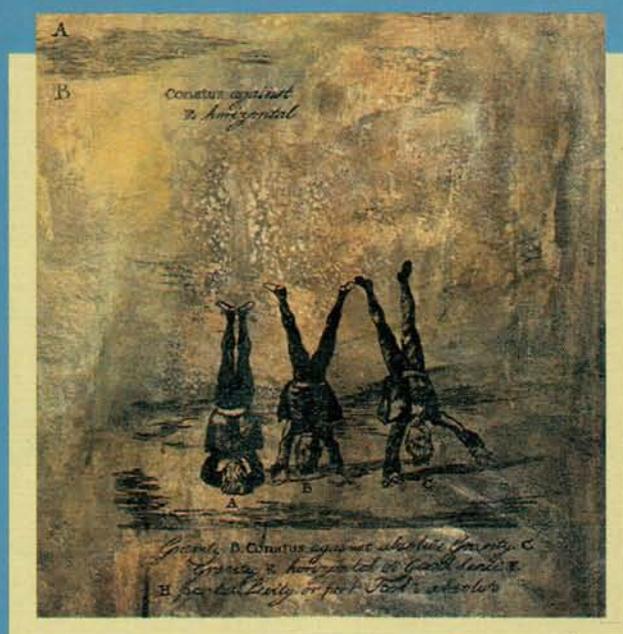


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

32



ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

DESARROLLOS CLÍNICOS, ETIOPATOGÉNICOS,
EPIDEMIOLOGICOS Y TERAPÉUTICOS

*Bertera / Borel / Fraise de Páez
Maldonado / Mato / Rutzstein / Saba
Samuel-Lajeunesse*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen IX - N° 32 Junio - Julio - Agosto 1998

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

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barembli (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lóo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), 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), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador);
Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Fabián Triskier

Corresponsales en:

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); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (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:** H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** 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 CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); 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.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Callao 157 P.B. "C"
(1022) Buenos Aires"

Impreso en:
Chulca impresora s. a.
Doblas 1753
(1424) Buenos Aires
Tel.: 921-5817 922-4937

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C",
(1022), Capital Federal, Argentina,
Tel. 373-0690 - 372-8896 Fax: 373-0690
E-mail: polemoss@sminter.com.ar

**En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones**

Dominique Wintrebert, 63, Bvd. de Picpus,
(75012) París, FRANCIA Tel.: (33-1)
43.43.82.22. Fax: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nº 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. IX Nº 32, JUNIO, JULIO, AGOSTO 1998

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Pólemos, 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

- "Las bases psicológicas de la psicofarmacoterapia", F. Torrente pág. 85
- "Evolución de los antidepresivos", R. Zaratiegui pág. 98

DOSSIER

ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA: DESARROLLOS CLINICOS, ETIOPATOGÉNICOS, EPIDEMIOLOGICOS Y TERAPÉUTICOS

- **Importancia del Hospital de Día como recurso terapéutico en la Anorexia y Bulimia Nerviosa**, M. Borel, M. Maldonado, L. Mato pág. 110
- **La Anorexia Nerviosa y el proceso de separación-individuación**, G. Rutzstein pág. 118
- **Disfunciones sexuales en Anorexia y Bulimia Nerviosa**, G. R. Saba, M. M. Fraise de Páez pág. 125
- **Negación e infidelidad: principales obstáculos en el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia nerviosa**, Entrevista a Bertrand Samuel-Lajeunesse por D. Kamienny, G. B. Onofrio y D. Wintrebert pág. 131
- **Uso racional de los psicofármacos en Anorexia y Bulimia Nerviosa**, H. J. Bertera pág. 137

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Acerca de un interesante complejo sintomático oral y su relación con la adicción (1932)**, por M. Wulff pág. 148

CONFRONTACIONES

- **Acerca de una dificultad planteada en la elección de un Tratado de Psiquiatría**, A. Azubel pág. 156

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 159
- "Señales" pág. 160

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición cuatrimestral, en marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año indizada en el acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" LILACS.

EDITORIAL

L

a profusión de eventos profesionales que tratan temas psiquiátricos en nuestro país ha crecido sostenidamente en los últimos tiempos. Los hay nacionales, regionales y locales. Los hay organizados por Asociaciones Profesionales y Sociedades Científicas. Algunos tratan temas de toda la especialidad y otros un tópico, un trastorno o hasta un síntoma en particular. Con o sin invitados extranjeros, en una sola Jornada o en varios días; todas las variedades conocidas se pueden encontrar en las cargadas agendas de los psiquiatras argentinos.

Este no es un fenómeno exclusivo de nuestro medio. En otros países se verifica una proliferación similar de reuniones científicas; basta recorrer las páginas de las revistas extranjeras para comprobar el número de ellas. Esta observación obliga a pensar en los que se realizan en nuestro medio.

Es posible que haya llegado la hora de interrogarse sobre su verdadera utilidad y las motivaciones de sus organizadores. En primer lugar cabe decir que son expresión de una particular inquietud intelectual y del nivel de desarrollo de la especialidad en Argentina. La vitalidad de las Asociaciones, como se verificó en el último Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, es una expresión de ello. En otros casos responde a la necesidad de grupos de trabajo preocupados por dar a conocer nuevos temas o desarrollo de los mismos. A veces responden solamente a rituales periódicos que puntúan una historia institucional. Caben muchas hipótesis para explicar muchas otras: modas, promoción personal o de grupos, captación publicitaria y hasta motivaciones económicas. Aunque sea interesante escuchar a todos debería evitarse el encuentro con "más de lo mismo" y limitar la práctica de la improvisación o de la simple lectura de series de diapositivas (para mencionar dos situaciones muy frecuentes). El exiguo o inexistente tiempo para preguntas y discusiones debería ser también considerado.

Todas las reuniones podrían ser, en último término, válidas pero a condición de garantizar un evento de calidad científica que justifique su realización. Para ello se hace necesario un esfuerzo serio en la elección y la presentación de los temas de cada evento y en la selección de los trabajos que se presentan en los mismos. De esta manera la cantidad estará más realzada por una mayor calidad de la producción científica para beneficio de todos ■

J. C. Stagnaro - D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, o de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word para Macintosh 5.1) 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 y teléfono. 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.

- 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 inmediatamente 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 no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Las bases psicológicas de la psicofarmacoterapia

Fernando Torrente

Lic. En Psicología (UBA), Estrada 2249 3 "A" Olivos (1636), Buenos Aires – Tel: 790-8477 – Fax: 760-4950 - E-mail: torrent@ciudad.com.ar

Introducción

La introducción de los primeros psicofármacos a partir de la década del cincuenta revolucionó sin duda el mapa de los tratamientos de los trastornos mentales. La producción sostenida desde aquel momento hasta la actualidad de nuevos medicamentos más eficaces, con un rango más variado de aplicaciones y menos efectos adversos, permite con-

tar con recursos impensados años atrás, al tiempo que la explosión de estudios en neurociencias en la última década hace presagiar que este flujo de nuevas herramientas farmacológicas se mantendrá, por lo menos, constante.

Por cierto que, de la mano de estos avances, se volvió necesario evaluar la relación de estas nuevas técnicas con otros procedimientos utilizados en el terreno de la Salud Mental, en particular las psicoterapias

en sus diferentes formas y otras técnicas psicológicas. En este terreno, una larga tradición separa las llamadas técnicas biológicas de aquellas conceptualizadas en términos psicológicos. Las operaciones psicoterapéuticas sobre las conductas, emociones o cogniciones quedarían encuadradas dentro de estas últimas, mientras que la farmacoterapia lo haría dentro de las técnicas biológicas. Según este esquema, muchos tratamientos farmacológi-

Resumen

El objetivo de este trabajo es revisar aquellos aspectos que denominamos "psicológicos" y que sin embargo participan de manera esencial en la prosecución y eficacia clínica de un tratamiento psicofarmacológico. Desde este punto de vista, una intervención clínica farmacológica no puede reducirse a la explicación de la acción del compuesto químico sobre la molécula receptora en el cerebro y su efecto en términos de funcionamiento neural, sino que abarca niveles de explicación y causación más amplios. A lo largo del trabajo se abordarán los siguientes tópicos: el problema del cumplimiento (*compliance*) de las indicaciones; los factores cognitivos (información, creencias y actitudes del paciente y su entorno hacia los fármacos); el efecto placebo, las respuestas subjetivas y otros efectos inespecíficos de la medicación; la relación terapéutica y los aspectos comunicacionales y simbólicos de la prescripción; y finalmente las estrategias específicas de intervención clínica (psicoeducación, *follow up*, técnicas comunicacionales, evaluación, etc.).

Palabras Clave: *Compliance* – Placebo – Relación terapéutica – Psicoeducación

PSYCHOLOGICAL BASES OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY

Summary

The main goal of this paper is to consider the psychological processes that take place in any psychopharmacological treatment. It is assumed that pharmacotherapy can not be reduced to the explanation at the neural level; instead, it is necessary to integrate the clinical, psychological and social contexts in a wider view. Along the text the following issues will be discussed: compliance with prescriptions; cognitive factors (information, beliefs and attitudes of the patient and his/her family toward medication); placebo effect and subjective responses; therapeutic relationship; and, finally, intervention strategies.

Key Words: *Compliance* – Placebo – Therapeutic relationship – Psychoeducation.

cos y psicoterapéuticos se desarrollan "en paralelo", sin otra interfaz que la derivación u otro contacto ocasional entre los profesionales tratantes. Las cuestiones que atañen a la medicación corresponden al médico psiquiatra tratante y las cuestiones "psicológicas" al psicoterapeuta. Asimismo, en lo que respecta a los diseños experimentales, los estudios de eficacia y eficiencia son planteados en ocasiones o bien en términos de "psicofármacos vs. psicoterapia" o bien como componentes independientes dentro de un modelo cuya aportación causal relativa es necesario medir.

No obstante esta perspectiva, existe cada vez mayor consenso en cuanto a la mayor propiedad y productividad de pensar los tratamientos en forma de programas cuya eficacia reside no sólo en sus componentes aislados, sino en su aproximación integrada (lo cual se hace patente, antes que en cualquier otro caso, en el abordaje de pacientes graves). Según esta concepción, los aspectos estrictamente biológicos (entendiendo por tales los niveles de análisis e intervención anatomofisiológicos y moleculares) y los aspectos psicológicos (conductuales, cognitivos, emocionales e interpersonales) se entremezclan en cada una de las intervenciones y no pueden muchas veces trazarse distinciones tajantes entre unos y otros.

Desde este punto de vista, una intervención clínica farmacológica no puede reducirse a la explicación de la acción del compuesto químico sobre la molécula receptora en el cerebro y su efecto en términos de funcionamiento neural, sino que abarca niveles de explicación y causación más amplios como ser la relación médico-paciente, los términos comunicacionales de la prescripción, las actitudes del paciente y la familia hacia la medicación, la incorporación de la medicación como variable psicoterapéutica, el cumplimiento efectivo de la indicación y otros elementos que analizaremos a continuación¹.

Precisamente, el objetivo de este artículo es revisar aquellos aspectos que denominamos "psicológicos" y que sin embargo participan de manera esencial en la prosecución y eficacia clínica de un tratamiento psicofarmacológico. Si tenemos en cuenta estos ele-

mentos podemos figurarnos la importancia de que el psicoterapeuta esté al tanto de las cuestiones usualmente atribuidas al proceso farmacológico y, de manera complementaria, de que el médico a cargo de este último siga con atención los procesos adscriptos a la "psicología" del individuo.

El cumplimiento de la indicación farmacológica²

El cambio en la modalidad de abordaje de pacientes psiquiátricos como resultado del uso extendido de los psicofármacos—esto es, el incremento de los tratamientos ambulatorios y la reducción de los días de internación—trajo aparejado un cambio cualitativo de importancia en lo que se refiere al control de los tratamientos y al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, especialmente las que atañen a la medicación: en el *setting* ambulatorio la decisión y la tarea de ejecutar y proseguir una indicación recaen en última instancia sobre el propio paciente y, llegado el caso, sobre su familia (a diferencia de los pacientes internados en cuyo caso algún miembro del equipo se encarga personalmente de administrar o supervisar el cumplimiento de la prescripción).

En este sentido, el tratamiento ambulatorio implica necesariamente la cooperación del consultante y/o su entorno, puesto que deben hacerse cargo de adquirir o conseguir los fármacos, administrarlos (vale decir, prever y cumplir el plan de tomas) y asistir a los controles periódicos de seguimiento. Además de estas tareas que podemos denominar genéricamente "tareas instrumentales", recae sobre el paciente y sus allegados más cercanos una delicada función de *feedback* terapéutico: ellos son los primeros en detectar cualquier efecto benéfico o adverso de la medicación(4).

Por obvias que resulten estas consideraciones, el cumplimiento con las indicaciones medicamentosas en tratamientos ambulatorios no ha sido ni con mucho un problema fácil de abordar. Se calcula que en el caso de pacientes con desórdenes mentales solamente alrededor de un tercio de los mismos cumplen estrictamente con los tra-

tamientos tal como fueron indicados (según los estudios, este valor puede alcanzar hasta la mitad de los pacientes). Otro tercio los cumple sólo parcialmente con cambios inconsultos en las dosis prescritas o abandonos ocasionales de la medicación. El tercio restante no sigue prácticamente las indicaciones en ningún aspecto(4, 13, 24). Por cierto que estos porcentajes pueden variar si se siguen a lo largo del tiempo: desde un valor del 50% en el primer año de tratamiento ambulatorio, la tasa de cumplimiento puede reducirse a sólo un 15% en el segundo año(24). Asimismo, para un mismo paciente el cumplimiento puede variar de un período a otro en la evolución del tratamiento y con respecto a diferentes fármacos al mismo tiempo.

Por otro lado, estos datos son consistentes y en parte explican las diferencias observadas entre los resultados obtenidos por tratamientos llevados a cabo en condiciones experimentales y los mismos tratamientos en la práctica clínica cotidiana. Así, en el caso de la esquizofrenia, aun cuando según datos experimentales podrían esperarse tasas de recaída de un 15% aproximadamente a través de medidas preventivas, en la práctica casi un 50% de los pacientes sufre una recaída dentro del primer año de tratamiento y cerca de un 85% lo hace en el término de cinco años(18). De modo tal que, en muchos casos, la implementación incompleta o inadecuada de los tratamientos acarrea resultados clínicos pobres con consecuencias realmente serias para los pacientes y frustrantes para los profesionales (además de los costos elevados que representan las internaciones innecesarias).

Ahora bien, es claro que el éxito de la prescripción medicamentosa no puede reducirse a la elección de la droga adecuada y la dosis óptima para el trastorno en consideración, puesto que el cumplimiento de las indicaciones forma parte de un contexto más amplio que abarca todas las intervenciones realizadas por los profesionales y el marco mismo de la relación entre el equipo y los consultantes, de suerte que el resultado de las prescripciones farmacológicas va de la mano de ese contexto y de otras circunstancias que discutiremos a continuación. Los estudios sobre los factores

que afectan el grado de cumplimiento de las indicaciones farmacológicas han rastreado numerosas variables que, a los fines expositivos, pueden agruparse en las siguientes cinco categorías:

I. Factores relacionados con la prescripción:

- Regímenes complejos.
- Dosis inadecuadas (demasiado altas o demasiado bajas).
- Efectos adversos.
- Posible comienzo tardío de los efectos positivos vs. comienzo rápido de efectos adversos.
- Rápida desaparición de los efectos adversos eventualmente tras la interrupción del tratamiento.
- Posible reaparición tardía de síntomas tras el abandono de la medicación.
- Confusión por parte del paciente y su entorno de efectos adversos con un empeoramiento del cuadro clínico.

II. Factores relacionados con el trastorno de base:

- Déficits cognitivos y conductuales que impiden o interfieren el seguimiento de las indicaciones.
- Psicopatología específica. Es claro que muchos trastornos (por ejemplo, de orden psicótico) requerirán consideraciones especiales en cuanto a su integración en el proceso terapéutico tomando en cuenta elementos como ser la concien-

cia de enfermedad, los déficits antes señalados, la disposición a la influencia terapéutica, el nivel de desagregación o inhibición conductual, las creencias delirantes, etc.

III. Factores actitudinales e interpersonales:

- Creencias y actitudes del paciente y su familia hacia la medicación.
- Interpretación subjetiva del paciente acerca de los efectos de la medicación.
- Ambiente familiar conflictivo (sobreinvolucrado, crítico o abandonado).
- Carencia de red de apoyo familiar o social disponible.

IV. Factores relacionados con el tratamiento:

- Relación médico-paciente.
- Información suministrada.
- Aspectos comunicacionales de la prescripción.
- Contradicciones internas del equipo terapéutico.
- Funcionamiento institucional.

V. Factores socioeconómicos:

- Recursos materiales del paciente y su entorno (imposibilidad de adquirir los fármacos o asistir a los controles, etc.).
- Accesibilidad y recursos de los servicios de asistencia (disponibilidad de agentes de salud, espacio físico, medicación gratuita,

laboratorios, medios de transporte, etc.).

Todos estos elementos en definitiva afectan —en mayor o menor medida según el caso— el grado de cumplimiento con los tratamientos farmacológicos y por lo tanto deben ser tenidos en cuenta al momento de la indicación. Muchos de estos factores inclusive merecen ser considerados como objetivos de importancia en sí mismos requiriendo como consecuencia procedimientos específicos para controlarlos, como ser programas psicoeducacionales, sistemas de seguimiento u otras intervenciones que serán desarrolladas más adelante. Pero además el problema del cumplimiento obliga a revisar las concepciones más generales sobre el proceso de medicar en lo que hace a la definición de las metas terapéuticas y la participación del paciente y su entorno en las decisiones. Como veremos luego, una relación terapéutica colaborativa e integrada es uno de los elementos quizás más importantes para aumentar el compromiso de los pacientes con el tratamiento y el seguimiento de las indicaciones³.

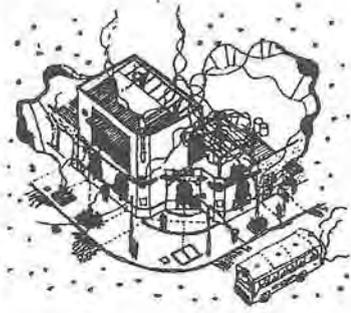
La respuesta subjetiva a los psicofármacos

Uno de los conceptos más interesantes y mejor estudiados acerca de los procesos psicológicos asociados a la medicación es el de respuesta subjetiva a los neurolepticos [RSN](3, 31). La base clínica de esta idea proviene de las observaciones realizadas en el tratamiento de ciertos pacientes esquizofrénicos que tras pocas dosis de neurolepticos experimentan un cambio importante en su estado subjetivo asociado a sensaciones displacenteras. Los propios pacientes describen su respuesta con enunciados característicos: "sentirse como un zombi", "pesado", "confuso", "lento", "incapaz para pensar correctamente". En general, consideran que la medicación empeora su condición.

A los efectos de medir esta respuesta subjetiva fue desarrollada una autoescala, denominada *Drug Attitude Inventory* (DAI), que consta, en su versión más extensa, de 30 ítems basados en los propios reportes de pacientes esquizofrénicos acerca de su experiencia con la

ARIADNA

CENTRO DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL



- CENTRO DIURNO PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
- CONSULTORIOS EXTERNOS
- EQUIPO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS
- INTERNACION DOMICILIARIA
- URGENCIAS
- ATENEOS DE ACTUALIZACIÓN CLÍNICA Y BIBLIOGRÁFICA
- SUPERVISIONES

Dra. Liliana Fernández
Directora

PREPAGOS ARANCELES INSTITUCIONALES
CONDE 1002, 1426 Capital Federal
Fax: 555-7056 Tel.: 555-5778

Cuadro 1
Factores que contribuyen a la diferencia individual
en respuesta a la terapia con neurolépticos



(Reproducido de Awad & Hogan, 1994)

medicación(17) y de 10 ítems en una versión reducida propuesta posteriormente(30) desarrollaron otro instrumento de medición de esta clase de respuesta consistente en una entrevista semiestructurada acerca de la medicación y sus efectos. Ambas escalas mostraron una alta coincidencia en la clasificación de la muestra entre pacientes disfóricos (con sentimientos negativos hacia la medicación) y no-disfóricos(17). El diseño de estos instrumentos de medición, especialmente la DAI, permitió establecer relaciones de importancia clínica, puesto que se hizo posible investigar los factores que podrían asociarse a la RSN y evaluar el impacto de ésta en el tratamiento y evolución del paciente.

Respecto a esto último, una serie de estudios (3, ver resumen) muestran que la emergencia de estados disfóricos tempranos (esto es, dentro de las 24 y 48 hs. desde la iniciación del tratamiento con neurolépticos) se correlaciona con una respuesta pobre a dicha terapéutica y una diferencia importante en la mejoría de los síntomas respecto al grupo control/no disfórico: mientras que un 82% de este último grupo mostró una marcada mejoría en su sintomatología; según la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) sólo un 23% de los disfóricos alcanzó respuestas similares. Estos datos revisten una importancia clínica mayor: si la RSN permite predecir una respuesta pobre al tratamiento neuroléptico en forma temprana, entonces será posible anticipar estrategias

terapéuticas alternativas o amortiguar los factores que puedan estar motivando esa respuesta peculiar. Asimismo, el hecho de disponer de un instrumento de evaluación confiable y de fácil administración, como es la DAI, constituye una ventaja adicional en este sentido. Con relación al cumplimiento de las indicaciones que revisamos en el apartado anterior, el uso de la DAI permitió discriminar con un grado de exactitud del 89% entre una población de pacientes no-cumplidores y una población de pacientes que cumplía sus indicaciones, sugiriendo de esta manera una relación íntima entre la RSN y la falta de cumplimiento de las indicaciones en tratamientos con neurolépticos.

En cuanto a los factores asociados a la RSN es posible mencionar algunos datos exploratorios:

- la RSN no dependería de la severidad inicial del cuadro psicopatológico, por cuanto los grupos disfórico y no-disfórico no difieren significativamente en sus puntajes en la BPRS;
- la RSN tampoco estaría relacionada con factores farmacocinéticos porque los grupos no difieren en la concentración de neuroléptico en sangre;
- los factores demográficos de ambos grupos no presentan diferencias significativas;
- distintas clases de neurolépticos (butirofenonas, tioxantinas, fenotiazinas) producirían por igual la RSN;
- por su parte, los efectos colaterales de los neurolépticos sí pa-

recen relacionarse con la RSN (en especial, la acatisia) aún cuando algunos estudios no pudieron confirmar resultados previos en tal sentido;

- finalmente, aunque no pueda apoyarse en datos empíricos, la mayoría de los autores reserva un rol importante en la explicación de la RSN a las *actitudes, creencias y expectativas* de los pacientes y su entorno respecto de la medicación, la enfermedad y el tratamiento en general. En tal sentido Awad(2) señala que la *interpretación subjetiva* de los cambios fisiológicos que acompañan a la medicación puede influir en el resultado de la terapia farmacológica y en la experiencia de los efectos colaterales de la misma. Para integrar esta consideración con los demás factores que pueden afectar la respuesta a los neurolépticos Awad y Hogan(3) proponen un esquema conceptual a diferentes niveles (Cuadro 1).

Más allá de estos datos, quizás el valor más importante del constructo de RSN sea el de orientar la atención de especialistas y clínicos hacia un tipo de respuesta especial que excede los límites de una comprensión mecánica del proceso de medicar. No es descabellado tal vez pensar en la extensión de este concepto a otras categorías de psicofármacos distintos a los neurolépticos y hablar de una "respuesta subjetiva a los psicofármacos", que, salvando los particulares mecanismos biológicos y efectos químicos de cada droga, tome en cuenta los resultados diferenciales de los medicamentos mediados por factores clínicos integrales como los descritos para la RSN⁴.

Conocimiento, creencias y actitudes del paciente y su familia

Como vimos en los apartados anteriores los factores cognitivos cumplen un papel central en el proceso de la farmacoterapia. Nos estamos refiriendo al conocimiento y las creencias que los pacientes y sus allegados poseen acerca de la medicación y su uso, sumadas a las representaciones que se hacen de los problemas que los aquejan y que los fármacos supuestamente vienen a aliviar o suprimir.

Ambos tipos de representaciones constituyen un verdadero siste-

ma actitudinal que mediará el resultado de la prescripción, fundamentalmente por tres vías: el seguimiento de las indicaciones, el impacto psicológico de la toma (que incluye entre otras cosas el efecto placebo, que discutiremos luego), y, por último, la percepción ampliada o disminuida de los efectos positivos y negativos de la droga.

Podemos clasificar los factores cognitivos en tres categorías en lo que se refiere al uso de la medicación en general. En primer lugar, la *información específica*, o sea el grado de conocimiento formal que los pacientes poseen acerca de la medicación. Esta información, basada en el saber científico, incluye tópicos variados como ser *los motivos de la indicación, los efectos terapéuticos esperados, las dosis programadas, los tiempos de acción, los efectos colaterales, las interacciones con otras sustancias*, y otros elementos cuyo conocimiento o desconocimiento por parte del paciente tendrá incidencia en la aceptación, valoración y seguimiento de la terapéutica. Para dar un ejemplo de este efecto, la ignorancia de los tiempos de latencia de algunos antidepresivos puede llevar a respuestas de frustración prematuras por parte del paciente que esperaba resultados positivos más rápidos que las varias semanas que dichas drogas pueden requerir, produciendo o bien una reacción anímica contraproducente ("no voy a mejorar") o bien una desestimación de la medicación ("estas pastillas no sirven"). Es así que existe consenso acerca de la importancia de que los pacientes o los responsables de su cuidado dispongan de un *cúmulo de información esencial* para la instrumentación de los programas y para la interpretación de los fenómenos esperables.

A este respecto, los estudios de campo muestran resultados variados. Podemos citar primeramente el estudio de Geller(15) quien sobre una población de 281 pacientes internados⁵ (el 52% de ellos por más de un año) encontró que sólo el 22% podía nombrar todos los medicamentos que recibía y únicamente un 41% era capaz de brindar la frecuencia correcta de administración. *De manera general, sólo el 14% de los pacientes pudo dar el nombre correcto de sus medicamentos, la frecuencia de uso y el resultado esperado.*

Cuadro 2

Factores cognitivos en el tratamiento farmacológico

Relativos a la medicación:

- Información específica
- Creencias y representaciones intuitivas
- Creencias derivadas del trastorno
- Déficits cognitivos

Con relación al trastorno:

- Definición del problema
- Atribuciones causales
- Consecuencias y evolución esperada

En otro estudio, Clary et al.(9) encuestaron a 253 pacientes el día de su externación tras una internación de corto plazo durante la cual recibieron instrucción sobre la medicación como parte del tratamiento. El 68% conocía el nombre de todos sus medicamentos, pero sólo un 53% sabía cuándo tomarlos. Un 63% manifestó conocer el motivo por el cual recibía las drogas. En general, sólo un 44% fue capaz de nombrar los medicamentos, las dosis indicadas y la razón para tomarlos.

Por último, según el estudio de Tempier(29), sobre la base de una población de 53 pacientes de dos clínicas en Montreal, el 93% fue capaz de dar el nombre de uno de los medicamentos recibidos y un 79% de otro medicamento adicional. Asimismo, un 79% conocía por lo menos un motivo correcto por el cual era medicado y un 74% fue capaz de nombrar al menos un efecto colateral. En este caso, *la mayoría de los pacientes manifestó haber recibido algún tipo de instrucción sobre la medicación durante su tratamiento*. A pesar de los resultados elevados en comparación con los estudios anteriores, la mayoría de los encuestados también mostró su deseo de recibir más información o de que les fuera repetida.

Ahora bien, los dos últimos trabajos, efectuados en los EE.UU. y Canadá, son probablemente una muestra de la creciente importancia en esos países de la información en la práctica psiquiátrica, tanto en el aspecto terapéutico como legal. Sin embargo, no parece probable que esos datos sean extensibles sin más a otros contextos en los cuales la transmisión de información sobre la medicación psiquiátrica dispensada no es un

tema discutido e incorporado a las prácticas rutinarias, y en los cuales es de esperar resultados similares o inferiores al primer trabajo(15).

El segundo factor cognitivo de importancia en el proceso de la farmacoterapia lo constituyen las *creencias personales y culturales del paciente y su entorno*. Estas creencias, fundadas en un conocimiento no científico, involucran un variado repertorio de representaciones, atribuciones e interpretaciones difíciles de sistematizar y en conjunto conforman la "imagen" que el paciente tiene de la medicación. Incluye aspectos como, por ejemplo, el posicionamiento ante el uso de fármacos ("soy reacio a ingerir drogas"), la utilidad de los mismos ("mis problemas no se solucionan con pastillas", o por el contrario, "con las pastillas volveré a ser el de antes"), los efectos de la medicación ("me va a atontar y no voy a poder estudiar o trabajar normalmente") o sus riesgos ("tengo miedo a volverme adicto"), entre otras cosas. Estas creencias pueden ser fruto de experiencias previas en el empleo de psicofármacos por parte del paciente o personas cercanas a éste; así, en algunos casos, la vivencia de efectos adversos importantes en tomas anteriores está más fuertemente asociada que los efectos terapéuticos mismos; en otros casos, experiencias de eficacia mediante, el sujeto puede percibir la droga como un recurso o una ayuda válida para controlar síntomas o situaciones análogas. Las creencias también pueden ser la consecuencia de una posición intelectual, moral o religiosa más general del sujeto, y también pueden ser reflejo, claro está, de valores y opiniones circulantes en la comunidad de pertenencia. Así la toma de un me-

dicamento de este tipo puede ser entendida como la adscripción del rol de "enfermo" o "loco", como una muestra de "dependencia" o desde un extremo opuesto puede ser vista como una solución totipotente y dotada de virtudes casi mágicas, encarnando ideales asociados a las promesas de la tecnología y el poder de la ciencia.

El influjo etno-cultural de estas representaciones se hace patente en los estudios transculturales que demuestran diferencias comparativas significativas en aspectos variados del proceso farmacológico, algunos de ellos más probablemente atribuibles a diferencias fisiológicas y metabólicas entre etnias, como ser dosis efectivas, variables farmacocinéticas y farmacodinámicas, y otros relacionados con rasgos culturales, como ser el cumplimiento de las indicaciones, el efecto placebo, la percepción de los efectos de las drogas, el uso de terapéuticas alternativas, etc. [para una revisión bibliográfica de este interesante campo de estudio ver el trabajo de Lind, Poland y Anderson de 1995(21)].

El conflicto entre *estas creencias intuitivas y la información específica* a la que hacemos referencia con anterioridad constituye un caso de *disonancia cognitiva*(13) cuya incidencia en la instrumentación y eficacia de la terapéutica será necesario tener en cuenta. El intento de zanjar estas diferencias mediante la transmisión de conocimientos válidos, muchas veces choca con la fuerza de convicciones arraigadas que no pueden pasarse por alto; en este sentido, el modelo del paciente como *tabula rasa* (esto es, el supuesto de que el paciente carece de representaciones previas –en su forma más extrema– o de que éstas, de existir, constituyen "creencias erróneas" que es necesario cambiar por otras aceptadas) es teóricamente incorrecto y pragmáticamente ineficaz. Aún así, en la práctica, las creencias intuitivas no son rastreadas en muchas ocasiones y no forman parte de un interrogatorio programado a tales fines que, como veremos más adelante, aporta datos relevantes para la preparación del paciente para el tratamiento y para el diseño comunicacional de la prescripción.

El tercer factor cognitivo relacionado con la medicación comprende las *cogniciones derivadas del cua-*

dro psicopatológico particular, es decir, las representaciones o creencias derivadas del trastorno en curso, y las *disfunciones cognitivas* resultantes del mismo. Dentro del primer grupo, por ejemplo, encontramos las creencias delirantes y las reacciones persecutorias hacia la medicación en pacientes paranoides; el detallismo y la incorporación de las prescripciones dentro de rituales en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo; el pesimismo y la desesperanza ante cualquier intento de solución en pacientes con trastornos depresivos (asociados al riesgo suicida), etc. Según el trastorno en curso la medicación puede ser considerada, entre muchas otras cosas, como un ataque, un intento de control o una confirmación de la enfermedad, y por lo tanto, un motivo más de frustración. Dentro del grupo de las *disfunciones cognitivas*, podemos mencionar las fallas en los mecanismos de atención, memoria, toma de decisiones, falta de iniciativa o inhibición, etc. que pueden representar un obstáculo operativo para el cumplimiento de las indicaciones.

Finalmente, a los factores cognitivos asociados a los medicamentos es necesario agregar las *representaciones de la enfermedad* que los pacientes y su entorno poseen. Estas abarcan la *definición del problema* a tratar, o sea, las conductas y fenómenos encuadrados dentro de la patología, su comienzo, su intensidad, etc.; las *atribuciones causales* del mismo, es decir, las explicaciones de por qué se produce el trastorno y los motivos supuestos; y, finalmente, *sus consecuencias*, su evolución esperada, etc. El conflicto entre estas representaciones de la enfermedad y las creencias sobre la medicación constituye otra fuente de *disonancia cognitiva* capaz de afectar el proceso terapéutico. Así, la atribución de síntomas a factores exógenos o suposiciones sobre el control voluntario de los mismos, pueden entrar en contradicción con la necesidad de apelar a medicamentos en ciertos casos.

