen en los diferentes desórdenes orgánicos.



El problema de la especificidad

Existen tres principales escuelas que se ocupan de este problema. Según el criterio de la primera, que se mencionó anteriormente, los factores psicológicos que influyen o perturban las funciones de los órganos vegetativos son tan específicos como los que han sido establecidos en los casos de histeria de conversión. Tienen un contenido ideacional, un significado simbólico, que puede ser interpretado en términos psicológicos: el órgano visceral afectado expresa el contenido inconsciente, exactamente del mismo modo como un síntoma de conversión histérica es una expresión simbólica del contenido psicológico reprimido. Es ésta una de las ideas más antiguas dentro del psicoanálisis, que en la actualidad ha sido abandonada por completo.

La segunda escuela sostiene un punto de vista que apunta en la dirección opuesta. Según ella, la natura-

leza de los factores emocionales activos no puede determinar la naturaleza de los trastornos vegetativos. Muchos estímulos psicológicos diferentes pueden provocar las mismas respuestas vegetativas. La naturaleza del trastorno vegetativo depende por completo de los factores constitucionales o de una vulnerabilidad previamente adquirida por el órgano afectado. Esta concepción acepta sólo un componente del concepto freudiano, de la conversión histérica, a saber, el de la "obediencia del cuerpo". Bajo la influencia de las emociones, pueden desarrollarse trastornos orgánicos en cualquiera de los puntos vulnerables existentes dentro del organismo. La persona cuyo talón de Aquiles está en el sistema circulatorio, responderá a los trastornos emocionales con síntomas cardíacos o vasculares. La vulnerabilidad del órgano comprometido puede deberse a la herencia, a una enfermedad orgánica previa, o a algún otro factor.

La tercera concepción, que ha servido de hipótesis al trabajo en la investigación realizada en el Chicago Institute for Psychoanalysis, toma una posición intermedia entre las anteriores. No rechaza el concepto de la vulnerabilidad de los órganos afectados, pero añade otro factor, basado principalmente en las formulaciones originales de Cannon.

De acuerdo con esa concepción, a cada estado emocional corresponde una respuesta fisiológica característica que en sí misma no es patológica, sino parte integrante del estado emocional. La estimulación del sistema simpático-adrenal, como resultado del aumento en el metabolismo de los carbohidratos, la aceleración de la actividad cardíaca, y la elevación de la presión sanguínea, junto con una relativa inhibición de las funciones digestivas, son partes constitutivas del estado de cólera. Los concomitantes fisiológicos de la angustia son similares (aunque probablemente no idénticos), a los de la cólera. Ambos estados son comunes en situaciones de emergencia. La relajación y el distanciamiento emocional de los asuntos externos se asocian con un estado fisiológico opuesto al que se da en las situaciones de emergencia. Los concomitantes fisiológicos de un estado de relajación se caracterizan por un auge de los procesos anabólicos o de almacenamiento. Las funciones gastrointestinales son estimuladas, mientras que se inhiben las funciones de los músculos del esqueleto y de los sistemas circulatorios y respiratorio. Estos cambios –tanto en el estado de emergencia como en el de relajación– son reacciones de adaptación de los órganos vegetativos a la situación total en que se encuentra el organismo. Cumplen una función fisiológica. Esta teoría otorga pleno reconocimiento a la vulnerabilidad local de los órganos afectados, pero al mismo tiempo postula cierta correlación específica entre el estado emocional y sus concomitantes fisiológicos o secuelas: la naturaleza del estado emocional determina el tipo de respuesta fisiológica. La coexistencia de

ambos factores (la vulnerabilidad somática local del órgano afectado y la constelación emocional específica) es lo que provoca el disturbio orgánico.

Como se ha mencionado antes, el punto de vista de Dunbar difiere del precedente, en la medida en que postula ciertos rasgos manifiestos de la personalidad como característicos de las diferentes enfermedades. Estos rasgos aparecen en la conducta manifiesta y pueden ser descritos por los estudios del perfil de la personalidad, según los propuestos por Dunbar.

Alexander señala que la correlación específica no se da entre los rasgos manifiestos de la personalidad y la respuesta vegetativa, sino entre esta última y ciertas constelaciones emocionales, por lo común inconscientes, que pueden estar presentes en muy diferentes tipos de personalidades y que pueden aparecer y desaparecer durante la vida de la misma persona. Consiguientemente, la relación específica entre una enfermedad y los factores psicológicos es mucho menos estática que la relación postulada por el concepto de Dunbar.

Mecanismos psicósomáticos

En el estado actual de la medicina psicósomática, existe un cierto número de concepciones teóricas de naturaleza general que son utilizadas en una forma más bien amplia por los investigadores que habitualmente trabajan en este terreno. Estas concepciones están fundadas en muchas observaciones bien establecidas que se refieren a las interrelaciones psicofisiológicas. En ellas se aprecia la influencia dominante de las ideas de Darwin, Cannon y Freud.

Conducta volitiva

Psicológicamente, la conducta volitiva puede describirse en términos de motivos y fines. Las funciones fisiológicas que resultan adecuadas para alcanzar ciertos fines pueden así ser comprendidas en función de su utilidad, como en el caso de ciertas funciones de una máquina. Estas funciones fisiológicas se efectúan por mediación del sistema nervioso voluntario, cuyos órganos terminales son los músculos estriados. Desde un punto de vista nosológico, los disturbios de estas funciones pueden provocar síntomas de conversión histérica. (En un sentido más amplio, existen muchos otros tipos de fallas en la conducta voluntaria coordinada, que incluyen esencialmente todos los disturbios de las relaciones interpersonales. Los mecanismos aquí descritos no son presentados ni pueden ser usados como base para una rígida clasificación de los síndromes psiquiátricos).

Inervaciones expresivas

Las inervaciones expresivas son procesos fisiológicos específicos, como el llanto, la risa, el sonrojo, el suspiro, etc., que se producen bajo el influjo de tensiones emocionales específicas.

Los sistemas fisiológicos que intervienen en estas pautas de conducta incluyen tanto el sistema voluntario (cerebroespinal) como el sistema nervioso autónomo; además, en las inervaciones expresivas los músculos del esqueleto pueden ser activados a través de las vías extrapiramidales, en contraste con el sistema de conducción piramidal que activa los movimientos voluntarios. Psicológicamente, las inervaciones expresivas no pueden ser interpretadas en términos de fines utilitarios; son fenómenos de descarga, y su único fin o "utilidad" es asegurar el alivio de la tensión emocional. De esta manera, el llanto, por ejemplo, ayuda a descargar los sentimientos de dolor asociados a la aflicción. Los trastornos de estas funciones se clasifican por lo general en los síntomas de conversión histérica (por ejemplo, la risa o el llanto histéricos). No obstante, sería casi más correcto considerar tales trastornos como un puente entre las conversiones histéricas y las neurosis vegetativas, pues en ellos se combinan rasgos de una y otras. En el sonrojo, o en el llanto histérico, por ejemplo, el síntoma en realidad puede considerarse como una conversión histérica, puesto que expresa un significado psicológico específico e inconciente en un cambio corporal; sin embargo, como las vías fisiológicas activadas en este proceso incluyen ciertas funciones del sistema nervioso autónomo, también interviene un rasgo característico de una neurosis vegetativa.

Fenómenos psicosexuales

Los fenómenos psicosexuales son esencialmente similares a las inervaciones expresivas. En realidad, el mecanismo por excelencia por el que el organismo puede liberarse de las tensiones emocionales, es la actividad sexual. Sólo en ciertas manifestaciones maduras de la sexualidad se busca también la conservación de la especie. Las formas pregenitales de la sexualidad descargan tensiones instintivas que no pueden interpretarse en términos de utilidad, desde el punto de vista de la conservación del individuo o de la conservación de la especie. Los mecanismos fisiológicos de los fenómenos sexuales consisten en complicadas combinaciones de inervaciones voluntarias, que no han sido aún comprendidas plenamente, y en fenómenos autónomos y hormonales (por ejemplo, la copulación, la erección, la eyaculación, el orgasmo, los cambios periódicos de la receptividad sexual, etc.). A causa de esta compleja participación de respuestas cerebrospinales, autónomas y endocrinas, los trastor-

nos de las funciones sexuales no pueden ser clasificados rígidamente como conversiones histéricas o neurosis vegetativas; los diferentes trastornos sexuales pueden incluir rasgos de ambos mecanismos, en diversas proporciones (por ejemplo, la frigidez y la amenorrea). Los aspectos psicológicos de estos fenómenos han sido bien explorados por los estudios psicoanalíticos de los últimos cincuenta años. Su fisiología es aún completamente desconocida.

Respuestas vegetativas

Las respuestas vegetativas consisten en reacciones viscerales a los estímulos emocionales. La mayoría de las investigaciones psicossomáticas actuales se han interesado por estos mecanismos.

1) Las *respuestas de adaptación*, la *"retirada vegetativa"*, y las *"inervaciones regresivas"*. Según lo postulado por Cannon, la principal función de la división simpática del sistema nervioso autónomo es la regulación de las funciones vegetativas internas en relación con las actividades externas, particularmente en las situaciones de emergencia. De este modo, las respuestas de adaptación en las situaciones de emergencia consisten en la estimulación de las funciones necesarias para la lucha o la huida; esto se logra por la actividad del sistema simpático-adrenal.

En el estado de relajación, por otra parte, existe normalmente una disminución del interés por el ambiente, y las respuestas vegetativas correspondientes a este estado se hallan bajo el influjo dominante de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo; esto produce una estimulación de las funciones digestivas y anabólicas (de almacenamiento) y una relativa disminución de las funciones catabólicas. En tanto que estas respuestas son apropiadas en el estado de relajación, ciertos pacientes reaccionan al esfuerzo, la angustia y algunas situaciones de conflicto, con un alejamiento emocional, y tienen lugar las correspondientes respuestas vegetativas. En tales casos, estas respuestas son paradójicas y pueden ser interpretadas como soluciones regresivas de la necesidad de enfrentar la situación de emergencia con respuestas adecuadas dirigidas hacia fuera. Este tipo de respuesta autoplastica fue designado por Alexander como la *"retirada vegetativa"*.