En un estudio sobre este tema efectuado en Canadá sobre 148 pacientes psiquiátricos, Ruscher et al.(24) reportan los siguientes resultados: un 27% de los pacientes atribuye su enfermedad a causas biológicas o químicas, un 24.3% a factores situacionales o estrés, un 12% a

problemas familiares, un 6.8% al uso de drogas de uso indebido, un 2% a otras causas variadas y finalmente un 27% se mostró indeciso.

En otra investigación realizada en Alemania(1), sobre una muestra de más de 3000 individuos de la población general encuestados acerca de las causas de la esquizofrenia, los factores de estrés psicosocial fueron los más frecuentemente referidos (a saber, eventos estresantes agudos o estrés crónico laboral, familiar, de pareja, etc.). En segundo orden de importancia aparecieron los factores biológicos (defecto cerebral, herencia, etc.) y luego, con una frecuencia casi equivalente, los factores intrapsíquicos. De menor importancia, asimismo, fueron juzgados factores tales como la socialización o el estado general de la sociedad. Por último, sólo una minoría atribuyó el cuadro a factores sobrenaturales (como ser la voluntad divina, una posesión o embrujo, etc.).

Como conclusión podemos decir que la existencia de estas variadas concepciones previas exige un rastreo cuidadoso de las mismas que, incorporado como un paso importante en el procedimiento de la indicación, permita aumentar las posibilidades de aceptación de la medicación como un recurso adecuado a dichas interpretaciones sobre la enfermedad.

El efecto placebo

Indudablemente, dentro de los factores no farmacológicos asociados al tratamiento medicamentoso, el efecto placebo es uno de los fenómenos más importantes. Quizás una de las mayores pruebas de su importancia sea su incorporación como control en las investigaciones sobre la eficacia de una droga. Este dato, que en forma implícita asume la incidencia universal de variables no específicas en los tratamientos, al mismo tiempo induce a confusión en muchos casos por cuanto puede sugerir que el efecto placebo es un fenómeno a descartar o neutralizar. Si bien esto es cierto en el caso de un protocolo experimental –donde se trata de medir con exactitud el efecto producido directamente por el agente químico y por lo tanto es necesario despejar los efectos producidos por variables se-

cundarias— muy distinto es el caso de la situación clínica, donde se trata por el contrario de maximizar todas las variables que puedan resultar beneficiosas para el paciente, sean éstas farmacológicas o no. De hecho, estas variables participan de forma voluntaria o involuntaria en el proceso terapéutico como parte del mismo y es necesario por lo tanto estudiarlas y aprovecharlas para obtener mejores resultados.

En lo que se refiere a la definición del concepto de efecto placebo no siempre existe acuerdo acerca de su delimitación y quizás resulte conveniente realizar una serie de precisiones. Como primera aproximación, podemos definir a los placebos como "aquellas sustancias presumiblemente sin efecto biológico alguno sobre un síntoma, síndrome o enfermedad, y que se utilizan en lugar de otros que sí tienen acción terapéutica sobre dichos trastornos"(8). Estas sustancias inertes, se especula, producen efectos positivos o negativos en los pacientes por mecanismos psicológicos y, acaso, como consecuencia de los primeros, por mecanismos biológicos no específicos que no cabría descartar y luego discutiremos. Los efectos positivos, vale decir, aquellos orientados en el sentido de un alivio o mejoría de los síntomas o dolencias que aquejan al paciente, pueden ser sumamente variados, incluyendo efectos sedativos, estimulantes, analgésicos, o simplemente una sensación subjetiva general de bienestar por parte del paciente tras la ingestión del placebo. Los efectos negativos generalmente se asocian a efectos secundarios desagradables (náuseas, somnolencia, sequedad de boca, etc.).

Cuando hablamos de *efecto placebo*, sin embargo, debemos incluir a las sustancias farmacológicamente activas, porque esos mismos efectos no específicos, ya sean positivos o negativos (en cuyo caso se habla de *efecto nocebo*), se hacen presentes con estas drogas. De modo que el efecto placebo resulta tanto del uso de *sustancias inertes* como de *sustancias químicamente activas* y puede ser buscado intencionalmente así como puede también aparecer en forma no intencional o espontánea. En este sentido, es útil efectuar la distinción entre la *respuesta general a la droga* (esto es, los cambios comportamentales y físicos en los

pacientes que consumen la sustancia) y el *efecto específico de la droga* (o sea, la porción de los cambios en el paciente debidos a la acción farmacológica de la sustancia)(5).

En forma más detallada, algunos autores distinguen cuatro factores que intervienen en un tratamiento farmacológico(25):

1. *Factores característicos o específicos que definen los efectos de un tratamiento sobre el desorden abordado* (tratamiento activo, no-placebo). Ejemplos de estos factores pueden ser los efectos agonísticos de las benzodiazepinas sobre los receptores del GABA en el tratamiento de la ansiedad o el bloqueo de receptores de dopamina por los neurolepticos en el tratamiento de síntomas psicóticos;

2. *Factores característicos o específicos de un tratamiento que poseen efectos en aspectos de la salud o vida del paciente por fuera del desorden abordado* (efectos colaterales). Ejemplos de estos factores pueden ser los efectos producidos por agentes anticolinérgicos como visión borrosa, constipación, sequedad en la boca, etc. o los efectos causados por los antidepresivos ISRS, como náuseas y vómitos, disfunciones sexuales, etc.

3. *Factores incidentales del tratamiento que poseen efecto sobre el desorden abordado* (efecto placebo clásico). Entre estos factores podemos mencionar el efecto ansiolítico incrementado de tabletas coloreadas de benzodiazepinas por sobre las tabletas blancas de igual dosis o la percepción amplificada de mejorías tras la toma en forma previa a la absorción del fármaco.

4. *Factores incidentales del tratamiento que producen efectos por fuera del dominio del desorden abordado* (toxicidad placebo o nocebo). Como ejemplo podríamos citar la aparición de náuseas y vómitos anticipatorios en tratamientos de quimioterapia.

En resumidas cuentas, ya sea en su aspecto positivo para el paciente (*efecto placebo*), ya sea en su aspecto negativo (*efecto nocebo*), las variables incidentales o no específicas son parte integral de todo tratamiento—más allá de que éstas sean advertidas y manipuladas intencionalmente por el equipo terapéutico o no—. Inclusive estos efectos siguen ciertas pautas más o menos predecibles, una "farmacodinamia"



en sentido figurado. En este sentido varios autores(26) señalan el comportamiento análogo o proporcional de los placebos con respecto a las drogas activas en variables como por ejemplo la curva efecto vs. tiempo, la curva efecto vs. dosis, la magnitud proporcional del efecto placebo con relación a la potencia supuesta de la droga, efectos colaterales similares, efecto acumulativo en dosis repetidas, etc.

En el caso de pacientes depresivos los estudios de la evolución del efecto placebo en función del tiempo sugieren que la respuesta placebo comenzaría en forma abrupta, dentro de las dos primeras semanas de tratamiento y sería no persistente, en comparación con el comienzo gradual y sostenido de las drogas antidepresivas(23). Otros autores, en cambio, objetan esta idea aduciendo la posibilidad de que en ciertos casos la respuesta placebo pueda mantenerse en el tiempo(22). Por otra parte, el tamaño de las píldoras, el color, tipo y número de las mismas han mostrado afectar también la potencia del efecto placebo.

En cuanto a los diferentes cuadros psicopatológicos la respuesta placebo parece variar significativamente de uno a otro. En general, los trastornos depresivos y de ansiedad parecen mostrar las respuestas de mayor frecuencia y magnitud; los trastornos de orden psicótico por su parte serían más "resistentes" a su aparición(8, 28).

En lo que hace a los mecanismos explicativos del efecto placebo han sido formuladas diferentes hipótesis:

1. *Modelos de condicionamiento* según los cuales, factores inicialmente neutros (la sustancia inerte o factores no específicos del tratamiento activo) se verían asociados en forma repetida a factores intrínsecamente eficaces en el alivio del malestar. Siguiendo esta idea,

Cuadro 3

Aspectos comunicacionales de la medicación

Significados asociados a la medicación:

- Factores cognitivos (creencias y actitudes personales y culturales que conforman la "imagen" del medicamento)
- Rasgos de personalidad
- Factores interpersonales (deposiciones de aspectos de la relación terapéutica en la medicación)

Marco comunicacional de la prescripción:

- Formulación de la indicación
- Justificación (motivos y objetivos)
- Explicación de la misma (dosis, tomas, exámenes complementarios, etc.)
- Proceso de negociación continuo

la percepción de mejorías o de señales que indican la acción del fármaco (por ej., la sequedad de la boca) operarían como estímulos autorreforzantes, de carácter positivo o negativo según el caso; este importante fenómeno que involucra la amplificación del efecto placebo por intermedio de señales fisiológicas que indican al paciente que la droga suministrada está actuando, ha sido denominado "amplificación placebo" (12).

2. *Las expectativas y la motivación* previas a la toma del medicamento activarían procesos psicológicos autoinducidos variados en el paciente y su entorno, a saber: reducción de la ansiedad, percepción selectiva o amplificada de mejorías, sensación de estar contenido y atendido, interpretación de efectos colaterales como síntomas o empeoramientos en el caso del nocebo, formas variadas de sugestión, etc. Según esta hipótesis, lo que el paciente espera o conoce de la medicación puede generar de por sí cambios anímicos o conductuales tras la toma, que anticipan el efecto real de la droga o se adosan a éste potenciándolo o disminuyéndolo. En favor de esta explicación se pueden enumerar las investigaciones ya citadas que resaltan los comportamientos análogos entre los placebos y las drogas activas; este hecho estaría evidenciando que la respuesta placebo está "modelada" por los conocimientos que se tienen de la droga, ya sea por la información suministrada por el médico, por haberla consumido en anteriores ocasiones o por la lectura del prospecto.

3. Es probable que, asociados a estos procesos psicológicos, se pon-

gan en marcha mecanismos biológicos de tipo autónomo, endócrino y acaso inmune, dando lugar a la liberación de sustancias endógenas diversas; hormonas de distinta clase, endorfinas, neuropéptidos, etc. Estas sustancias serían las responsables de los cambios experimentados en la respuesta placebo como ser la analgesia, la sedación o, por el contrario, la excitación. En este sentido la experiencia fenoménica de la respuesta placebo no supondría únicamente una percepción deformada o ilusoria de un estado de mejoría o empeoramiento, sino verdaderos cambios biológicos en el organismo, "disparados" por cambios anímicos o cognitivos previos.

4. Por último, los procesos interpersonales que tienen lugar durante la relación terapéutica —y que serán discutidos en la próxima sección— constituyen el marco en el que la respuesta placebo se desenvuelve y son determinantes para la misma. En buena medida, la respuesta placebo refleja los avatares de esa relación: sus aspectos positivos y negativos, los mensajes explícitos e implícitos, los significados y fantasías generados en ella.

Para finalizar es necesario remarcar que aun cuando hablemos de efectos inespecíficos esto no implica necesariamente que sean incontrolables o impredecibles; si sabemos que el efecto placebo depende de aprendizajes previos, de expectativas generadas, de la relación terapéutica, etc., nuestro desempeño con relación a esos elementos influirá en las características de los efectos aparecidos y los mismos podrán ser utilizados terapéuticamente.

Relación terapéutica y significado del mensaje farmacológico

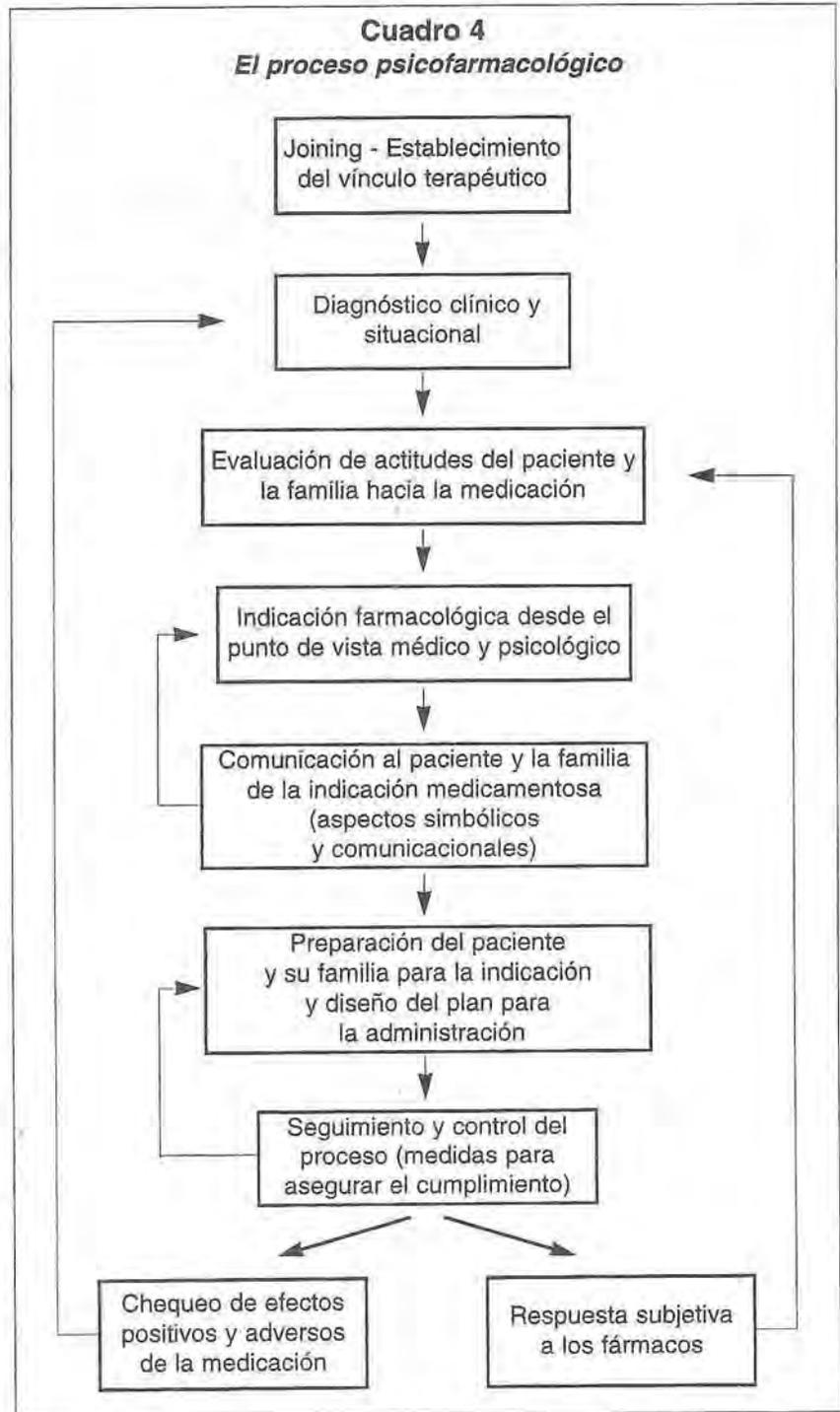
Es claro que el acto de medicar es parte del contexto más amplio de la relación terapéutica, en la cual sabemos se involucran numerosos aspectos personales e interpersonales. La figura del médico o terapeuta promueve imágenes y sentimientos variados: deseos, fantasías y expectativas son depositadas sobre su persona por el paciente. A su vez su estilo personal, su lenguaje y sus reacciones emocionales comunicarán sutilmente al paciente sobre sus propios procesos internos, pensamientos y vivencias⁶. La confianza, la motivación y el compromiso con el tratamiento dependen por cierto de los estados del paciente, pero al mismo tiempo reflejan la trama de mensajes que se intercambia en la relación; estos mensajes —que se emiten desde el primer contacto interpersonal y que son muchas veces implícitos e indirectos— pueden por sí solos aumentar la ansiedad del paciente o disminuirla, crear expectativas o reducirlas, sugerir conductas de cambio o coartarlas, etc.

En este contexto comunicacional, entonces, la medicación en sí misma puede ser entendida como un mensaje no verbal que conlleva diferentes significados (5, 6) dependiendo del tipo de relación establecida, de los factores cognitivos antes reseñados (ver *Creencias y actitudes...*) y de las características de personalidad del sujeto (Cuadro 3).

En el ámbito interpersonal, especialmente, la prescripción constituye un mediador de la relación terapéutica y arrastra las cualidades de esta última. Una valoración positiva del médico llevará a una disposición beneficiosa para la medicación, expectativas favorables y una mayor probabilidad en cuanto al seguimiento de las indicaciones. A la inversa sucederá cuando la relación es valorada en forma negativa, la cual llevará a actitudes de recelo y desconfianza hacia la medicación y falta de compromiso con las indicaciones y el tratamiento en general. Del mismo modo, rasgos de personalidad opuestos pueden llevar a un paciente a percibir la droga como un signo de fragilidad o un desafío a su suficiencia y capacidad de afrontamiento y a otro pa-

ciente a sentirse aliviado por recibir un paliativo o un elemento de soporte y contención. Por cierto que las posibles significaciones a este nivel son innumerables y requieren un rastreo detallado en cada caso. Pero además de la significación que conlleva el medicamento como mensaje en sí mismo, éste siempre se acompaña de otros mensajes verbales asociados que constituyen el *marco comunicacional* de la prescripción (Cuadro 3).

Éste abarca, inicialmente, la forma en que es presentada la indicación al paciente, su justificación —en términos de motivos y objetivos— y la explicación de procedimientos y del plan de administración. De manera más general y prolongada supone un *proceso de negociación continuo* que implica una participación mayor del consultante en la toma de decisiones. Requerir la *opinión explícita de los consultantes, discutir los pro y los contra de cada posibilidad y buscar el consentimiento de la indicación* serían algunos de los pasos para lograr un proceso compartido. Asimismo, la *discusión de las metas terapéuticas y de la relación costo-beneficio de la indicación* desde el punto de vista del consultante constituye una etapa de especial importancia. Es claro que, hasta las generaciones actuales, los psicofármacos presentan en general un rango variado de eficacia para los diferentes trastornos que nunca es total; al mismo tiempo todos ellos arrastran efectos secundarios más o menos indeseables y riesgos en su uso. Por lo tanto, buscar el éxito clínico desde el punto de vista psicopatológico a cualquier costo es obviar el hecho de que el balance entre las ventajas y desventajas en la práctica no es absoluto. Por ejemplo, ¿los efectos adversos de una droga son justificados para el consultante en función de los resultados? ¿Son dichos efectos adversos más molestos para la vida cotidiana del paciente que los propios síntomas? ¿Acaso otro fármaco menos eficaz desde el punto de vista de los síntomas pero con menos efectos secundarios sea preferible para un mejor funcionamiento social o laboral? La persistencia de los síntomas o su eliminación no puede ser el único criterio para evaluar la prescripción, por cuanto en mayor o menor medida parte de esos trastornos han de permanecer en muchos casos y even-



tualmente puede ser mucho más útil entrenar al paciente en el manejo de esos síntomas que aumentar las dosis o emplear drogas con otras consecuencias inhabilitantes.

En resumen, *integrar al paciente y su familia en las decisiones y adoptar el punto de vista de los mismos para establecer las metas y evaluar los resultados* pueden resultar alternativas para mejorar el cumplimiento de las terapéuticas, favorecer los efectos positivos inespecíficos de la relación terapéutica y a la vez establecer una comunicación dirigida a la persona y no a la patología.

El proceso psicofarmacológico ampliado y las intervenciones psicológicas

Los temas discutidos hasta aquí obligan a contemplar las variables psicológicas como parte integral del procedimiento de la indicación farmacológica y en tal sentido podemos hablar de un *proceso psicofarmacológico ampliado* (Cuadro 4). Cada una de las etapas que se presentan en dicho proceso requerirán intervenciones específicas y para este fin pueden ser útiles muchos conceptos y técnicas



considerados habitualmente como parte del área psicoterapéutica. A este respecto podemos agrupar los elementos más importantes en las siguientes categorías:

Creación del vínculo terapéutico. Inicialmente la meta principal de cualquier tratamiento es generar un contexto comunicacional de confianza y entendimiento. Para esto, al igual que en la psicoterapia, los elementos fundamentales son, por un lado, el espacio brindado al paciente para la presentación del problema —escuchar al paciente— y, por el otro, la *identificación* del lenguaje del mismo; entendiendo por tal, su modo de expresión característico: los términos utilizados, el tono, las figuras utilizadas, el nivel de abstracción, el estilo narrativo, etc. La elección de estos ítems permite al terapeuta adoptar el "código" del paciente, hablar su "lenguaje", y de este modo lograr una comunicación adecuada y continente.

Evaluación del paciente y su entorno desde el punto de vista psicológico. Sumada al diagnóstico clínico del trastorno o síndrome a medicar desde el punto de vista psiquiátrico, la *evaluación psicológica del paciente* incluye:

- la exploración de los factores que con anterioridad denominamos "cognitivos": las *actitudes del paciente y la familia hacia la medicación*, especialmente las experiencias previas en relación a los psicofármacos; en caso de no existir consumo previo es posible rastrear directamente la información que el paciente dispone de este tipo de medicamentos y cuál es su opinión, disposición o miedos acerca de su empleo. Estos elementos pueden ser relevados en forma oral durante la entrevista, mediante cuestionarios escritos o aplicación de escalas;
- la *identificación de la posición del paciente frente al problema y el*

tratamiento, o sea su modo de presentarse (en forma espontánea o traído por terceros), el grado de conciencia del problema, el nivel de estrés, el sentido de agencia (actividad/pasividad), la motivación para el cambio y su postura frente al terapeuta (colaboración, desafío, oposiciónismo, pedido de ayuda, demanda, etc.); la identificación de este posicionamiento permite regular aspectos de la relación terapéutica. Así, frente a un paciente oposiciónista o desafiante será aconsejable el empleo de técnicas o intervenciones paradójales o indirectas; por su parte, un paciente excesivamente pasivo requerirá tareas o indicaciones que lo comprometan activamente con el seguimiento del tratamiento, etc.;

- *evaluación del medio de pertenencia* —sistema familiar y redes interpersonales— en cuanto a su disponibilidad, capacidad de contención del paciente, nivel de organización, tolerancia al estrés, etc.

Es claro que muchos de estos elementos no forman parte o no están directamente relacionados con el *target* de la medicación, pero inciden en el resultado de ésta y constituyen los recursos y los obstáculos para el tratamiento. La elección del fármaco, por supuesto, responderá principalmente al síndrome o trastorno diagnosticado, pero además deberá tomar en cuenta todos estos factores de acuerdo al *perfil* de cada paciente.

Comunicación de la indicación. La forma en que es presentada la indicación al paciente (y acaso a su familia) afectará en buena medida el significado atribuido al medicamento, así como la eventual aceptación o rechazo del mismo. En tal sentido, la mayoría de las investigaciones y la literatura referentes a la aceptación y cumplimiento de indicaciones médicas y psicoterapéuticas (10, 11, 25, 27) sugieren los siguientes parámetros en lo que respecta a las características comunicacionales de la indicación:

- las indicaciones deben formularse de manera clara y precisa, en términos comprensibles y adecuados al *lenguaje* del paciente, al que antes nos referimos;
- deben acompañarse de motivos y fundamentos consistentes para su implementación, y espe-

cialmente *debe aparecer en forma clara a los ojos del paciente la conexión entre la indicación y el problema o queja explícita que lo preocupa* (y que no siempre coincide con el problema que preocupa al médico o terapeuta tratante o a los allegados del paciente);

- por último, como ya mencionamos, el paciente debe estar involucrado en el proceso de decisión de la indicación, pues a mayor participación en la elección y programación del tratamiento, mayor satisfacción con el mismo y mayor cumplimiento.

En cuanto a sus fundamentos, la indicación es acompañada usualmente de una explicitación de los *motivos* médicos para el consumo del fármaco; por lo general, aliviar, suprimir o prevenir síntomas específicos o un conjunto de éstos que conforman el cuadro o la queja del paciente (reducir la ansiedad, favorecer el sueño, controlar obsesiones, etc.). A estos motivos primarios, es posible adosar asimismo motivaciones más generales de orden psicológico, al modo de una *reformulación* psicoterapéutica. Así la droga puede ser presentada como una herramienta que puede permitir la expresión de capacidades o habilidades propias del individuo contrarrestando estados de inhibición, o favorecer las condiciones personales para enfrentar y resolver en forma activa situaciones problemáticas, por ejemplo, disminuyendo sensaciones de angustia que entorpecen la reflexión y la toma de decisiones. Este tipo de reformulaciones presenta la ventaja de hacer hincapié en los *recursos* de la persona y no en sus defectos o faltas, cosa que sucede cuando el fármaco es presentado como "la solución" para un problema o queja determinado; en este último caso, el cambio es depositado en las pastillas, reforzando la dependencia de factores externos a la persona y la sensación de ineptitud. Cuando el fármaco es presentado dentro de una reformulación que tiene en cuenta factores y recursos personales en la resolución de los conflictos, entonces, el cambio es producto de las acciones de mejoría del individuo, dentro de las cuales la toma del fármaco es una de ellas. Cuando existiera un proceso psicoterapéutico simultáneo, los aspectos

trabajados en el mismo serán de utilidad al momento de comunicar y discutir la indicación y a la vez el espacio psicoterapéutico permitirá seguir de cerca las repercusiones subjetivas de la misma.

Preparación del paciente y la familia para la administración.

Una parte fundamental de la preparación para la implementación de la terapéutica farmacológica es la transmisión de información pertinente sobre el tratamiento a llevarse a cabo. Esta etapa psicoeducativa abarca dos aspectos: por un lado la información sobre la medicación y por el otro la información sobre el cuadro psicopatológico a tratarse.

La información sobre la medicación incluye:

- *Los efectos terapéuticos de la droga y tiempos de acción*, o sea a qué tipo de síntomas está dirigida o qué tipo de resultados se esperan y cuándo comienzan a manifestarse; asimismo, qué tipo de síntoma o resultado no está cubierto por ese medicamento;

- *Los efectos colaterales*: cuáles pueden aparecer y cuándo; cómo reconocerlos y distinguirlos de los síntomas propios del cuadro de base; cuánto pueden prolongarse; cuáles son sus riesgos, y qué tipo de acción llevar a cabo;

- *Las instrucciones para su implementación*: cómo y cuándo debe ser tomada la droga, cuánto dura-

rará el tratamiento, qué tipo de estudios complementarios debe realizarse en caso de necesidad;

- *Advertencias*: interacciones con otras drogas o sustancias (alcohol, por ej.), consecuencias de la discontinuación del tratamiento, dosis máximas y riesgos de toxicidad.

La información básica sobre el cuadro psicopatológico consiste en:

- Descripción de los signos y síntomas del trastorno.

- Evolución, pronóstico y duración del tratamiento.

- Causas y factores incidentes en el curso.

Ambas clases de información pueden suministrarse en forma oral durante las entrevistas con el psiquiatra, en forma escrita mediante folletos preparados *ad hoc* o a través de programas psicoeducativos especialmente diseñados⁷.

Los estudios acerca de la transmisión de información en consultas médicas(7, 19, 20) sugieren una serie de datos a tener en cuenta:

- La cantidad de información médica recordada a corto plazo tras una consulta, generalmente varía en un rango que va del 40 al 60%;

- Cuanto mayor es la cantidad de información ofrecida mayor es la proporción de información olvidada;

- Los pacientes recuerdan especialmente lo que se les comunica en primera instancia y lo que re-

cortan como importante desde su punto de vista;

- La información estructurada o categorizada es recordada en mayor proporción que la información desestructurada;

- Los pacientes moderadamente ansiosos recuerdan más que los pacientes altamente ansiosos.

Estos datos permiten enumerar un conjunto de lineamientos posibles:

- Utilizar un lenguaje accesible al paciente o su familia, evitando términos de la jerga médica que no fueran imprescindibles;

- Enfatizar la información clave;

- Apelar a metáforas o analogías para simplificar las explicaciones;

- Transmitir instrucciones específicas y precisas y no generales;

- Brindar información importante en forma escrita;

- Requerir del paciente la repetición de las indicaciones con sus propios términos.

En el caso de la medicación psiquiátrica la selección de la información pertinente es un punto de importancia. La reacción de diferentes pacientes a un mismo tipo de información puede ser muy variable(26); por ejemplo la información sobre los efectos adversos puede generar respuestas de angustia o autoinducción anticipatoria en pacientes sugestionables o somatizadores, mientras que en otros pacientes permite normalizar y atenuar las reacciones nerviosas frente a su aparición. De modo tal que será necesario seleccionar la información a transmitir según el problema presentado, las características de personalidad y las dificultades previstas en cada caso para evitar los efectos negativos de la propia información.

En esta etapa se considerarán asimismo las capacidades de autoorganización del individuo: ¿es éste capaz de autoadministrar su medicación? Este hecho dependerá de una serie de elementos, a saber: la conciencia de enfermedad y situación del paciente, el grado de orientación témporo-espacial y el funcionamiento adecuado de los sistemas de atención y memoria (aspectos fundamentales para el seguimiento del calendario de dosis), el nivel de coherencia conductual y la conservación del impulso volitivo. Por otro lado es necesario evaluar hasta qué punto



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PRIVADA MODELO

DEL SOL

Director: Dr. William David Moreno

Asistencia

Docencia

Investigación

Comunidad Terapéutica

Psiquiatría Dinámica

Chacabuco 770, (1704) Ramos Mejía, Pcia. de Buenos Aires
Tel.fax: (01) 656-4891 - 654-6989/5265

existen *riesgos* derivados del propio trastorno para el correcto uso de la medicación –básicamente rechazo a la misma, riesgo de sobredosis o intoxicación, uso discrecional y dependencia– especialmente en casos con ideación delirante de carácter paranoide o conducta desorganizada, ideación suicida o intentos de autoagresión, impulsividad y abuso de sustancias. Cuando existiera en cualquiera de estos casos un impedimento para la autoadministración, se buscará la integración del sistema familiar para cubrir o supervisar dicha tarea, cuando éste estuviera disponible y fuera evaluado adecuadamente como recurso para cubrir estas dificultades; lo cual no siempre es el caso; por ejemplo, familias dispersivas o abandonicas⁸. Cuando la administración del fármaco dependiera de uno o más familiares es necesario delimitar y explicitar de la forma más precisa posible las tareas a cumplir por cada uno de ellos, lo cual puede también formularse por escrito.

Evaluación y seguimiento Además de la preparación previa para la realización del plan terapéutico existen una serie de procedimientos de índole instrumental que refuerzan el cumplimiento y la eficiencia durante la ejecución del mismo.

Medidas para el cumplimiento:

- Simplicidad y ajuste del plan

de medicación al funcionamiento cotidiano del paciente y su familia.

- Automonitoreo mediante el registro escrito de las tomas por parte de los pacientes en grillas de seguimiento u otras formas de anotación.

- Empleo de métodos recordatorios: carteles, calendarios, etc.

- Organizadores para las pastillas: cajas o *dispensers* para evitar confusiones entre diferentes medicamentos.

- *Feedback* periódico con el equipo terapéutico: a saber, consultas frecuentes de control, chequeo telefónico del seguimiento del plan terapéutico o visitas domiciliarias.

Por último, un elemento de la mayor importancia para el resultado de la terapéutica es la forma en que son percibidos por el paciente y su entorno los efectos de la medicación. Como ya dijimos, el hecho de que los efectos colaterales sean percibidos antes que los efectos terapéuticos o bien que les sea prestada mayor atención, atenta contra el éxito del tratamiento doblemente, en tanto facilita las conductas de abandono a la vez que desmoraliza al paciente. Por lo tanto una vez iniciada la administración es fundamental por parte del clínico el *monitoreo preciso de resultados* y la comparación con los efectos percibidos por el paciente. Como mencionábamos al discutir el efecto placebo, el acto de anticipar y normalizar como parte del proceso te-

rapéutico los efectos colaterales –que son de hecho un indicador temprano de la absorción del fármaco– y de remarcar *explícitamente los primeros efectos terapéuticos aparecidos* permitirá focalizar la atención del paciente en los cambios positivos y reforzarlos.

Conclusión

Considerar el proceso farmacológico en un sentido amplio permite integrar un conjunto de variables que, lejos de ser circunstanciales, influyen en mayor o menor medida en la eficacia clínica en todos los tratamientos que incluyen la medicación como herramienta terapéutica, siendo en muchos casos decisivas. Estas variables pueden ser estudiadas en forma sistemática como otras partes del tratamiento y pueden ser manipuladas voluntariamente para favorecer el éxito del procedimiento, y es de esperar que en el futuro se desarrolle con mayor impulso esta área. Asimismo, la investigación y la práctica relacionadas con estos temas tienen más de un punto de entronque con el ejercicio de la psicoterapia desde un punto de vista científico, lo cual redundará en una mayor integración del campo de la atención en Salud Mental y permite comenzar a pensar en programas de intervención más coherentes, abarcativos y eficaces para las diferentes patologías ■

Notas

1. Quizás no sería del todo aventurado especular sobre el impacto en variables estrictamente biológicas de aquellas intervenciones que llamamos psicológicas, pero tal empresa escapa a los fines de este escrito.

2. En la literatura psiquiátrica este problema es designado por el término inglés *compliance* que puede ser definido como la razón entre una conducta de tratamiento observada y los estándares de tratamiento determinados.

3. De hecho, algunos autores objetan el término *compliance* por entender que connota una relación autoritaria y no una relación colaborativa. El término *adherence* fue propuesto para reemplazarlo y enfatizar el rol activo del paciente y su medio (Baldessarini, 1994).

4. Existen evidencias de una respues-

ta similar en el caso de drogas antidepresivas (Pribe, 1987).

5. En un hospital psiquiátrico estatal de los EE.UU.

6. Los aspectos conscientes e inconscientes que en ambas partes despierta esa relación son habitualmente englobados por los conceptos freudianos de transferencia y contratransferencia genéricamente utilizados.

7. En estos programas generalmente por medio de reuniones grupales de pacientes o familiares se abordan estos temas de manera más intensiva como es el caso de patologías específicas (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, etc.) (Leff, 1994; Gosldstein, 1994; Greenberg, 1988)

8. Este conjunto de información, como

decíamos antes, influirá por cierto en la indicación. Según esta idea, ciertos medicamentos complejos en su administración o que requieran exámenes complementarios serían evitados en pacientes y familias con dificultades para organizarse o baja motivación y nivel de compromiso; la elección de drogas de depósito (*depot*) también puede ser indicada ante la posibilidad de baja *compliance*; la incidencia de efectos colaterales podría ser obstáculo con pacientes que han presentado reacciones de rechazo en anteriores experiencias o que se muestran en una posición crítica frente al tratamiento; por lo demás, el riesgo de uso de ciertas drogas podría tornarlas difíciles de manejar con pacientes cuyas conductas de autocuidado estén en duda o directamente atenten contra su integridad, etc.

Referencias bibliográficas

1. Angermeyer, M. C. et al., Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994; 89 (suppl. 382): 39-45.
2. Awad, G., Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 19, N°3, 1993.
3. Awad A., y Hogan, T. P., Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, 89 (suppl. 380): 27-32.
4. Baldessarini, R., Enhancing treatments with psychotropic medicines. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 58, No.2 (Spring 1994).
5. Barsky, A., Nonpharmacologic aspects of medication. *Arch. Intern. Med.*, Vol. 143, Aug 1983.
6. Besancon, G., Les images du médicament. *Psychologie Médicale* 1990, 22, 6: 476-480.
7. Bradshaw P. W., Ley P., Kincey J. A., Recall of medical advice: comprehensibility and specificity. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 1975 Feb;14(1):55-62
8. Burunat, E. et al., El efecto placebo en psiquiatría: evidencias y perspectivas. *Psiquis* 133/87 (Volumen VIII).
9. Clary, C. et al., Psychiatric inpatients' knowledge of medication at hospital discharge. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 43, N° 2, February 1992.
10. Conoley C. W. et al. Predictors of client implementation of counselor recommendations: match with problem, difficulty level, and building on client strengths. *Journal of Counseling Psychology*, 1994, Vol. 41, N°1, 3-7.
11. Di Matteo M. R., Hays R. D., Prince L. M., Relationship of physicians' non-verbal communication skill to patient satisfaction, appointment non-compliance, and physician workload. *Health Psychol.* 1986;5(6):581-594
12. Dinnerstein, A., y Halm, J., (1970), Modification of placebo effects by means of drugs: Effects of aspirin and placebos on self-rated moods. *J. of Abnormal Psychology*, 75, 308-314.
13. Festinger, L. A., *Theory of cognitive dissonance*. Nueva York, Harper and Row, 1957.
14. Fleischhacker, W.W. et al., Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994; 89 (suppl. 382): 11-15.
15. Geller J. L., State hospital patients and their medication: do they know what they take? *Am. J. of Psychiatry* 139, 1982, 611-615.
16. Hogan T. P., Awad, A. G., Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. *Psychol. Med.* 1992; 22:347-352.
17. Hogan T. P. et al., A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative ability. *Psychological Medicine*, 1983, 13: 177-183.
18. Kissling, W., Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994; 89 (suppl. 382): 16-24.
19. Kravitz R. L., Hays R. D., Sherbourne C. D., Di Matteo M. R., Rogers W. H., Ordway L., Greenfield S., Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch. Intern. Med.* 1993 Aug 23;153(16):1869-1878
20. Ley P., Memory for medical information. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 1979 Jun;18(2): 245-255
21. Lin, K., Poland R. y Anderson, D., Psychopharmacology, Ethnicity and Culture, *Transcultural Psychiatric Research Review* 32 (1995).
22. Lurie, S., Placebo effects and antidepressant medication: implications for research and clinical care. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 60, No.1 (Winter 1996).
23. Quitkin et al., Different types of placebo response in patients receiving antidepressants. *Am. J. of Psychiatry* (1991), 148, 197-203.
24. Ruscher, S. et al., Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services*, January 1997, Vol. 48, N°1.
25. Sarafino, E., *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: Wiley, 1994.
26. Stagnaro, J. C., Aspectos psicodinámicos del tratamiento psicofarmacológico. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* Vol. 5, suplemento 1: 27-30, 1994.
27. Startup m. et al., Compliance with homework assignments in cognitive-behavioral psychotherapy for depression: relation to outcome and methods of enhancement. *Cognitive Therapy and Research*, 1994, Vol. 18, N°6, 567-578.
28. Strauss, J. et al., Placebo effects: Issues for clinical practice in psychiatry and medicine. *Psychosomatics*, vol. 37, 4, July-August 1996.
29. Tempier, R., Long-term psychiatric patients' knowledge about their medication. *Psychiatric Services*, December 1996 Vol. 47 N° 12.
30. Van Putten, T., y May, P. R. A., Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1978, 35: 477-480.
31. Van Putten, T., et al., Subjective response to antipsychotic drugs. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981, 38: 187-190.

Bibliografía

- Besse, P. et al., Singularité de la relation "médecin-malade" via le lithium. *Psychologie Médicale* 1990, 22, 6: 525-526.
- Bond W. S., Hussar D. A., Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am. J. Hosp Pharm.* 1991 Sep;48(9):1978-1988
- Buckalew L. W. & Sallis R. E., (1986) Patient Compliance and medication perception. *J. Clinical. Psychology.* 42(1):49-53.
- de Vries T. P. G. M., Henning R. H., Ho-

gerzeil H. V., Fresle D. A., Guide to good prescribing. WHO Action Programme on Essential Drugs, Geneva, Switzerland, 1994.

- Di Matteo M. R., Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA* 1994 Jan 5;271(1):79
- Draine, J. et al., Explaining attitudes toward medication compliance among a seriously mentally ill population. *The Journal of nervous and mental disease*, 1994, Vol. 182, N°1, 50-54.
- Favrod, J. et al., L'éducation au traitement neuroleptique peut-elle réduire les coûts? Une évaluation pilote. *L'encephale*, 1996; XXII: 331-6.
- Frati, M. et al., Reflexiones acerca de los abordajes terapéuticos. *Psiquiatría Biológica: aportes argentinos*, N°3, 1995.
- Goldstein, M. J., Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994; 89 (suppl. 382): 54-57.
- Goulet, J. et al., Effets d'une éducation au traitement neuroleptique chez des jeunes psychotiques. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1993, Vol. 38, N°8
- Greenberg, L. et al., An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families in an acute care setting. *Hosp. & Comm. Psychiatry*, March 1988, Vol. 38, N°3, 277-282.
- Jensen, M. et al., Motivation and expectancy factors in symptom perception: a laboratory study of the placebo effect. *Psychosomatic Medicine* 53: 144-152, 1991.
- Keh-Ming, L. et al., Psychopharmacology, ethnicity and culture. *Transcultural Psychiatric Research Review* 32 (1995).
- Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B., David A., Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 1996 Feb 10;312(7027):345-349.
- Kleinman, I. et al., Effectiveness of two methods for informing schizophrenic patients about neuroleptic medication. *Hosp & Comm Psychiatry*, Dec. 1993, Vol. 44, N°12.
- Lachaux, B., Le placebo dans le cadre de la prescription médicamenteuse: panacée ou psychotrope? *Psychologie Médicale* 1990, 22, 6: 491-495.
- Lecompte, D. et al., Le comportement "médecin-malade" dans le monitoring pharmaco-thérapeutique des patients schizophrènes ambulatoires. *Psychologie Médicale* 1990, 22, 6: 527-529.
- Leff, J., Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164 (suppl. 23), 71-76.
- Ley P., Satisfaction, compliance and communication. *Br. J. Clin. Psychol.* 1982 Nov;21(Pt 4):241-254
- Marie-Cardine, M., La relation "médecin-malade" a travers le médicament - Rapport introductif. *Psychologie Médicale*, 1990, 22, 6: 471-475.
- Priebe, S., Early subjective reactions predicting the outcome of hospital treatment in depressive patients. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1987, 76: 134-138.

Evolución de los antidepresivos

Rodolfo Zaratiegui

Vicepresidente del Capítulo de Psicofarmacología de APSA. Docente de FUNDOPSI. Director del Centro de Estudios y Tratamientos en Psicofarmacología Clínica PSINAPSYS. Calle 6 N° 115 - 1900 - La Plata - TE: (021) 25-7053

El campo del tratamiento farmacológico de los trastornos mentales es cada vez más variado y más complejo. En los últimos años se vienen sucediendo, en una forma acelerada, presentaciones de novedosos psicofármacos. Mecanismos de acción más selectivos o más específicos se anuncian como una ventaja o bien como una desventaja; las farmacodinamias de las acciones terapéuticas se van desvinculando, aunque no del todo, de las correspondientes a los efectos colaterales. Poco tiempo atrás la propaganda de las compañías farmacéuticas enfatizaba la "pureza" de los mecanismos de acción de los antidepresivos. Ahora se empiezan a resaltar mecanismos "duales", "mixtos", etc., por lo que un análisis superficial podría concluir en que se está volviendo a las drogas "sucias" del principio. Esto está bastante alejado de la realidad,

pero ¿de qué manera orientarse? El presente artículo pretende contribuir a esclarecer los aspectos evolutivos de los antidepresivos, cuáles son las tendencias del desarrollo, qué es lo que es útil conocer de los antidepresivos actuales y qué puede esperarse del futuro inmediato de seguirse estas evoluciones.

Cada vez que uno trata de ubicarse en un tema, las orientaciones históricas enseñan muchas cosas. Si se repasa la historia de los antidepresivos con un cierto criterio, teniendo en cuenta los farmacodinamismos que hoy se conocen, se puede ir compaginando una serie de grupos de antidepresivos, predecir el tipo de efectos que van a tener e ir entendiendo hacia dónde van dirigidos los modernos diseños de drogas. Se puede, en pocas palabras, resumir comprensiblemente el tema mismo de la farmacología de los antidepresivos.

Evolución de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Las acciones psicotrópicas de estos medicamentos fueron observadas inesperadamente por Seli-koff y colaboradores en 1952(45), quienes reportaron que los pacientes tratados de tuberculosis con iproniazida tendían a presentar euforia. Esto condujo a que Kline más tarde postulara sus propiedades antidepresivas(8)

Al tiempo, se vinculó la acción antidepresiva con su capacidad de inhibir la MAO y se desarrollaron consecuentemente nuevos compuestos dotados de la propiedad de inhibir dicha enzima, mientras la iproniazida era retirada del mercado por su hepatotoxicidad. Estos medicamentos se unen a la MAO en forma irreversible mediante enlaces covalentes, a la manera de lo que se llama un sus-

Resumen

La farmacología de los antidepresivos (ADs) parece compleja. Sin embargo, si se repasa la historia de los mismos teniendo en cuenta los farmacodinamismos que se saben hoy, se pueden ir compaginando una serie de grupos de drogas, predecir sus efectos y comprender las metas modernas del diseño de ADs. Los IMAO han evolucionado hacia la inhibición reversible de la MAO A. Los no IMAO han ido desde los tricíclicos clásicos a los ADs de "segunda generación", más seguros. Luego, aparecieron ADs selectivos y específicos, más seguros y mejor tolerados, los ISRS y otros. Más adelante se bifurca el camino: primero, combinando mecanismos terapéuticos para buscar una supuesta mayor efectividad ("IRSNA" y otros). Segundo, agregando acciones que buscan impedir efectos colaterales provocados por los mismos mecanismos de la acción terapéutica. Finalmente, se busca ambas cosas, más de una acción AD con bloqueo de los efectos adversos resultantes de la misma (ejemplo de los "NaSSA").

Palabras Clave: Antidepresivos - Mecanismo de acción - Efectos colaterales - Clasificación de los antidepresivos.

EVOLUTION OF ANTIDEPRESSANTS

Summary

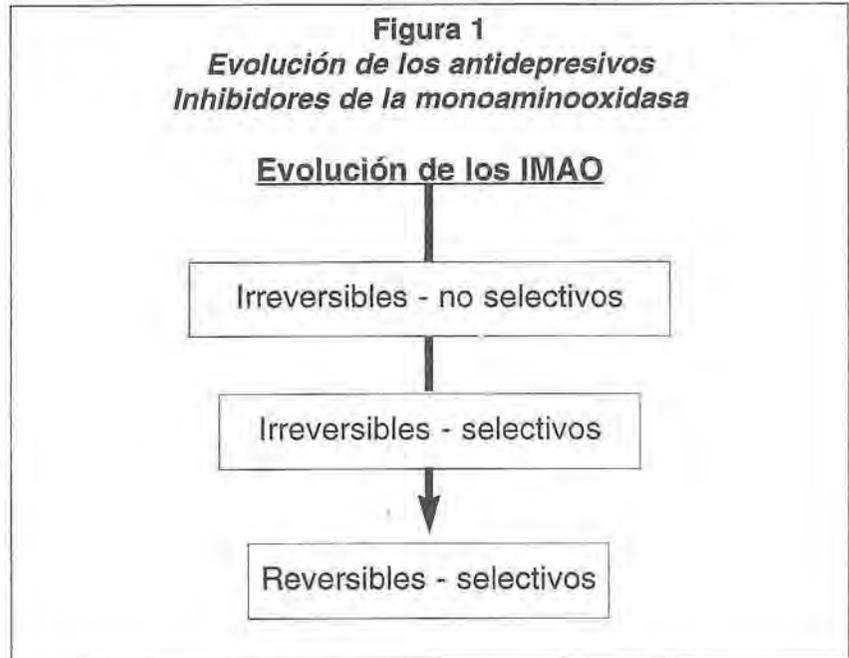
Evolution of Antidepressants. Pharmacology of Antidepressants (ADs) seems complex. However, we could look through AD development history from the point of view of our current knowledge of Pharmacodynamics. If we did so, we would be able to group ADs and predict their profiles. Also, to gain insight about the present goals of AD design. MAOI ADs have evolved selective and reversible MAO-A inhibitors. Non-MAOI drugs started on classical tricyclics. Safer "second generation" ADs followed them. Then, selective and specific medications appeared: SSRIs and others, even safer and better tolerated. One step ahead, the way to new developments seems to bifurcate. First, combining two mechanisms of action in search of more efficacy (SNRIs and others). Second, adding pharmacodynamisms aimed to overcome side effects induced by AD mechanisms themselves (i.e., nefazodone). Finally, newer drugs combine both features: more than one action plus blockade of adverse effects (i.e., "NaSSA").

Key Words: Antidepressants - Mechanisms of action - Effects induced - Clasificación of antidepressants.

trato suicida que la anula definitivamente. El organismo no puede disponer de nuevo de la enzima hasta tanto no la resintetize. Entre nosotros queda un solo representante de este grupo, la tranilcipromina.

Tiempo después de que la utilización de los IMAOs se difundiera, se descubrieron las reacciones hipertensivas ("síndrome del queso") ocasionadas por la interacción con ciertos alimentos ricos en tiramina. La MAO metaboliza a esta amina exógena que al ingresar en grandes cantidades es peligrosa para el organismo, ya que desplaza a la noradrenalina de las vesículas presinápticas y promueve su liberación masiva en los nervios periféricos, induciendo la crisis hipertensiva. Dado que la tiramina, generalmente producida por fermentación, está en alimentos tan comunes como el queso y en bebidas populares como la cerveza y algunos vinos, estos alimentos y bebidas, junto a una lista más o menos extensa de otros, deben prohibírsele a quienes reciben IMAO. La inhibición de esta vía del catabolismo de aminas simpaticomiméticas también fundamenta interacciones farmacodinámicas riesgosas con fármacos presores. Todas estas acciones no deseadas contribuyeron a la disminución del uso de los IMAO clásicos, así como a la necesidad de sintetizar derivados desprovistos de este tipo de interacciones.

En 1968 Johnston, trabajando con clorgilina, descubrió que la MAO tiene cuanto menos dos isoformas, A y B(24). La MAO A es la responsable de la desaminación de la noradrenalina y serotonina mientras que la forma B interviene en el catabolismo de la fenetilamina y benzilamina. Ambas tienen como sustrato a la dopamina y a la tiramina. El próximo paso fue entonces la búsqueda de medicamentos que inhibieran selectivamente a una de las formas de la MAO, por oposición a los IMAO clásicos que no resultaban selectivos. Esto permitió confirmar que la isoforma A es la necesaria para la acción antidepresiva. Los inhibidores selectivos de la MAO B no tienen problemas con las interacciones alimentarias pero tampoco tie-



nen propiedades antidepresivas, a menos que se utilicen a dosis tan altas que pierden su selectividad y por lo tanto su seguridad con la libre alimentación. Terminaron utilizándose a manera de coadyuvantes del tratamiento de la enfermedad de Parkinson, como en el caso de la selegilina. Por esas paradojas que de vez en cuando suceden, la inhibición de la MAO B no resultó ser finalmente el fundamento de su utilización, sino su capacidad antioxidante, pero se trata de otra historia. La clorgilina, IMAO A que nunca ingresó al mercado, resultó en cambio un antidepresivo eficaz.

Luego de las drogas irreversibles y selectivas (ver Figura 1), se lograron sintetizar los IRMA (por Inhibidores Reversibles de la Monoaminoxidasa A) que, además de ser selectivos, tienen menor afinidad por la MAO que la misma tiramina, de modo que al entrar ésta al organismo puede ser metabolizada tanto por la forma B de la MAO como desplazar al IRMA de la forma A y de esa forma ser catabolizada, impidiéndose la reacción hipertensiva. El representante en nuestro país de este grupo de IMAOs que son reversibles y selectivos es la moclobemida. El momento actual nos encuentra con discusiones sobre la efectividad de estas drogas con relación a los tratamientos más clásicos y a los nuevos fármacos no IMAO(17).

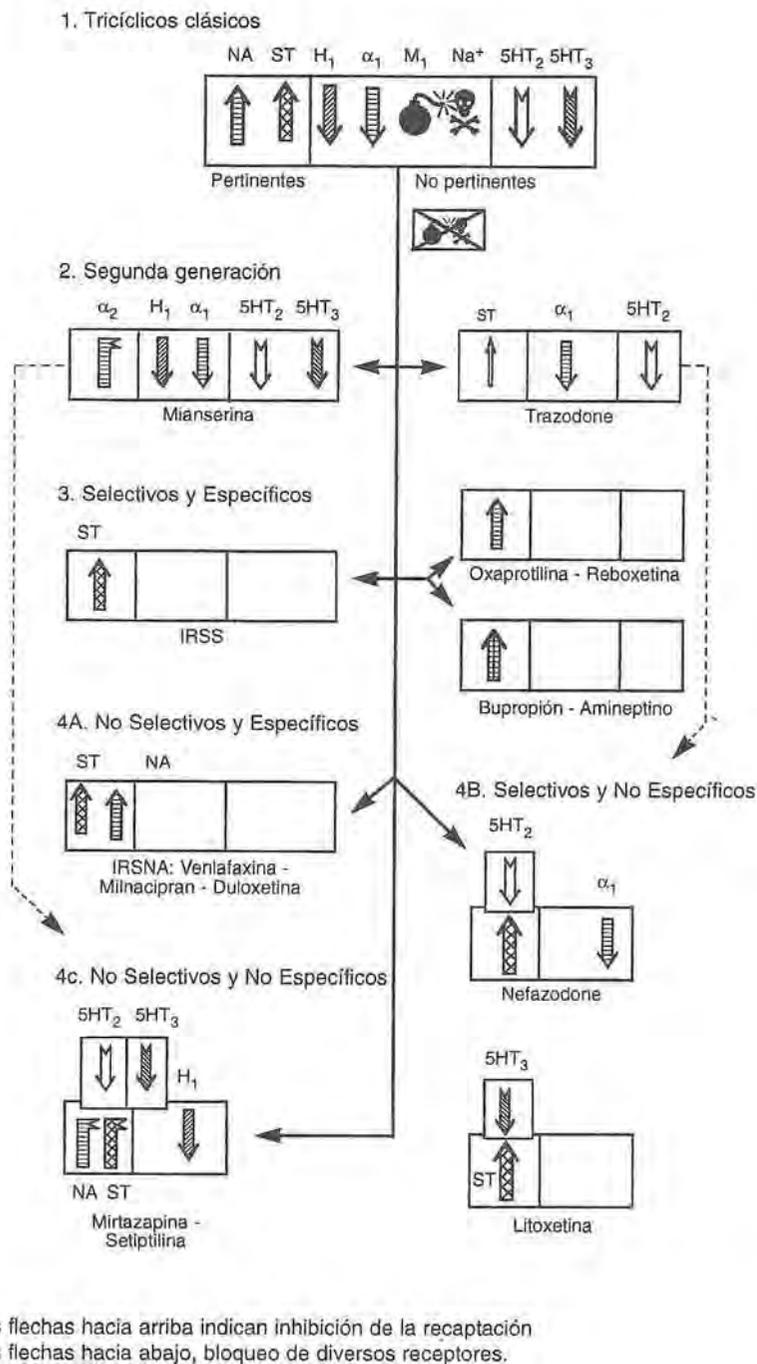
Evolución de los antidepresivos que no son IMAO

Antes de desarrollar el tema, es menester aclarar dos términos: "especificidad" y "selectividad". Han terminado siendo polisémicos, es decir que distintos autores los usan con significado diferente, sin que se haya llegado todavía a un acuerdo sobre su utilización. Esto inevitablemente se refleja en la literatura que reparten las compañías farmacéuticas como parte de su promoción, lo que induce a una mayor confusión al clínico práctico. Ante esta situación, para que una comunicación sea confiable debe indicarse expresamente qué se quiere decir cuando se apela al uso de dichos términos.

Las drogas en general tienen mecanismos de acción pertinentes a su clase, a lo que se espera que hagan, y otros que no lo son. Tomando como ejemplo los antidepresivos tricíclicos, vemos que por un lado tienen mecanismos pertinentes a la acción antidepresiva, como por ejemplo el bloqueo de la recaptación de noradrenalina y/o de serotonina. Pero también tienen acciones que no son pertinentes a su clase, no tienen relación con sus propiedades antidepresivas, fundamentando más bien los efectos colaterales.

Sobre la base de estas consideraciones defino el uso que se da a los términos en este artículo. Un antidepresivo es *específico* cuando sólo tiene farmacodina-

Figura 2
Evolución de los antidepresivos no IMAO



mismos pertinentes a la acción antidepresiva. No actúa en receptores que conducen a acciones no antidepresivas, caso por ejemplo del bloqueo del receptor H₁, que induce sedación. Es selectivo cuando, de entre todos los mecanismos pertinentes, su acción primaria es en uno solo de ellos, por ejemplo la inhibición del transportador de serotonina (es, en este caso, selectivo para serotonina).

Primer paso: tricíclicos clásicos. Ni específicos ni selectivos

En la Figura 2 se aprecia un esquema que representa a los tricíclicos clásicos, descubiertos casi contemporáneamente a los IMAO. Su descubrimiento también se produce de casualidad, en medio de la búsqueda de drogas tricíclicas, similares a las fenotiazinas, que fueran activas en enfermos esquizofrénicos. La imipramina probó ser un mal antipsicótico, pero se le obser-

vó acción antidepresiva, dando comienzo al grupo de los antidepresivos tricíclicos. Los efectos antidepresivos de la imipramina fueron presentados por primera vez en el Segundo Congreso Mundial de Psiquiatría en Zurich, ante una audiencia ¡de 12 personas!(27).

Todo descubrimiento casual de una acción farmacológica conduce generalmente a una consecuencia natural, la aparición de drogas "sucias". Normalmente ese descubrimiento se da en fármacos que tienen efectos múltiples como la iproniazida que además de antituberculoso resultó antidepresivo. Los tricíclicos tienen muchas acciones además de las antidepresivas propiamente dichas. En la Figura 2 se ven representadas las más importantes, como el bloqueo de los receptores H₁, α₁, M₁ y de los canales rápidos de sodio.

La interferencia al receptor histaminérgico H₁ está relacionada con el aumento de peso y genera sedación y somnolencia. Es el fundamento de una interacción farmacodinámica importante, como es la potenciación con las drogas depresoras centrales, entre las cuales se destaca por supuesto el alcohol, de amplio uso entre las personas con desórdenes afectivos.

El bloqueo del receptor adrenérgico α₁ puede producir hipotensión postural, taquicardia refleja, mareos, sedación, somnolencia, así como justificar interacciones con algunos fármacos antihipertensivos de vieja generación, como el prazosin y el terazosin.

El bloqueo del receptor muscarínico M₁ origina los llamados efectos anticolinérgicos, por lo que aparecen quejas de boca seca, visión borrosa, constipación. Puede acarrear taquicardia sinusal y retención urinaria, empeorar el glaucoma de ángulo estrecho. Sumando la posibilidad de inducir delirium, hecho particularmente frecuente en las personas afeadas, nos encontramos frente a algunas facetas riesgosas que hacen que la represente con una bomba.

Además, comenzando a partir de concentraciones apenas superiores a los niveles plasmáticos terapéuticos, se inicia el efecto de bloqueo de los canales rápidos de sodio de las células excitables, entre las cuales están las células de Purkinje, sistema especializado que conduce el

impulso de la contracción a través del músculo cardíaco. La perturbación inducida en estas células produce una demora en la conducción intraventricular, lo cual a su vez resulta en la aparición de arritmias que pueden ser fatales. También se le llama efecto quinidínico y define a los antiarrítmicos de clase IA. Representado con la calavera, este efecto media nada menos que la letalidad en sobredosis, por detención del músculo cardíaco.

También hay otras acciones no pertinentes que en su tiempo no se conocían tanto, así por ejemplo el bloqueo de receptores como el $5HT_2$ o el $5HT_3$. De esa forma, los fármacos tricíclicos clásicos resultaban no específicos y burdamente no selectivos.

La cantidad de acciones farmacológicas que resultan de la poca especificidad de los tricíclicos puede ilustrarse tratando de simular las diversas acciones de la amitriptilina fabricando hipotéticamente una sola cápsula con compuestos específicos para cada una de ellas (Tabla 1). Habrá que utilizar difenhidramina como antihistamínico, trihexifenidilo como anticolinérgico central, y así sucesivamente ir mimetizando los diferentes efectos sobre el organismo hasta completarlos. Es como una polifarmacia dentro de una monodroga, quizás difícil de justificar en personas ancianas o debilitadas habiendo alternativas más puras.

Es importante reconocer estas

Droga	Proceso farmacodinámico
Difenhidramina	Bloqueo del receptor H_1
Trihexifenidilo	Bloqueo del receptor M_1
Desipramina	Inhibición de la recaptación NA
Sertralina	Inhibición de la recaptación ST
Ritanserina	Bloqueo del receptor $5HT_2$
Cimetidina	Bloqueo del receptor H_2
Prazosin	Bloqueo del receptor α_1
Yohimbina	Bloqueo del receptor α_2
Quinidina	Estabilización de la membrana

Las potencias relativas se representan de arriba hacia abajo, siendo el efecto antihistamínico el más potente. [Modificada de Preskorn(41)].

facetas farmacodinámicas para entender algunas interacciones; basta con imaginarse este cóctel sumado al "cóctel de la tioridazina" (Tabla 2) para comprender porqué es desaconsejable la asociación de estas dos moléculas en virtud de los riesgos potenciales, desde ya mucho mayores en una persona que se encuentra tomando otros fármacos, como es a menudo el caso de los pacientes con depresión.

Completando, la manera más actual de ver la complejidad de estas acciones es tomando en cuenta también que cada una de ellas tiene su propia curva dosis-respuesta o, por decirlo de forma más exacta, su propia curva concentración-respuesta. La Figura 3 muestra las di-

versas curvas de un tricíclico del tipo de las aminas terciarias. Se observa claramente que mucho antes de la acción antidepresiva este tricíclico se comporta como un antihistamínico, luego se encuentra la acción anticolinérgica, posiblemente también la curva "antipánico" aunque no ha sido representada en dicha figura. La toxicidad sobre los sistemas nervioso y cardiovascular tiene a su vez sus propias curvas, que han sido calculadas sobre la base de los reportes de toxicidad que incluían determinaciones de los niveles plasmáticos(38). También resulta visible que estos efectos tóxicos no requieren de concentraciones muy lejanas de aquellas necesarias para los efectos per-



INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Para una situación difícil **Tempora** es una Institución confiable

Dir. Gral.: **Dr. Felipe Diaz Usandivaras**
Dir. Médico: **Dr. César Luchetti**

Tempora
Card
Adhiérase

Hostal

Residencia Terapéutica Intermedia

Casa de mitad de camino

Un lugar donde vivir temporariamente sin estar internado, con la asistencia adecuada.
Para cuando no es conveniente vivir solo ni con la familia de origen.
22 años en el desarrollo de instituciones asistenciales intermedias

Consultorios externos
Programa: Adicciones - Bulimia y anorexia - Violencia familiar - Discapacidad

Soler 5951/61
1425 Capital Federal
Tel.: 771-8114 y Rotativas

Centro de crisis
Hospital de día

Tabla 2
Polifarmacia en una sola píldora: tioridazina

Droga	Proceso farmacodinámico
Trihexifenidilo	Bloqueo del receptor M ₁
Prazosin	Bloqueo del receptor α ₁
Difenhidramina	Bloqueo del receptor H ₁
Pimozida	Bloqueo del receptor D ₂
Yohimbina	Bloqueo del receptor α ₂
Quinidina	Estabilización de la membrana

Las potencias relativas se representan de arriba hacia abajo, siendo el efecto anticolinérgico el más potente. (Las determinaciones relativas pueden encontrarse en: Richelson E. Preclinical Pharmacology of Antipsychotic Drugs: Relationship to Efficacy and Side Effects. J. Clin. Psychiatry, Monograph Series 1994; 12(2):17-20).

tinentes, alcanza con aumentos de la concentración de tres a cuatro veces para entrar en "zona de riesgo". Otra enseñanza que puede extraerse de esta forma más moderna de representación de las acciones como curvas concentración-respuesta múltiples es que si se tiene un paciente con una dosis efectiva, como por ejemplo suficiente para alcanzar 200-250 ng/ml de concentración sanguínea, y la persona se queja de boca seca, está constipada, tiene visión borrosa, realmente no puede tolerar los efectos anticolinérgicos, la respuesta natural sería bajar la dosis, buscando una mejor tolerancia. Si se busca en el gráfico un punto de menor bloqueo muscarínico y a la concentración resultante se la relaciona con la curva del efecto antidepresivo, uno puede darse cuenta que a esa concen-

tración además de los efectos anticolinérgicos muy probablemente desaparecerán los antidepresivos.

Dicho en otras palabras, estas cuestiones suceden porque los fármacos tricíclicos tienen mecanismos pertinentes y no pertinentes, todos muy juntos entre sí.

La llamada "segunda generación"

Después de los tricíclicos aparecieron nuevos compuestos, los que en su tiempo se llamaron de segunda generación; también fueron descubiertos por casualidad o por razonamientos difíciles de justificar como el caso del trazodone(46), pero el hecho es que en los modelos animales cumplían con los predictores de acción antidepresiva y por eso se testearon en la

clínica. Me refiero al trazodone y a la mianserina.

Excluyo de este grupo a la amoxapina y a la maprotilina, que si bien son moléculas diferentes de los tricíclicos clásicos, comparten en general todas sus acciones farmacológicas, incluyendo las propiedades anticolinérgica y quini-dínica. La maprotilina es un tetracíclico desde el punto de vista bioquímico, pero se comporta en la práctica clínica como un tricíclico. Otras moléculas tricíclicas (como la sertralina y el citalopram) no tienen clínicamente nada que ver con las acciones de los fármacos que hemos denominado tricíclicos. Es por eso que para una mayor claridad hemos adjetivado a los primeros tricíclicos con el término "clásicos"(31).