Siguiendo este esquema general, Szasz comprobó que es posible interpretar ciertas difunciones autónomas más específicamente como regresiones a las primitivas formas infantiles de funcionamiento automático. También señaló que, en vez de hablar de una preponderancia de una u otra rama del sistema nervioso autónomo, o de un *"desequilibrio autónomo"* en los desórdenes psicossomáticos, lo que caracteriza a muchos de estos síndromes es una *hiperfunción parasimpática (colinérgica)* localizada (por ejemplo, úlcera

péptica, diarrea, asma, neurodermatitis, etc.); *estas funciones autónomas representan regresiones en las actividades fisiológicas específicas*. Por ejemplo, se ha demostrado que la hiperactividad vagal del paciente con úlcera péptica es similar a la preponderancia vagal que existe durante los dos primeros años de vida, en que el abastecimiento del simpático al tracto gastrointestinal todavía no está plenamente desarrollado. Análogamente, podría demostrarse que ciertos casos de diarrea están relacionados con una reactivación del mecanismo reflejo gastrocólico, que está más activo durante la infancia. Sobre la base de tales ejemplos, junto con ciertas consideraciones teóricas, se ha sugerido que tales patrones de respuestas autónomas (hiperfunciones parasimpáticas localizadas) se designen como "inervaciones regresivas"; en contraste con este tipo de respuesta, ciertas excitaciones simpáticas crónicas de órganos o sistemas de órganos fueron designadas como "inervaciones concomitantes".

2) *Las situaciones vitales, las emociones y la fisiología*. Harold G. Wolff, Stewart Wolf y sus colaboradores estudiaron un gran número de reacciones fisiológicas en estados emocionales inducidos experimentalmente. Su estudio sobre "Tom", un sujeto con fístula gástrica, se cuenta ahora entre los clásicos de la medicina. Su método en este caso consistió en hacer cuidadosas observaciones de la actividad gástrica, junto con ciertas mediciones fisiológicas, en situaciones variables de vida y como respuesta a las condiciones emocionales inducidas experimentalmente. Estudios similares realizaron sobre los ojos, las mucosas del colon, de los bronquios y de la nariz, y sobre pacientes con hipertensión esencial y diabetes mellitus. Wolff interpreta que muchas de estas reacciones sirven al propósito de evitar o impedir los estímulos nocivos. Para tal interpretación resulta ilustrativo lo siguiente:

Casos evidentes de reacciones defensivas son las que protegen la nariz y las vías respiratorias. Se ha observado que como reacción a los ataques y amenazas, ciertos individuos cierran sus conductos respiratorios y limitan la ventilación por medio de la vasodilatación, la turgencia, la hipersecreción y la contracción de los músculos lisos y estriados. Los cambios, especialmente en las vías respiratorias superiores, producen una cantidad de síntomas, preferentemente dolor y obstrucción; esto último a menudo conduce a una infección secundaria y a la prolongación de los procesos morbosos. De esta manera el individuo exhibe una pauta de conducta y una actitud de no participación en las relaciones interpersonales.

La interpretación de Wolff es en esencia una extensión del principio básico de Cannon sobre los mecanismos de "lucha o huida" a muchas reacciones fisiológicas no consideradas ni explicadas por Cannon. Sin embargo, la hipótesis de Wolff contribuye poco a la solución del problema de la especificidad de los síntomas, pues no resuelve la cuestión de por

qué un sistema particular de órganos debe ser afectado en un caso particular más bien que en otro. Por otra parte, aunque Wolff a veces se refiere a los prototipos infantiles de tales reacciones, no utiliza el concepto psicoanalítico de "regresión". Esto implica que las reacciones mencionadas *son consideradas defensivas en un sentido temporalmente corriente* (esto es, son consideradas corrientemente provechosas). Pronto se advirtió que la interpretación psicoanalítica de tales síntomas es similar, pero con la diferencia de que dichos síntomas son considerados como *regresiones a pautas primitivas de desarrollo de una reacción (defensa), que son reactivadas como resultado de algún conflicto corriente*. El principal valor de la obra de Wolff y Wolff reside en sus numerosas y atentas observaciones sobre una gran variedad de reacciones psicósomáticas. Sin embargo, estos autores no distinguen entre procesos psicológicos concientes e inconcientes y no hacen referencia alguna al fenómeno de regresión, psicoanalíticamente bien establecido, concepción sin la cual no puede explicarse la naturaleza "defensiva" de muchas disfunciones fisiológicas.

3) Las respuestas endocrinológicas en el "stress" crónico. Las adaptaciones fisiológicas al sufrimiento se producen en cualquier parte del cuerpo. De los cambios fisiológicos que se producen como respuesta al sufrimiento, los mejor estudiados y comprendidos (aparte de las adaptaciones psicológicas) son los cambios que tienen lugar por mediación de los sistemas nerviosos voluntario y autónomo.

De bastante tiempo a esta parte se sabe que el sistema endocrino participa en las defensas del cuerpo, pero sólo recientemente se ha adelantado una teoría amplia de esas reacciones endocrinas. Hans Selye (79, 80) coordinó un vasto número de observaciones bajo el nombre de "síndrome de adaptación general"; este término designa una compleja cadena de acontecimientos, iniciada por una variedad de situaciones estresantes y producida por medio de mecanismos *hormonales*. Según esta teoría, la primera respuesta hormonal al "stress" es la "reacción de alarma". En el caso de "stress" prolongado se siguen reacciones defensivas hormonales crónicas ("el período de resistencia"). Son estos cambios hormonales excesivos y crónicos, producidos principalmente por mediación de la glándula pituitaria anterior y la corteza adrenal, los que conducen a distintos cambios patológicos en los órganos terminales, designados como "enfermedades de adaptación" (por ejemplo, la artritis, la periarteritis nudosa, etc.). La comprensión de la influencia precisa de los factores psicológicos sobre el sistema endocrino es un territorio aún completamente inexplorado.

4) La disociación de funciones fisiológicamente coordinadas. Sydney G. Margolin y sus colaboradores han comprobado recientemente, en un paciente bajo observación psicoanalítica, que en ciertas cir-

cunstancias pueden llegar a disociarse diversas funciones gástricas; por ejemplo, pueden producirse cambios en la motilidad gástrica y en la secreción de ácido clorhídrico y pepsina, que no se mantienen paralelas entre sí, sino varían de una manera independiente y al parecer sin propósito definido. Hasta ahora la mayoría de los estudios psicossomáticos han versado sobre la hiperfunción. Estas observaciones han revelado la posibilidad de que la disociación de las funciones de un órgano sea también un mecanismo productor de enfermedades. Szasz ha planteado una cuestión similar en conexión con

las funciones de las glándulas salivares y gástricas, funciones que normalmente van asociadas. Advirtió que la hipersalivación se produce a menudo en las mujeres embarazadas, mientras que la frecuencia de úlceras duodenales en tales casos es extremadamente baja. La cuestión era saber si las actividades secretorias de las glándulas salivares y gástricas podrían llegar a disociarse en tales circunstancias. La evaluación de estas observaciones no se ha realizado aún, y depende de ulteriores estudios del fenómeno de disociación de las funciones de un órgano solo o de un sistema de órganos ■

Universidad Nacional de La Plata

Maestría en Psiquiatría Forense

Director Prof. Jorge Oscar Folino

**Ciclo Noviembre 2002 - Noviembre 2004
(Tercera Promoción)**

Inscripción: 01/08/02 al 30/08/02

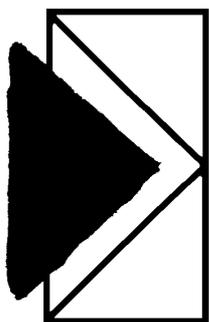
Departamento de Graduados, Facultad de Ciencias Médicas, Calle 60 y 120, 2º Piso; La Plata (1900), Argentina.

Tel. (54) (221) 4243068; 4241596; 4236711; 4891265

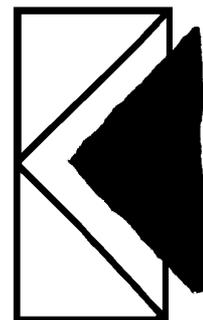
Mayor Información:

E-mail: folino@atlas.med.unlp.edu.ar

<http://www.med.unlp.edu.ar/psiquiatria/maestria.htm>.



confrontaciones



El pensar y el hacer del psicoanalista hoy

Indicaciones y contraindicaciones, analizabilidad, contrato y proceso psicoanalíticos*

Samuel Zysman

*Médico. Especialista en Psiquiatría. Psicoanalista. Miembro titular Didáctico y Prof. titular del Instituto de Formación Psicoanalítica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA). Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA).
Laprida 2073 1° 3. Ciudad de Buenos Aires. Tel/fax: 4806-7185 - E-mail: zysman@satlink.com.ar*

Hoy, del latín: *hodie (hoc die)*, con sus dos acepciones conocidas de “el día de hoy” y “la época presente” es, a mi juicio, y llamativamente por ser la última palabra del título de esta presentación, la tónica, como quizá pudiera decir un músico, o más simplemente, la apremiante referencia temporal que ordena y otorga un sentido especial a todos los términos de la invitación a pensar juntos que formula la Comisión organizadora del Simposium.

Agradezco a Alberto Solimano y a todo su equipo la confianza que me han tenido al llamarme a participar y me apresuro, porque tiene que ser hoy, a declarar que voy a hacer todo lo posible por desarrollar las cuestiones planteadas, pero sé que lograr responderlas plenamente no es tarea de uno solo. Como siempre, los enunciados técnicos (fácticos) remiten invariablemente a enunciados teóricos y a las reglas de correspondencia entre ambos. Se interponen ahí la inconmensurabilidad de las teorías, los conflictos, las historias y las predilecciones personales, y también, por qué no decirlo, las condiciones materiales concretas desde donde cada analista decide aceptar, modificar, o rechazar alguna prescripción técnica. Por supuesto que también se nos aparecen los problemas éticos, ahí están a pesar nuestro, si bien todos

nosotros –como cualquier analista que se precie de tal– huimos tanto de la moralina autoritaria como de cualquier apariencia de colusión, pacto perverso, o quiebra de la neutralidad analítica.

A diario se nos plantean problemas difíciles que resolvemos como podemos, tratando de conciliar las necesidades de los pacientes con las nuestras, particularmente “hoy”, la de sentirnos todavía analistas. Y, para terminar con el comienzo, permítanme aclarar que en lo que sigue verán que –como no podría ser de otro modo– predominan mis propios puntos de vista, lo que no quiere decir que ignoro que dentro y fuera de APdeBA se han hecho importantes desarrollos sobre estos temas, o que me es indiferente la injusticia de no poderlos mencionar todos aquí.

Les propongo ahora un viaje imaginario, a Suiza y a comienzos del siglo XX. En su gran novela “*La Montaña Mágica*”, Thomas Mann –culto admirador de Freud– pone en boca de Hans Castorp esta difícil pregunta: ¿qué es el tiempo? Se la formula mientras desde su puesto de observación en el sanatorio para tuberculosos donde estaba internado observa el descenso por la ladera de la montaña de los cadáveres de los pacientes fallecidos. ¿Recuerdan que había en la clínica un consultorio analítico, donde Hans y otros pacientes se analizaban al tiempo que seguían su cura de altura? Bien, volvamos a Buenos Aires, octubre de 2001, una noche cualquiera de la semana. A las 21 horas se presenta en la TV local un programa perio-

* Trabajo leído en el XXIII Simposium y Congreso Interno de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA), 2001.



dístico que se llama “*Detrás de las noticias*”. Se supone que hay un detrás y se vive la ansiedad de averiguar qué hay en ese “detrás”. Pero por más que se averigüe persisten las dudas: ¿podremos seguir trabajando? ¿Habrá nuevos actos terroristas en la Argentina? ¿Qué pasará en el mundo? Mientras el programa se presenta, se escucha cantar al conjunto denominado “Los Súper Ratones”: “Cómo estamos hoy, eh?/ cómo estamos hoy, eh?/ estamos a full/ duro y parejo/ que mañana será igual/ y anoche ya es viejo!/ una vuelta más!/ una vuelta más!/ seguro que nos vamos a marear!

¿Son intrínsecamente las mismas las preguntas que se formulan a 100 años de distancia? ¿Cambian sólo las formas o es otro el contenido? De estas dos imágenes del paso del tiempo, ¿es una de ellas más compatible que la otra con la reflexión analítica? Las respuestas posibles no serán sin consecuencias.

De todos modos creo que los analistas debemos tratar de preservarnos del mareo y procurarnos a nosotros mismos el espacio y las condiciones necesarias para pensar y también para tomar ciertas decisiones. No sólo nos debemos eso a nosotros mismos, es que de eso depende la posibilidad de ofrecer a la comunidad una referencia confiable, porque para mareo a la gente le sobra con el que ya tiene. Si se trata de pensar el encuadre “hoy”, no podemos menos que tratar de caracterizar cómo es este “hoy”, por lo menos en lo que tiene de más evidente, y fundamentalmente con qué perfil de analista nos encontramos “hoy”. Imaginemos para eso la abstracción de un psicoanalista tipo de la Argentina, y probablemente de otros lugares del mundo. Por un lado, tiene en su propio campo teórico, la legítima confrontación sobre aspectos controversiales que es propia de toda ciencia en desarrollo. Pero también tiene la discusión sobre si el psicoanálisis es o no una ciencia, y si se decide por el sí, tendrá que ver si se allana a usar los mismos criterios de validación de otras ciencias y fundar en ellos indicadores de eficacia terapéutica.

Este fue precisamente uno de los temas discutidos en el reciente Congreso de Niza, y en el Panel en que me tocó participar discutiendo los trabajos de Charles Hanly, Paulo Sandler, y Juan Pablo Jiménez, sostuve lo siguiente. Creo que el psicoanálisis aspira legítimamente a ser una ciencia y que podemos intentar validar o refutar sus hallazgos. Creo muy necesaria la investigación en psicoanálisis, muy especialmente el estudio de los indicadores de cambio en las sesiones y procesos como preconizaba Liberman porque considero que es el enfoque investigativo que violenta menos al método y a los supuestos teóricos del psicoanálisis. Hay por supuesto otras complejidades involucradas en esta problemática, pero no pretendo desarrollarlas aquí sino que la traigo a colación para ir llegando a las preguntas que plantea esta mesa bien preparados para ver lo difícil de proponer respuestas únicas. Fi-

nalmente, para mí todo dato que permita evaluar la marcha de un proceso y el acierto de la indicación terapéutica es bienvenido, ya provenga de la observación como de la intuición, siempre que pueda ser validado o refutado. Un poco más adelante se podrá ver por qué insisto en estos aspectos.

Sigamos ahora un poco más con nuestro analista. Nuestro esforzado colega, nosotros mismos, sobreponiéndonos al cansancio de muchas horas poco retribuidas o a la depresión de las horas sin trabajo, tratamos de mantenernos informados, leemos, estudiamos. Estamos al tanto de que el “hoy” en que vivimos incluye el descrédito de la racionalidad y de cualquier pretensión de saberlo todo sobre cualquier asunto. Así las cosas, a nuestro analista se le contagia la racionalidad del método psicoanalítico, tal como lo conocemos, con la irracionalidad de los fenómenos que éste pretende estudiar y con la imprevisibilidad de cualquier empresa humana. Surge entonces una justificada pregunta: ¿debemos insistir en trabajar sistemáticamente con un encuadre estable? o, dada la dificultad actual de justificar y sostener el encuadre tradicional en todos sus aspectos, y dadas las dudas razonables que produce la aplicación uniforme de un único procedimiento para todo el mundo, ¿no cabría renunciar y sustituirlo por algo más flexible, adaptado a cada paciente y a cada situación particular? En una mesa central del mencionado Congreso fue ésta la posición presentada por Arnold Modell en un trabajo titulado “Psicoanálisis posmoderno”, en el que introdujo la idea de una “negociación” en el establecimiento de las reglas del encuadre, una postura que fue discutida por Irma Brenmann Pick. Voy a jugar un momento con la idea de Modell y plantear algunos interrogantes. Si yo me decido a trabajar usando con cada paciente, o por lo menos con algunos, el encuadre que resulte de adaptarme voluntariamente a lo que decidan proponerme, y más todavía, si incluyo en el contrato algún elemento de transacción o compensación para cualquiera de los dos, podría concluir que no existen las contraindicaciones del psicoanálisis y que el concepto de analizabilidad puede ampliarse hasta alcanzar una latitud absoluta.

Paradójicamente, podría también sostener lo contrario, y circunscribir las indicaciones de análisis tan solo a aquellos casos que se adapten sin cuestionamientos a este sistema, esto es, los pacientes a quienes la “negociación” no inquieta – aunque implique desplazar sobre ellos una parte de la responsabilidad que cabe al profesional cuando fija las constantes del método– un tema sobre el que se puede suponer que los mismos conflictos que los traen a la consulta pesarán de un modo u otro. Si así fuera, eventualmente resultaría la existencia de un tipo de tratamiento analítico que descarta la consideración de los conflictos que el encuadre siempre suscita, puesto que ya han sido “solucionados” gracias a la negociación previa. Y si la idea es que en al-



gunos casos hago una cosa y en otros otra, ¿qué teoría debería manejar para sostener ambas posturas, y cómo podría estar seguro de no estar prestándome a un juego sucio o a una arbitrariedad? (cosa que efectivamente Modell menciona en su trabajo). No veo que sea fácil responder a estas preguntas y, de hecho, en Niza, no se logró más que la exposición de puntos de vista inconciliables.

Veamos ahora el otro flanco por el que se ve asediada de nuestra abstracción de colega. Así como por un lado se recurre insistentemente a la noción de posmodernidad, por el otro oímos mencionar en todos lados la globalización. Ciertamente, si atendemos a lo que pasa en el mundo, si nuestra economía cruje más o menos según lo que pase en Tokio o en Londres, si tememos que nos llegue una carta con ántrax como puede temerlo un ciudadano yanqui, es que el contexto en que nos desenvolvemos como personas se amplía constantemente hasta abarcar todo el planeta. Pero entre nosotros este fenómeno tiene un ingrediente que me parece que se manifiesta con mayor intensidad que en otros lados, y que yo creo propio de nuestra propia crisis nacional, y muy especialmente la económica. En las actuales circunstancias el valor económico tiende a imponerse en nuestra consideración por sobre cualquier otro valor. Dicho en otras palabras, las personas tendrán o no para nosotros determinados valores que nos harán apreciarlas más o menos. Pero es el valor económico de intercambio, cuánto dinero significa alguien para mí, ya sea como pérdida o como ganancia, lo que amenaza tomar la delantera en las relaciones humanas, y muy marcadamente en el ejercicio de las profesiones. El análisis no es una excepción, y así como vemos que muchos pacientes elijen su analista atendiendo principalmente a sus honorarios antes que a sus méritos como tal, estamos acercándonos ahora al riesgo de cometer errores simétricos. Es muy difícil evaluar la medida en que las presiones sociales y económicas inciden en nuestras posturas teóricas y en las consiguientes decisiones técnicas, pero que eso ocurre todo el tiempo, creo que es un hecho. Se plantea entonces que un valor intrínseco del psicoanálisis, como la libertad con que deseamos operar para facilitar la búsqueda que emprende el paciente, se ve coartada en grados variables. Luchamos por no perder nuestra identidad psicoanalítica y resulta que los ingredientes del encuadre pueden verse afectados por motivos que nada tienen que ver con nuevos desarrollos teóricos o con la obsolescencia comprobada de una prescripción técnica. Puede sonar exagerado, pero creo de verdad que en la toma de decisiones técnicas, en las estipulaciones del contrato analítico o en una correcta indicación de análisis, al igual que cuando interpretamos en una sesión, se juega –lo advirtamos o no– la coherencia, tanto de nuestro quehacer profesional como la de nuestras convicciones con nuestras acciones, en



tanto personas con un rol importante en la sociedad.

En el curso de este comentario expuse algunas ideas personales y me detuve a caracterizar lo que me parece que es parte de la situación actual de los analistas y los condicionamientos a que nos vemos sometidos a la hora de ejercer opciones técnicas o decidir sobre la vigencia de determinados conceptos. No creo que podamos funcionar como seres ajenos a lo que ocurre en nuestra práctica y a nuestro alrededor, para opinar válidamente sobre los temas que se nos proponen. Pero tampoco podremos hacerlo sin atender la necesidad de mantener la coherencia entre teoría y técnica. Tal como lo entiendo, los preceptos técnicos, las estipulaciones del contrato, los criterios de analizabilidad, etc. pueden entenderse como el modo de materializar en el trato con nuestros pacientes las reglas de correspondencia entre teoría y técnica. De ahí resulta que no se pueda preconizar ninguna conducta técnica que no encuentre un correlativo sustento teórico. Si no se respetara esta condición, cualquier conducta, ya sea clásica o “posmoderna”, pasaría a ser algo arbitrario, resultado de alguna imposición que tarde o temprano habrá de perturbar nuestro desempeño.

Quisiera ahora terminar abordando más puntualmente algunas de las preguntas que se me formulan en esta reunión.

Me parece que hoy como siempre la definición de la analizabilidad, por lo menos en lo que se refiere a la psicopatología, depende de la necesaria posesión de los instrumentos técnicos idóneos para la patología que se pretende tratar. En otras palabras, el considerar analizable o no determinada patología tiene que ver con haber podido teorizar metapsicológicamente sobre ella. Esto viene ineludiblemente ligado a la posibilidad de un ordenamiento tal de los datos obtenidos en la sesión analítica que genere hipótesis interpretativas utilizables en la sesión. Un buen ejemplo de lo que estoy diciendo podría ser el pasaje de la teoría del trauma sexual a la teoría de la realidad psíquica. Otro que me parece muy bueno es el de la introducción por Reich de su teoría de la transferencia negativa latente. No sólo le permitió luego desarrollar sus teorías sobre la formación y el análisis del carácter, sino que complementando ideas previas de Abraham, pudo abordar el material proporcionado por los pacientes desde una nueva perspectiva teórica y técnica, y al aplicarles una nueva forma de interpretar los incorporó al universo de la analizabilidad. Por otro lado y como ejemplo opuesto, si no dispusiera de una teoría de la transferencia de los estadios tempranos del desarrollo, mi técnica reflejará esta ausencia y deberé conformarme con analizar aquellos casos que establezcan (o me parezca que establecen) una buena alianza de trabajo inicial.