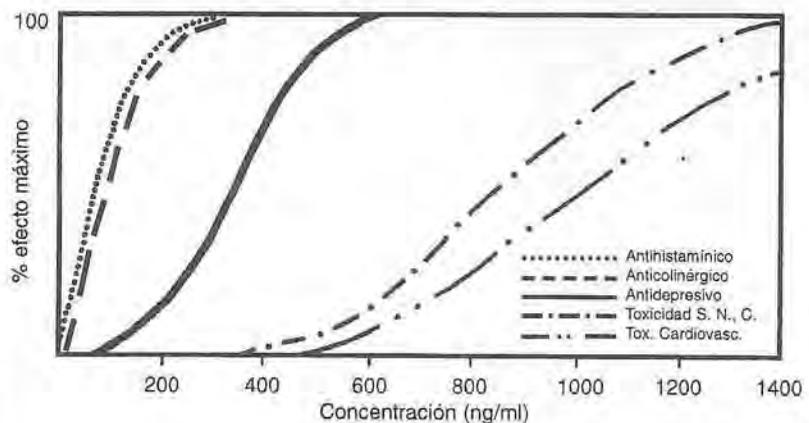
El gran avance de la así llamada segunda generación es que dejan de existir dos mecanismos no pertinentes a la acción antidepresiva: no son ni anticolinérgicos ni quini-dínicos (ver fig. 2). Esto significa algo muy importante: que mejora la seguridad de los fármacos; no sabemos si acrecienta la eficacia, pero mejora la seguridad. La indemnidad a la sobredosis es crucial para una población de enfermos cuya descompensación más seria es la conducta suicida. La menor letalidad por sobredosis de estas drogas se ve reflejada francamente en la Tabla 3, que muestra los índices de toxicidad fatal (ITF) de algunos antidepresivos. Se ob-

Tabla 3
Índice de toxicidad fatal de diversos ADs¹

Droga	ITF
Amoxapina	157,2
Desipramina	75,8
Nortriptilina	51,8
Amitriptilina	38,9
Imipramina	31,5
Trimipramina	13,9
Clomipramina	7,3
Trazodone	7,8
Mianserina	4,1
IRSS	2,0

1: Número de muertes por millón de prescripciones. Datos de Inglaterra, Gales y Escocia desde 1987 a 1992. Según Henry et al.(20)

Figura 3
Diversas curvas concentración- respuesta de los distintos mecanismos de acción de un tricíclico tipo amina terciaria



Tomado de Preskorn, 1996(40)

tienen en países que llevan registros serios, calculando la cantidad de muertos por sobredosis de un determinado fármaco por cada millón de prescripciones. El ITF bajo de la clomipramina se lo atribuye a su amplia difusión en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, de menor suicidalidad que la depresión.

El trazodone es un fármaco de acción serotoninérgica. Su capacidad de inhibir la recaptación de serotonina es insignificante *in vivo*, aunque a través de su metabolito principal la mCPP (metaclorofenilpiperazina), resulta agonista 5HT_{1A}, 5HT_{2C} y 5HT_{1D}. La mianserina inaugura un mecanismo de acción en agudo que es el bloqueo α_2 presináptico. Como dicho receptor normalmente inhibe la liberación de noradrenalina por parte del terminal presináptico, la mianserina "corta el freno" con el consiguiente aumento del aludido neurotransmisor en la hendidura sináptica.

Ambos tienen una serie de efectos no pertinentes que los hacen no específicos. Son bloqueantes α_1 , en especial el trazodone que es uno de los más potentes, así como 5HT₂. Sus efectos no pertinentes se pueden ver representados en los correspondientes gráficos de la Figura 2.

Una de las enseñanzas que nos ha dejado esta generación de drogas es que los métodos de investigación no siempre reflejan la realidad clínica que enfrentamos cotidianamente en nuestros consultorios. En la Tabla 4 puede apreciarse un metanálisis de los estudios de trazodone en donde se muestra que prácticamente no hay diferencia cuando la droga de comparación es un antidepresivo tricíclico. Sin embargo nuestra experiencia en el consultorio —y los expertos, en los libros de texto— nos dicen que el trazodone quizás no sea tan potente(4). Esto nos puede estar mostrando que muchas veces estas investigaciones no son lo suficientemente sensibles para detectar diferencias pequeñas, pero también nos muestra una realidad innegable: el mundo del estudio es muy distinto al mundo cierto del consultorio. Los pacientes tienen buena respuesta con trazodone en varias tomas diarias en esquemas de dosis fijos, tal como rígidamente se hace en los ensayos. En cambio cuando nosotros dábamos trazodone lo indicábamos sobre to-

N° de estudios	N	TZD(%)	AD (%)	Dif. (%)
18	913	62	58	4

N = número de pacientes. AD = otros antidepresivos. TZD = trazodone. (%) = % de respondedores

1: Tomado de Janicak et al. (22).

do en tomas nocturnas dadas sus potentes propiedades sedativas. Siendo un fármaco de vida media muy corta (4 a 13 horas(7)) debiera utilizarse en varias dosis diarias, pero la tendencia es a darlo a la noche por los problemas de intolerancia a las acciones sedativas, perdiendo así efectividad. De esta forma resulta ser eficaz en los estudios, pero no tan efectivo en la clínica. Es un buen ejemplo de las diferencias entre eficacia y efectividad.

Las primeras drogas de diseño Fármacos específicos y selectivos

Luego de la llamada segunda generación aparecen las drogas de diseño, es decir aquellas drogas que son hechas a propósito con un me-

canismo de acción predeterminado. Se sintetizan con el objetivo preciso de tener determinada acción farmacodinámica, gracias al extraordinario desarrollo actual de la industria bioquímica en donde se logra poco menos que modelar tridimensionalmente moléculas en la pantalla de una computadora.

Las primeras drogas antidepresivas exitosas desarrolladas por diseño resultaron los ISRS o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En nuestro país disponemos de fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y fluvoxamina. Son un perfecto ejemplo del concepto de selectividad y especificidad ya que inhiben la recaptación de una sola amina que es la serotonina y no tienen acciones sobre ningún otro sistema de neuro-

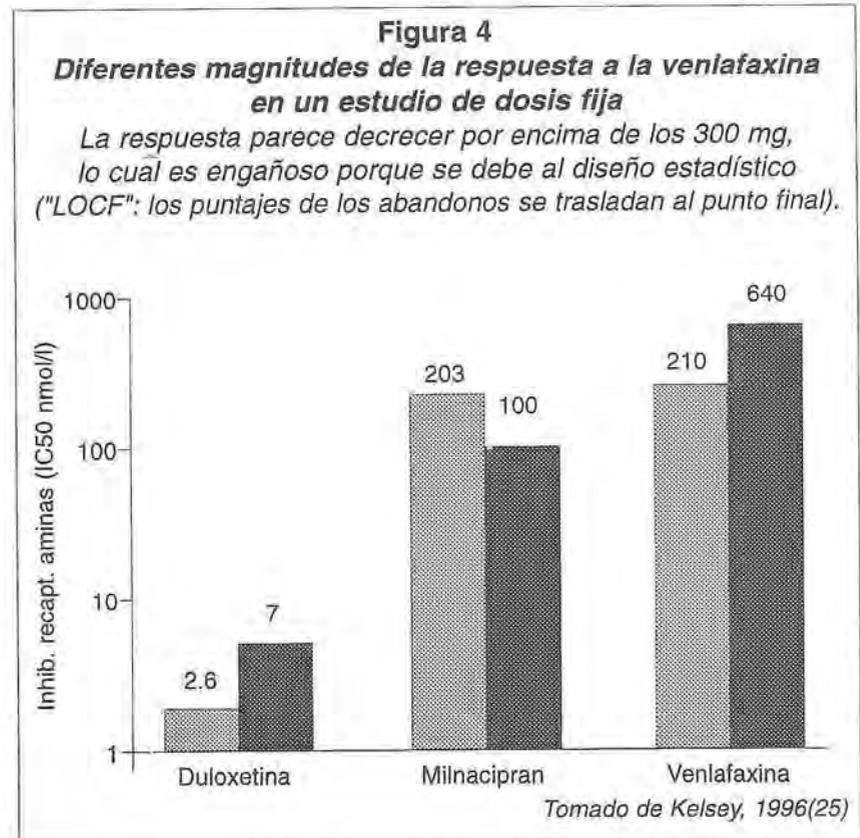
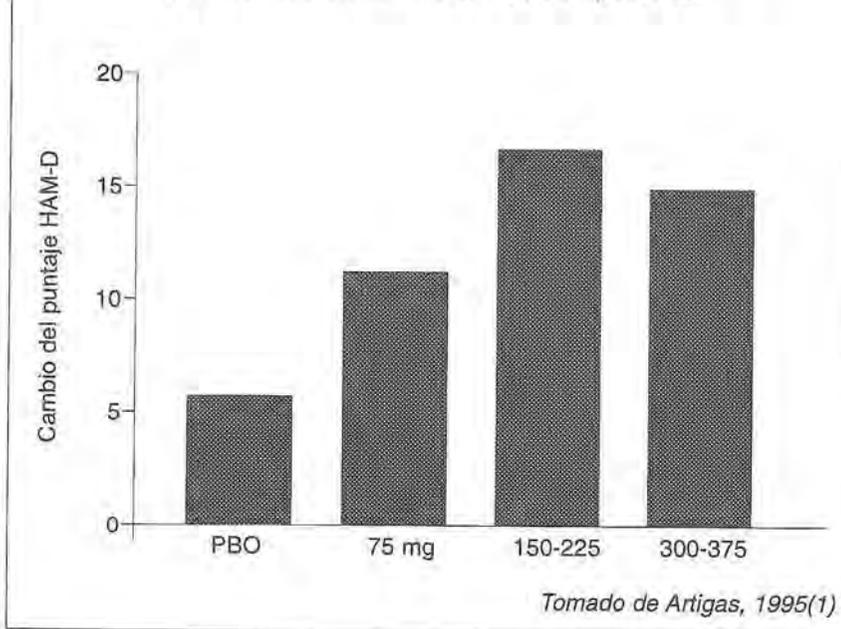


Figura 5
IC₅₀ (nmol/ml) para la inhibición de la recaptación
de aminas de tres "IRSNA".
 Cuanto más alta la cifra, menor la potencia



transmisión, al menos de los que conocemos como clínicamente significativos al estado actual de los conocimientos. Una sola farmacodinamia, pertinente a la acción antidepressiva. De tal modo, siendo drogas prototípicamente "limpias", carecen prácticamente de letalidad en sobredosis, con un ITF inferior al del grupo anterior (Tabla 3). La tolerancia ha mejorado y los efectos colaterales son menores, lo que se traduce en una menor tasa de abandonos del tratamiento por ese motivo(34). Es claro que han tenido una enorme difusión hasta el punto de convertirse en los antidepressivos más usados.

Sin embargo, si uno esperaba que con esta refinación farmacodi-

námica todos los efectos adversos iban a desaparecer, la experiencia ha mostrado que no es el caso. Se hacen presentes los efectos colaterales específicos de serotonina: disfunción sexual, insomnio, náuseas, malestares gastrointestinales, molestias en las que los ISRS superan con certeza a las drogas anteriores(50). La necesidad de vencer esta limitación fundamentará la aparición de una nueva línea de antidepressivos, como veremos.

Otra de las consecuencias de la falta de acciones no pertinentes es que son fármacos que pueden darse desde el principio a dosis efectivas, de modo que a las cuantías que estamos utilizando las curvas dosis-respuesta son planas. Al aumentar

la cantidad de medicación no hay un cambio fácilmente perceptible en la eficacia, esto es un hecho de observación en el consultorio. Los tricíclicos, en cambio, producen notorias diferencias en cuanto se incrementa la dosificación. Su curva dosis-respuesta es sigmoidea.

Los metaanálisis efectuados sobre la eficacia relativa de este grupo de psicofármacos los muestra equivalentes a los tricíclicos clásicos, inclusive en los extremos de mayor severidad de las escalas utilizadas en los diseños de investigación, que en su mayoría se realizan sobre pacientes ambulatorios. Sin embargo, existe una controversia sobre si tienen la misma potencia en los pacientes internados a causa de depresión, que puede ser vista como una forma de selección natural del último extremo del espectro de severidad. Las dudas de algunos expertos se basan en un par de estudios hechos por el Grupo Universitario Dánés para el estudio de los antidepressivos. Fueron llevados a cabo en pacientes internados; en uno se comparó clomipramina con citalopram(10) y en otro clomipramina con paroxetina(11). En ambos casos, el porcentaje de pacientes con remisión total —expresada por un puntaje de Hamilton(7)— fue significativamente mayor para el tricíclico, lo cual se une a un estudio en el que la venlafaxina resultó superior a la fluoxetina(9). La clomipramina no fue superior en estudios similares a la fluvoxamina(49). De todos modos, se trata de un debate que permanece abierto, con expertos en el tema repartidos entre una y otra posición(5, 35, 36, 43, 48).

Los ISRS han probado ser extremadamente similares desde su farmacodinamia, la eficacia, efectos colaterales, etc. Las diferencias se han ido marcando por los aspectos farmacocinéticos(51). A la vez, existe un avance considerable en los conocimientos sobre la metabolización de las drogas por parte de los citocromos p450, los que ya han sido caracterizados y clonados. Las diferencias entre ISRS por su acción sobre estos citocromos tiene una creciente influencia sobre el uso que se les da. Ha surgido otro "target" (diana): al diseñar nuevas drogas ahora se trata de evitar que modifiquen la actividad de los citocromos para evitar los inconvenientes de este tipo de interacciones.

Tabla 5
Efectos adversos de la venlafaxina¹ según la dosis²

Efecto	75 mg	225 mg	375 mg
Náuseas	18.5	24.1	43.9
Sudoración	1.3	7.0	13.9
Mareos	14.8	18.2	19.6
Somnolencia	12.6	13.7	21.8
Temblor	1.1	2.2	10.2
Hipertensión	0.0	1.1	3.4
Bostezos	4.5	5.6	8.0
Escalofríos	1.1	4.5	5.7

1: Diferencia con placebo.

2: tomado de Preskorn, 1995(37)

Contemporáneamente o aun previamente a su aparición habían comenzado a perfilarse otros grupos de fármacos también específicos y selectivos, pero para otras aminas. Algunos son noradrenérgicos, como la viloxazina y la oxaprotilina, esta última retirada del mercado por reportes de toxicidad hematológica. La reboxetina se encuentra a la venta en Inglaterra. Otros son inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (DA), como el bupropion y el amineptino, aunque deben expresarse dudas porque el mecanismo de acción real de estos fármacos se discute. Algunos dicen que funcionarían en realidad como noradrenérgicos(2, 26), pero la idea que se tiene es que son antidepresivos específicos y selectivos para DA. Los reportes, raros por cierto, de potencial adictivo(30) como de inducción de síntomas psicóticos(18) sugieren la intervención de esta amina.

La aparición del tianeptino, un fármaco inusual que tiene la paradójica propiedad de facilitar la recaptación de serotonina en lugar de inhibirla, ha resultado un desafío para las teorías del mecanismo de acción de los antidepresivos(16). Es específico y selectivo para serotonina, sólo que con un mecanismo en apariencia opuesto al de los ISRS. Sin embargo, parece ser que inhibe la estimulación de la adenilciclasa serotonina-dependiente de la misma manera que la fluoxetina(44). Más allá de otros

mecanismos propuestos, es posible que el aumento de la recaptación redunde en una mejoría de la relación señal-ruido, con un efecto neto de intensificación de la comunicación interneuronal en las vías serotoninérgicas(29).

Fármacos específicos, pero no selectivos

Uno de los caminos que se ha seguido en busca de una eficacia mayor en relación con los anteriores es diseñar fármacos que tengan acción sobre más de un sistema aminérgico. La tendencia en este caso parece ser la de mantener la ausencia de efectos no pertinentes (especificidad) pero "deselectivarlos" como para sumar acciones antidepresivas. De este modo, hemos asistido a la aparición de antidepresivos llamados "duales", que tienen efecto inhibitorio sobre la retoma de serotonina y noradrenalina a la vez. En nuestro país disponemos de la venlafaxina y en Francia se estaría por comercializar el milnacipran.

La venlafaxina es más conocida y con ella ya tenemos experiencia. Como fármaco específico, al no bloquear los receptores correspondientes, no tiene el perfil de efectos colaterales característico de los tricíclicos. Hasta el momento, los estudios de eficacia la han mostrado equivalente a los tricíclicos clásicos, lo que incluye sin mayores discusiones a pacientes graves e

internados(3, 21). Al no tener equipotencia para el bloqueo de la recaptación, se trata de un fármaco que al igual que los tricíclicos tiene una definida curva dosis-respuesta. A dosis bajas (75 mg) actúa solamente como serotoninérgico y al aumentar la dosis se observa un aumento de la eficacia (Figura 4), limitado en las dosis más altas por los efectos colaterales. El análisis de estos últimos (Tabla 5) demuestra claramente cómo el mecanismo "dual" depende de la dosis: la incidencia de temblor, sudoración e hipertensión, vinculable a la mayor disponibilidad de noradrenalina, aparece y aumenta evidentemente a partir de los 225 mg. De modo que se comporta como un ISRS a dosis bajas y a dosis altas tiene características duales. La potencia que tiene para la inhibición de la recaptación ST es aproximadamente el triple de la correspondiente a la NA, lo que justamente da una muy buena correlación entre los datos preclínicos y la clínica.

El milnacipran es más potente inhibidor de la recaptación NA que de la ST. A diferencia de la venlafaxina, no produce "down-regulation"* del receptor β adrenérgico.

* A mi criterio la traducción adecuada de este término inglés sería "despoblamiento", ya que se refiere a la pérdida de un número de receptores de una población determinada. "Regulación descendente" o "regulación en baja" parecen menos precisos.



AVRIL

clínica de internaciones breves

Excelencia en Salud Mental

Humahuaca 3771 Capital Federal - Tel: 865-9532 / 33

co(1). No se dispone todavía de muchos estudios publicados en revistas en las que se efectúe revisión por pares.

Un paso posterior en este grupo puede estar representado por la duloxetina. Este fármaco tiene mayor potencia que los anteriores en el bloqueo de la recaptación de ambas aminas biógenas. En la Figura 5 se pueden apreciar las potencias comparativas de estos fármacos.

Hace varios años se comercializó otro medicamento con acción doble, en este caso sobre NA y dopamina. Se trata del nomifensin, que fue retirado del mercado por la aparición de casos de anemia inmuno-hemolítica(15).

Fármacos selectivos, pero no específicos

Habíamos expresado que una de las limitaciones de los ISRS es que no se encuentran exentos de inducir efectos colaterales, lo que alcanza a una proporción significativa de los pacientes. Los tratamientos con antidepresivos van ocupando crecientemente una extensión de muchos años y a veces de por vida. La dimensión negativa de algunos efectos adversos como la disminución de la sexualidad cobra mucha importancia bajo el marco de un tratamiento crónico. Para el caso particular de los ISRS la incidencia de estos trastornos supera el 50% en los estudios más detallados(33). Uno de los desarrollos posteriores que se han producido tiene que ver con la posibilidad de superar las acciones colaterales dependientes de mecanismos de inhibición de la recaptación como por ejemplo la de serotonina.

El nefazodone es un antidepresivo que es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina *in vivo* pero que a la vez ha dejado de ser específico, no para provocar un efecto colateral sino para evitarlo, porque al bloquear el receptor 5HT₂, el porcentaje de efectos adversos sexuales posiblemente disminuya(14), así como la producción de ansiedad, anorexia(39). No son los únicos mecanismos de acción que posee, pero puede considerárselo como un prototipo de una posible nueva clase de antidepresivos que se diseñan con acciones que se sabe

conducen a la eficacia terapéutica y "contra-acciones" sobre los efectos indeseables que sus mecanismos pueden engendrar. Este fármaco también es bloqueante α_1 (47).

Se encuentra en experimentación la litoxetina, también inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, pero con un efecto no específico que es el bloqueo 5HT₃(23). Entonces vendría a ser un ISRS que no produce náuseas, representando otra vez la idea de agregar farmacodinamismos que contrarresten los efectos que nosotros producimos con el mecanismo de acción que consideramos terapéutico.

Nuevamente, fármacos no selectivos ni específicos

Todavía hay una tercera posibilidad que es combinar las dos anteriores, de modo de tener mecanismos terapéuticos por partida doble, mientras se busca combatir los efectos colaterales dependientes de los mismos.

De este modo está posicionada la mirtazapina o 6-azamianserina, derivada de la mianserina. Tiene un mecanismo de acción que no es selectivo, porque bloquea el receptor α_2 presináptico tanto en el terminal noradrenérgico como en el serotoninérgico (héteroreceptor). De manera que impide la inhibición de la descarga del terminal NA y a la vez del ST, comportándose como medicamento dual. Al mismo tiempo, potencia la estimulación de la neurona ST por fibras noradrenérgicas(19).

Tampoco es específica en el sentido que he definido, porque es bloqueante 5HT₂ y 5HT₃. Resulta entonces tanto adrenérgica como serotoninérgica, con los efectos colaterales dependientes de ST minimizados en virtud del bloqueo de los mencionados receptores. Así, sobre 1378 pacientes estudiados en el programa de desarrollo de esta droga se ha recogido una incidencia menor de síntomas típicos de los ISRS, como náuseas, diarrea, cefaleas, agitación, insomnio y disfunción sexual(34).

Parece al menos tan eficaz como los antidepresivos de comparación(12), incluyendo un estudio en pacientes internados versus clomipramina(42).

Este fármaco resulta prototípico de una nueva clase de antidepresivos llamados "NaSSA" (*Noradrenergic and Serotonergic Specific Antidepressant*), nombre asignado con un criterio ligeramente diferente del usado en este artículo. Debe acotarse que de la misma manera que sucede con el nefazodone, la mirtazapina no es completamente pura, ya que es un bloqueante H₁, lo que la hace proclive al efecto sedante y mejorador del apetito(13). Una droga de este mismo grupo podría resultar la setiptilina.

Consideraciones finales e implicancias

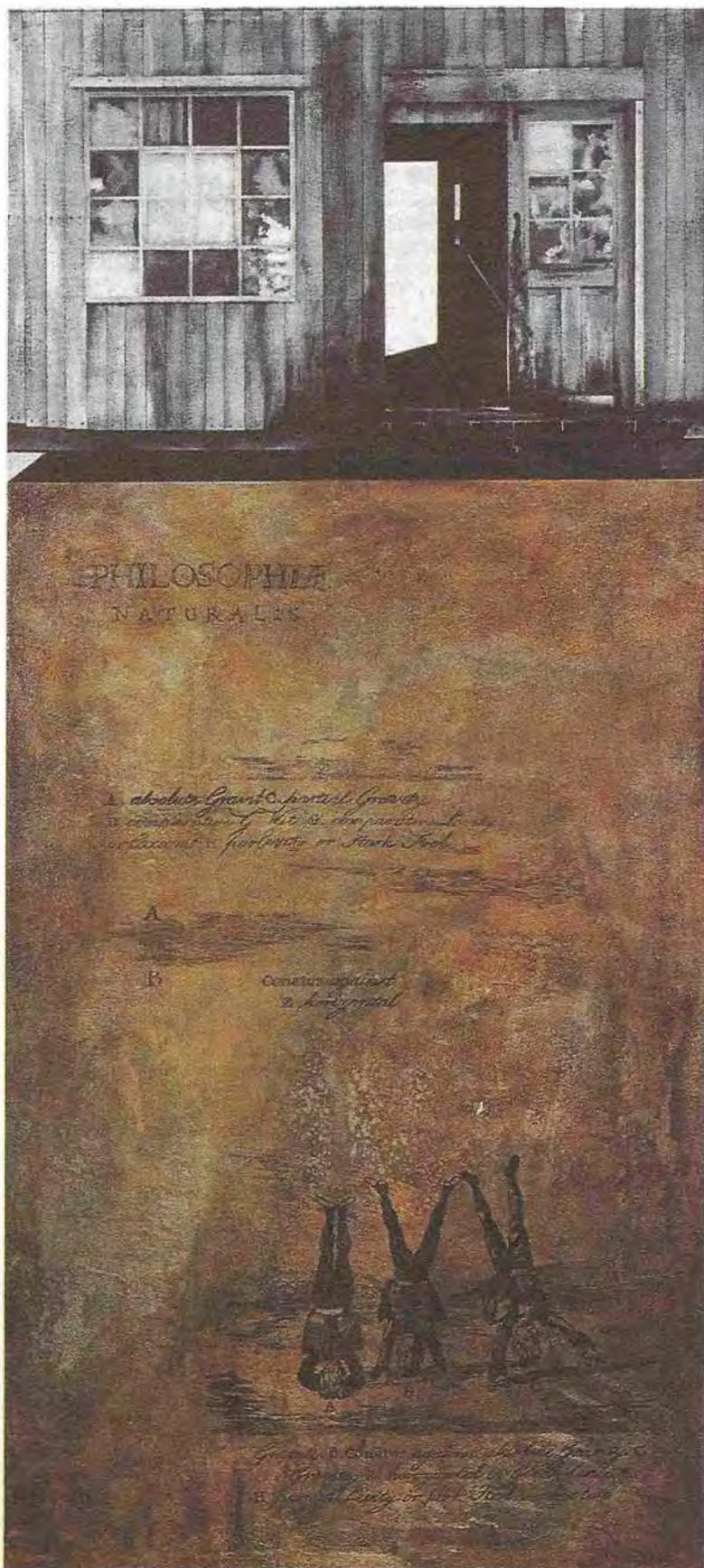
Como se puede ver, al llegar a estos fármacos no selectivos ni específicos pareciera que estamos como al principio, volviendo a las drogas "sucias". En realidad, a lo largo de un desarrollo racional de la farmacología, hemos separado a la paja del trigo y cada mecanismo tiene su razón de ser. No es exactamente un retroceso, sino una nueva vuelta de tuerca, un progreso en espiral a la manera del "*corsi e ricorsi*" de Giambattista Vico.

Una implicancia adicional de este retorno a la multiplicidad de mecanismos es que así como las acciones vienen racionalmente combinadas en una misma molécula, este conocimiento nos está colocando en los umbrales de una práctica de combinación de psicofármacos con verdadero sentido clínico-farmacológico.

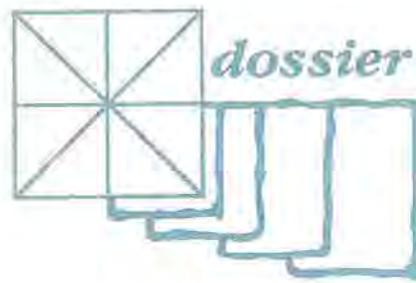
El futuro mediato verá, si la producción teórica encuentra su correlato en la praxis, la aparición de fármacos diseñados para generar modificaciones específicas más allá de la sinapsis; por ejemplo al nivel de la regulación de la superfamilia de proteínas G(6). O bien la búsqueda de otros posibles mecanismos de acción fructificará en antidepresivos con nuevos objetivos, como el receptor NMDA o el de glucocorticoides tipo 1 (GR₁), la activación de neuropéptidos, o la inhibición de la síntesis de interleukinas(28). Al final del camino, la evolución de los antidepresivos parece apuntar a la búsqueda de la inducción de determinadas modificaciones del genoma en poblaciones neuronales elegidas ■

Notas bibliográficas

- Artigas F., Selective Serotonin/Noradrenalin Reuptake Inhibitors (SNRIs). Pharmacology and Therapeutic Potential in the Treatment of Depressive Disorders. *CNS Drugs* 1995, 4:79-89.
- Ascher J. A., Cole J. O., Colin J. N., Feighner J. P., Ferris R. M., Fibiger H. C., Golden R. N., Martin P., Potter W. Z., Richelson E., Sulser F., Bupropion: A review of its mechanism of antidepressant activity. *J. Clin. Psychiatry* 1995, 56(Suppl. 7):395-401.
- Ballenger J. C., Clinical Evaluation of Venlafaxine. *J. Clin. Psychopharmacol* 1996, 16(Suppl 2):29-36.
- Barry J. J., Schatzberg A. F., Trazodone and Nefazodone. En Kaplan H. I., Saddock B. J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI* CD-ROM, ch. 32.23. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996.
- Bech P., Stokes P. E., Greden J. F., Tollefson G. D., Acute Therapy of Depression. *J. Clin. Psychiatry* 1993, 54(Suppl. 8):18-27.
- Bourin M, Baker GB. The Future of Antidepressants. *Biomed & Pharmacother* 1996, 50:7-12.
- Brogden R. N., Heel R. C., Speight T. M., Avery G. S., Trazodone: A Review of its Pharmacological Properties and Therapeutic Use in Depression and Anxiety. *Drugs* 1981, 21:401-29 Citado por Freeman H. Moclobemide. *Lancet* 1993, 342:1528-32.
- Citado por Freeman H., Moclobemide. *Lancet*, 1993, 342:1528-32
- Clerc G. E., Ruimy P., Verdeaux-Pilles J. A., Double-Blind Comparison of Venlafaxine and Fluoxetine in Patients Hospitalized for Major Depression and Melancholia. *Int. Clin. Psychopharmacol* 1994, 9:139-43.
- Danish University Antidepressant Group. Citalopram: Clinical Effect Profile in Comparison with Clomipramine: a Controlled Multicenter Study. *Psychopharmacology* 1986, 90:131-8.
- Danish University Antidepressant Group. Paroxetine: a Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Showing Better Tolerance, but Weaker Antidepressant Effect than Clomipramine in a Controlled Multicenter Study. *J. Affect. Disord* 1990, 18:289-99.
- Davis R., Wilde M. I., Mirtazapine. A review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of major depression. *CNS Drugs* 1996, 5:389-402.
- de Boer Th., The Pharmacologic Profile of Mirtazapine. *J. Clin. Psychiatry* 1996, 57(Suppl 4):19-25.
- Feiger A., Kiev A., Shrivastava R. K., Wisselink P. G., Wilcox C. S., Nefazodone versus Sertraline in Outpatients with Major Depression: Focus on Efficacy, Tolerability, and Effects on Sexual Function and Satisfaction. *J. Clin. Psychiatry* 1996, 57(Suppl. 2):53-62.
- Galbaud du Fort G., Antidepressant - Induced Hematological Disorders (Abstract). *Encephale*. 1988, 14:307-18.
- Garattini S., Samanin R., Biochemical Hypothesis on Antidepressant Drugs: a Guide for Clinicians or a Toy for Pharmacologists? *Psychol. Med* 1988, 18:287-304.
- Gelenberg A. J. More on RIMAs. *BTP* 1994, 17:39-40.
- Golden R. N., James S. P., Sherer M. A., Rudorfer M. V., Sack D. A. et al., Psychoses Associated with Bupropion Treatment. *Am. J. Psychiatry* 1985, 142: 1459-62.
- Haddjeri N., Blier P., de Montigny C., Noradrenergic Modulation of Central Serotonergic Neurotransmission: Acute and Long-Term Actions of Mirtazapine. *Int. Clin. Psychopharmacol* 1995, 10(Suppl 4):11-7.
- Henry J. A., Alexander C. A., Sener E. K., Relative Mortality from Overdose of Antidepressants. *BMJ* 1995, 310:221-4.
- Holliday S. M., Benfield P., Venlafaxine: A review of its pharmacology and therapeutic potential in depression. *Drugs*. 1995, 49:280-94.
- Janicak P. G., Davis J. M., Preskorn S. H., Ayd, F. J. Jr., *Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1993.
- Jefferson J. W., Greist J. H., Psychopharmacology. A Look to the Future. *Psychiatr Clin. North. Am. Annual Drug Ther.* 1995, 2:255-82.
- Johnston J. P., Some Observations upon a New Monoaminooxidase Inhibitor in Brain Tissue. *Biochem. Pharmacol.* 1968, 17:1285-97.
- Kelsey J. E., Dose-Response Relationship with Venlafaxine. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1996, 16(Suppl 2):21-8.
- Leclercq Y., Puech A., Neuropharmacology. En J. Costa e Silva & C. C. Nadelson, Eds. International Review of Psychiatry, Vol 1, p. 441-82. Washington, American Psychiatric Press, 1993.
- Leonard B. E., *Fundamentals of Psychopharmacology*, p. 56. Chichester, Wiley & Sons, 1992.
- Leonard B. E., New Approaches to the Treatment of Depression. *J. Clin. Psychiatry* 1996, 57(Suppl 4):26-33.
- Lista, A., Comunicación personal.
- Mitchell P. B., Novel French Antidepressants not Available in the United States. *Psychopharmacol. Bull.* 1995, 31:509-19.
- Moizeszowicz J., *Psicofarmacología Psico-dinámica III*. Buenos Aires, Paidós, 1994.
- Mongomery S. A., Safety of Mirtazapine: a Review. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 10(Suppl 4):37-45.
- Montejo A. L., Llorca G., Izquierdo J. A., Ledesma A., Bousoño M., Calcedo A., Carrasco J. L., Daniel E., de Dios A., de la Gándara J., Derecho J., Franco M., Gómez J., Macías J. A., Martín T., Pérez V., Sánchez J. M., Sánchez S., Vicens E., Disfunción Sexual Secundaria a IRSR. Análisis Comparativo en 308 Pacientes. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 1996, 24:311-21.
- Montgomery S. A., Kasper S., Comparison of Compliance between Serotonin Reuptake Inhibitors and Tricyclic Antidepressants: A Meta-Analysis. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 9(suppl 4):33-40.
- Montgomery S. A., Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in the Acute Treatment of Depression. En Bloom F. E. y Kupfer D. J., Eds. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, p. 1043-51. New York, Raven Press, 1995.
- Nierenberg A. A., Roose S. P., Preskorn S. H., Feighner J. P., The Treatment of Severe Depression: Is there an Efficacy Gap between SSRI and TCA Antidepressant Generations? *J. Clin. Psychiatry* 1994, 55(Supl. 9A):55-61.
- Preskorn S., Comparison of the Tolerability of Bupropion, Nefazodone, Imipramine, Fluoxetine, Sertraline and Venlafaxine. *J. Clin. Psychiatry* 1995, 56(Supl. 6):12-21.
- Preskorn S. H., Fast G. A., Therapeutic Drug Monitoring for Antidepressants: Efficacy, Safety and Cost-Effectiveness. *J. Clin. Psychiatry* 1991, 52(Supl. 6):23-33.
- Preskorn S. H., Janicak P. G., Davis J. M., Ayd, F. J. Jr., Advances in the Pharmacotherapy of Depressive Disorders. Principles and Practice of Psychopharmacotherapy Update 1995, 1(2):1-25.
- Preskorn S. H., *Clinical Pharmacology of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*. Caddo, O. K., Professional Communications, Inc., 1996.
- Preskorn S. H., *Outpatient Management of Depression*. Caddo, O. K., Professional Communications Inc., 1994.
- Richou H., Ruimy P., Charbaut J., Delisle J. P., Brunner H., Patris M. A., Multicentre, Double-Blind, Clomipramine-Controlled Efficacy and Safety Study of Org 3770 (Abstract). *Hum. Psychopharmacol.* 1995, 10:263-71.
- Roose S. P., Glassman A. H., Attia E., Woodring S., Comparative Efficacy of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Tricyclics in the Treatment of Melancholia. *Am. J. Psychiatry* 1994, 151:1735-9.
- Sambunaris A., Hesselink J. K., Pinder R., Panagides J., Stahl S. M., Development of New Antidepressants. *J. Clin. Psychiatry* 1997, 58(Suppl 6):40-53.
- Selikoff I. J., Robitzek E. H., Ornstein G. G., Toxicity of Hydrazine Derivatives of Isonicotinic Acid in the Chemotherapy of Human Tuberculosis. *Quart. Bull. Sea View Hosp.* 1952, 13: 17-26.
- Silvestrini B., Trazodone and the Mental Pain Hypothesis of Depression. *Neuropsychobiology* 1986, 15(Suppl 1):2-9
- Taylor D. P., Carter R. B., Eison A. S., Mullins U. L., Smith H. L., Torrente J. R., Wright R. N., Yocca F. D., Pharmacology and Neurochemistry of Nefazodone, a Novel Antidepressant Drug. *J. Clin. Psychiatry* 1995, 56(Suppl. 6):3-11.
- Tollefson G. D., Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. En Schatzberg A. F., Nemeroff C. B., Eds. *The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*, p. 161-82. Washington, American Psychiatric Press, 1995.
- Ware M. R., Fluvoxamine: a Review of the Controlled Trials in Depression. *J. Clin. Psychiatry* 1997, 58 (Suppl 5):15-23.
- Zaratiegui R., Antidepresivos Inhibidores de la Recaptación Serotoninérgica. *Vértex* 1992, III(Supl. II):68-72.
- Zaratiegui R., Diferencias entre IRSR. *Rev. Arg. de Psicofarmacología* 1997, IV(15):24-9.