Por otro lado podemos ver cómo cambian los cri-



terios de analizabilidad basados en otros indicadores, como es el de la edad. Hoy en día ya nadie duda que, tanto como los niños pequeños, los adultos mayores y aún ancianos son analizables, por supuesto habida cuenta de sus problemas evolutivos.

Siempre pensé que los criterios teóricos de analizabilidad inevitablemente se entrecruzan y contrastan en la clínica con las indicaciones y contraindicaciones concretas, que muchas veces se originan en consideraciones prácticas basadas en la evaluación de datos inmediatos de la realidad y del momento que le toca vivir al paciente. Me refiero obviamente a lo que llamamos realidad externa, en la que caben situaciones derivadas de problemas laborales y económicos, de distancia geográfica, culturales, familiares, etc. En general –y en esto no veo que haya que hacer excepciones hoy– trato de investigar cómo se procesa la realidad externa en la realidad psíquica, y de obtener de ese procedimiento los datos para indicar o no un tratamiento analítico, cuya viabilidad desde un punto de vista exclusivamente psicopatológico podría ser indudable. Me sigue resultando útil el concepto de accesibilidad, que me permite ponderar mejor todos los factores en juego, incluyendo la capacidad analítica del analista, para decidir sobre la procedencia o no de un análisis y por qué. Mi opinión, en general, es que los cambios de que somos a la vez testigos y participantes en esta época, presionan para la introducción de cambios formales mientras los analistas en general seguimos aparentemente sosteniendo las teorías de que ya disponemos. En ese sentido yo creo que el verdadero gran desafío que nos propone el “hoy” es testear permanentemente dichas teorías en la clínica a fin de confirmar su validez instrumental frente a un panorama caleidoscópico en lo manifiesto –no tanto en lo latente– y, muy especialmente, evitar el error de introducir variantes en el método que no sean correlativas de un nuevo desarrollo teórico que seguramente podrá producirse al abordar aspectos de la mente que hasta ahora no hayan sido suficientemente estudiados. Desde mi perspectiva, el encuadre, que se establece en función de ciertas estipulaciones del contrato pensadas



para ese fin, permite con su estabilidad el despliegue de todas las variantes individuales de los eternos temas del psicoanálisis, con sus distintas modalidades, tiempos, gravedad, y compromiso mental. Sabemos que una parte del mismo, sujeta a predilecciones, gustos o necesidades, imposiciones de la cultura, o problemas concretos de cada individuo, puede modificarse para la mejor consecución de sus propias metas. Hay sin embargo otra parte en la que se juega la coherencia del método con los fines que nos proponemos facilitar, lo que contraindicaría la modificación de sus estipulaciones.

Como es imposible una descripción pormenorizada de todas las situaciones excepcionales que se pueden plantear, en esto como en otras encrucijadas del psicoanálisis lo que señale el mejor camino a seguir será la disponibilidad de la mente analizada del analista, su sentido común y la fuerza de su convicción. Por supuesto que los problemas con que más frecuentemente nos encontramos hoy son los relativos a honorarios, frecuencia de las sesiones, y duración del tratamiento. Mi visión personal de estos temas es que debo defender a ultranza aquellas estipulaciones que yo pienso que van a permitir el desarrollo de un proceso analítico. Si debo optar entre honorarios y frecuencia lo hago a favor de la frecuencia, porque la teoría con que acostumbro a trabajar demanda un contacto sostenido y profundo con la mente del paciente, y ésta es la concesión que hago a los dictados del “hoy” dentro del límite de mis posibilidades. Una de las dificultades que veo frecuentemente en la actualidad es la de los procesos que cursan de forma tórpida y, por ahorrar tiempo y/o dinero, tienden a finales abruptos. Tampoco es mi intención defender los pseudo procesos que, formalmente correctos en todos sus detalles, cursan sin llegar nunca a ser análisis aunque puedan eternizarse en su duración. Pero respecto de esto, como de otros obstáculos que nos plantea nuestra práctica hoy, mi opinión dicha muy directamente es que hasta que no dispongamos de instrumentos terapéuticos más precisos y confiables que los que tenemos, nos cuidemos de arrojar el agua sucia de la bañera junto con el niño que se estaba bañando ■

Reportaje a Kennet Schulman

Sergio Strejilevich
Julián Bustin
Eugenia Dabi

Entre el 8 y el 11 de Noviembre de 2001 se realizó el IX Congreso Argentino de Gerontología y Geriátrica adonde fuimos invitados a dictar un curso de urgencias gerontopsiquiátricas. Al poco tiempo de empezar a prepararlo, nos informaron que el Dr. Kennet Schulman –quien iba a asistir al Congreso– había aceptado una propuesta del Dr. Roberto Kaplan para participar de nuestro curso. El Dr. Schulman, profesor de psiquiatría en la Universidad de Toronto, es uno de los más importantes gerontopsiquiatras de la actualidad y quien desarrolló el “Test del Reloj”, una de las herramientas más usada en la detección clínica de la demencia. Además es el experto más reconocido en la clínica y el tratamiento de la manía en ancianos, y autor de numerosos e importantes publicaciones. Una mezcla de felicidad y terror nos invadió. Sin embargo, con solo empezar a cruzarnos e-mails nos tranquilizamos ya que evidentemente, más allá del curriculum, había alguien muy cálido del otro lado. Schulman, quien aparenta menos de sus 50 años, participó activamente de las cuatro horas del curso para finalizarlo con una clase magistral sobre elementos clínicos diferenciales en gerontopsiquiatría. Luego lo invitamos a un paseo por la ciudad durante el cual se mostró muy interesado por nuestra realidad. Quedó perplejo ante nuestra “psiquiatría sin ECT” y espantado por nuestros comentarios sobre la inercia de nuestros gobiernos respecto de los problemas de salud mental de las personas ancianas. Entonces, durante esa tarde, surgió este reportaje ■

Vertex: ¿No cree Ud. que en este siglo vamos a tener que empezar a considerar que la gerontopsiquiatría se ocupa de personas de más de 75 años, y no ya de las personas de más de 65?

Kennet Schulman: Es una pregunta muy importante, porque los datos demográficos nos muestran que la proporción de los muy ancianos se está incrementando muy rápidamente. Las condiciones de las que se ocupa la gerontopsiquiatría son prevalentes en los muy ancianos, particularmente las demencias, por lo tanto no es irracional elevar el límite de edad. De todas formas pienso que deberíamos evitar la definición por edades, y centrarnos en los trastornos de

las personas mayores. Hay una gran proporción de octogenarios y personas de 90 años normales, que no son geriátricos en el sentido de estar enfermos. Un punto de corte según la edad es arbitrario, excepto para la planificación en salud pública que necesita identificar cohortes en donde hay una alta prevalencia de un trastorno dado. Cuando yo empecé a estudiar psiquiatría, a mediados de los '70, había trabajos sobre ancianidad en personas de 65 años en adelante. Se decía que el corte tenía que ser a los 60 años, y 65 años se transformó en el límite, principalmente porque en la mayoría de los países la gente se jubilaba a los 65 años, y se asociaba el cese de actividad la-



boral con lo geriátrico, lo cual no es verdadero. Pero hablar de 65 años como límite hoy no es realmente razonable, la mayoría de las personas en el rango de 65 a 75 años son como personas de mediana edad. Incluso llegando a los 80-89 años vemos cada vez más personas mayores sanas. Tenemos que entender que el corte es bastante arbitrario.

Vertex: ¿Estamos preparados para atender en el futuro próximo la explosión de problemas gerontopsiquiátricos que nos espera en nuestro horizonte epidemiológico?

K.S.: En pocas palabras diría que no. Nosotros tenemos la responsabilidad de concientizar a los diseñadores de políticas gubernamentales, ellos son los responsables de formar a los médicos del futuro y ellos tienen que comprender que estamos enfrentando uno de los mayores desafíos de la salud pública de la generación siguiente. No sólo hay más personas mayores, sino que los trastornos psiquiátricos son prevalentes en los mayores. Sabemos que la prevalencia más alta de demencia está entre los muy ancianos, y es esta franja de población la que más se va a incrementar en la generación próxima. Esto representa un desafío para la Salud Pública, para el que ningún país del mundo está preparado. Los profesionales de la salud deberíamos preocuparnos por hacer los cambios necesarios en nuestra formación para que los profesionales del futuro tengan las herramientas necesarias para enfrentar este problema. El Doctor Strejilevich me ha hablado recientemente de una encuesta¹ que resalta que los médicos que hoy se están formando en vuestro país no van a estar preparados para afrontar este problema inevitable y eso sin duda es un dato muy alarmante en este contexto.

Vertex: Entonces, si Ud. tuviese el "honor" de ser ministro de Salud de la Argentina ¿cuáles piensa que podrían ser los problemas gerontopsiquiátricos para el 2005 o 2010, y hacia dónde dirigiría los recursos?

K.S.: Ustedes no desearían eso para mí. ¿No? Esa es, por supuesto, una cuestión de Salud Pública que hoy en día están enfrentando todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Lo primero que diría es que hay dos grandes enfoques desde una perspectiva de Salud Pública. Una es invertir más en servicios dirigidos a la comunidad, para llegar a la gente en la forma más rápida posible, en sus propias casas, donde ellos viven, con una evaluación adecuada y monitoreando los recursos para los individuos. El objetivo principal es establecer el diagnóstico en forma precoz para realizar una tarea de prevención. Una identificación temprana y monitoreo de los ancianos, permitiría evitar lo que ahora pasa en el caso de los gerontes con demencias; se espera a que ocu-



rra una crisis, y el paciente termina en la guardia de un hospital, cuando ya es tarde para hacer algo en forma planificada. El segundo gran desafío para la Salud Pública, que está íntimamente relacionado con la organización interna de la medicina, es la necesidad de integrar mejor las especialidades médicas que trabajan con las mismas cuestiones; esto incluye: neurólogos, geriatras, internistas, gerontopsiquiatras, médicos de familia. Necesitamos crear un programa de formación que los integre, o por lo menos un sistema de salud que les permita trabajar juntos y no en paralelo, que no se dupliquen los trabajos. Hay muchos ejemplos de ello a lo largo del mundo. Mi esperanza es que un día desarrollaremos un nuevo enfoque en medicina, que reconozca las realidades de la Salud Pública, acerca de las que hablamos. Y esto no sólo para Argentina, sino para Norteamérica, Europa y para todo el mundo.

Vertex: ¿No cree que la división existente entre neurología, psiquiatría, neuropsiquiatría, etc., está creando un problema que padecen en definitiva los pacientes?

K.S.: Sí, ese es exactamente el problema del que estaba hablando. Lo que deberíamos estar haciendo es poner los servicios de salud al servicio de las necesidades de la gente, y no al revés. Un paciente que necesita un neurólogo por primera vez, necesita dirigirse a un pasillo, y el mismo paciente cuando necesita un psiquiatra va a otro. En mi opinión debería tratarse de realizar una atención centrada en el paciente, deberíamos ser más flexibles como profesionales de la Salud. Estoy de acuerdo en que esto causa problemas para los pacientes, y para las familias, y también para los profesionales de la Salud en la atención primaria. Ellos no tienen claro a quién derivar ciertas patologías. Deberíamos contar con lo que eufemísticamente se llama "One Stop Shopping" (Nr: "un solo lugar para comprar") para los problemas de la demencia, de manera que los mejores y más apropiados recursos estén disponibles para el paciente.

Vertex: ¿En la práctica de los psiquiatras en Canadá, prevalece lo público o lo privado?

K.S.: En Ontario, y en general en Canadá, a todos los médicos les paga el gobierno; hay un único seguro de salud, el Seguro de Salud Universal de Canadá. No hay práctica privada *per se* en psiquiatría. No se puede cobrar por un servicio que el sector público provee. Así que por una parte tenemos una buena cobertura por parte del seguro universal pero no necesariamente tenemos los recursos más eficientes. Pero lo que no tenemos nosotros y ustedes sí, y también lo vemos en muchos países del mundo, es un sistema de salud formalmente combinado, con un sector público y un sector privado. Lo único que existe en Canadá como sector privado son los servicios que no están asegurados por el gobierno, como por ejemplo la cirugía plástica, o ciertos tipos de cirugía láser de

1. Vertex, Vol. VI, Nº 19, Marzo-Abril de 1995, págs. 59-62.



ojos. Hay un gran debate en Canadá con respecto a si deberíamos tener un sector privado o no. Algunos argumentan que si hay gente que puede acudir al sector privado, eso libera recursos al sector público. Pero la otra cara de la moneda es que si tenemos un sector privado fuerte, habría una migración de muy buenos médicos hacia afuera del sistema público. Por el momento las personas pobres y ricas cuentan con el mismo servicio, y pueden estar seguros de que los más poderosos se están quejando de que el sistema de salud público es inadecuado, pero si las personas ricas no estuvieran dependiendo del sistema público, sus voces no serían escuchadas. Ese es el estado actual del debate privado-público.

Vertex: ¿Cuál es el rol del psicoanálisis en la gerontopsiquiatría?

K.S.: El psicoanálisis es un tratamiento formal, como forma de practicar la gerontopsiquiatría en mi opinión no tiene ningún rol. La primera razón por la que digo esto es porque no hay evidencias de que el psicoanálisis trate ningún trastorno específico de las edades mayores, si es que está interesado en tratar trastornos. Y en segundo lugar, incluso si fuera un tratamiento efectivo, tenemos que cuestionarlo sobre la base de su costo-efectividad y su costo-oportunidad. Si un psiquiatra gasta 200 horas al año con un paciente, tenemos 200 horas que ese psiquiatra no está gastando en decenas o cientos de otros pacientes. Desde la perspectiva de la Salud Pública, tengo que decir que no es la vía por la que queremos desarrollar un sistema de atención para usar recursos limitados. La economía comienza con la premisa de que los recursos son limitados. No nos podemos dar el lujo de brindar a un paciente toda la atención que quiera, ni siquiera tampoco toda la atención que pensamos que necesita, e ignorar a todo el resto de la gente que necesita de nuestra práctica. En resumen, me parece que no tiene ningún rol en la práctica psiquiátrica, lo que no quiere decir que no se puedan incorporar algunas de las ideas que el psicoanálisis ha traído a nuestra comprensión de la psicología del comportamiento humano; podemos aprender de eso, los mecanismos de defensa, pero eso pertenece al campo de la psicología, no el campo de la medicina. Puede ser aplicado para la práctica de la medicina.

Vertex: ¿Qué opina Ud. de que los médicos generalistas traten las depresiones?

K.S.: Pienso que los médicos, en la atención primaria, deben ser capaces de tratar estas condiciones que son tan comunes. No contamos con suficientes especialistas o psiquiatras para atender a todas las personas que tienen esta condición². De la misma forma que los médicos en la atención primaria tratan las



enfermedades cardíacas o los problemas gastrointestinales deben poder tratar trastornos psiquiátricos. Así que es realmente importante que éstos se incluyan en la formación de los médicos que trabajan en la línea primaria de atención.

Vertex: ¿Ud. cree que deberían tratar también la esquizofrenia, los trastornos bipolares...?

K.S.: Creo que la esquizofrenia es un poco más problemática para los médicos en la atención primaria, ellos tienen que estar familiarizados con este trastorno, y tienen que estar preparados para brindar atención médica primaria a estos pacientes. Los pacientes esquizofrénicos tienen trastornos crónicos, que deberían ser integrados en algún nivel del sistema de Salud Mental, ese es mi punto de vista. Y lo mismo pasa con respecto a los pacientes bipolares, especialmente los bipolares tipo I, que tienen episodios maníacos, y que necesitan estabilización a largo plazo; deberían tener seguimiento en los servicios de Psiquiatría. Pero los médicos familiares deberían también interiorizarse sobre este trastorno y su tratamiento.

Vertex: Aquí los médicos que atienden a los pacientes con demencia, en general son neurólogos y no psiquiatras.

K.S.: ¿Ud. se refiere a que en Argentina los neurólogos están en la primer línea de atención de los pacientes con demencia? Esto depende en gran medida de qué especialidad tiene mayor interés, y cuál cuenta con mayores recursos para enfrentar el problema. Esto varía de país en país, no es igual en el Reino Unido, donde son los gerontopsiquiatras los que se ocupan de la demencia en primera instancia. Si pudiéramos integrar el trabajo de las distintas disciplinas no pondríamos tanto énfasis en la cuestión de qué disciplina tendría que tener el monopolio o la franquicia de la demencia. Debería ser una cuestión de sistema, nosotros deberíamos brindarle al paciente lo que mencionaba hace un rato: la experiencia apropiada y los recursos apropiados. Es un verdadero movimiento crear un nuevo tipo de clínico, llamémoslo el neuropsiquiatra geriátrico, sería un neurocientífico clínico. Yo personalmente adhiero a ese movimiento, para difundir algunos de los pilares de esta nueva disciplina y hacer más flexibles la formación y la atención, más focalizada en las necesidades de la población, que son los ancianos con un amplio rango de trastornos del SNC. Cuando hoy hablamos de demencias, por ejemplo, hablamos cada vez más de un grupo heterogéneo, con subgrupos identificados, que requieren tratamientos y enfoques diferentes, y cursos diferentes: la demencia de los cuerpos de Lewy, las demencias vasculares, las demencias tipo Alzheimer, etc. La genética molecular se hace cada vez más sofisticada y necesitamos aprender más. Surgen formas refinadas de encarar lo que hasta ahora habíamos considerado en una forma sindrómica, las demencias y los enfoques son cada vez más diferentes.

2. Se está refiriendo, en este punto, a la situación imperante en su región.



El futuro va a ser mucho más sofisticado y tendremos que ser más sabios y flexibles en nuestra capacidad de manejo de las demencias.

Vertex: *¿Ud. cree que la “pseudodemencia” existe, y en tal caso, cómo hace el diagnóstico diferencial entre pseudodemencia y demencia?*

K.S.: Nunca he sido un gran fanático del término pseudodemencia, porque la pseudodemencia para mí es un diagnóstico de excusa, es una excusa de alguien que no acierta el diagnóstico: primero diagnóstica demencia, luego descubre que el problema es una depresión, y después, al tratar la depresión, se encuentra con el deterioro cognitivo subyacente y dice: “¡Ah, era una pseudodemencia!”; pero la verdad es que el diagnóstico estuvo equivocado. Realmente esto toca el punto de qué es una depresión en un paciente mayor, qué efectos tiene una depresión en el sistema nervioso central de una persona mayor. Otro aspecto interesante de la pseudodemencia es que es un término que la gente usa para referirse a un deterioro cognitivo reversible, por ejemplo, alguien que tiene una depresión asociada a un deterioro cognitivo, y éste desaparece luego del tratamiento. Desafortunadamente, los estudios que miden la respuesta de este grupo particular de pacientes muestran resultados confusos. La gente que sufre deterioro cognitivo durante un episodio depresivo parece estar en un riesgo mayor de desarrollar una demencia permanente en el futuro. Esto no es diferente de lo que sabemos y estamos aprendiendo sobre el síndrome confusional o *delirium*. Las personas con *delirium*, parecen estar en mayor riesgo de demencia cuando se les hace un seguimiento. Por lo tanto, parece que la así llamada pseudodemencia y los síndromes confusionales son índices de que el cerebro se está volviendo vulnerable al deterioro, y aunque en ese estadio aún tiene una cierta capacidad de recuperación, eventualmente el cerebro parece mostrar que es vulnerable. En realidad, el término que yo utilizo es el de pseudo-pseudodemencia, porque son casos que resultan ser demencias reales, ¡no son para nada pseudo!

Vertex: *¿Qué opina sobre el uso de IMAOs en estos pacientes, que presentan por lo general un patrón inhibitorio?*

K.S.: Yo todavía uso inhibidores de la MAO tradicionales, Tranilcipromina y Fenelcina, las usamos por supuesto principalmente en las depresiones refractarias, aquellas que no responden. Hoy en día tenemos la obligación de usar antidepresivos de primera línea, que tienen muchos menos efectos colaterales y muchas menos complicaciones que los IMAOs. Están los ISRS, drogas como la Venlafaxina, el Bupropion, e incluso los antidepresivos tricíclicos; todavía tengo en consideración el uso de Desipramina y Nortriptilina para los pacientes que no responden a los otros tipos de antidepresivos. Esta es una ciencia empírica. La



mayor preocupación con respecto a los IMAOs han sido siempre las crisis hipertensivas asociadas con la ingesta de tiramina. Mi grupo en Toronto ha realizado muchas investigaciones sobre las restricciones dietarias y se ha encontrado que hubo bastante exageración en el tema, que se necesitan muy pocas restricciones dietarias, solo se necesitan suprimir principalmente algunos quesos fermentados y tipos de carnes en forma absoluta. Así que no debería ser tan terrible para la gente tomar IMAOs, pero pienso que igualmente deberíamos limitar su uso a los casos refractarios.

Pero ciertamente, en mi experiencia clínica y en la de mis colegas, los pacientes que responden a los IMAOs no responden a ningún otro agente farmacológico, ni tampoco eventualmente a la terapia electroconvulsiva. Entonces, hay seguramente algo con respecto a la inhibición de esta enzima que es efectivo en este pequeño grupo de pacientes. Por lo tanto pienso que todavía para el especialista en gerontopsiquiatría existe un lugar particular para esta medicación.