Viviana Zargón
Philosophiae
Acrílico sobre tela
1997
120x55 cm.



ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA DESARROLLOS CLÍNICOS, ETIOPATOGÉNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y TERAPÉUTICOS

Paralelamente a la investigación clínica de los Trastornos Alimentarios se han desarrollado importantes esfuerzos por afinar su tratamiento. Desde Charcot el aislamiento y la realimentación en el medio hospitalario han sido el recurso clásico cuando el adelgazamiento es severo.

Las condiciones contemporáneas en las que viven su crisis los adolescentes deslizan, a veces, una búsqueda normal de identidad hacia las apariencias que les presta un mercado de consumo que sugiere como ideal siluetas magras, alta actividad competitiva y una actitud autosacrificial, en términos de Otto Döerr-Zegers.

Pero, si la medicalización excesiva de las formas menores de anorexia puede ser iatrógena, la banalización o la demora en la instalación de un tratamiento puede entrañar grandes riesgos: como el dejar morir a una paciente anoréxica quien, ignorante de la gravedad de su cuadro y sin voluntad suicida, puede llegar a extremos peligrosos de adelgazamiento. Bertrand Samuel-Lajeunesse nos advierte en la entrevista que le realizamos para este Dossier, sobre la alta mortalidad que presentan estas pacientes. La mayoría de los autores coinciden en que el tratamiento sintomático y el de los trastornos de la personalidad subyacentes constituyen los dos polos del proyecto terapéutico.

Las técnicas y los medios para desarrollarlo, así como una serie de investigaciones que apuntan a clarificar aspectos clínicos, epidemiológicos y nosográficos que sirvan para orientar los tratamientos son temas tratados en sendos artículos del presente Dossier.

La prevalencia de disfunciones sexuales en sus diversas variedades clínicas es investigada por G. R. Saba y M. M. Fraise de Páez. G. Rutzstein analiza el proceso de separación-individuación en la biografía de las pacientes anoréxicas.

El Hospital de día como recurso institucional para pacientes con severos trastornos de la alimentación es presentado en detalle en el artículo de M. Borel, M. Maldonado y L. Mato y el uso racional de la psicofarmacología se detalla exhaustivamente en el trabajo de H. J. Bertera.

El conjunto de estos artículos permite un recorrido muy documentado por estas patologías cuya consulta ha registrado un incremento significativo en la población en los últimos años constituyéndose en un área de especial interés clínico ■

Graciela Onofrio

Importancia del Hospital de Día como recurso terapéutico en la Anorexia y Bulimia Nerviosa

Marta Borel

Docente del Instituto de Postgrado y Miembro de la Comisión Directiva del Capítulo de Prevención de la Asoc. de Psiquiatras Argentinos (APSA). Directora del Curso de Postgrado sobre Clínica de la Anorexia y Bulimia Nerviosa, U. B. A. Ciudad de la Paz 561, 3° - 42 (1426) Buenos Aires. Tel.: 01541-553-8092

Marta Maldonado

Profesora Adjunta, Cátedra Clínica de Niños y Adolescentes de la Universidad de Belgrano (U. B.).

Liliana Mato

Docente de la Escuela de Postgrado del Centro Oro.

Introducción

En las últimas décadas se ha registrado un notable incremento de la incidencia y prevalencia de la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia (BN); esto incrementó el interés en su investigación en los aspectos etiopatológicos, terapéuticos y epidemiológicos.

Así como en los '60 fuera la esquizofrenia y en los '70 la depresión, la Anorexia pasó de ser una enfermedad de escasa casuística en el siglo pasado y con pocas referencias en la literatura científica, a ser nombrada por muchas publicaciones como "la enfermedad de los '80".

En la actualidad se la considera como un trastorno frecuente, tratable, de variable grado de severidad, con tendencia a la cronicidad en un 25%, y con



un riesgo de mortalidad entre el 5 y 20% de los casos. Al cuadro clínico inicial se agregan complicaciones metabólicas, comorbilidad con trastornos por ansiedad y depresión y aislamiento social que es preciso conocer y tratar.

Comienza generalmente en la adolescencia; las mujeres son las más afectadas, aunque también se ha descrito en varones y puede alcanzar otras etapas de la vida.

Respecto a la incidencia en nuestra población joven, un estudio publicado por el Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA(19), confirma un aumento en la consulta por trastornos de alimentación con una distribución por sexos semejante a las dadas en Europa y Estados Unidos.

Resumen

En los últimos años se ha registrado un incremento del número de pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). Al aumentar la prevalencia de los trastornos alimentarios, se incrementan la proporción de pacientes que requieren un tratamiento intensivo. Si bien no está claramente establecido cuál es el tratamiento más eficaz, la intervención terapéutica debe ser temprana, integral y especializada. Sin embargo, hay un grupo de pacientes con AN y BN que no se benefician con el tratamiento ambulatorio y que necesitan un abordaje más intensivo. Este trabajo describe nuestro Programa Grupal de Hospital de Día, un modelo interdisciplinario innovador para el tratamiento de pacientes con serios trastornos de la alimentación, que demandan una intervención intensiva.

Palabras Clave: Anorexia Nerviosa - Bulimia Nerviosa - Programa Interdisciplinario - Hospital de Día.

THE ROLE OF A DAY HOSPITAL CARE AS A THERAPEUTIC RESOURCE FOR ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA

Summary

There has been an increase in number of anorexic and bulimic patients over the last years. With the increasing prevalence of eating disorders the proportion of patients requiring more intensive treatments has proliferated. Though the optimum treatment of such patients has not been clearly established, it is remarkable that therapeutic intervention in these pathologies must be early integrated and specialized. Nevertheless a group of patients afflicted with anorexia and bulimia nervosa do not benefit from outpatient treatment and require more intensive approach. This paper describes our Day Hospital Group Program, an innovative interdisciplinary model for treatment of seriously eating disorder patients demanding intensive intervention.

Key Words: Anorexia Nervosa - Bulimia Nervosa - Interdisciplinary Program - Day Hospital.

Historia del concepto

Se identifica a Morton(13) como el autor de las primeras descripciones de lo que él llamo "consunción nerviosa". Corresponde a Lasègue y Gull(12) su incorporación a la psiquiatría como enfermedad, denominándola anorexia histérica el primero y como "anorexia nerviosa" el segundo. Intentando explicar su patogenia Freud la relacionó con la melancolía y a partir de los aportes endocrinológicos la llamaron "caquexia hipofisiaria"(20) e "hipopituitarismo". Recién en la década del 30 se logra diferenciarla como una entidad propia, una larga lista de términos utilizados buscando combinar factores afectivos y neurobiológicos de la enfermedad(16).

En los años '50, a partir del aporte de los psicoanalistas el interés se desplaza a la relación madre-hija y se señala la importancia de la adolescencia en estos trastornos.

Hilde Bruch, facilitó la comprensión psicopatológica, considerándola como un trastorno de la imagen del cuerpo. Luego de varios años de poca producción, Gerard Russell(18) reunió las posiciones biológicas, psicológicas y sociológicas sobre la patología. Las sintetizó de este modo:

1. conducta destinada a provocar descenso de peso,
2. temor mórbido a engordar y
3. signos de compromiso endocrino, fundamentalmente amenorrea en las mujeres y disminución del interés sexual en los hombres.

De gran capacidad de observación, identificó un subgrupo de pacientes con una variante ominosa de la AN, al que denominó bulimia. Russell propone tres componentes para la bulimia nerviosa:

1. apetito voraz,
2. empleo de vómitos-laxantes para evitar el aumento de peso y
3. preocupación por la figura y el peso.

Esa investigación culminó con la creación del Departamento de Trastornos de la Alimentación en el Instituto de Psiquiatría del Maudsley Hospital de Londres, que actualmente es uno de los lugares de referencia internacional en diagnóstico y terapéutica.

Un poco más adelante Fairburn señaló como características de la BN:

1. sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta,
2. preocupación por la figura y miedo a engordar e
3. intentos de contrarrestar lo ingerido mediante vómitos, laxantes, ejercicios y/o diuréticos.

Todo este recorrido se nutrió de los conocimientos del grupo de Canadá con los aportes teóricos y clínicos del Dr. P. E. Garfinkel, Director del Instituto de Psiquiatría del Toronto Hospital, y de D. M. Garner quienes junto con G. Russell aportaron el constructo teórico que se fue consolidando hasta las conceptualizaciones actuales de los Trastornos de la Alimentación.

En 1980 la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-

III) estableció los criterios diagnósticos de la BN como síndrome. La tercera edición revisada (DSM-III R) clasifica la AN y la BN como Trastornos de la alimentación que aparecen en la infancia y adolescencia.

El DSM-IV mantiene la tríada establecida por Russell para la Anorexia y además la subclasifica en dos tipos: restrictiva y purgativa-compulsiva de acuerdo a la presencia o no de síntomas bulímicos. Enfatiza el exagerado temor a engordar, como criterio diagnóstico de la Bulimia.

Para algunos autores aproxima la BN y la AN y acerca su categorización a la de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Sanitarios (CIE 10). Esta última acentúa la preocupación por el peso y la disminución de la autoestima como relevantes en un grado en que difieren en su intensidad de la experimentada por la población femenina general.

Equipos interdisciplinarios

A partir de la década del 70 se evidenció un incremento de pacientes con AN y BM con requerimiento de tratamientos especializados. Al comienzo se atendía preferentemente la recuperación del peso desatendiendo los factores psicológicos y psiquiátricos de los pacientes, con la consecuente frustración respecto a los resultados de los tratamientos.

A partir de estas evidencias se proponen tratamientos combinados que contemplen aspectos psiquiátricos, clínicos, nutricionales y familiares. Se inició entonces la concepción de *Equipos Interdisciplinarios Especializados en Trastornos de la Alimentación*, integrados por médicos psiquiatras, clínicos, psicoterapeutas, ginecólogos, odontólogos, nutricionistas, dedicados a la investigación y tratamiento de estas patologías.

En los últimos años la *American Psychiatric Association* solicitó a un grupo de expertos la construcción de una Guía Americana de Trastornos de la Alimentación. Fueron convocados entre otros Gerard Russell, D. Garfinkel y Katherine Halmi, Directora del Departamento de Trastornos de la Alimentación del New York Hospital de USA.

La urgencia clínica de estas patologías determina la necesidad de *Equipos Interdisciplinarios* sólidamente constituidos que establezcan *criterios básicos* para el tratamiento de la AN y BN, así como pautas que determinen la indicación de tratamiento ambulatorio, como internación y/o Hospital de Día.

Propuesta de tratamiento

Durante los últimos años se ha intentado conceptualizar la AN y BN desde distintas perspectivas teóricas, coincidiendo la mayoría de los autores en un modelo multicausal.

Desde nuestra perspectiva clínica, podemos afir-



mar que el tratamiento de los Trastornos Alimentarios (TA) debe contemplar los diferentes factores que intervienen desde el comienzo de la enfermedad y que influyen en el mantenimiento de la misma.

Coincidimos con P. Jeammet(11) en que la negación de enfermedad y la resistencia al tratamiento están presentes en estas patologías. Negación que ocupa un lugar central al pensar los mecanismos de formación de los síntomas así como su tratamiento. Resulta así necesario, transformar los recursos terapéuticos tradicionales y hacerlos más adecuados para lograr los objetivos propuestos.

En este contexto de comprensión y tratamiento multimodal se inscribe nuestra propuesta de trabajo. Propuesta de enriquecimiento mutuo que a su vez conlleva a tolerar variables grados de no integración entre las distintas disciplinas intervinientes. No integración que en condiciones favorables, se constituye en causa de cambio y creatividad, factores indispensables en el proceso terapéutico.

Lo que caracteriza nuestra propuesta es el uso de *modalidades grupales e individuales* de abordaje, el *marco teórico del psicoanálisis* y la consulta a programas internacionales de tratamiento.

Es función de la coordinación del Equipo Interdisciplinario la articulación de estas modalidades y lograr un delicado equilibrio teórico y terapéutico. Tratándose de patologías de etiología multicausal se está propenso a caer en absolutismos provenientes de la Medicina y del Psicoanálisis mismo. Esto se incrementa en las áreas de internación y Hospital de Día que agrupa a los pacientes más graves. Al aumentar el riesgo clínico y/o psiquiátrico predomina mayor ansiedad en el equipo tratante y se tensan al máximo las posiciones totalizantes.

Hospital de Día

El *Hospital de Día de Trastornos de la Alimentación* es un instrumento innovador en el tratamiento de la bulimia y la anorexia nerviosa(15). De eficacia probada desde hace muchos años en pacientes graves y psicosis descompensadas, propone un tratamiento intensivo y evita la desinserción social. Tradicionalmente los tratamientos se han basado en modalidades ya sea ambulatorias o de internación. Existe un conjunto de pacientes afectados de AN y BN, con alta comorbilidad con otros trastornos, que no se benefician totalmente con el tratamiento ambulatorio intensivo.

La mayoría de estos pacientes presentan graves dificultades en los vínculos interpersonales debido a su baja autoestima y a su alta competitividad. La labilidad yoica se asocia con una incapacidad para nombrar y reconocer los afectos, entablando vínculos en los que se observa una tendencia a complacer a los demás. Estas características perturban, en su

gran mayoría, el mundo de relación ocasionando un empobrecimiento de la vida social. Pueden conducir en algunos casos a retraimientos serios y situaciones de aislamiento.

El tratamiento ambulatorio no sólo se apoya en el tratamiento individual, contempla inclusión en grupos terapéuticos y el abordaje familiar. Sin embargo, dadas las características de personalidad de estos pacientes es difícil la constitución y continuidad de los grupos terapéuticos, dificultad que incide en la efectividad de los resultados.

El *Hospital de Día* en AN y BN constituye una valiosa herramienta, como una instancia intermedia entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio, compensando insuficiencias de ambas e incorporando elementos propios.

Mediante un programa complejo dirige su esfuerzo a la recuperación total de la personalidad. Tratándose de un lugar especializado en la asistencia, la docencia y la investigación de estas patologías, se encuentra en condiciones de:

1. Brindar una información detallada acerca de las conductas alimentarias y sobre los factores desencadenantes y perpetuantes de las mismas;
2. Permitir la incorporación de varios grupos terapéuticos semanales;
3. Posibilitar la participación en un pequeño grupo social en el que pueden relacionarse y compartir experiencias con la continencia del marco institucional;
4. Trabajar desde el comienzo con la familia y ayudar a planificar estrategias de control de los impulsos en el tiempo libre y a detectar situaciones que puedan precipitar actuaciones;
5. Reducir las tasas de internación, al poder sustituirlas en los casos menos graves(15).

Admisión

El objetivo de las primeras entrevistas será confirmar el diagnóstico de AN y BN, evaluar el riesgo clínico y psiquiátrico del paciente, así como las características y capacidad de contención de la familia. La historia clínica completa permite arribar a un diagnóstico individual y familiar. Para tal fin se proponen los *Criterios Mayores del Tratamiento en Trastornos de la Alimentación*.

1. Diagnóstico y tratamiento interdisciplinario.
2. Registro de historia clínica personal y familiar incluyendo especialmente historia de trastornos de la alimentación.
3. Examen físico, diagnóstico diferencial y estado de riesgo clínico al inicio del tratamiento.
4. Historia psiquiátrica del Trastorno Alimentario (TA) y comorbilidad (depresión, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos por ansiedad, adicciones).
5. Intervención con la familia desde el comienzo del tratamiento.



- 6. Esquema terapéutico coordinado.
- 7. Utilización de Inventario de Desórdenes de la Alimentación(9).

8. Aplicación de Escalas de depresión de Beck, de Alexitimia, de Trastornos Obsesivo Compulsivos, de Agresividad de acuerdo a la sintomatología del cuadro.

Estos criterios consisten en recomendaciones básicas a seguir en el tratamiento de estos pacientes. Surgen de nuestro trabajo interdisciplinario y la consulta a programas internacionales (Maudsley Hospital, Londres; Toronto Hospital, Canadá).

Al concluir esta etapa informamos al paciente y a la familia sobre nuestra primera aproximación diagnóstica y sobre las posibles intervenciones terapéuticas. Conociendo las características de negación de la enfermedad y sus consecuencias en la aceptación de las indicaciones, propiciamos un compromiso de acuerdo inicial con las mismas, que requiere en los casos más graves la formulación de un contrato escrito.

El tratamiento médico se inicia desde el comienzo, con un exhaustivo examen clínico que evalúe complicaciones físicas por la emanciación y/o vómitos, atracones, laxantes o uso de diuréticos u otros fármacos tendientes a reducir el peso. No se incluyen como rutina suplementos nutricionales, ni se medica la amenorrea en forma sistemática. El uso de medicación psiquiátrica se evalúa también en cada caso. La estabilización nutricional se intenta mediante un plan personalizado de inclusión balanceada de alimentos

Indicaciones del Hospital de Día

Reservamos su indicación para pacientes con *formas graves* de AN que padecen extremada disminución del peso y/o que afianzan su recuperación luego de un período de internación. Así, en pacientes con BN descompensados que presentan atracones y vómitos reiterados, o que realizan actividades compensatorias con serias implicancias medicas; con *familias seriamente perturbadas* que no pueden hacerse cargo de la contención de sus hijos. También lo indicamos en pacientes AN y BN que han realizado *tratamiento ambulatorio sin buenos resultados* de los que se insinúa una tendencia a la *cronicidad* que necesitan una comida asistida por profesionales del área.

Contraindicaciones

Contraindicamos la inclusión de pacientes que presentan *adicción a drogas mayores, alcoholismo, descompensaciones psicóticas, depresión severa, ideación suicida y/o alto riesgo clínico como hipopotasemia severa o signos de altos grados de emanciación*(25).

Objetivos

Como otros programas intensivos de pacientes con trastornos de la alimentación el programa de *Hospital de Día* que hemos diseñado, tiene como ob-

jetivo inicial realizar un corte con el denominado *círculo perpetuante de la alteración de la conducta alimentaria*(10).

- En la AN: *Menor aporte de comida.*
Mayor actividad.
Mayor restricción alimentaria.
- En la BN: *Atracón, Vómitos, Descontrol.*
Disminución de la Autoestima.
Reinicio del ciclo.

Es muy importante iniciar la ruptura de este ciclo fuera del ámbito familiar que muchas veces se complementa favoreciendo la modalidad caótica de la alimentación como así también las conductas impulsivas que intentan descargar los conflictos a través de acciones.

Descripción del programa

El *Hospital de Día* funciona cinco días por semana durante cinco horas diarias. El área esta supervisada por uno de los coordinadores del Equipo Interdisciplinario dedicado especialmente a esta tarea. El equipo incluye psicoterapeutas, médico clínico, psiquiatra, nutricionistas, terapeutas familiares, musicoterapeutas, acompañantes terapéuticos y profesora de artes plásticas.

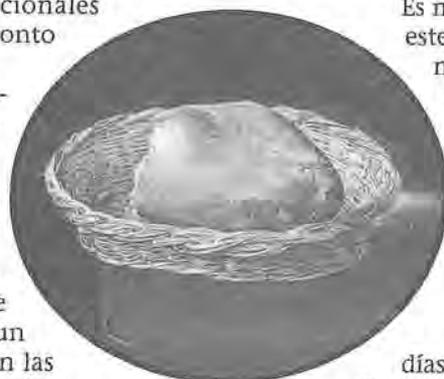
La disposición horaria posibilita preservar la inserción social a pacientes que realizan alguna actividad escolar o laboral. Es frecuente que las pacientes con AN mantengan buen rendimiento escolar aun en períodos avanzados de la enfermedad. No acordamos con programas estandarizados que obligan a dejar áreas conservadas del desarrollo de la personalidad. Uno de los objetivos del tratamiento es poder ayudar a disminuir el ritmo de estudio, o acompañar a la paciente y los padres (que suelen también negar la enfermedad) a elegir actividades más realistas acordes a la situación vital en que se encuentran.

Las comidas son compartidas: una colación cuando llegan, almuerzo y merienda antes de partir. Un acompañante terapéutico está siempre presente; alternativamente comen con ellos otros miembros del equipo del *Hospital de Día*. Contamos habitualmente con diez o doce, con un promedio de 8 a 12 meses en esta modalidad de tratamiento. Hay pacientes que están hace más tiempo dando continuidad y cohesión al grupo. En algunas ocasiones y cuando el coordinador lo considera posible ingresan pacientes temporariamente por un período más acotado y con un objetivo específico.

El trabajo en el *Hospital de Día* está centrado en *actividades grupales*: grupos terapéuticos, grupos de reflexión, de educación alimentaria, de arte, de lectura y musicoterapia. El grupo ofrece la oportunidad de transformación de estas modalidades de relación y al mismo tiempo incentiva y sostiene actividades vinculadas al pensar y al decir.

Los grupos en el Hospital de Día

La BN y AN presentan una alteración en la capacidad para reconocer el hambre y la saciedad. Si



bien las características fundamentales de estos trastornos están centradas en torno a la conducta alimentaria, la relación con la comida y la imagen corporal, es reconocida la presencia de rasgos de perfeccionismo, rigidez, alexitimia y disminución de la autoestima.

En un estudio anterior investigamos el grado de asociación entre estos tres rasgos mencionados(4). Un grupo de 63 personas, de sexo femenino, compuesto por 11 pacientes con anorexia, 14 con bulimia, 19 con obesidad, 5 con trastornos no especificados de la alimentación y 14 controles fueron comparados con el Inventario de Trastornos Alimentarios(8).

La edad promedio de la población estudiada fue de 26, 32 ± 10 años. La cronicidad promedio de la sintomatología en las pacientes era de 10.97 ± 9.5 años. Nuestro principales hallazgos fueron:

1. el *peso deseado* por las pacientes anoréxicas estaba mucho más alejado del *peso teórico* respecto de las demás pacientes con trastornos alimentarios y sujetos control,

2. La *disminución de la autoestima* se asoció al grado de *insatisfacción corporal* en las pacientes bulímicas,

3. El grado de *perfeccionismo* no guardó relación con la *disminución de la autoestima* ni con la *insatisfacción corporal*.

Garner y Garfinkel(9) han sugerido que el tratamiento de los trastornos de la imagen corporal debe contemplar modificaciones psicológicas más fundamentales. La asociación hallada en nuestro estudio entre la disminución de la autoestima y la insatisfacción corporal en las pacientes bulímicas nos permitió suponer que el tratamiento de esta última debe incluir la modificación de la autoestima en dichas pacientes. Considerando que la mayoría de las pacientes afectadas son adolescentes, y dado que la autoestima junto con la identidad se consolidan en relación a sus pares en esa etapa del desarrollo, los *grupos terapéuticos* constituyen uno de los recursos principales para lograr esas modificaciones.

Revisando bibliografía acerca de atención psicoterapéutica nos encontramos que ha sido ejercida por distintas vías de acuerdo al esquema referencial que lo sustente, a saber:

1. Dirigida a la modificación de la conducta alimentaria (atracones, vómitos, dietas, etc.).

2. Orientada a modificar creencias y pensamientos que distorsionan la percepción del cuerpo y la comida.

3. Tratamiento de la personalidad en su totalidad, sin centrar el mismo en el tema alimentario.

Son numerosos los estudios que han demostrado la efectividad por separado de cada uno de estos enfoques. Nuestra propia experiencia clínica nos llevó a innovar los tratamientos tradicionales y articularlos con *grupos terapéuticos con orientación psicoanalítica*, obteniendo muy buenos resultados. Los mismos se refieren no sólo a un mejoramiento sintomático inicial sino a la posibilidad de reducir recaídas a mediano y largo plazo.

Los grupos psicoterapéuticos

Los grupos terapéuticos en el *Hospital de Día* mantienen las mismas condiciones de agrupabilidad y homogeneidad por patología alimentaria que sostenemos en el tratamiento ambulatorio. Algunos autores han sugerido separar en distintos subgrupos a pacientes anoréxicas y bulímicas(2). Las características distintas de personalidad, impulsividad en las bulímicas y alto grado de retraimiento en las anoréxicas fundamenta sostener la no agrupabilidad. Se ha señalado también que las pacientes anoréxicas temen devenir bulímicas y las pacientes bulímicas idealizan la capacidad de control de las anteriores, pudiéndose favorecer –al agruparlas– la circulación de sentimientos de competencia y rivalidad, sentimientos difíciles de ser tramitados por este tipo de pacientes(17).

En nuestra experiencia hemos comprobado que la combinación en un mismo grupo de pacientes anoréxicas y bulímicas favorece el tratamiento de ambos subgrupos. Requiere terapeutas experimentados que puedan contener e interpretar estas

posibles manifestaciones. Estos grupos sitúan a las pacientes en un mismo

marco de sufrimiento y puede en muchos casos ser el primer paso para entablar un lazo social en el caso de las anoréxicas, así como la posibilidad de desarrollar capacidad de postergación de la acción en las pacientes bulímicas.

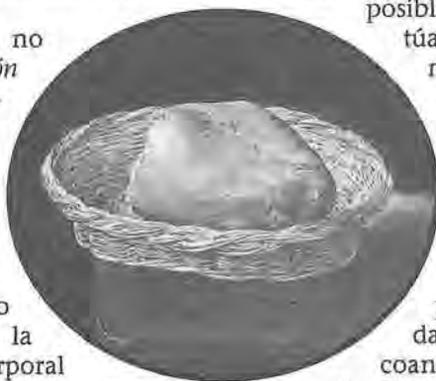
Los *grupos terapéuticos* contemplan la globalidad de la personalidad. Son grupos de orientación psicoanalítica que se ocupan de atemperar

el síntoma alimentario. Al respecto no

acordamos con una supresión sintomática brusca que no se acompañe de un adecuado conocimiento de sí mismo y de propiciar un intento de elaboración psíquica. Sin estas consideraciones hay grandes probabilidades de descompensación y en el caso de pacientes bulímicas reconocemos la faceta protectora del síntoma. Por lo tanto, y teniendo en cuenta su alta comorbilidad con trastornos depresivos y ante el riesgo de melancolizaciones y de suicidio no pretendemos una supresión inicial absoluta ni inmediata de la sintomatología. De este mismo modo, en el caso de las anoréxicas, tenemos en cuenta la aparición de ideas obsesivas y rituales durante el tratamiento, que no se medican sistemáticamente y que por lo expuesto muchas veces tienen un lugar protector.

Los *grupos* especialmente en la *adolescencia* se constituyen como verdaderos espacios de espera, transicionales entre la familia y la sociedad, espacios de elaboración y de creatividad. Ayudan el esfuerzo adolescente en mantener su precario equilibrio narcisista y participan en la búsqueda constante de identidad, autonomía y autoestima(7).

Los *grupos terapéuticos* permiten la construcción de escenas donde a través de resonancias transferenceles otros pueden captar y registrar sentimientos y emociones proveyendo además la continencia



necesaria para su tramitación. Posibilitan la circulación y el aprendizaje de valores tales como la reciprocidad, la responsabilidad y la preocupación de sí y por los otros, valores que en este tipo de patologías –debido al precario equilibrio narcisista– es tan importante desarrollar. Para Winnicott "... la capacidad para experimentar preocupación por los demás es el sustento de todo juego y trabajos creativos". La actividad en grupo permite trabajar "la preocupación por los demás".

Se señala como característico de estas pacientes el gran monto de hostilidad y destructividad, que al no poder ser representado se vuelve contra sí mismas o hacia los demás, sin posibilidad de desplazamiento o de juego. En este punto queremos señalar que hemos podido diferenciar clínicamente al menos dos tipos de agresividades. Una agresividad patológica, destructiva, que se activa casi automáticamente y en la que se evidencia el intenso placer de hacer sufrir a los demás. Mientras que en otras ocasiones pareciera tratarse de otra agresividad defensiva ante situaciones que despiertan miedo, tristeza, o temor de depender del grupo o del terapeuta. El reconocimiento de estas distintas formas de la agresividad nos permite entender y delinear objetivos y modificar las intervenciones terapéuticas.

Los grupos terapéuticos brindan el soporte emocional que posibilita –mediante la identificación con el sufrimiento del otro– la tramitación de la propia agresividad. Promueven la distinción entre fantasía y realidad, entre objetos internos y externos, condición necesaria para la aceptación de las diferencias y semejanzas, nociones todas tan alteradas en estas patologías.

Grupos de padres

Tratándose en su mayoría de pacientes adolescentes, es por todos conocida la importancia de la familia, especialmente en esta fase del desarrollo. Diferentes estudios han descripto las características familiares de estas pacientes. Las familias de pacientes con BN, se describen más conflictivas, menos cohesionadas, y con menor capacidad de desarrollar relaciones de confianza entre sus miembros. En las de pacientes con AN predominan las descalificaciones, con notorias dificultades –especialmente de los padres– de asumir con responsabilidad los problemas. En ambas se detectan mayores preocupaciones parentales por el peso y la comida(21).

Otro rasgo en común es el alto grado de negación del trastorno. Los padres se encuentran desconcertados acerca de cómo actuar y temen agravar la situación con sus intervenciones. Se sienten impotentes al sentir que pierden el control, lo cual incrementa la culpa, la ambivalencia y la dificultad de pedir y aceptar ayuda terapéutica(22).

Pensamos entonces su necesaria inclusión desde el inicio del tratamiento, inclusión no siempre posi-

ble y no sin dificultades. Dificultades que aumentan al tratarse de un grupo interdisciplinario que debe soportar la disociación y proyección del material movilizado. Los sentimientos que habitualmente se movilizan en estos abordajes incluyen rivalidad y hostilidad hacia los miembros del equipo, que se alternan con períodos de idealización que –de no ser tomados en consideración– pueden hacer peligrar la continuidad del tratamiento.