Vertex: *La depresión agitada es prevalente en los pacientes geriátricos ¿Cómo distingue Ud. la depresión agitada de un estado mixto en un paciente bipolar, y cómo trata la depresión agitada y si la trata diferente que al estado mixto?*

K.S.: En un corte transversal ambos son muy difíciles de distinguir, eso tenemos que aceptarlo, debemos usar otras formas de tratar de distinguirlos. En los estados afectivos mixtos uno estaría más influenciado por la historia previa del paciente, que exista la historia de episodios mixtos o maníacos previos. Por otra parte es difícil decir que tratamos a una depresión agitada de manera diferente a otros tipos de depresión. Hay estudios que han intentado considerar esto, pero creo que estos pacientes todavía son tratados con los antidepresivos usuales o terapia electroconvulsiva.

Vertex: *¿Cuándo usa Olanzapina para tratar los síntomas psicóticos y comportamentales en ancianos, no está preocupado por los efectos anticolinérgicos?*

K.S.: Sí, creo que uno debería preocuparse, y particularmente en dosis altas, pues yo creo que el efecto es dosis-dependiente. Mi experiencia muestra que hay delirios anticolinérgicos en pacientes ancianos con dosis más altas de Olanzapina. Pero creo que si uno se mantiene en dosis bajas, en el rango de los 2.5-5 mg., y si uno es muy cuidadoso, la medicación es bien tolerada. En general, el efecto anticolinérgico es una preocupación principal en la farmacoterapia de pacientes ancianos. Hay medicaciones no psiquiátricas que tienen también efectos anticolinérgicos y causan *delirium*, y hay que ser cauteloso con eso.

Vertex: *¿Cuál es su experiencia con Olanzapi-*



na como antimaniaco?

K.S.: Mi experiencia al respecto es limitada, la uso principalmente como tratamiento coadyuvante, como tratamiento adicional a los estabilizadores cuando el episodio maniaco es con síntomas psicóticos. La evidencia de mi colega Mauricio Tohen ha demostrado que la Olanzapina sola puede ser estabilizante del ánimo, pero solo en adultos jóvenes, ya que no existen datos acerca de resultados en ancianos. Entonces, desde un punto de vista basado en la evidencia no podemos decir que la Olanzapina sea efectiva en ancianos. Sin embargo, he usado pequeñas dosis de 2.5 mg. a 5 mg., como coadyuvante, pero no como tratamiento continuado.

Vertex: *¿No cree Ud. que esta idea de Tohen de que los antipsicóticos atípicos son estabilizadores del ánimo tiene que ver con que sus estudios son demasiados cortos, por ejemplo seis semanas y no siguen a los pacientes el tiempo suficiente como para verificar nuevos episodios?*

K.S.: Creo que ese es un comentario justo. Desde un punto de vista basado en la evidencia solo se puede decir que en bipolares jóvenes maníacos la Olanzapina parece ser un estabilizador del ánimo efectivo, a corto plazo. No se puede decir que tenga el mismo rol que los estabilizadores del ánimo, como por ej. el litio. Incluso el divalproato no cuenta con buenos datos sobre efecto a largo plazo, a diferencia del litio; y esta última es una droga que uso en los ancianos.

Vertex: *¿El litio no es su elección de primera línea en pacientes ancianos?*

K.S.: Trataría de usar divalproato, porque es menos tóxico. Pero puede no ser tan eficaz como el litio; clínicamente todavía tengo la sensación de que el litio es más potente como antimaniaco. Sin embargo en mi experiencia el divalproato es mejor tolerado, y tiene un rango terapéutico más amplio. Mi experiencia con los estabilizadores del ánimo en ancianos es que siempre termino usando una terapia de combinación, porque tengo que bajar el litio. El litio es una droga lineal, cuando el clearance de creatinina baja, los niveles de litio suben y hay que estarlo bajando. La mayoría de las veces se puede manejar a un bipolar estándar de esa manera.

Vertex: *¿Incluso en la manía secundaria?*

K.S.: También, aunque la manía secundaria es otra cuestión. En la manía secundaria cuando es un inicio tardío claramente asociado a un insulto neurológico, si deberíamos usar estabilizadores del ánimo en forma prolongada. Sin embargo no han habido estudios a largo plazo, no tenemos estudios prospectivos, y tenemos mucho que aprender sobre eso.

Vertex: *¿Cuanto tiempo mantiene Ud. los an-*



tipsicóticos en un paciente anciano con una depresión con síntomas psicóticos?

K.S.: Hay vergonzosamente muy poca evidencia en la que basar nuestras recomendaciones en los ancianos. Debería alentarse a los gerontopsiquiatras para que realicen investigación sobre esta cuestión, hay un gran campo de investigación al respecto, se necesitan incluso estudios básicos de seguimiento, necesitamos más datos basados en el seguimiento de pacientes ancianos.

Creo que lo importante a tener en cuenta acerca de los antipsicóticos en los ancianos es usarlos por el período de tiempo más corto posible. Una vez que la psicosis se resuelve, en el lapso de unas semanas, trato de reducir o discontinuar gradualmente los antipsicóticos, pero mantengo los antidepresivos indefinidamente. Pero esa es una impresión clínica, en mi experiencia no veo la recurrencia de la psicosis con la discontinuación del antipsicótico.

Vertex: *¿Existiría la misma relación que depresión-demenia, entre la manía-demenia?*

K.S.: Esa es un área muy poco comprendida. Yo tengo un interés en la manía, la manía secundaria y los síntomas maníacos asociados a la demencia, pero pienso que no tenemos realmente una buena comprensión de los síntomas maníacos asociados a la demencia. Los estudios de seguimiento iniciales de pacientes maníacos, en los que he participado, no encontraron que la manía fuera un resultado común de una demencia, pero puede ser que el seguimiento no haya sido lo suficientemente largo, de la misma forma que ha sucedido con los pacientes depresivos, en los cuales si se realiza un seguimiento durante 10 ó 15 años, vemos una incidencia más alta de demencia. La depresión, los síndromes confusionales, y los episodios maníacos pueden ser señales de vulnerabilidad del cerebro, y por lo tanto no sería sorprendente que la demencia sea más común en las personas que presentan alguna disfunción del SNC. El interés en cuestión se debe a que la manía no es tan común, entonces: ¿qué tienen de especial las personas que desarrollan una manía? ¿Por qué desarrollan un episodio maníaco, cuando la gran mayoría de gente con ACV o demencias degenerativas nunca desarrollan síntomas maníacos? ¿qué pasa con este subgrupo? Mi propia teoría es que estas personas que desarrollan una manía secundaria tienen algún tipo de vulnerabilidad afectiva, ya sea genética o adquirida, y por eso ellos en particular desarrollan síntomas maníacos en presencia de patología cerebral. Pero necesitamos estudiar más el tema para comprenderlo mejor.

Vertex: *Hay grupos de trabajo que reconocen a la demencia alcohólica como una entidad nosológica y otros que no. ¿Ud. qué opina?*

K.S.: Creo que hay buena evidencia de que los alcohólicos crónicos tienen una incidencia mayor de deterioro cognitivo irreversible. Pero de nuevo, tampoco



co estoy seguro de que este tema esté estudiado lo suficiente. Incluso en las manías secundarias he encontrado antecedentes bastante significativos de abuso de alcohol, pero parece que no se estudia la demencia alcohólica en la forma en que se debería, se focaliza más en las demencias vasculares, en la demencia de los cuerpos de Lewy, y nos olvidamos del alcohol y su efecto a largo plazo en el cerebro. Sí, ese es un punto interesante que no hemos considerado lo suficiente.

Vertex: *Acerca de ese gran estudio sobre las monjas en un convento en los EE.UU. y la posibilidad de detectar precozmente el Alzheimer: ¿Ud. cree que se puede predecir con 30 años de anticipación si un paciente se va a dementizar o no?*

K.S.: No creo que por el momento tengamos evidencia suficiente para decir que podemos predecir con tanta anticipación en individuos asintomáticos, tenemos esperanzas en la genética molecular, pero no podemos depender de esa clase de tipificación todavía, es demasiado inconsistente por el momento. Pero siempre se debería seguir intentando, porque pienso que hay evidencia que sugiere que el proceso de dementización tiene lugar varios años antes de que éste se manifieste clínicamente. Hay una teoría interesante, que uno de mis colegas en los EE.UU. tiene sobre la demencia tipo Alzheimer, que está relacionado con mi interés en el test del Reloj. Donald Royale, que reside en San Antonio, Texas, ha desarrollado lo que él llama "el test del reloj ejecutivo". La hipótesis básica es que el deterioro del funcionamiento frontal ocurre antes que el deterioro de la memoria, que se considera la marca típica de la enfermedad de Alzheimer. Si pudiéramos desarrollar tests que fueran sensibles al deterioro frontal en forma precoz podríamos identificar a quienes van a desarrollar una demencia con mayor certeza. El test del Reloj que él realiza tiene dos partes: la primer instrucción es dibujar un reloj espontáneamente, sin ninguna estructura. Si la persona no puede hacer esto, se le pide que copie un reloj. Se considera que los pacientes que no pueden dibujar un reloj espontáneamente pero pueden copiarlo tienen un deterioro frontal, lo que sería un signo temprano de enfermedad de Alzheimer. Pero no sé si eso funciona.

Vertex: *¿Cuál sería para Ud. un screening básico para detectar deterioro cognitivo para los pacientes que Ud. ve en su consultorio?*

K.S.: Esta es también una pregunta muy importante en investigación clínica actual: cuál es el mejor test de *screening* para los pacientes que no tienen diagnóstico de ninguna clase de demencia pero se presentan a la consulta por...

Vertex: *...problemas de memoria*



K.S.: Si vienen con problemas de memoria ya hay un sesgo en la selección de la muestra. Lo que yo asumo cuando me refiero a tests de *screening* es que hablamos de pacientes asintomáticos. De todas formas, si hablamos de evaluación temprana, de métodos prácticos para los médicos en la atención primaria, gente que trabaja en la comunidad, los tests que yo personalmente uso, y que muchos de mis colegas están probando, son básicamente una combinación del test del Reloj y un test de Memoria muy corto como por ejemplo las 3 palabras del Mini Mental State Examination. Además de esto hay dos pequeñas cosas que a mí me gusta hacer: el test de Fluidez de Palabras, que consiste en la generación de palabras a partir de letras iniciales y consignas semánticas, como animales de cuatro patas durante un minuto. Este test, también es muy corto y muy sensible al deterioro frontal. Lo último que incluyo en el *screening* es algo que es muy obvio, pero que no se enfatiza lo suficiente, y es preguntar si los miembros de la familia han notado algún cambio en el funcionamiento y cognición de su familiar. Esto brinda un signo muy importante de que se necesitan hacer más tests. Es muy importante que tengamos en cuenta que éstos son simplemente métodos de *screening*, no hacen diagnóstico. No existe test o escala diagnóstica única que pueda determinar por sí solo una demencia. Debemos investigar los antecedentes, hacer exámenes clínicos, etc. Pero si se quiere identificar a las personas que tienen mayores probabilidades ese es el método que yo prefiero. Si los tests dan positivo se proseguirá con los exámenes y si los tests parecen estar correctos se puede esperar al año siguiente y retestear o esperar a que surja algún motivo de preocupación en especial.