El abordaje grupal de los padres, ofrece la posibilidad de hacer más tolerables estos sentimientos y facilita que entre todos se concienticen de la capacidad de cada uno para aportar ideas, lo que conlleva a recuperar autoridad y seguridad, que se traduce en la evolución del tratamiento.

Los objetivos del *Grupo de Padres en el Hospital de Día* son: afianzar la asistencia de las pacientes, explicar características de la enfermedad, modificar pautas familiares y especialmente proporcionarles un lugar de apoyo mutuo semanal en el que –coordinados por dos terapeutas– se pueden escuchar y participar juntos en el tratamiento de sus hijas.

En contraste con las terapias de familia los grupos de padres se realizan sin la presencia de pacientes, facilitando la expresión y evitando confrontaciones que pensamos perjudiciales para favorecer la reflexión y el cambio(23).

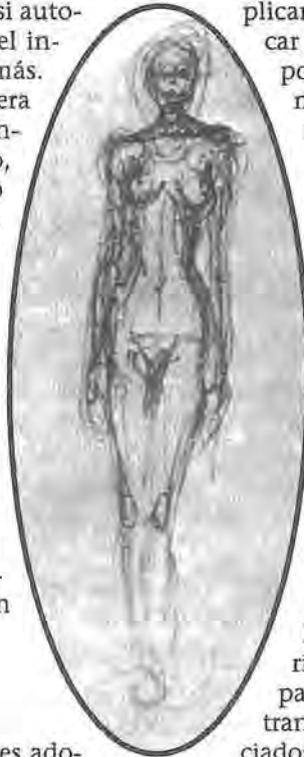
No se trata de una psicoterapia para padres aunque ellos muchas veces la nombren así y luego del alta de sus hijas manifiesten su deseo de seguir reuniéndose y continuar con el grupo.

En estos *Grupos de Padres* hemos encontrado un correlato de lo que planteábamos antes como diferentes tipos de agresividad presente en estas pacientes. Pareciera que al primer grupo –y mayoritario– en el que la agresividad aparece como patológica, corresponden padres que han transmitido –no siempre con palabras– enunciados culpabilizantes, hipercríticos en pacientes con importante disminución de su autoestima y capacidad de cuidado propio. Los/as que hemos detectado a la agresividad como defensiva, como instrumento en la separación-individuación, encontramos padres intrusivos, asfixiantes, que no facilitaron el crecimiento e independencia de sus hijas.

Grupo psicoeducacional

La BN y la AN comparten cogniciones distorsionadas sobre la comida, el cuerpo y el peso. Los *grupos psicoeducacionales* coordinados por un terapeuta y una nutricionista incorporan nociones de la terapia cognitiva extensamente desarrollados por Fairburn y Cooper(6) para estas patologías. Mediante estrategias diversas intentan modificar creencias asociadas con la comida, el peso y la forma del cuerpo.

La presencia de la nutricionista ayuda a cambiar patrones alimentarios adquiridos. Junto con el terapeuta se trabaja a fin de reconocer y regular las nociones de hambre y saciedad que se encuentran tan



distorsionadas en estas pacientes. Conjuntamente se propone elaborar alternativas menos negativas que intenten oponerse a los enunciados que las dominan, similar a lo propuesto por Beck(1) para pacientes deprimidos.

Es un grupo abierto en el que se explican los significados y valoraciones que sustentan dichas creencias. Concurren pacientes al *Hospital de Día*, así como pacientes ambulatorios que requieran por su evolución este tipo de abordaje.

Grupo nutricional

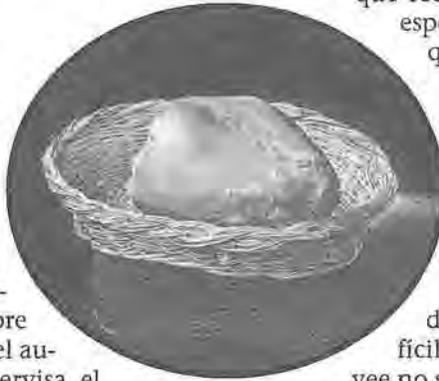
Uno de los objetivos relevantes del programa del *Hospital de Día* es la restauración de patrones normales de la alimentación. El *grupo nutricional* no sólo se focaliza en los síntomas alimentarios y/o preocupaciones por el peso. Incluye supervisión y discusión sobre las comidas a ingerir, colabora en el automonitoreo de las mismas, supervisa el ejercicio, las salidas, y coordina actividades realizadas en la cocina del *Hospital de Día*. Orienta las compras de comida y en colaboración con el acompañante terapéutico realiza comidas fuera del *Hospital de Día* y planifica el fin de semana.

Grupo de arte

El tema de la imagen y la disconformidad con las formas del cuerpo es un problema generalizado en la cultura actual, siendo las mujeres las más afectadas. Esta es una de las razones por las que muchos autores sitúan a los TA como síndromes relacionados con la cultura. Cultura que incide en las alteraciones de la imagen corporal presentes en estas patologías. Conceptualizadas como *disturbios, distorsiones y/o insatisfacción*, pueden presentarse por separado o al mismo tiempo en la clínica. Todos coinciden en la importancia de su inclusión en el tratamiento y advierten la necesidad de corregir sus profundos condicionamientos(5, 9).

Los trastornos de la imagen del cuerpo se acompañan de una actitud de vigilia de sus sensaciones. Esta atención conlleva a hiperobservar partes del mismo o ritmos fisiológicos, como el pulso o la respiración y se acompaña algunas veces de altos montos de angustia. Estas dificultades relacionadas con los afectos y sensaciones, denotan a nuestro entender una perturbación de los límites interior/exterior, una insuficiencia en discriminación sujeto/objeto y denuncian serias alteraciones en la constitución del yo y sus objetos. Perturbaciones que al decir de Winnicott revelan dificultades en la separación/individuación, cuya influencia se evidencia también en su mundo de relación.

La terapéutica fundamental al trabajar con estas pacientes es tender a la individuación y al reconocimiento de los propios límites que se encuentran desvirtuados. Problema de límites medianamente velado bajo la apariencia de dominio sobre el cuerpo y la comida que desarrollan.



La combinación *arte/terapia* ha sido empleada aportando grandes beneficios en el tratamiento de pacientes psicóticos por Pankow(14). Nosotros hemos preferido desarrollar el recurso terapéutico con una profesora de artes plásticas, que favorezca la posibilidad de expresión, desde una nueva mirada. Ésta procura la introducción de otras formas y colores, en pacientes en las que predomina la repetición y la univocidad de formas y enunciados. Enunciados que recortan el cuerpo a la medida de lo esperado y nos llevan a preguntarnos a quién realmente pertenece.

El trabajo en el *grupo de arte* se desarrolla con libertad y no centra su atención en la modificación de la imagen corporal a través del dibujo. La única limitación y no menos importante es la que impone el marco de la hoja. Delimitación de territorios que de acuerdo a lo examinado es tan difícil de incorporar. El *grupo de arte* provee no sólo la posibilidad de explorar los límites alterados, sino que aporta el lenguaje apropiado para que esto tenga lugar.

Acordando desde el inicio que la estimulación de la imaginación tiene un efecto terapéutico en sí misma, preferimos otorgar al *grupo de arte* la función de *facilitador de procesos de simbolización* en los distintos ámbitos del tratamiento. En nuestra experiencia el uso concreto y perdurable de imágenes y la posibilidad de crear nuevos y propios objetos, favorece los logros del mismo e introduce cambios muy importantes en la totalidad de sus relaciones objetales.

Evaluación de la experiencia del Hospital de Día

A fin de evaluar la actividad administramos al grupo de pacientes del *Hospital de Día*, el Inventario de Trastornos de la Alimentación(8).

Los resultados obtenidos fueron similares a los encontrados en el tratamiento ambulatorio con las siguientes observaciones:

- 1) La escala de bulimia mejoró más rápidamente en el tratamiento del *Hospital de Día* que en el tratamiento ambulatorio convencional.
- 2) A un año de tratamiento se registró una significativa normalización de la mayoría de las escalas.
- 3) La escala de satisfacción corporal se mantuvo alterada al concluir el tratamiento del *Hospital de Día* habiéndose mejorado la escala de autoestima.

Conclusiones

El *Hospital de Día en Trastornos de la Alimentación* dirige su esfuerzo a la recuperación total de la personalidad. De nuestros resultados podemos deducir que brinda una interesante oportunidad para pacientes con severos trastornos de la alimentación. Proponemos además evaluar la efectividad del programa no sólo desde la modificación global de las

alteraciones alimentarias y psicopatológicas sino desde la singularidad.

Nos encontramos ante una clínica heterogénea que nos lleva a valorar la sobredeterminación causal de cada paciente a fin de elegir la intervención terapéutica más adecuada.

A partir de nuestra experiencia y con el marco teórico del psicoanálisis, hemos diseñado un dispositivo interdisciplinario que contrasta con otras propuestas que limitan su interés al cambio de las con-

ductas alimentarias. Dispositivo que funciona muchas veces como un *medio facilitador* (24) de potencialidades, tan perturbadas en estas patologías.

Teniendo en cuenta que se trata de un síndrome, con diferente grado de gravedad y evolución, sabemos que en algunos casos la función que se requiere es la de un *medio proveedor* de herramientas y funciones que las pacientes no pueden ejercer(3). Desde esta perspectiva hemos creado nuestra propuesta del *Hospital de Día* en AN y BN ■

Referencias bibliográficas

1. Beck, A. T., Emery, G. (1979), *Terapia cognitiva de la depresión*, traducción en español Ed. Desclee, Bilbao, 1983.
2. Bel Villar, M. T., *Grupos Psicoterapéuticos en los Trastornos Alimentarios, Trastornos de la Alimentación*. Turon Gil, Barcelona, pp. 195 a 203, 1997.
3. Bleichman, H., *Avances en la Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1997.
4. Borel, M., Leiderman, E., Aguiar de Maldonado, M., Mato, L., Autoestima, Perfeccionismo e Insatisfacción corporal en pacientes con trastornos de la alimentación, Trabajo presentado en el X Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 1996.
5. Bruch, H., *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1976.
6. Fairburn, C., Cognitive behavioral treatment for bulimia, in *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, Edited by Garner D. M., Garfinkel P. E., New York, Guilford Press, 1985.
7. Fernández Mouján, O., *El trabajo del duelo durante la adolescencia. Adolescencia: De la metapsicología a la Clínica*, comp. por Susana E. Quiroga. Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
8. Garner D. y col., Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *Int'l Journal of Eating Disorders*, Vol. 2, N° 2, Winter 1983.
9. Garner, D. M., Garfinkel, P. E., *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*, New York, Brunner/Mazel, 1982.
10. Heather H., Giuffre, B. N., B. Sc., M. Sc. K. Roy, Mackenzie, M. D., F. R. C. P. (C): *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. American Psychiatric Press Inc., 1992.
11. Jeammet, P., El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias. *Revista Psicoanálisis con Niños y Adolescentes* N° 6, Buenos Aires, 1994.
12. Lasègue, C. (1873), Anorexia Histérica. En *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. 1, N° 2, 1990.
13. Morton, R. (1694), *Physiologia: A Treatise of Consumptions*, Londres, Smith and Waldorf.
14. Pankow, G., *El Hombre y su Psicosis*, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
15. Piran, N., Kaplan, A. S., *A Day Hospital Group Treatment Program of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, N. Y., Brunner/Mazel, 1990.
16. Raimbault, G., Eliacheff, C., *Las indomables figuras de la Anorexia*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1989.
17. Rosenvegne, Group Therapy for anorexic and bulimic patients. Some aspects on the conduction of group therapy and a critical review of some recent studies. *Acta Psychiatr. Escan.* 1990, 361 (82) 38-43.
18. Russell, G. E. M., Anorexia nervosa: its identity as an its treatment. In J. H. Price (Ed.), *Modern trends in Psychological Medicine*, pp. 131-164, London, Butterworth.
19. Rutztein, G., Anorexia nervosa: modalidades de tratamiento, *Anuario de investigaciones*, N° 4, Facultad de Psicología. UBA, 1996.
20. Simmond, M. (1914), Ueber embolische Prozesse in des hypophysisen Arch. *F. Path. Anat.* 217, 226-239.
21. Szmukler, G., Dare, Ch. y Treasure, J., *Hand book of Eating Disorders Theory, Treatment and Research* Wiley, England, 1995.
22. Turon Gil, V., *Trastornos de la Alimentación. Anorexia nervosa, Bulimia y Obesidad*, Barcelona, España, Masson, 1997.
23. Vandereyken y col., *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y su tratamiento*, Barcelona, Martínez Roca, 1991.
24. Winnicott, D. W. (1965), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Bs. As., Paidós, 1993.
25. Yalom I. D., *The theory and practice of group Psychotherapy*. N. Y., Basic Books, 1985.
- yBN, trabajo presentado en el X Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 1996.
- Brusset, B., Conclusiones Terapéuticas sobre Bulimia *Revista Psicoanálisis con Niños y Adolescentes* N° 5, Buenos Aires, 1993.
- Fernández Mouján, O., *La creación como cura: apertura del psicoanálisis al paradigma holográfico*. Buenos Aires, Paidós, 1994.
- Freud, S. (1917), *Duelo y Melancolía*, Tomo XV, XIV, Buenos Aires, Amorrortu., 1985.
- Freud, S. (1922), Introducción al narcisismo. *Obras Completas*, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1922), Pulsiones y sus destinos. *Obras Completas*, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1922), Lo inconsciente. *Obras Completas*, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., *Body Image in Anorexia nervosa, measurement, theory and clinical implicatios*. *Inst. Psychiatry Med*, 11 (3) 263-284; 1981.
- Halmi, C., A., M. D., *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. American Psychiatric Press Inc., 1992.
- Hewitt P. L., Flett G. L., Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assesment, ans association with psychopathology. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1991, 60: 456-470.
- Jeammet, P., Las conductas bulímicas como modalidad de acomodamiento de las disregulaciones narcisistas y objetales. *Revista Psicoanálisis con Niños y Adolescentes* N° 5, Buenos Aires, 1993.
- Lacey, H., Anorexia nervosa and a bearded female saint. *Br. Med.*, 1982, 285: 1816-1817.
- McDougall, J., *Alegato por cierta anormalidad*, Editorial Petrel, 1982.
- Russell G. E. M., The present status of anorexia nervosa; *Psychol Med.* 1977, 7: 363-367.
- Srinivasagam N. y col., Persistent Perfectionism, Symmetry, and Exactness After Long-Term Recovery From Anorexia Nervosa. *Am. J. Psychiatry* 1995, 1630-1634.
- Winnicott, D. W., *Realidad y Juego*. Gedisa, Barcelona, 1992.

Bibliografía

American Psychiatric Association: *Practice guideline for eating disorders*, Washington D. C., USA, 1993.

Borel, M., Aguiar de Maldonado, M., y Mato, L., *Bulimia y Anorexia, una clínica de lo singular, Prácticas Interdisciplinarias en Anorexia, Bulimia y otros Trastornos de la Conducta Alimentaria*, Buenos Aires, Atuel, pp. 135 a 156, 1996.

Borel, M., Aguiar de Maldonado, M., Mato, M., Modalidades transferenciales en AN

ría de los autores coincide en su descripción. Sostienen que se trata de familias sobreprotectoras, pegoteadas, rígidas, que tiene altas expectativas con respecto a sus hijos. Familias que no promueven, ni facilitan las experiencias de individuación y separación de los hijos propias de la adolescencia.

Un tema recurrente en la literatura sobre el tema es el grado de conflicto y pegoteo entre miembros de la familia y al mismo tiempo la dificultad para separarse y ser autónomo.

Desde otra perspectiva, existe una serie de trabajos publicados que realizan la reconstrucción de la historia infantil de las pacientes y en este sentido, ponen mayor énfasis en la influencia de la madre. Estudian, más precisamente, el lugar ocupado por la alimentación en las primeras relaciones madre-hijo, y la modalidad de respuesta de la madre a las necesidades del pequeño.

Hilde Bruch(3), iniciadora de esta línea teórica, reconoce como "...tema central en muchos pacientes con graves trastornos de la alimentación el déficit básico de no tener una identidad propia, como no siendo dueños de sus propios cuerpos y de sus propias sensaciones, y con la específica incapacidad de reconocer el hambre como un signo de necesidad nutricional (pág. 50, traducción propia)". Ella observó que estas pacientes padecen de una falta de conciencia de estar viviendo su propia vida, actúan como si su cuerpo y su conducta fueran el producto de la influencia y de los actos de los demás; esto daría cuenta de un sentido de ineficacia personal. Ser complacientes ha sido su modo de vida. Es exclusivamente en el área de la alimentación donde se sienten eficaces, manteniendo una actitud estricta frente a la comida. Para esta autora(4), el sentimiento de ineficacia en las demás áreas -que no sea la comida- y el consiguiente déficit en la identidad personal, se encuentra fuertemente vinculado a las experiencias tempranas vividas en la interacción madre-hijo.

Sugiere entonces la existencia de una falla en la decodificación de las señales que emite el niño. Esta falla estaría dada por la presencia de respuestas inadecuadas o por la ausencia de respuestas en la interacción madre-hijo. La madre no comprende empáticamente las necesidades del niño.

Según H. Bruch(3), el aspecto importante a tener en cuenta es "[...] si las respuestas a las necesidades del niño fueron apropiadas o sobreimpuestas por la madre de acuerdo a lo que ella sentía que él necesitaba, a menudo en forma errónea" (p. 51), no teniendo en cuenta los deseos del niño. Madres que se "anticipan" a las necesidades de sus hijos, no permitiendo jamás que sientan hambre.

Esta autora ha hecho una reconstrucción de las historias tempranas de muchas pacientes anoréxicas y en ellas observó que generalmente los padres decían que no tenían mucho para contar: de niña nunca dio problemas, comía exactamente lo que se

le daba, no protestaba por la comida; y además este buen comportamiento se daba también en otras áreas como el aseo. No eran niñas desobedientes, por el contrario eran muy dóciles y colaboradoras. En síntesis: los padres hacían la descripción de estas jóvenes como hijas modelo. Niñas perfectas, complacientes, las cuales se habían vuelto expertas en lo que se refiere a observar y gratificar a los padres. Así es como estas niñas nunca fueron preparadas para la experiencia de separación e individuación, propia de la adolescencia.

Bruch señala los rasgos principales que presentan estas pacientes: el fracaso para desarrollar autonomía de las figuras parentales -por lo general son descritas como una extensión de la madre- debido a la intrusividad y exceso de control por parte de los adultos; el desarrollo de una "persona social" muy dócil y bien orquestada, logrando así sustraerse a enfrentamiento parentales.

Teniendo en cuenta que estas pacientes tienen una gran dificultad en detectar correctamente sus propios sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales, en términos de Winnicott(14) estaríamos en presencia de un "falso self". El desarrollo de este "falso self" estaría vinculado a deficiencias en las relaciones tempranas. Dice Winnicott(14): "Cuando la adaptación de la madre no es suficientemente buena al principio, podría esperarse que el infante muriera físicamente, porque no se inicia la catexia de los objetos externos. El infante sigue aislado. No obstante, en la práctica el infante vive de modo falso. La protesta contra el hecho de ser forzado a vivir una existencia falsa puede detectarse desde la etapa más temprana. En el cuadro clínico vemos irritabilidad general y perturbaciones de la alimentación y de otras funciones, que pueden desaparecer clínicamente, pero sólo para reaparecer en forma grave en una etapa ulterior (p. 190)".

Por otra parte, para Mahler y otros(10) son muy diversas las reacciones de las distintas madres ante los acontecimientos específicos que indican aspectos relacionados con la maduración en la vida del hijo. Estos acontecimientos ponen de manifiesto la transición del bebé desde la fase de dependencia total del regazo materno a la fase de separación-individuación. Los acontecimientos que darían cuenta de este pasaje serían: la disminución de las conductas modeladas según pautas exteriores, el acrecentamiento de la exploración visual y visomotriz, la respuesta específica de la sonrisa, el destete, las reacciones ante los extraños, la angustia de separación, los progresos alcanzados en la locomoción y la marcha y la verbalización. Han observado madres que cumplen con más eficacia su función materna mientras el hijo es un bebé que llevan en su regazo que cuando el niño ingresa en el período de deambulación. Con otras madres se invierte la relación, sienten alivio respecto de las exigencias de



la anterior relación. Dicen los autores: "Aunque el foco está centrado en las madres, no debemos dejar de advertir que el impacto es circular; la reacción de la madre ante el proceso de individuación del niño repercute sobre éste, y vuelve a reflejarse nuevamente en ella. Para que el niño desarrolle un sentimiento interno de autonomía, es necesario que el proceso de individuación sea gradual y progresivo. Una madre que se aparta en forma autoprotectora del impulso del hijo hacia la individuación, o que se opone activamente al mismo, empujará esta autonomía, en cualquiera de los casos, más cerca de la zona de conflicto (p. 266)".

Así es como, a partir de la profundización de las teorías sobre el proceso de separación-individuación, se comenzó a pensar que la relación madre-bebé era la clave que permitiría aclarar los enigmas de la Anorexia. Es bien conocida la importancia que revisten para la futura salud mental del niño y para el logro de un desarrollo armonioso de su personalidad las experiencias tempranas vividas por un vínculo diádico en un marco de contención y continuidad.

Las interpretaciones sobre la relación madre-bebé en las pacientes anoréxicas se pueden agrupar en dos tendencias. Por un lado, se plantea que la anoréxica no logró separarse en forma satisfactoria de la madre durante su infancia. Con lo cual, cuando llega a la pubertad y tiene que enfrentar la necesidad de despegarse de su madre, no tiene elementos para manejar los conflictos que implica este pasaje. S. Gifford y otros sugieren que se ha producido una detención en el nivel simbiótico del desarrollo: "[...] la simbiosis madre-hija original, de la primera infancia, no se limitó a marcar una predisposición sino que constituyó el comienzo de un proceso que se mantuvo constantemente activo, en forma latente o manifiesta, durante toda la vida de ambas" (cit. por Kaplan, 8).

La otra tendencia se centra en la lucha, compuesta de amor y odio, entre la anoréxica y su familia, centrándose en la ambivalencia mutua entre la madre y la hija. Pareciera que la hija ha retrocedido a la subfase de reaceramiento del proceso de separación-individuación: se aferra a la madre y al mismo tiempo lucha por liberarse de ella, como lo hace el niño de un año durante el angustioso período de reaceramiento. Al respecto dice Chediak(6): "Conservar a la madre y liberarse de ella son los temas centrales de la crisis del reaceramiento. [...] Paradójicamente, esta regresión le brindará al mismo tiempo autonomía, liberación de la madre, adquisición de autodeterminación, y también lo opuesto, o sea el mantenimiento de la díada omnipotente (p. 461)".

Un estudio hecho por V. Taipale, O. Tuomi y Au-

kee(12), se ocupó de estudiar a las madres de 13 jóvenes con Anorexia Nerviosa. La mayoría de estas madres tenían más de 30 años en el momento en que nacieron estas jóvenes anoréxicas, otro dato fue que las pacientes no eran el primer hijo. Las madres obtuvieron altos puntajes en los tests de inteligencia, pero en cambio su educación, su estatus y trabajo no coincidían con sus capacidades intelectuales. El puntaje de 6 de las 13 pacientes fue menor que el de sus madres, pero fueron presionadas para tener un mejor desempeño. Los autores concluyen que estas madres, frustradas en el uso de su propia capacidad intelectual y dotes, se vieron resignadas a su destino cuando nació la paciente, creándole a esta hija la tarea de compensar su propia desilusión. Así es como ellas intentan sofocar toda tendencia a la independencia, por lo que sobrellevan la adolescencia de sus hijas con grandes dificultades.

En cuanto a los factores predisponentes de patología familiar, también H.

Bruch(5) habla de padres sobreprotectores, muy ambiciosos, preocupados por el éxito y la apariencia externa.

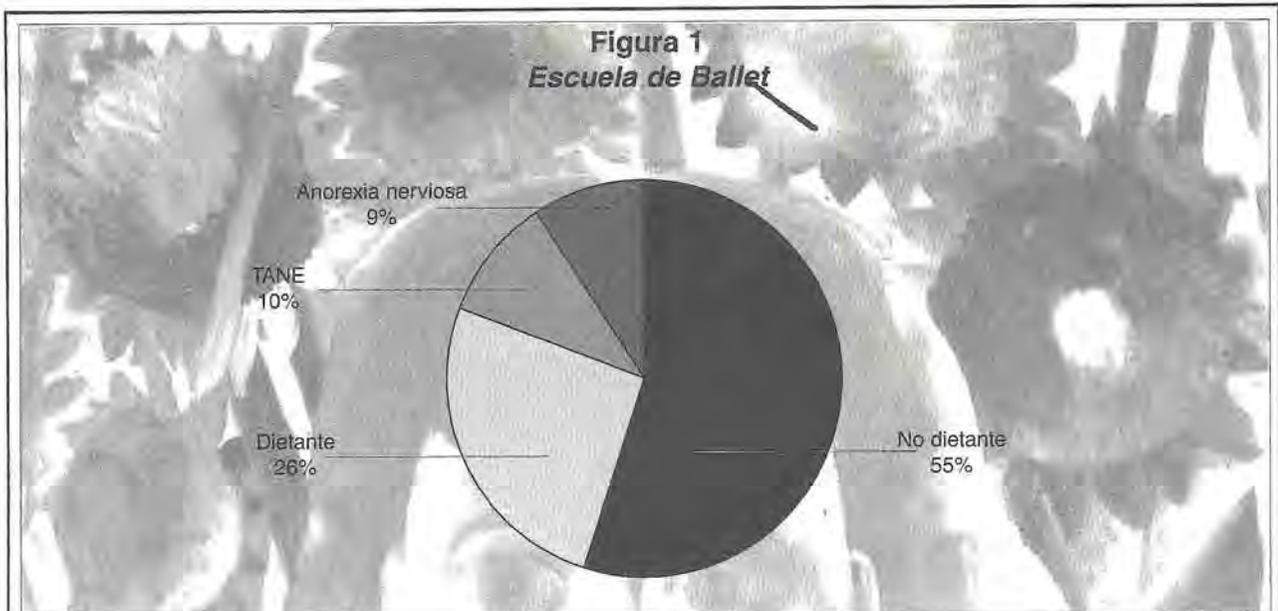
Según esta autora informes retrospectivos sobre la infancia de la anoréxica la describen como una niña inteligente y dócil que sometió, con demasiada facilidad y de buen grado, su omnipotencia y su amor por sí misma a cambio de la autoestima que le brindaba el hecho de convertirse en una extensión de su madre.

Por todo lo dicho podemos afirmar que las relaciones familiares de la paciente con Anorexia Nerviosa y en especial el vínculo madre-hija son temas recurrentes tanto en la consideración teórica como clínica de esta enfermedad.

Llegados a este punto nos preguntamos qué ocurre en la relación madre-hija cuando llega la niña a la adolescencia, y a sus previsible problemas, con una personalidad sumamente frágil como sabemos que es la de la anoréxica. Como otras jóvenes de su edad, la anoréxica comienza por procurar individuación y autonomía. Cambia la perspectiva en la relación madre-hija, ya no es un bebé que lucha con las vicisitudes de la separación-individuación. La Anorexia Nerviosa se precipita cuando debe enfrentar el dilema de ser mujer.

Según L. Kaplan(8) la recaída brusca y dramática de la anoréxica en los modos de la infancia, así como sus extraños comportamientos, a primera vista parecen una réplica de las subfases del proceso de separación-individuación. Quizás podría pensarse a la Anorexia Nerviosa como una solución conciliadora entre su dependencia infantil —a la cual le resulta tan difícil renunciar— por un lado, y su intento de individualidad y autonomía, por el otro.





Si bien podemos afirmar –como ya dijimos– que existe consenso en que la trama familiar, en especial la *relación madre e hija*, juega un papel fundamental en este trastorno, no creemos que la posible existencia –en el caso de que la hubiere– de un vínculo con características específicas pueda dar cuenta de la etiología de la enfermedad. En este sentido, nos preguntamos si algunos de los aspectos de este vínculo madre-hija observados en la clínica no deben ser considerados quizás como una respuesta a la enfermedad, y no precisamente su causa.

No es nuestra intención –ni está a nuestro alcance– establecer en este trabajo la etiología de esta enfermedad enigmática, aun en el campo psicológico. Tan sólo queremos profundizar uno de los factores que pensamos como muy importante. Como ya dijimos, hasta el presente la Anorexia Nerviosa es considerada la resultante de múltiples factores predisponentes y desencadenantes.

En lo que sigue, se analizan los resultados de un trabajo empírico, que estamos llevando a cabo desde hace tres años y cuyo centro es, precisamente, el vínculo madre-hija en la Anorexia Nerviosa. Creemos que todo lo dicho hasta aquí permitirá entender por qué hemos elegido precisamente el ámbito de las relaciones familiares –y en especial el vínculo madre-hija– como centro de esa investigación.

Según Isidoro Berenstein(2), "El término vínculo evoca por lo general una ligadura estable. En castellano deriva del latín *vinculum*, de *vincire*: atar [...] y significa unión o atadura de una persona o cosa con otra. Se usaba para expresar una unión a través de sujetarla firmemente, es decir una atadura lo más duradera posible (p.219)". En otro lugar agrega: "En el mundo intersubjetivo o vincular, que me gustaría diferenciar del mundo interno y del mundo externo, el significado proviene desde

el vínculo, considerado como algo propio y con una cualidad agregada a la suma de los yoes relacionados (p. 223)".

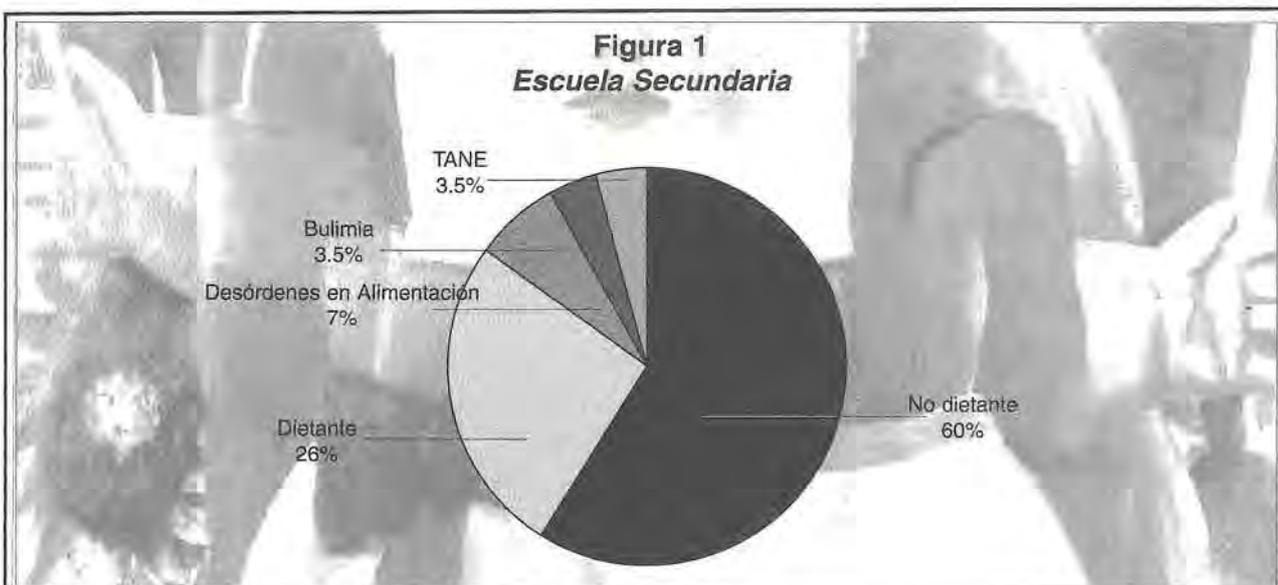
En nuestra investigación pretendimos establecer si el vínculo madre-hija presenta características específicas en la Anorexia Nerviosa y determinar si tales características –en el caso de que existieran– favorecen la aparición de la Anorexia Nerviosa o si el tipo de vínculo se establece como consecuencia de la aparición de la enfermedad.

Para ello nos propusimos analizar el proceso de separación-individuación en las experiencias tempranas de las anoréxicas e indagar acerca de las actitudes de la madre en este proceso. Por otra parte era necesario también estudiar el vínculo madre-hija actual, a partir de una situación disparadora para poder finalmente tipificar los modelos de vínculo.

La población estudiada quedó conformada por mujeres adolescentes de 13 a 20 años de una escuela secundaria y de una escuela de ballet. Agrupamos nuestros sujetos de la experiencia según tuvieran o no diagnóstico de Anorexia Nerviosa ateniéndonos a los criterios diagnósticos establecidos por el DSM IV². Quienes entraron en la primera categoría formaron el grupo central estudiado (grupo A). Los segundos constituyeron un grupo control distribuidos en: dietantes (grupo B) y no dietantes (grupo C).