Vertex: *¿Cuál es su opinión del Mini Mental State Examination?*

K.S.: Si bien se conoce y se usa ampliamente en mi opinión, no es realmente un test de *screening* práctico. Dura demasiado tiempo para un médico que está muy ocupado, y no evalúa para nada funciones del lóbulo frontal y esa es una limitación grande.

Vertex: *¿No piensa Ud. que antes de los trastornos de memoria hay una falla en la atención, una especie de paraprosodia difusa corregible con el esfuerzo voluntario pero que progresivamente va generando problemas para el paciente?*

K.S.: Estamos hablando nuevamente de una disfunción frontal. Creo que es una observación razonable, una hipótesis interesante. Como ya les dije, Royale está prosiguiendo esta idea, de hecho, la disfunción frontal que afecta la concentración, el planeamiento, la impulsividad, y la desinhibición. Ese tipo de fenómenos clínicos pueden preceder al deterioro de la memoria. Si se espera que aparezca el deterioro de la memoria ya estamos dentro del campo de la demen-



cia. Y esto tiene implicancias clínicas, si los potenciadores cognitivos pueden verdaderamente desacelerar el proceso de la demencia, debemos tratar a estas personas lo más precozmente posible, y no esperar a que tengan un Mini Mental de menos de 26.

Vertex: *¿Ud. cree que los potenciadores cognitivos incrementan el funcionamiento frontal?*

K.S.: No sabemos eso. El punto de vista tradicional es que los potenciadores colinérgicos no son buenos para la demencia frontotemporal.

Vertex: *¿Y el Bupropion?*

K.S.: No sé, puede ser.

Vertex: *¿El uso prolongado de IRSs puede causar problemas a nivel frontal por la hipodopaminergia que ocasionan ?*

K.S.: Esas son preguntas que tendremos que responderlas con el tiempo. No tengo la respuesta a esa pregunta. Es una cuestión abierta. Necesitamos estudios cuidadosos de respuesta a largo plazo. Hace algunos años atrás había una preocupación con respecto al uso de antidepressivos tricíclicos, que causarían demencia mediante la depleción del sistema colinérgico. Y pasa algo similar con las drogas que afectan el sistema de las monoaminas, necesitamos saber las consecuencias que eso tiene a largo plazo. Eso está por verse.

La preocupación con respecto a la depresión como factor de riesgo de demencia está entre nosotros. Y debemos tener preocupación cuando decimos que no estamos contribuyendo a los problemas de las personas con depresión. Puede ser que la depresión en sí misma sea un factor de riesgo, y quizás nos confundimos al creer que el tratamiento es la causa. Pero no hay seguridad, necesitamos estudiar el tema.

Vertex: *¿Qué opina de la medicina basada en la evidencia?*

K.S.: ¿Quién puede estar en contra de la medicina basada en la evidencia? El verdadero problema es si la medicina basada en la evidencia está realmente basada en la evidencia. El inconveniente es que la medicina basada en la evidencia ha sido asociada con la idea de que solo los trabajos controlados y randomizados son evidencia. Pero cada vez más los estadísti-



cos y los epidemiólogos dicen que ese no es el modo más confiable para determinar ciertos enfoques terapéuticos. Los estudios observacionales, los datos extraídos de grandes bases de datos, los estudios epidemiológicos, pueden ser mejores formas de determinar enfoques de tratamiento. No deberíamos rendirle culto al grial sagrado del estudio controlado y randomizado, no es necesariamente una buena fuente de generalización.

Vertex: *¿No cree Ud. que el aumento real en la expectativa de vida no fue acompañado de una renovación acorde a esto respecto de lo que es el envejecimiento en términos subjetivos?*

K.S.: Hay un estudio antropológico muy interesante que se ha hecho en los EE.UU. por Barbara Mayerhorf (autora de *Number Our Days*), en un geriátrico de San Francisco, donde se les preguntaba a las personas mayores de qué edad se sentían por dentro, y lo que se encontró en ese estudio es que las personas mayores que no sufren dolor y no están groseramente incapacitadas, por ejemplo los que no necesitan un andador para caminar o nada que les produzca un serio discomfort, se consideraban personas jóvenes, incluso a los 80 ó 90 años, dicen: "todavía soy una persona joven por dentro". Pero cuando tienen dolores, o tienen una incapacidad física, por ejemplo si necesitan un andador para caminar, entonces empiezan a sentirse viejos. Es ahí cuando su psicología se pone al nivel de su biología.

Mucha gente mayor actúa como si estuviera en la edad media de la vida. Tendemos a considerarnos más jóvenes de lo que somos. Yo me impresioné mucho cuando fui a una reunión de mi promoción médica y al entrar en el salón vi a un puñado de viejos con pelo gris y dije: "Esta no puede ser mi promoción!". Hay una discrepancia. Esto hay que estudiarlo más, pero creo que uno retiene su "persona" útil hasta que desarrolla una incapacidad física.

Vertex: *El título del último congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría fue Mind Meets Brain ¿Ud. cree que se tienen que conocer o ya se conocen de antes?*

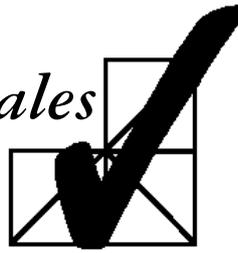
K.S.: (risas) Eso es una pregunta retórica, así que creo que no necesitan una respuesta ■

Algunos artículos seleccionados de K. Schulman:

Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test?; Shulman KI; *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 Jun;15(6):548-61
The nature and management of mania in old age: Shulman KI, Herrmann N.; *Psychiatr Clin North Am* 1999 Sep;22(3):649-65

The effectiveness of antidepressants in elderly depressed outpatients: a prospective case series study: Mittmann N, Herrmann N, Shulman KI, Silver IL, Busto UE, Borden EK, Naranjo CA, Shear NH. *J Clin Psychiatry* 1999 Oct;60(10):690-7

lecturas y señales



SEÑALES

Universidad Nacional
de La Plata

Facultad de Ciencias Médicas

Departamento de Graduados

Carrera de especialista
en Psiquiatría y Psicología Médica

Cuerpo Directivo

Director: Prof. Dr. Néstor M. S. Koldobsky

Subdirectores: Prof. Dr. Jorge Folino y Dra. Claudia Astorga

Dirigida a médicos con menos de 5 años de recibidos.

Facilidades para médicos residentes en el interior del país.

Duración: 3 años

Título: Especialista Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica.

Inicia en Junio de 2002

Aspectos teóricos: Curso teórico una vez al mes, viernes y sábados, en la modalidad de jornada, en la ciudad de La Plata.

Aspectos prácticos: Asistencia a hospitales acreditados por la Carrera, cuatro veces por semana y una guardia. Los hospitales se acreditarán en las localidades de residencia de los alumnos.

Informes: Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P.: Lunes a viernes de 9:00 a 12:30 hs. Calle 60 y 120. La Plata (1900). Tel.

(0221) 423-6711 (int. 368).

Secretaría de la Carrera de Especialista: Martes y jueves de 8:30 a 12:00 hs. Pabellón de Agudos del Hospital Alejandro Korn. Melchor Romero (1903). Tel. (0221) 478-0181/82 (int. 374).

e-mail: luminar@infovia.com.ar
coas@netverk.com.ar

Inscripción: Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P.: Desde el 01/03/02 hasta el 16/04/02, de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs. Calle 60 y 120. La Plata (1900). La inscripción se realiza personalmente o por correo, adjuntando la documentación requerida.

Universidad Nacional
de La Plata

Facultad de Ciencias Médicas

Departamento de Graduados

Maestría en
Psiquiatría Forense

Ciclo Noviembre 2002 - 2004
(Tercera Promoción)

Director: Prof. Jorge Oscar Folino

Requisitos de Admisión: Título de médico, Título de Especialista en Psiquiatría, *Curriculum Vitae* y Entrevista.

Inscripción: 01-08-02 al 30-08-02, Departamento de Graduados, Facultad de Ciencias Médicas, Calle 60 y 120, 2º Piso; La Plata

(1900), Argentina.

Tel. (54) (221) 424-3068; 424-1596; 423-6711; 489-1265

Comienzo de Clases: 08/11/02

Duración: Dos años. La carga horaria total es de 1200 horas, incluyendo actividades presenciales y no presenciales. La carrera cuenta con un sistema de compensación de ausencias y de semanas intensivas, de tal manera que resulta apta para personas de provincias argentinas y de otros países. Las clases presenciales se dictan durante un viernes y sábado consecutivos por mes de 9 a 18 hs. desde Marzo a Noviembre.

Sede: Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. Calle 60 y 120, (1900) La Plata, Argentina. La Maestría cuenta con la infraestructura de la Facultad de Ciencias Médicas y con convenios con instituciones judiciales, penitenciarias y asistenciales

Metodología pedagógica: Las actividades del aprendizaje, evaluaciones y acreditaciones se realizan con diversas tácticas que no generan estrés y que, por el contrario, estimulan la capitalización de la propia actividad. El principio regulador es la acción por participación y la atmósfera que se estimula es apropiada para el profesional de experiencia: plena de interacción, cordialidad y camaradería. La exclusiva participación de psiquiatras ya entrenados en psiquiatría general establece un umbral de intercambio altamente jerarquizado. La concurrencia de maestrandos de las provincias argentinas y de países latinoamericanos, como el aporte de docentes extranjeros genera una prolífica y amplia experiencia. Se cuenta con un cupo limitado de becas parciales para psi-

quiатras extranjeros. La carrera cuenta con acreditación de CO-NEAU B.

Estructura curricular abreviada:

I Módulo de Formación General:

- Introducción a la Metodología Científica, Bioestadística, Nivel I de Inglés. Opcional Epidemiología y Humanidades Médicas.

II Módulo teórico práctico psiquiátrico forense

- Cursos de Psiquiatría Forense I, II Y III, Seminarios de Intercambio Científico Interdisciplinarios I y II

III Módulo práctico psiquiátrico forense

IV Módulo de investigación final:

- Tesis

Mayor información: E-mail: folino@atlas.med.unlp.edu.ar
<http://www.med.unlp.edu.ar/psiquiatria/maestria.htm>.