Con el fin de distribuir los sujetos en los 3 grupos utilizamos dos cuestionarios. El primero es el *Dutch Eating Behavior Questionnaire-Restrained Eating (DEBQ-R)* de Van Strien y colaboradores (1986). Es un cuestionario que evalúa la tendencia a comer menos de lo deseado con el fin de prevenir el aumento de peso o promover su pérdida. Son 10 preguntas con 5 tipos de respuestas posibles (*Nunca, Rara vez, A veces, A menudo, Muy a menudo*).

El segundo cuestionario que se utilizó fue el *Eating Disorder Inventory (EDI)* de D. Garner, M. Olms-



ted y J. Polivy (1983). Es un cuestionario que evalúa los rasgos psicológicos y las conductas propias de los trastornos de la alimentación. Son 64 preguntas con 6 tipos de respuestas posibles (*Nunca, Raramente, A veces, A menudo, Habitualmente, Siempre*). Presenta 8 subescalas: búsqueda de delgadez, insatisfacción con el propio cuerpo, bulimia, ineficacia, desconfianza en las relaciones, perfeccionismo, percepción interoceptiva y miedo a madurar.

Se realizaron entre 2 y 3 entrevistas individuales con las adolescentes en las que se rastrearon áreas relacionadas con la autonomía, la autoestima, el cuerpo y los vínculos.

Se evaluó con el DEBQ (R) el grado de restricción alimentaria de 102 adolescentes (44 alumnas de la escuela de ballet y 58 alumnas de la escuela secundaria). Se determinó que el 45 % de las alumnas de la escuela de ballet y el 40 % de las alumnas de la escuela secundaria presentan alta restricción alimentaria. Es decir, tienden a comer menos de lo deseado con el fin de prevenir el aumento de peso o de promover su pérdida.

Por medio del EDI y de las entrevistas con cada una de las adolescentes pudimos determinar si esa alta restricción alimentaria iba acompañada de algún trastorno de la alimentación.

Se determinó que en la escuela de ballet el 9% de la población presenta Anorexia Nerviosa según los criterios establecidos por el DSM IV(1); no se presentaron casos de bulimia, el 10% presentó trastornos alimentarios no especificados (TANE según DSM IV), el 26% resultó dietante y el 55% resultó población no dietante (Fig. 1).

En la escuela secundaria no se presentaron casos de Anorexia Nerviosa, el 3,5% presentó Bulimia, el 3,5% presentó trastornos alimentarios no especificados (TANE según DSM IV), el 7% presentó ciertos desórdenes en la alimentación sin llegar a constituir un trastorno de la alimentación, el 26% resultó dietante y el 60% resultó población

no dietante (Fig. 2).

Los casos de trastornos alimentarios no especificados de la escuela de ballet se tratan en su mayoría de Anorexias Nerviosas subclínicas. En cambio, los casos de trastornos alimentarios no especificados de la escuela secundaria se tratan en su mayoría de bulimias subclínicas.

Es importante remarcar que no se detectó ningún caso de Anorexia Nerviosa entre las alumnas de la escuela secundaria, teniendo en cuenta que la incidencia de ese trastorno en mujeres jóvenes es del 0,5-1%.

Un aspecto curioso que surgió en la investigación es que en su mayoría fueron las estudiantes de la escuela de ballet quienes necesitaron aclarar las respuestas concretas que se les pedía. No les alcanzó con contestar *nunca, rara vez, a veces, a menudo o muy a menudo*. En una primera aproximación podríamos arriesgar a decir que sobre este tema tienen mucho que decir, no les es ajeno en absoluto, todo lo contrario. Hablan de alimentos nutrientes, de alimentación sana y balanceada y de tratamientos nutricionales.

En las escuelas de ballet exigen que los alumnos sean muy delgados, aun cuando se encuentren en pleno proceso puberal³. Gran parte de los docentes presionan abiertamente a sus alumnas para que mantengan un Índice de Masa Corporal por debajo de 17, cuando el Índice promedio se sitúa entre 20 y 22. A todo esto se suma muchas veces la presión familiar, que no es poca. Muchas familias del interior han tenido que mudarse de su lugar de origen, con todo lo que esto implica (los padres, por ejemplo, han tenido que cambiar de trabajo y los hermanos de escuela) para que estas jóvenes -casi niñas- puedan continuar con su carrera. Gran parte de ellas abandonaron la escuela secundaria para dedicarse enteramente a la danza. Pero ¿qué ocurre con estas niñas cuando sus cuerpos en la pubertad comienzan a cambiar? Todo vale para



poder seguir permaneciendo en estas escuelas de ballet: comienza la gran violencia hacia el propio cuerpo, cuando este cuerpo deja de ser un cuerpo de nena, un cuerpo sin curvas, en definitiva... un cuerpo de bailarina.

Gran parte de estas jóvenes se consideran gordas, comen menos de lo que desean con el fin de prevenir el aumento de peso o promover su pérdida, el promedio de edad de la menarca es más alto que el de la población general y presentan ciclos menstruales irregulares.

La delgadez extrema de nuestras bailarinas es una adquisición relativamente reciente. Este fenómeno se inició en la era romántica de la danza, a mediados del siglo XIX. Las bailarinas dejaron de representar personajes carnales (campesinas) para representar otros más etéreos (sílides, ninfas). Personajes que no pueden pisar el suelo, que deben flotar en el aire y, de ser posible, ... volar. La necesidad de ser extremadamente delgadas se ha agudizado aún más en los últimos 15 años. El peso y la dieta son sus principales preocupaciones.

La superioridad del porcentaje de Anorexia Nerviosa entre las bailarinas en relación a la población en general es evidente. Pareciera ser que las bailarinas tienen 9 veces más probabilidades de desarrollar una Anorexia Nerviosa que otras estudiantes de la misma edad. En estas jóvenes la necesidad de ser delgadas se une a un ambiente altamente competitivo y obsesivamente perfeccionista. Aparentemente, todas las que presentan Anorexia Nerviosa desarrollaron la enfermedad durante el curso de sus estudios de danza.

En resumen, la danza constituye una de las áreas de riesgo más relevante para el desarrollo de un trastorno de la alimentación. Su práctica y su entorno parecen encerrar todos y cada uno de los factores potencialmente patógenos.

Finalmente pudimos distribuir los sujetos de la experiencia en los tres grupos pautados inicialmente: no dietante, dietante y con diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

Por medio de las entrevistas individuales y vinculares se rastreó la relación madre-hija con el fin de apreciar el vínculo desde una perspectiva tanto histórica (reconstrucción de las experiencias tempranas) como actual (observación presente) en los tres grupos. Se indagó sobre aspectos que hacen al proceso de separación-individuación en las experiencias tempranas y en la infancia. Para lo cual se tuvieron en cuenta ciertos momentos puntuales como la lactancia, la deambulación, la aparición del lenguaje, el control de esfínteres, la entrada a jardín de infantes. También la ubicación de la adolescente en la constelación familiar, como así también la función del padre en el proceso de separación-individuación.

En las entrevistas vinculares, con el fin de poder observar en forma directa el vínculo actual se admi-

nistró el "Test de las bolitas" de R. Usandivaras, D. Romanos, H. Hammond y E. Issaharoff(13). Este test evalúa la estructura y dinámica de los pequeños grupos y sus posibilidades de cambio (distribución de los roles y sus características, el modo de interacción, el resultado de la tarea). El test fue utilizado como disparador para la realización de una tarea en común entre madre e hija. No se tomaron en cuenta los resultados cuantitativos del test, puesto que sólo nos interesó evaluar cualitativamente el vínculo madre-hija. Finalmente consideramos por separado las conductas más características que se dieron en los grupos a fin de establecer posibles semejanzas y diferencias.

Por otra parte se analizaron Historias Clínicas de pacientes con Anorexia Nerviosa tanto de instituciones públicas como privadas. La mayoría de los profesionales coincidieron en señalar la dificultad de encontrar Historias Clínicas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Desde hace unos años en los servicios la mayor parte de los pacientes con trastornos de la alimentación tienen diagnóstico de Bulimia o padecen conductas bulimiformes, y en menor medida Anorexia Nerviosa.

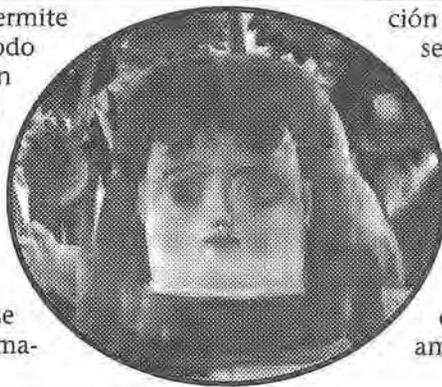
Del análisis de las Historias Clínicas surge la existencia de varios rasgos en común entre los pacientes, como por ejemplo: problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta. La mayoría de las familias se caracterizan por ser sobreprotectoras, rígidas, con poca capacidad para adaptarse a los cambios del desarrollo, con delimitación intergeneracional deficiente y vínculos muy pegoteados (la mayoría con la madre, aunque se observó también con las hermanas y con el padre). En muchas de estas familias se observó que no impulsan o promueven la independencia entre sus miembros.

Con respecto a los tres grupos pautados inicialmente podemos decir lo siguiente: actualmente el grupo A (Anorexia Nerviosa) se encuentra conformado por estudiantes de ballet y pacientes de instituciones públicas y privadas especializadas en Trastornos de la alimentación. Cabe señalar que en dos de estas anoréxicas el peso, si bien es más bajo que el normal, es algo más alto que el establecido por los criterios más estrictos utilizados en investigación para determinar Anorexia Nerviosa. El grupo B (dietante) y el grupo C (no dietantes) quedaron conformados por estudiantes secundarias y de ballet.

En el grupo A (Anorexia Nerviosa) nos encontramos con una gama de variación real, pero restringida, en lo que hace al vínculo madre-hija. Desde vínculos muy pegoteados, madres sobreprotectoras y muy rígidas, con delimitación intergeneracional deficiente hasta vínculos menos rígidos, con mayor capacidad para adaptarse a los cambios propios del crecimiento. En todos los casos, sin embargo, sin llegar a relaciones que favorezcan la autonomía.



La evidencia disponible no permite por el momento establecer de modo concluyente la existencia de un particular vínculo madre-hija en la Anorexia Nerviosa. Aunque sí podemos afirmar, a partir del análisis de los datos disponibles, que existe una tendencia relevante en ese sentido digna de ser considerada con detenimiento. Queda por ver si esa tendencia se consolida en el análisis de informa-



ción adicional y qué características presenta, para lo cual será necesario descartar la influencia de variables intervinientes, con capacidad distorsiva (en el caso de las estudiantes de ballet, las expectativas ya mencionadas de los padres, por ejemplo). En tal sentido, será necesario establecer, hasta donde ello sea posible, si el vínculo es condición necesaria o suficiente (o ambas) de la Anorexia Nerviosa ■

Notas

1. Teniendo en cuenta que nuestra investigación se define en torno de anoréxicas mujeres y acorde con un difundido uso en la bibliografía, hablaremos de aquí en más en femenino. Con ello no desconocemos la existencia de anoréxicos varones; sólo marcamos una característica dominante y definimos un interés teórico-metodológico.

2. DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* de la Asociación Psiquiátrica Americana) es un conjunto de criterios diagnósticos formulados en 1994, que se exponen a continuación:

- Negativa a mantener el peso corporal en o por encima de un peso normal mínimo para edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que lleva al mantenimiento del peso corporal inferior al 85% del peso esperable; o fracaso en obtener la ganancia de peso esperable durante el período de crecimiento, alcanzando un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)

- Intenso temor a subir de peso o a engordar, a pesar de estar con déficit de peso.

- Un trastorno en la manera en que se vivencia el peso o forma del cuerpo, una excesiva influencia del peso o de la figura corporal en la evaluación de sí mismo, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.

- En las mujeres posmenárquicas, amenorrea, por ejemplo la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos ocurren sólo por inducción hormonal; por ejemplo, administración de estrógenos).

Tipos específicos:

Tipo restrictiva: Durante el episodio de Anorexia Nerviosa la persona no realiza en forma regular atracones ni conductas purgativas. (por ejemplo, vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos, o enemas)

Tipo purgativa/de atracones: Durante el episodio de Anorexia Nerviosa la persona realiza en forma regular atracones o conductas purgativas (por ejemplo, vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos, o enemas).

3. En lo que sigue ha resultado de especial utilidad el texto de J. Toro (1996).

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Cuarta edición (DSM IV), American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994.
2. Berenstein, I, Reconsideración del concepto de vínculo, *Psicoanálisis-Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol. XIII Nº2: 219-235, 1991.
3. Bruch, H., *Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Routledge and Kegan Paul, London, 1973.
4. Bruch, H., *Anorexia Nervosa: Therapy and Theory*, *Am. J. Psychiatry* 139: 1531-1538, 1982.
5. Bruch, H., *Conversations with anorexics*, Basic Books Inc., New York, 1988.
6. Chediak, Ch., The So-called Anorexia Nervosa, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 41, Nº5: 418-436, 1977.
7. Gull, W, Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). En *Trans. Clin. Soc. London* 7: 22-28, 1874.
8. Kaplan, L, *Adolescencia. El adiós a la infancia*, Paidós, Buenos Aires, 1991.
9. Laségue, C, La anorexia histérica (1873), *Vértex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. 1, Nº 2, 1990.
10. Mahler, M.; F. Pine y A. Bergman, Reacción de la madre ante el impulso hacia la individuación del niño que comienza a deambular, en *Parentalidad*, Anthony, E. J. y T. Benedek, compiladores. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
11. Minuchin, S., B. Rosman and L. Baker, *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context*, Harvard U.P., Cambridge, Mass, 1978.
12. Taipale, V., O. Tuomi y M. Aukee, An illness of two generations?, *Acta Paedopsychiat.*, Nº 38: 21-25, 1971.
13. Usandivaras, R.; D. Romanos; H. Hammond y E. Issaharoff, *Test de las bolitas, Grupo e imagen*, Manual Paidós, Buenos Aires, 1970.
14. Winnicott, D., *La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso*, en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. Buenos Aires, 1960.

Bibliografía general

- Eisler, I, *Family Models of Eating Disorders*, en *Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and Research*, Szmulker, G., C. Dare & J. Treasure (Eds), John Wiley & Sons, Chichester, U.K, 1995.
- Garner, D., M.P. Olmsted y J. Polivy, *The Eating Disorder Inventory: A Measure of Cognitive-Behavioral Dimensions of Anorexia Nervosa and Bulimia, Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*. A.R. Liss, New York, 1983
- Gorman, B. y Allison D, *Measures of restrained eating*, en *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems. Measures, theory, and research*, David B. Allison (editor), Sage Publications, California, 1995
- Lebovici, S, *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*, Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
- Rutzstein, G., *Anorexia Nerviosa: ¿enfermedad de nuestro tiempo?*, *Anuario de Investigaciones* vol. 3 (1992-1993) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1994.
- Rutzstein, G., *Modalidades de tratamiento en Anorexia Nerviosa*, *Anuario de Investigaciones* vol. 4 (1994-1995) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.
- Rutzstein, G., *El aspecto central de la Anorexia Nerviosa*, *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, vol.3, 1997.
- Toro, J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ariel Ciencia, Barcelona, 1996.
- Usandivaras, R. y M. Araujo de Asencio, *El test de las bolitas aplicado al estudio de las parejas*, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. XXIII Nº4: 282-290, 1977.
- Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB., *The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior*, *Int J Eating Disorder*; 5: 295-315, 1986.

Disfunciones sexuales en Anorexia y Bulimia Nerviosa

Guillermo Raúl Saba

Médico, Departamento de Psicología Médica. Centro de Investigación y Tratamiento en Patología Alimentaria (CITPAD)
Sánchez de Bustamante 923. Buenos Aires. Tel.: 863-7640

María Marcela Fraise de Páez

Lic. en Psicología y Psicopedagogía. Directora de CITPAD

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido relacionados con la sexualidad desde sus primeras descripciones. Inicialmente fue la Anorexia Nerviosa la primera entidad clínica identificada y descrita desde sus síntomas de restricción alimentaria y pérdida de peso. Autores como Gull, Janet(1, 13) y el mismo Freud(2, 6) hacen referencia a la enfermedad como una forma de conversión por sofocamiento del erotismo oral. Para Israel(3, 9) existen tantos puntos en común con la Histeria que puede admitirse que se trate de una variante de la mis-



ma, definiéndola como una histeria especializada; señala que el interés de la familia por la comida, mantiene el infantilismo y permite que los pacientes y familiares puedan evitar los problemas adolescentes, en particular el enfrentamiento con una sexualidad normal. En 1975, Garrow, J. S. y cols.(4, 7) le otorgan a la sexualidad un lugar especial en el criterio diagnóstico por ellos propuesto y señalan que la alteración endocrina del eje hipotálamo-hipofisario se manifiesta en la mujer con amenorrea y en el hombre con disminución del interés y de la actividad sexual. Esta línea de pensamiento donde la sexualidad es relacionada con la Anorexia Nerviosa se mantiene en el criterio diagnóstico ICD-10(5, 8), donde se observa la misma relación ya puntualizada por Ga-

Agradecemos la colaboración de:
Mariana Gaspari, Lic en Psicología. U. N. M. del Plata.
Mercedes Cazón Gómez, Lic en Psicología. U. del Salvador.

Resumen

La mirada integral de la Anorexia y Bulimia Nerviosa nos lleva a atender los distintos aspectos involucrados, el biológico, el psicológico, el social y a cada uno de ellos con su particular manera de hacerse manifiesto. Así como el paciente con Anorexia y Bulimia Nerviosa tiene hábitos alimentarios patológicos, también presentará conductas y actitudes particulares que se expresarán en otros ámbitos, entre ellos el social interaccional, donde queda incluida la respuesta sexual. El modo de relacionarse con el entorno es un aspecto más, que pone en evidencia las características del perfil global del paciente y del núcleo sintomático central. En el presente trabajo se investigaron en una muestra de 245 pacientes, con diagnóstico de Anorexia o Bulimia Nerviosa, las distintas disfunciones sexuales presentadas en cada cuadro en particular, mostrando sus características, distinciones, similitudes y diferencias según cada subtipo clínico.

Palabras Clave: Anorexia Nerviosa – Bulimia Nerviosa – Disfunciones sexuales.

SEXUAL DYSFUNCTIONS IN ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA

Summary

An integral insight into Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa leads us to attend to different aspects involved: the biological, the psychological and the social one and each of them to its particular way of being evidenced. In the same way as a patient with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa has pathological food habits, he/she will also present particular behaviors and habits which will be expressed in other areas, among which is the interaction social one, where a sexual response is included. The way of relation with the environment is another aspect which proves the characteristics of the patient's global profile and of the central symptomatic nucleus. In the present work a sample of 245 patients with a diagnostic of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa was under investigation, the different dysfunctions are presented in each particular case, showing its characteristics, considerations, similarities and differences according to each clinical subtype.

Key Words: Anorexia Nervosa – Bulimia Nervosa – Sexual dysfunctions.

Tabla 1
Disfunciones sexuales en 245 casos con Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa
y sus diferentes subtipos (240 ♀, 5 ♂. Raza blanca, clase media)
 Entre paréntesis, los porcentajes correspondientes

Disfunción sexual	Anorexia nerviosa		Bulimia nerviosa	
	Restictiva (N=62; 61♀, 1♂)	Compulsiva/purgativa (N=38; 37♀, 1♂)	Purgativa (N=112; 109♀, 3♂)	No purgativa (N=33♀)
Deseo sexual inhibido	15 (24.2)	7 (18.4)	7 (6.3)	3 (9.1)
Aversión sexual	10 (16.1)	2 (5.3)	3 (2.7)	3 (9.1)
Trastornos en la excitación sexual	2 (3.2)	2 (5.3)	5 (4.5)	2 (6.1)
Trastorno orgásmico	4 (6.4)	3 (7.9)	10 (8.9)	4 (12.2)
Identidad sexual	—	—	2 (1.8)	1 (3.0)
Totales	31 (49.9)	14 (36.9)	27 (24.2)	13 (39.5)

row y col. agregando la pérdida de potencia sexual en el varón como síntoma de la Anorexia Nerviosa. En 1979, Russell utiliza la expresión de Bulimia Nerviosa, frente a un grupo de pacientes que presentan una necesidad imperiosa de comer en exceso, vomitan y utilizan laxantes tras sus ingestas, y sufren miedo intensísimo a engordar. De este modo surge en escena la delimitación clínica (con independencia de la Anorexia Nerviosa), de la otra entidad del grupo de los Trastornos de la conducta alimentaria: la Bulimia Nerviosa. A partir de aquí surgen innumerables investigaciones con el fin de mantener esta diferenciación y brindar la posibilidad de mayor precisión diagnóstica. Se delimitan diferentes grupos de pacientes tomando en cuenta diferentes parámetros según sea la conducta alimentaria, restrictiva, bulímica o mixta. Beaumont y cols(6, 15) distinguen aquellas que restringen su ingesta (*dieters*) de las que vomitan y usan laxantes en forma abusiva (*vomiters and purgers*). Refiere que las del primer grupo corresponde al introvertido de Einseck y no tienen actividad sexual, mientras que las del segundo grupo son altamente obsesivas, más histriónicas, presentan una curva de sobrepeso premórbido además de ser sexualmente más activas. La incipiente diferenciación de las conductas sexuales continúa; entre otros autores, Abraham(7, 10) explicita en los pacientes con trastornos alimentarios una sexualidad negada, insegura, pasiva y activa. Otros explican la problemática sexual de estos pacientes desde una perspectiva que podríamos llamar psico-evolutiva, y de este modo incorporan a la descripción del cuadro

el contexto donde se manifiesta. Por ejemplo, Hilda Brush(8, 3) describe en los adolescentes con Trastornos alimentarios "un déficit en el proceso de individuación que conduce a la imposibilidad de reconocerse como una persona autónoma e independiente capaz de reconocer sus necesidades, controlarlas y satisfacerlas".

Hace remontar el origen de los cuadros que nos ocupan, a un mal conocimiento del cuerpo y a un trastorno secundario de la percepción de la imagen corporal. Para Ajuriaguerra(9, 1) la Anorexia Nerviosa es una clase de neurosis actual en relación con la maduración puberal, con un sentido psicósomático de la enfermedad. Las conductas de ascetismo permiten negar (S. Mogul) las necesidades corporales, después la femineidad, e ignorar los deseos genitales; relaciona la incapacidad de asumir el papel sexual genital y de integrar las transformaciones de la pubertad, marcando el desinterés por la sexualidad y la negación de las transformaciones corporales.

Es importante identificar, dentro de la esfera sexual, qué tipo de problemáticas se presentan en cada uno de los Trastornos de la conducta alimentaria. No podemos desconocer que una variable a tomar en cuenta proviene de entender que los Trastornos alimentarios se inician en general en la adolescencia. Este aspecto adquiere relevancia a los fines de contextualizar las características disfuncionales de la sexualidad del paciente con anorexia o con Bulimia Nerviosa. Entendemos la adolescencia como una etapa de crisis o período de tránsito que conlleva factores de orden somático-psicológicos y socioculturales— siendo las problemáticas centrales del adolescente la bús-



queda de identidad, lograr el sentido de autonomía, defender sus juicios, y reencontrarse desde un criterio y una síntesis propia. En este proceso de individuación el adolescente debe integrar por un lado cambios físicos y por otro el desarrollo de su sexualidad, eligiendo un rol de acuerdo a sus propios valores(10, 11).

Tabla 2
Rechazo a la iniciación sexual

Anorexia nerviosa		Bulimia nerviosa	
Restictiva	Compulsiva/purgativa	Purgativa	No purgativa
(N= 62)	(N=38)	(N=112)	(N=33)
22 (35.5)	6 (15.8)	7 (6.3)	3 (9.1)

Desarrollo

En el presente trabajo desarrollamos una investigación realizada con 245 pacientes mayores de 18 años diagnosticados y tratados por Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, cumpliendo para su inclusión con los criterios diagnósticos del DSM IV y habiendo completado la fase de recuperación inicial (atenuación del núcleo sintomático central). En él se muestran las diferentes disfunciones sexuales presentadas, sus características, el análisis y discusión de las mismas, marcando diferencias y similitudes encontradas en cada cuadro en particular y su relación con cada subtipo clínico correspondiente.

En las Tabla 1 y 2 se muestran las disfunciones encontradas en la muestra de pacientes.

Comentarios

Previamente al abordaje de los diferentes trastornos de la esfera sexual encontrados en los Trastornos de la conducta alimentaria, definamos qué entendemos por disfunción sexual.

Una disfunción sexual es una alteración en el ciclo de la respuesta sexual, de causa psíquica y/o fisiológica, que es vivenciada con malestar subjetivo y que genera conflicto en la relación interpersonal.

Como se observa en la Tabla 1 las disfunciones sexuales, consideradas en su conjunto, aparecen con menor frecuencia en la Bulimia Nerviosa compulsiva/purgativa. Esto en parte podríamos atribuirlo a que las disfunciones sexuales son en general disfunciones cuantitativas y por déficit. Disfunción, porque se alejan de la curva de respuesta sexual normal; cuantitativas (son las más comunes), porque representan una alteración de frecuencia o de magnitud; y por déficit, ya que la mayoría son disfunciones en menos (reducción de... falta de... o ausencia de...). En este subgrupo de Bulimia Nerviosa, los pacientes suelen presentar un alto grado de impulsividad, que se traducirá en la experiencia y en la actividad sexual, pero que no aparece registrado en la estadística como disfunción. Desde el punto de vista clínico consideramos que la impulsividad que contamina la conducta sexual del paciente se constituye como



mo disfuncional, dado que ésta suele ser insatisfactoria o estar al servicio de la patología alimentaria.

En los cuadros de Anorexia de nuestra muestra no hemos encontrado trastornos de la identidad sexual. El Trastorno de la identidad sexual se identifica por la presencia de incomodidad o rechazo manifiesto por el propio sexo, por el rol social del mismo, y por la inclinación a identificarse con el sexo opuesto. Los tres pacientes que presentaron este trastorno lo hicieron bajo la forma de homosexualidad. Es de destacar que algunos pacientes manifiestan ideas de homosexualidad sin configurar un Trastorno de la identidad sexual, debiendo por lo tanto realizarse el diagnóstico diferencial con la duda obsesiva de tener inclinación homosexual, y con el Trastorno obsesivo caracterizado por la idea recurrente de ser homosexual. El primer caso ocurre cuando el paciente comienza a mejorar la interacción social, alejado ya de las conductas alimentarias patológicas. Las inseguridades que le surgen en el acercamiento activo hacia el sexo opuesto, lo conducen a dudar de su identidad o inclinación sexual, planteándose de manera persistente dudas sobre sus propias inclinaciones, que en su afán de corroborar lo contrario, conducen a un pensamiento rumiativo y a exacerbar las dudas con malestar significativo.

En otros casos el paciente describe la aparición súbita y recurrente de obsesiones, consistente en ideas parásitas, que vivencia como intrusivas, referentes a su inclinación o atracción sexual, generándole ansiedad y malestar. Estas obsesiones de tipo ideativo, por la forma de aparición, características y descripción del propio paciente, nos dan la pauta de estar frente a un trastorno obsesivo.

Las disfunciones en el deseo sexual incluyen el deseo sexual inhibido, que se caracteriza por la significativa disminución del deseo de mantener actividad sexual, sea ésta fantaseada o real.

Esta disfunción suele ser más frecuente en la Anorexia, siendo mayor para el subtipo restrictivo que para el subtipo compulsivo/purgativo. En Bulimia es mayor para el subtipo no purgativo (9.1) que para el subtipo purgativo (6.3), diferencia dada en relación a que si bien ambos subtipos presentan preocupación y contaminación por la imagen corporal, el subtipo purgativo mantiene mayores parámetros de socialización y en apa-

riencia se muestran menos defensivos en la interacción.

La aversión sexual es el cuadro que lleva a evitar el contacto genital porque el individuo siente rechazo hacia algún aspecto particular del sexo (genitalidad, penetración, secreciones etc.) La Anorexia restrictiva y la Bulimia Nerviosa subtipo no purgativo detentan los mayores índices.

De este modo se destaca que las formas con purga tienen una menor probabilidad de presentarlo, influenciado esto posiblemente en que son las formas que presentan menor retraimiento e inhibición y por ende suelen tener mayor frecuencia de experiencias sexuales y una inserción social más cercana a parámetros de normalidad. En las formas restrictivas, entendemos que el repliegue no es sólo social, entendiendo la influencia de mecanismos defensivos propios de la etapa evolutiva.

El trastorno orgásmico femenino se caracteriza por una alteración (disminución, ausencia, o retardo) en la capacidad para experimentar el orgasmo, con fase de excitación y/o estimulación óptima; en este trabajo se toma en cuenta la ausencia total de orgasmo (anorgasmia primaria), con el fin de mantener mayor precisión en los resultados considerando el perfil de los pacientes evaluados. Esta disfunción, en nuestra muestra de pacientes, aparece como más común en los cuadros de Bulimia Nerviosa no purgativa. En los casos de Anorexia Nerviosa no hay diferencias significativas entre ambos subtipos clínicos, siendo 6.4% para el subtipo restrictivo y 7.9% para el subtipo compulsivo/purgativo, respectivamente. La baja frecuencia de este trastorno en la Anorexia Nerviosa restrictiva podría deberse al tipo de pacientes que, como antes mencionamos, presentan mayor inhibición y, mayor dependencia de su imagen corporal, y especialmente porque acceden más tardíamente a la sexualidad, por lo cual muchos de los pacientes evaluados aún no habían mantenido relaciones sexuales (ver Tabla 2).

El trastorno en la excitación sexual se da, en la mujer, cuando no aparece vaso congestión pelviana, lubricación, dilatación vaginal y tumefacción de genitales externos, durante la fase inicial del acto sexual. Lo más característico de la respuesta es la lubricación, que la mujer no logra obtener o mantener hasta la finalización del acto sexual. El trastorno de excitación sexual es en la población estudiada mayor para Bulimia tipo no purgativo, respecto de Bulimia tipo purgativo(11, 4). En la Tabla 2 se muestran los índices de rechazo a la iniciación sexual definido como el rechazo activo, voluntario, de toda conducta de acercamiento a la genitalidad (incluyendo auto y hetero estimulación) e incluso el acceso intelectual al tema.

El rechazo a la iniciación sexual en Anorexia Nerviosa restrictiva es significativamente más alto que en los otros cuadros, con porcentajes mayores al doble que las encontradas en el resto.

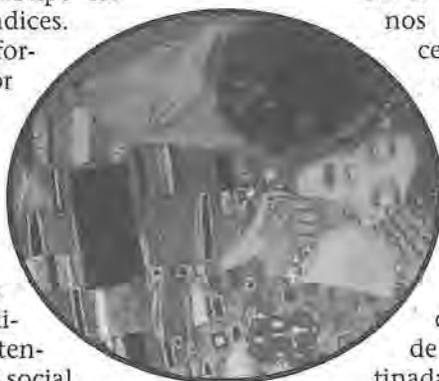
Reflexiones sobre la posible correlación entre disfunción sexual y diagnóstico de subtipo clínico

Perfil general de la Anorexia Nerviosa

En la Anorexia Nerviosa, a medida que nos alejamos del núcleo sintomático central, los cambios en la recuperación del peso generan cambios a nivel de la figura corporal, y en la percepción de la misma. En la gran mayoría de los pacientes observamos una dificultad, no siempre explícita, para reconciliarse con su nueva imagen (cambio de ropa, cuidado personal), desde la forma de verse que, antes de la recuperación ponderal, era destinada al ocultamiento del cuerpo; ahora

con la reaparición de los caracteres sexuales secundarios (un cuerpo más femenino), se expone al encuentro y a la mirada del otro y a los temores que implican la salida al mundo real. Persiste la autoobservación con características descalificadoras, y la dependencia de la mirada y de la aprobación externa que condicionará el desempeño en la interacción interpersonal(12, 5).

Anorexia Restrictiva: Es el tipo de pacientes donde se observa mayor grado de retraimiento e inhibición (que varía según el momento de la enfermedad), así como es el subtipo donde se observa el mayor distanciamiento afectivo y mayor grado de aislamiento social. Son pacientes con escasa plasticidad adaptativa que presentan dificultades para captar sus estados afectivos y emocionales. Este perfil nos habla de un condicionamiento mayor en el momento de interactuar a nivel de sus pares o, dicho de otra manera, al momento de transitar por una adolescencia que conlleva cambios físicos y psíquicos (que en estos pacientes están contaminados por el núcleo sintomático), hasta la asunción de una sexualidad normal, entendiendo por ella no sólo su aspecto biológico sino el encuentro con un otro, como forma de comunicación. Observemos que en el subtipo restrictivo, las disfunciones con mayor grado de presentación son el deseo sexual inhibido y la aversión sexual. El trastorno orgásmico y el de la excitación sexual son los de menor porcentaje de aparición. En síntesis, en su sexualidad hay un mayor compromiso inhibitorio y de rechazo, observándose algunos pacientes adaptados en las diferentes áreas sociales y que ya no ocultan su cuerpo, que tienden a revestirlo de una puerilidad e infantilismo, que son explicables como una forma sutil de evitar el contacto sexual. En el subtipo restrictivo, detectamos altos índices de rechazo a la iniciación sexual. Entre otros datos significativos, son pacientes a su vez que presentan mayor grado de dependencia del núcleo familiar (factor de influencia reconocido en los trastornos alimentarios), que no facilita abiertamente la salida al mundo



exterior, con mensajes contradictorios y modelos de identificación poco claros, sin un acompañamiento adecuado en su desarrollo. Por lo antes mencionado, este tipo de pacientes presentan mayor resistencia al abordaje de las temáticas sexuales, requiriendo entonces un mayor trabajo terapéutico que debería incluir la reconciliación de su imagen, el interjuego con sus pares y el adecuado manejo de la seducción.