Congreso APAL 2002

XXII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría

XVI Congreso Centroamericano de Psiquiatría

XII Congreso Guatemalteco de Psiquiatría

“Estilos de vida saludables”

Guatemala
8 al 13 de julio 2002

Secretaría: 2ª Av 2-37, Zona 10 -

Guatemala, C. A. Tel.: (502) 360-9705 / 360-9735 / 334-5919

Fax: (502) 360-9965 / 364-2115 -
E-mail: apal2002@hotmail.com
www.congresoapal2002.com

Comité Directivo de APAL

Presidente: Rafael Navarro Perú.

Vicepresidente: Ismael Salazar Guatemala.

Secretario General: Hugo Chávez Perú.

Secretarios regionales

México y Centroamérica: Enrique Camarena México.

Caribe: Nelson Moreno-Ceballos República Dominicana.

Países Bolivarianos: Gustavo Matute Ecuador.

Cono Sur: Gonzalo F. Viale Argentina.

Comité Organizador

Presidente: Dr Ismael Salazar Gutiérrez

Secretaria General: Dra Irma Pérez de Alvarado

Secretario de Actas: Dr Enrique Mendoza G

Tesorero: Dr Juan Bernardo Navas

Comité Científico

Presidente: Dr Marco Cyrano Ruíz Herrarte.

Dr Carlos E Berganza - Dr Julio A Molina F - Dr Alberto López-Loucel - Dr Alvaro Jeréz - Dr Jorge Rodríguez - Dr Eduardo Ochoa - Dra Roxana Ruíz - Dr Víctor López - Dr Emilio Quinto - Dra Mónica Ramírez - Dr Carlos Salazar - Dra Carolina Coyoy

Comité de Relaciones Internacionales

Dra Gladys Alvarado de Ochoa - Dr José Antonio Corrales

Comité de Actividades

Socio-culturales

Dr Nery Ortíz - Dr Enrique Mendoza - Dra Ana Cristina Morales.

Comité Operativo

Dr Vladimir López - Dr Walter Rinze.

Programa Cursos 2002

Servicio de Psicopatología y Salud Mental Hospital de Oncología “María Curie”

¿Psicoterapia

Vs. Psicofarmacología?

Un enfoque integrador

Curso de 60 hs. cátedra. 1º de agosto al 26 de setiembre – Jueves de 11 a 13 hs.

Psicodrama,

diferentes abordajes

Curso de 60 hs. cátedra. 10 de octubre al 21 de noviembre – Jueves de 10 a 13 hs.

Informes e Inscripción: Servicio de Psicopatología y Salud Mental Hospital de Oncología “María Curie”. 4983-7406 de 8.30 a 12 hs.
E-mail: hmcsmental@intramed.net.ar
Av. Patricias Argentinas 750 (1405) Parque Centenario, Bs Aires.

Índice alfabético de autores

Volumen XII - 2001

- Agrest, M., *Clasificación de los sistemas de memoria. Una revisión*, N° 46, pág. 261
- Albanesi de Nasetta, S., *Ideación suicida en jóvenes*, N° 44, pág. 90
- Allegri, F., *Demencia frontotemporal*, N° 44, pág. 125
- Baillarger, J., *Locura a doble forma (1854)*, N° 43, pág. 64
- Bauducco, G., Dávila, A., Herreros, S., *Interconsulta médico-psicológica en el Hospital San Roque*, N° 46, pág. 245
- Belzeaux, P., *La concepción de lo negativo en el organodinamismo de Henri Ey*, N° 46, pág. 250
- Butman, J., R. Ver Allegri, F., Cantillano A., V., *Psicoterapia de la enfermedad bipolar*, N° 43, pág. 57
- Chaslin, Ph., *La memoria*, N° 46, pág. 308
- Dávila, A., Ver Bauducco, G.
- De la Parra, I., Ver García de Amusquibar, A. M.,
- Duhalde, C., *Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis*, N° 45, pág. 194
- Estol, C. J., *Demencia: clínica y diagnóstico*, N° 46, pág. 292
- Etchegoyen, R. H., *Estado actual de la psicoterapia en la Argentina*, N° 45, pág. 226
- Fernández Alvarez, H., *Investigación en psicoterapia: un puente entre teoría y clínica*, N° 45, pág. 204
- Finkelsztejn, C., Ver García de Amusquibar, A. M.,
- García, F. S., Ver Fernández Alvarez, H.,
- García Bonetto, G., *Algunos conceptos en torno al tratamiento del episodio depresivo en el Trastorno Bipolar*, N° 43, pág. 51
- García de Amusquibar, A. M., *Internación de pacientes con Trastorno de la Conducta alimentaria*, N° 44, pág. 85
- Golimstok, A. B., *Deterioro cognitivo leve, una entidad cuestionable*, N° 44, pág. 99
- Gutt, S., Ver García de Amusquibar, A. M.,
- Hagelin, A., *Investigación empírica en psicoterapia*, N° 45, pág. 188
- Harris, P., *Importancia de la Evaluación Neuropsicológica de la memoria en la práctica clínica*, N° 46, pág. 268
- Herrera, J. J., *Depresión y enfermedad de Alzheimer*, N° 44, pág. 119
- Herreros, S., Ver Bauducco, G.,
- Hirsch, H., *Resultados en psicoterapia: ¿qué opinan nuestros consultantes?*, N° 45, pág. 221
- Huerin, V., Ver Duhalde, C.
- Ison, M. S., *Autismo: criterios diagnósticos. Una aproximación cognitivo-evolutiva*, N° 43, pág. 5
- Jufe, G. S., *Actualización del tratamiento farmacológico del Trastorno Bipolar*, N° 43, pág. 33
- Lagomarsino A., *Estados mixtos*, N° 43, pág. 43
- Lardani, A., Ver Hirsch, H.
- Leibovich de Duarte, A., Ver Duhalde, C.
- Mangone, C. A., *Terapéutica farmacológica de la esfera cognitiva: presente y futuro*, N° 44, pág. 135
- Marinelli, M., *Terapéutica psicossocial del Trastorno Bipolar*, N° 43, pág. 46
- Matusevich, D., Ver García de Amusquibar, A. M.,
- Moyano, M. B., *Comorbilidad Psiquiátrica en Poblaciones Clínicas con Síndrome de Gilles de la Tourette*, N° 45, pág. 165
- Pérez, J., *Implicaciones de la señal AMPc en los trastornos afectivos*, N° 43, pág. 21
- Ranalli, C. G., Ver Allegri, F.,
- Régis, E., *Enfermedades psíquicas de involución (Decadencias)*, N° 44, pág. 148
- Retamal C., P., Ver Cantillano A., V.
- Ricón, L., *Fenómenos de la vida cotidiana y patología mental*, N° 43, pág. 12
- Roussos. A. J., *Investigación empírica en Psicoterapia en la Argentina. Panorama actual, métodos y problemas*, N° 45, pág. 179
- Rutsztejn, G., Ver Duhalde, C.
- Salvarezza, L. *Objetivos y recursos de la psicoterapia en la vejez*, N° 44, pág. 143
- Scatolón, C. I., Ver Ison, M. S.
- Serrano, C., Ver Allegri, F.,
- Spinetto, M., *Memoria y cognitivismo*, N° 46, pág. 283
- Strejilevich, S., *El Costo del Trastorno Bipolar: la situación en nuestro medio*, N° 43, pág. 27
- Sukhanova, E., *Literatura y depresión: fenómenos que moldean la conciencia*, N° 44, pág. 152
- Szulik, J., *Síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias (SCPD). Nuevas líneas de investigación*, N° 44, pág. 107
- Szulik, D., *Ideas para pensar la memoria colectiva en la actualidad*, N° 46, pág. 303
- Tardito, D., Ver Pérez, J.
- Thierer, D. E., *Déficit de memoria producido por medicamentos*, N° 46, pág. 272
- Torricelli, F., Ver Duhalde, C.
- Zukerfeld, R., *Alianza terapéutica y encuadre analítico. Investigación empírica del proceso y sus resultados*, N° 45, pág. 211
- Wikinski, S., *La memoria autobiográfica. Fundamentos neurobiológicos*, N° 46, pág. 276

Suplemento especial
al Volumen XII

**Actualización en Trastornos
Bipolares**
**Curso dictado por el Prof. Ha-
gor Akiskal**

- Akiskal, H., Primera conferencia:
*Aspectos clínicos de la enfermedad
bipolar*, pág. 5
- Akiskal, H., Segunda conferencia:
Los estados mixtos, pág. 17
- Akiskal, H., Tercera conferencia:
*Temperamento, personalidad bor-
derline y bipolaridad*, pág. 27
- Akiskal, H., Cuarta conferencia:
Evolución, pronóstico y terapéutica,
pág. 40
- Rubio Domínguez, E., *Palabras de*,
pág. 3
- Vásquez, G., *Presentación*, pág. 4

Suplemento I al Volumen XII

Desarrollos

**Psicopatología - Neurobiolo-
gía - Clínica psiquiátrica -
Instituciones - Ética**

- Mahieu, E. L., *Dialéctica del imagi-
nario en las esquizofrenias*, pág. 5
- Lopez-Mato, A. M., Boullosa, O.,
Márquez, C., Illa, G., Vieitez,
A., *Psiquiatría psiconeuroinmu-
noendocrinológica*, pág. 14
- Chandler, E., Rovira, O. B., Della
Valle, M. E., *Grupo psicoeduca-
cional multifamiliar (GMF) en la
prevención y el tratamiento de los
trastornos en la conducta alimen-
taria*, pág. 26
- Herrera, N. C., Ballesteros, D. M.,
*Detección del riesgo psicopatológi-
co en la Guardia Central del Hos-
pital San Roque*, pág. 31
- Kabanchik, A. B., *Ética y demencia
en la práctica médica*, pág. 46

Suplemento II al Volumen
XII

**Psiconeuroinmunoendocrino-
logía:**

**Aportes para una teoría de la
integración y su práctica clíni-
ca**

- Luchina, C., *Análisis de la respues-
ta al estrés - Aspectos teóricos y
metodológicos*, pág. 5
- Bonet, J. L., *La interfase entre el eje
tiroideo, la psicología y la psiquia-
tría*, pág. 17
- Eandi, M. L., *Personalidad, esque-
mas interpersonales y contexto so-
cial en la evolución de la diabetes
del niño y el adolescente*, pág. 23
- Zabalo, D., *Diferentes estilos cogniti-
vos en la percepción y afronta-
miento de la disnea*, pág. 33
- Luchina, C., *La construcción del
"significado de enfermedad" por
el paciente. Su relación con la etio-
logía y el pronóstico de la enferme-
dad cardiovascular*, pág. 41




CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
**Rehabilitación de la salud mental en una institución de
puertas abiertas**

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

Paysandú 661 - C1405ANE Ciudad Aut. de Buenos Aires
Tel. (11) 4431-6396 - www.centroaranguen.com