Anorexia Compulsiva/Purgativa: Durante las primeras etapas de la enfermedad presentan (en menor grado), cierta tendencia a la inhibición y al retraimiento, que particularmente disminuye a medida que el paciente evoluciona favorablemente. Son pacientes que mantienen mayor contacto con situaciones externas que las que padecen el subtipo restrictivo, que les permite establecer vínculos afectivos significativos. Esto parece facilitar mejores posibilidades para la expresión de sus emociones, con códigos de comunicación menos contaminados ideativamente (peso-cuerpo-figura), pero nunca ausentes. Este perfil hace que busquen una mayor apertura al contacto sexual. No obstante, observamos que la disfunción sexual con mayor porcentaje de aparición para este subtipo fue el deseo sexual inhibido. Además de mantener mejores niveles de socialización que los pacientes del tipo restrictivo, observamos que en un subgrupo aparece un considerable porcentaje con rechazo a la iniciación sexual, evidenciando más marcadamente las dificultades que el subtipo purgativo presenta para asumir su sexualidad en el contexto de las relaciones interpersonales.

Señalamos, por otro lado, que estos pacientes suelen realizar elecciones de pareja con alto nivel de conflictividad y por ende poco satisfactorias. Mantienen cierta dependencia y sumisión a los deseos del otro, con desdibujamiento de las propias necesidades, como así también suelen contaminar sus vínculos interpersonales con sus oscilaciones anímicas, que condicionan su desempeño social.

Bulimia Nerviosa

Perfil general

Presentan alta incidencia de comorbilidad con Trastornos del estado de ánimo (distimia, ciclotimia, Trastorno bipolar II), y abuso de sustancias.

Son pacientes que manejan un mejor grado de socialización con el entorno, pero de manera superficial, con dificultades para establecer relaciones interpersonales; suelen ser inconstantes y dependientes.



Bulimia de tipo purgativo: Las pacientes con Bulimia Nerviosa compulsiva/purgativa manejan un mejor grado de conexión con su entorno que en el subtipo no purgativo, pero con grandes dificultades para establecer relaciones significativas. En ocasiones pueden llegar a presentar cierta promiscuidad. Si bien los porcentajes de trastornos sexuales son los más bajos de la muestra es importante destacar que en este grupo de pacientes la sexualidad está íntimamente ligada a la impulsividad, contaminada por la búsqueda del reconocimiento de la propia imagen a través de la aceptación del otro, no logrando por ello respuestas sexuales satisfactorias(13, 14).

Probablemente, si consideráramos la impulsividad sexual como disfunción a testear se presentaría como el grupo de mayor dificultad a nivel sexual. Presentan menor rechazo e inhibición sexual. Observamos que la disfunción de menor índice de aparición para este subtipo clínico fue el deseo sexual inhibido, con valores intermedios para el trastorno de la excitación sexual. Además de mostrar menor índice de rechazo a la iniciación sexual en relación al subtipo no purgativo de Bulimia, tienden a tener un debut sexual más temprano. Son pacientes que presentan recurrencias o reactivación del circuito de la enfermedad, que pueden relacionarse con las oscilaciones anímicas y el alto grado de vulnerabilidad frente a factores de estrés.

Bulimia no purgativa: Clínicamente tienen un grado de inhibición y retraimiento mayores que en el subtipo purgativo. Son pacientes con poco cuidado personal en cuanto a los códigos de belleza y femineidad, y que frente al establecimiento de una pareja suelen realizar elecciones donde la sexualidad no juega un rol primario, con inicio más tardío del comportamiento sexual en comparación a la población adolescente sin patología alimentaria.

La dinámica familiar se caracteriza por no facilitar la expresión emocional, con estructuras rígidas, y con alto nivel de autocritica en el mensaje familiar, donde no está facilitada la salida al mundo externo, con modelos de identificación poco claros y en general con madres con características pasivas. Esto explicaría que el perfil general del paciente muestre mayor inhibición y retraimiento. Nos enfrentamos con un adolescente con mayor dificultad para sortear los obstáculos hacia una adecuada maduración sexual(14, 2).

Conclusiones

"La maduración o diferenciación sexual del individuo, no depende de la edad cronológica, sino de la posibilidad de sortear los diferentes obstáculos so-

ciales que se van presentando en el transcurso de su historia vital" (15, 12).

La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, en mayor o menor grado, generan una desviación, una distorsión en el desarrollo evolutivo normal. Nos encontramos frente a un paciente que se autoevalúa a partir de lo que piensa de su figura y peso corporal, y suele creer con firmeza que el entorno se conduce del mismo modo. Esto condiciona el estilo de respuesta en la interacción vincular y en la consecución de una sexualidad adulta.

Las respuestas en el área sexual son variadas, siendo las más frecuentes: negación, retraimiento, inhibición, impulsividad en el acercamiento al otro y dificultad para mantener vínculos afectivos duraderos, junto a la dificultad para realizar elecciones de pareja adecuadas.

El abordaje de la conflictiva sexual es ineludible y debe focalizarse en etapas posteriores, una vez que se haya logrado la estabilización del paciente y la remisión del núcleo sintomático, incluyendo no sólo el abordaje de las disfunciones, sino el acompañamiento hacia una adecuada maduración sexual, respetando los tiempos y demandas de cada paciente en particular.



Considerando el esquema básico de los subtipos clínicos, encontramos que en las pacientes anoréxicas restrictivas y Bulimia no Purgativa se observa mayor resistencia para el enfrentamiento de la sexualidad y de las temáticas relacionadas con ella. En la Anorexia purgativa y en la Bulimia tipo purgativo su mayor conexión con el medio nos permite un abordaje global en las primeras etapas del tratamiento, haciendo hincapié en el manejo impulsivo de la sexualidad, tipo de elecciones, influenciadas por las continuas oscilaciones en el estado de ánimo.

A través del trabajo realizado, observamos que las dificultades en el área sexual que presenta el paciente con patología alimentaria, se dan en un contexto adolescente y que más allá de las particularidades propias de esta etapa, el comportamiento y la respuesta sexual están contaminados por la enfermedad de base.

En síntesis, las disfunciones sexuales deben ser consideradas dentro del abordaje de la Anorexia Nerviosa y de la Bulimia Nerviosa, siendo necesaria la realización de estudios posteriores con amplio número de pacientes para arribar a conclusiones más abarcativas y concluyentes ■

Bibliografía

1. Ajuriaguerra, J., *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Masson, Barcelona-México, 1986 (pp. 129, 132, 137, 185).
2. Bertera, H. J., Fraise, M., Saba, G., "Subtipos Clínicos en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa: Evaluación de similitudes y diferencias en 250 pacientes con trastornos alimentarios". *Comunicaciones*. Asociación Argentina de Psiquiatras. Año II, N° 3, Octubre de 1995.
3. Bruch, H., "Eating Disturbances in Adolescence". In *American Hand Book of Psychiatry Basic*. New York, 1964, Vol. 2, 18, 275, 286.
4. DSM IV *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S. A., Barcelona, 1995.
5. Fichter, M. M., Daser, C., Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychol. Med.*, 1987, May, 17 (2): 409-13.
6. Freud, S., *Obras Completas* T. I, Capítulo XIV "La Etiología de la Histeria". Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
7. Garrow, J. S., Crisp, A. H., Jordan, H. A., Meyer, J. E., Russell, G. F. M., Silverstone, T., Stunkard, A. J., Van Itallie, T. B., *Diagnostic issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Appendix A., p. 212, Brunner Mazzel, New York, 1988.
8. I. C. D. 10 Mental, *Behavioral and Developmental disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Division of mental Health, Geneva, 1987.
9. Israel, *La histeria, el sexo y el médico*. Toray-Masson, España, 1979.
10. Bruch, H., "Eating Disturbances in Adolescence". In *American Hand Book of Psychiatry Basic*. New York, 1964, Vol. 2, 18, 275, 286.
11. Monedero C., *Psicopatología Evolutiva*. Ed. Labor, S. A., Barcelona, 1982 (pp. 297, 298).
12. Romi, J. C., "Sexualidad en Anorexia y Bulimia". *Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Organó de Difusión de la Asociación Argentina de Psiquiatría (AAP). Año 3, Vol. 2, N° 4, Mayo 1996.
13. Rovira, B. L., Citado en "Anorexia Nerviosa. Curioso, no comer para vivir", *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. I, N° 2, 1990, p. 27.
14. Steiger, H., Fraenkel, L., Lechner, P. P., "Relationship of body-image, distortion of sex role, identifications, irrational cognitions and body weight in eating disorders females". *J. Clin. Psychol.*, 1989, Jan., 45 (1): 61-5.
15. Toro J. Vilardel E., *Anorexia Nerviosa*. Martínez Roca Ed., Barcelona, 1987 (pp. 147, 149, 179).

Negación e infidelidad: principales obstáculos en el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia nerviosa

Entrevista a Bertrand Samuel-Lajeunesse*

por Diana Kamienny, Graciela Beatriz Onofrio y Dominique Wintrebert

Vertex: ¿Qué fue lo que lo llevó a interesarse y ocuparse de los Trastornos de la conducta alimentaria?

Samuel-Lajeunesse: Me formé en el hospital Cochin de París. La casualidad hizo que durante el último año de mi Residencia viera pacientes con trastornos anoréxicos en el Servicio de Endocrinología del Profesor Henri Pierre Krotz. Allí había un centenar de enfermas "anoréxicas mentales" –como se las calificaba en esa época– y como me pareció que eso era un fenómeno algo curioso, decidí hacer una Tesis sobre el tema. Hice mi primer trabajo, entonces, sobre las anoréxicas internadas en ese Servicio de Endocrinología.

Vertex: ¿En su Tesis, abordaba la cuestión de la Anorexia Mental entendiéndola como una enfermedad mental?

Samuel-Lajeunesse: Aparte de la psicosis..., y aún en ese caso, no conozco ningún trastorno psíquico que pueda ser erigido en enfermedad. Es decir, con un consenso semiológico, una etiqueta, un pronóstico, y un acuerdo desde el punto de vista psicopatológico, en el sentido más general del término. Es por ello que pienso que en lo que respecta al concepto de enfermedad en psiquiatría, estamos en el limbo... En cuento a los trastornos del comportamiento alimentario, bueno, ahí también...

* Profesor de Psiquiatría de Adultos en la Universidad de París V, miembro de nuestro Comité Científico y asiduo participante de los Congresos Argentinos de Psiquiatría organizados por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Bertrand Samuel-Lajeunesse, se desempeña como Jefe de Servicio en la Clínica de Enfermedades Mentales y del Encéfalo del Hospital Sainte Anne de París. Fue precisamente en ese ámbito, en el que ha organizado desde hace largo tiempo un Servicio especializado en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios, que fue entrevistado por Vertex.



Vertex: ¿Le sigue hizo de la Anorexia una enfermedad mental...

Samuel-Lajeunesse: Es cierto, pero eso fue en 1880 y yo vivo cien años más tarde, ¿de acuerdo? Yo no creo que se pueda hacer una enfermedad de los trastornos de los comportamientos alimentarios.

Vertex: Entonces, ¿cómo definiría Ud. hoy, con treinta años de experiencia, a la Anorexia y a la Bulimia?

Samuel-Lajeunesse: Como conceptos útiles para el trabajo, pero no como entidades. No creo que existan como tales, fíjese que cuando uno estudia este tipo de pacientes, aunque haya alguno que sea restrictivo, si se lo sigue a lo largo de varios años de evolución, es raro hallar un caso que no haya presentado fases bulímicas; por supuesto que sucede que haya alguno que sea puramente restrictivo, pero es raro; y aun así, si uno sigue a ese mismo enfermo durante un período de diez, veinte o treinta años, es muy raro que no tenga después una fase bulímica.

Por consiguiente, hacer una diferencia fundamental entre Anorexia y Bulimia, sólo es cómodo para el trabajo. Según algunos, es el soporte de referencias patogénicas más o menos psicológicas, más o menos biológicas. Pero de hecho, para mí son lo mismo.

Lo que las une no es tanto la forma del comportamiento alimentario en el momento, sino el que todos están invadidos por un universo de significaciones alimentarias: demasiado o demasiado poco, es lo mismo. Sólo piensan en eso. Eso es lo que las unifica, si podemos decir así. No sé si hice una distinción lo suficientemente clara. Todos los trabajos que tratan de decir: la personalidad bulímica es así, la personalidad anoréxica es así, no son forzosamente falsos, desde luego, porque hay una vieja distinción de las cosas. Es cierto que hay bulímicos que lo serán durante toda su vida, pero hay cantidad de formas presignificadas patológicas. Lo que los une es el universo de significados alimentarios, de representaciones corporales inadaptadas.

Vertex: *¿Inadaptadas?*

Samuel-Lajeunesse: Así es, inadaptadas, porque tanto unos como los otros son desdichados.

Vertex: *¿Cómo entender que algo tan resistente como el hambre como instinto, sea arrastrado así por un universo de significados?*

Samuel-Lajeunesse: Creo que nadie lo entiende. Las anoréxicas se mueren de hambre. El hambre permanece. Tiene que haber una evolución hasta el nivel casi de la caquexia para hacerla desaparecer. La anoréxica lucha contra el hambre.

Vertex: *¿Cómo entiende Ud. esa lucha contra el hambre?*

Samuel-Lajeunesse: Creo que no hay una sola explicación. Por ejemplo, para la Bulimia, conocíamos las situaciones de fobias, los enfermos delirantes que tenían rechazo por los alimentos.

Tuvimos que esperar hasta 1978 para aislar a la Bulimia como una entidad –repito, no la designo así en el sentido de enfermedad– aislada de la Anorexia. Cuando se aisló a la Bulimia, todos estuvieron contentos porque eso correspondía a algo.

En fin, es útil como concepto de trabajo. Así pues, se hicieron clasificaciones con variaciones más o menos verosímiles sobre la cantidad de bulímicos necesaria para hacer un diagnóstico, cantidades de parámetros que originaron nuevos consensos.

Si tomamos las definiciones operatorias de la Bulimia o la Anorexia Nerviosa veremos que a lo largo de los años hallamos en las publicaciones médicas internacionales, o de los centros de investigación, que los parámetros van cambiando.

Desde el punto de vista de la comprensión, el sistema de comprensión de una anoréxica no es el mismo desde el punto de vista de un psicoanalista que desde el de un profesional que tiene conocimientos en biología y tampoco del de una persona que no tiene ningún conocimiento sistemático en absoluto. Es evidente que hallamos parámetros muy fragmentarios.

Decir que Bulimia y depresión son lo mismo es aceptado por muchos. Muchos pacientes bulímicos fueron tratados o son tratados todavía como depresivos. Sin embargo, ahora el concepto Bulimia-depresión va decayendo, y se lo reemplaza por el concepto Bulimia-adicción por otras razones... Hay concepciones que van cambiando...

Es difícil adherir a tal o cual sistema, o en todo caso, debe hacerse con mucho cuidado.

Tomemos otro ejemplo. En los años '85 habíamos "encontrado todo": lo que no funcionaba era una perturbación de la imagen del cuerpo, poco importa que se lo llame esquema corporal, imagen de uno mismo, hay muchos vocablos pero todos giran en torno a la misma idea. Muchísimos trabajos intentaron poner en evidencia esta perturbación fundamental, una perturba-

ción de la imagen del cuerpo; por ende, en función de esto se pensó que las pacientes, distribuyen la alimentación para concordar con la imagen corporal ideal que tienen.

El problema es que nunca nadie fue capaz de ponerse de acuerdo sobre una definición operacional de la imagen del cuerpo, porque hay muchas; tampoco nunca se pudo diseñar un método experimental para medir dicha imagen. Hay muchos escritos psicológicos, con reflexiones muy inteligentes pero con ópticas difícilmente comparables: el concepto de imagen del cuerpo desde una óptica dinámica o sistémica, no es lo mismo. Y además, los métodos experimentales fueron cayendo uno a uno.

Para su Tesis, uno de nuestros Residentes trató de tomar el método más simple. Se dijo: ya que estas jovencitas no se ven bien, es muy simple, las vamos a poner delante de un espejo, frente a una pared con un papel en blanco. Les vamos a decir antes de la comida: "Por favor, pongan con sus dos dedos lo que piensan de su diámetro diacronal". Y después de la comida les solicitaremos: "Por favor, tomen sus medidas y vean si hay diferencias".

Se hicieron incluso cosas tan simples como esa.

Todo ello llevó a que en los centros de investigación internacional se haya producido un deslizamiento: ya prácticamente no se habla más de la imagen del cuerpo, se lo ha reemplazado por la autoestima. La autoestima es un concepto sobre el cual en general la gente está de acuerdo. Y además, podemos muy bien considerar que la imagen del cuerpo es una parte de la autoestima. Entonces ahora la mayoría de los trabajos tratan sobre la autoimagen.

Se operó un deslizamiento para completar la imagen del cuerpo. Seguro que las pacientes tienen una imagen del cuerpo perturbada. Es absolutamente evidente clínicamente, pero nunca pudimos utilizar esto verdaderamente. Entonces pasamos al concepto de autoimagen.

Vertex: *Que está perturbada a nivel patológico...*

Samuel-Lajeunesse: Desde luego. ¿Pero cuál es la patología a nivel de la Bulimia?

Vertex: *La culpabilidad delirante, por ejemplo, o la melancolía ...*

Samuel-Lajeunesse: No, no forzosamente. Hay, por ejemplo, culpabilidades delirantes en los esquizofrénicos.

Las únicas cosas que siguen siendo patologías en esta área, y no tengo la competencia necesaria para abrir un juicio, es a nivel del Rorschach. Así es, los psicólogos del Rorschach consideran las constelaciones como patologías. Hay trastornos en los dementes, en los esquizofrénicos, en los retardados, en los autistas.

Es como el término de especificidad. Es lo que les decía acerca de las personalidades. Es normal. Alguien que se ocupa del comporta-



miento alimentario no puede no hablar del tipo de personas que hay. Entonces vamos a caer forzosa-mente en una idea que pertenece al ámbito de la psicología.

Sobre las anoréxicas encontramos de todo. En cambio sobre las bulímicas hay una pequeña precisión a hacer. Es verdad, uno tiene la impresión de que a menudo en las bulímicas hay algo impulsivo.

El problema es si esto significa que hay una personalidad común que predispone a la Bulimia o bien si quiere decir que en las personas que hacen una Bulimia hay una modificación de su manera de ser.

Cuando analizamos los trabajos científicos vemos que las metodologías son más o menos correctas. A mí personalmente me cuesta hacerme a la idea de una psicología de las personalidades que tenga un lazo prevaleciente con los trastornos del comportamiento alimentario.

Desde el punto de vista clínico, en los sujetos que presentan un comportamiento de trastorno alimentario hallamos esquizofrénicos, personalidades anales, etc., es decir, hallamos cualquier cosa. Con una trampa suplementaria, cuando las personas están en un estado somático grave, tienen una sintomatología psiquiátrica propia de trastornos alimentarios. He visto cantidad de esquizofrénicos y de deprimidos que en cuanto están un poco más nutridos no presentan nada en el plano psiquiátrico.

Vertex: *¿Cómo entender la distribución según los sexos?*

Samuel-Lajeunesse: Nadie lo sabe. Un belga, Desmarais, tiene una explicación que me parece adorable (sonríe). Dice: "Piensen en nuestros ancestros del tiempo del hombre de Cro-Magnon. La vida no era cómoda. Se vivía en cavernas, las mujeres recogían bayas alrededor de la cueva, los hombres cazaban, pero así y todo había grandes períodos de hambre y ¿qué pasaba entonces? Las mujeres se sacrificaban, tomaban el poco alimento necesario para la reproducción y luego dejaban el resto para los cazadores que eran los únicos capaces de asegurar la subsistencia del grupo. Por ende, adquirieron la costumbre de no comer. Es por ello que la Anorexia está inscrita genéticamente en las mujeres y no en los hombres". Es una explicación que me parece perfectamente racional.

No, no puedo responder a su pregunta.

Vertex: *Otro tema: parecería que todo el mundo está de acuerdo en decir que en los países donde escasea la comida, no hay Anorexia.*

Samuel-Lajeunesse: No estoy de acuerdo. El problema es que la epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario es reciente y no se tiene ningún dato cierto sobre los países en vías de desarrollo.

Vertex: *Recuerdo muy bien su Introducción al primer Congreso de los Trastornos del Comporta-*

miento Alimentario, hace siete años atrás. Allí Ud. dijo que la imagen del cuerpo no era algo mensurable. En esa época, se decía que si faltaba la comida, no era un lugar posible de conflicto. ¿No comparte esta idea?

Samuel-Lajeunesse: En absoluto. Esto hay que aclararlo con datos epidemiológicos y no tenemos datos ciertos. Puedo asegurarle que considerar que no hay Anorexia en ciertos países es falso, pero no puedo darle cifras. Los especialistas ven Anorexias en esas regiones, pero enmascaradas por cantidad de problemas diversos, las expresiones culturales son tales que dificultan la visión de ciertas cosas. Es evidente que la cultura juega su papel, y no sólo el nivel socioeconómico. Hay una psiquiatra egipcia que ha hecho un trabajo muy interesante hace algunos años adonde comparó los potenciales trastornos del comportamiento alimentario en un grupo de jovencitas de la burguesía que vive en el Cairo y un grupo de jovencitas del Cairo llevadas a Londres en Inglaterra. En los hechos se vio que hay más trastornos alimentarios, evidenciados a través de cuestionarios, en las jóvenes, de idéntico nivel socioeconómico que son educadas en Inglaterra, que en las del Cairo.

Hay una influencia cultural, es absolutamente evidente; yo no me animaría a ir más lejos y afirmar ciertas cosas.

Vertex: *¿Está Ud. de acuerdo con la idea de que este tipo de patologías tiende a aumentar? Parecería que no hay datos confiables pero ¿es un efecto de comunicación porque ahora se habla más del tema?*

Samuel-Lajeunesse: A mí me gustaría tener la prueba de que hay un aumento de los trastornos de los comportamientos alimentarios. Yo no la tengo y nadie la tiene.

Que vemos más casos, sí, porque nos refieren más, porque todas las revistas femeninas hablan del tema. En ellas podemos ver que el problema de la alimentación y el del contenido alimentario, es un tema tan importante como, por ejemplo, el de la calidad de la piel.

Entonces la gente está sensibilizada. Los médicos están sensibilizados. Cuando yo estudiaba, los pacientes con trastornos alimentarios que veíamos internados eran gente que había pasado por los Servicios de clínica médica o por los médicos particulares, sospechados de padecer una tuberculosis, o algo que no se les podía encontrar. El concepto no era vivenciado por los médicos. De esta forma, es evidente que no se "veían" casos.

Así que, en ese sentido, es cierto que hay más trastornos alimentarios. Hay trabajos que tienden a mostrar que hay una influencia cultural, pero no es posible precizarla, cuantificarla o ir más allá, y decir que tal representación del cuerpo de la mujer induce más un comportamiento que otro.



Recuerden que en la época de Lasègue las mujeres eran regordetas; porque en 1850 la silueta ideal era así. Esto, seguramente tiene que ver, pero como factor secundario. Me cuesta tener una concepción puramente sociogénica de los trastornos del comportamiento alimentario.

Vertex: *¿No le sorprende que este tema aparezca en los diarios?*

Samuel-Lajeunesse: Sí, me sorprende, ¿pero qué fue primero, el huevo o la gallina? No es que aparece en los diarios porque hay más. No lo creo. Es porque en realidad la nutrición, en el sentido más amplio del término, es mucho más importante y hay consecuencias importantes. Se ven los cambios nutricionales.



Vertex: *¿Considera que hay un peso particular de esta patología en la Salud Pública?*

Samuel-Lajeunesse: No, porque la Anorexia no es un trastorno frecuente. Además, no soy experto en materia de economía. ¿Cómo estimar el peso, el costo, de la Anorexia o de la Bulimia para la sociedad?

Vertex: *Lo pregunto porque, en general, el tratamiento es muy largo.*

Samuel-Lajeunesse: Sí, claro, pero ¿es costoso? Están los medicamentos, se los usa poco tiempo. Las bulímicas y anoréxicas son infieles. Es muy raro tener bulímicas en tratamiento de la A a la Z. Es muy difícil convencer a las anoréxicas de hacerse tratar. La negación es algo absolutamente fundamental, característico de las personas que están en período restrictivo. Así, la mayoría se escapa. Es por eso que algunas mueren. La mortalidad de los trastornos del comportamiento alimentario es la más importante en Psiquiatría. Si ven las estadísticas –como las que nosotros tenemos– en personas seguidas durante 20 a 30 años, llegamos al 18,25% de mortalidad.

Vertex: *¿18,25%? Hace algunos años se hablaba solo del 7%...*

Samuel-Lajeunesse: Sí pero estas que menciono son estadísticas sobre 30 años, es decir que no se muere joven. Creo que son personas que en su mayoría no son tratables, y que no son tratadas.

Y por otra parte ¿en qué consiste la atención? Tomemos a las bulímicas, por ejemplo. ¿Cómo es la trayectoria de una bulímica hoy en día en Francia? Cuando finalmente está un poco harta de su problema va a ver a su médico particular, éste puede darle un antidepresivo, una fluoxetina por ejemplo, cualquiera va a funcionar, pues todo funciona; es decir que en efecto, si se la trata en los tres primeros meses con o sin medicamentos, con un tratamiento psicológico u otra cosa, probablemente va a reducir su Bulimia. Y después va a recaer. Volverá a empezar en varias oportunidades, su evolución dependerá de los tratamientos psicológicos en profundidad, del trabajo de grupo eventualmente.

Yo no creo que existan resultados terapéuticos. Yo creo que la evolución natural del trastorno hace que la paciente se cure o no.

Y además hay una comorbilidad mucho más importante en las personas con un trastorno del comportamiento alimentario que en las que no tienen este tipo de trastorno.

Recuerdo que cuando hice mi Tesis había encontrado algo muy simple; había un tercio de personas que se curaban con algunas restricciones alimentarias, un tercio de personas con trastornos del comportamiento alimentario muy graves, y luego un tercio que volvíamos a encontrar.

Y en ese momento no se hablaba de comorbilidad. El concepto no existía. En Francia vemos que la cantidad de esquizofrénicos en la unidad de los trastornos del comportamiento alimentario es muy superior a la que antes hallábamos en Europa o en otras latitudes.

Esto es algo relativamente nuevo. En los EE.UU. no tienden a interesarse por la comorbilidad. Se interesan por la comorbilidad de los depresivos, pero eso es diferente. Cuando fui a un servicio en Nueva York, hace unos diez años, había gente que para mí era evidentemente esquizofrénica y se los consideraba pacientes con trastornos del comportamiento alimentario.

Vertex: *Volvamos a la distribución según el sexo. Parecería que en las jovencitas tenemos el cuadro clásico, más bien del lado de la histeria, y en los muchachos, más bien del de la esquizofrenia. ¿Ud. ve las cosas así?*

Samuel-Lajeunesse: En absoluto. Es decir, he visto casos masculinos internados aquí, restrictivos anoréxicos, en los que no se llegaba a hacer el diagnóstico de esquizofrenia porque no se tenía ningún síntoma clínico franco y no se tenía, a nivel psicométrico, del Rorschach, por ejemplo, evidencias suficientes como para hacer ese diagnóstico. De todas formas, el olfato nos decía que no eran normales, a tal punto que no era posible que no fueran esquizofrénicos. Pero bueno, objetivamente, no era posible hacer un diagnóstico. Sin embargo, el 80% de ellos eran esquizofrénicos.

Es verdad que en las mujeres eso es mucho menor, pero la primera parte de su proposición que consiste en ligarla a la histeria, no, no estoy de acuerdo. Según la experiencia que podemos tener, no hay tipología particular. Con todas las reservas que hice sobre las modificaciones del comportamiento y las dificultades para juzgar la cosa durante el período en que los sujetos están delgados.

Vertex: *¿Y ese aspecto desafiante de estas jovencitas? Lo que llevó a Ginette Rimbaud a escribir su libro "Las Indomables...". ¿No ve Ud. eso?*

Samuel-Lajeunesse: En absoluto.

Vertex: *Pero cuando Ud. dice: hay una negación de*

la enfermedad, no hay manera de hacerlas ceder...
Samuel-Lajeunesse: Dije negación, no desafío.

Vertex: Pero hay una posición de desafío respecto de alguien que sabría lo que habría que hacer por ellas.

Samuel-Lajeunesse: Seguramente, pero no adhiero a esa idea.

Vertex: Justamente, respecto de esto Ud. tiene un método terapéutico sistematizado. ¿Quiere abordar el aspecto del tratamiento?

Samuel-Lajeunesse: Desesperante. Primer problema: la negación. No se puede tratar a alguien que no se reconoce como enfermo. Fingirán y escapan en cuanto puedan. Es un problema enorme, particularmente marcado durante los períodos restrictivos.

En efecto, se trata de impulsos, de la imposibilidad de atenerse a una regla. El tratamiento de las bulímicas es un tratamiento muy incómodo ya que, en su mayoría, no están en peligro de muerte. En algunos casos esto plantea problemas vitales, no se puede dejarlas morir.

En un Servicio así, ¿qué se hace? Si se tiene una emergencia, es decir un paciente que está muriendo, se lo acepta y si somos capaces de tratarlo, se lo trata; si verdaderamente exceden nuestra capacidad -no somos especialistas en Nutrición- entonces los enviamos a un Servicio especializado; lo ideal sería un Servicio especializado en reanimación alimentaria.

Pero, el caso promedio que recibimos es el de una joven que tiene una desnutrición muy importante y otros síntomas y que viene ya sea "voluntariamente", ya impulsada por los demás. La norma del Servicio para estas jóvenes es enviarlas a consulta 3 ó 4 veces antes de intentar internarlas. ¿Por qué? Para permitirles hablar de ellas mismas, antes de ser internadas con otras pacientes; una de las dimensiones fundamentales de estas jóvenes es que están completamente aisladas. Cuando se es una pequeña anoréxica de 17 años, con papá y mamá persiguiéndonos porque no comemos, no podemos hablar de nuestros problemas.

En ese nivel hay un problema importante, así les damos la oportunidad de poder hablar libremente de sus trastornos, esto ya es algo importante; y esto es lo que permite, aunque no siempre, retenerlas. De esta forma las captamos diciendo: nosotros nos ocupamos de tus trastornos del comportamiento alimentario, de lo que te plantea un problema. Les hablamos, las hacemos visitar el Servicio y las ponemos en grupos de información adonde ven otras chicas que tienen el mismo tipo de trastorno. El hecho de no poder curarse solas, de hablar con compañeras, de poder hablar con médicos de cosas que no les es posible decir en el medio familiar, nos permite de vez en cuando esperar un "enganche" que hará que la internación tenga sentido.

Recién entonces se las interna. Le decimos a la

jovencita que por un período de ocho días, vamos a completar el balance. Y allí, es retomada a nivel comportamental: vemos lo que come, vemos lo que escupe. Así durante ocho días hay un balance de los trastornos, exámenes complementarios biológicos... Al cabo de esos ocho días nos detenemos y le decimos lo que nosotros pensamos de su problema, lo que podemos hacer para ayudarla y le preguntamos si está de acuerdo o no. Le decimos que podemos intentarlo si ella está de acuerdo. Si no lo está, no hacemos nada, salvo por supuesto, si está terriblemente delgada.

Así hacemos un contrato terapéutico cuyo objetivo es el comportamiento alimentario pero no el peso; el peso es una contingencia. Es cierto que habrá quien dirá que de otro modo estas chicas van a morir, pero así y todo es una contingencia. El fundamento es en función de lo que se recabó sobre sus comportamientos alimentarios, sus creencias erradas, sus comportamientos en la mesa, la compra de alimentos... Hacemos un contrato con objetivos distribuidos a lo largo

del tiempo de comportamientos alimentarios y con un sistema de condicionamiento, es decir, que en función de los objetivos se les da una recompensa, allí tenemos una línea de base. Y luego, en función de lo que ellas desean, de lo que quieren, tienen posibilidades mucho mayores, nunca están aisladas, tienen la mayor de las libertades para comunicarse con sus familias, para pintar, tejer...

Vertex: ¿Ningún aislamiento? ¿No las separan del medio familiar?

Samuel-Lajeunesse: No. Lo único que hacemos es que durante el período de observación no haya visitas en la Sala, pero eso es todo. Las visitas van a servir como refuerzo más tarde, entre otras cosas. Las hay que no reciben visitas, pero no hay problema.

¿El aislamiento? Eso es "Charcot-histeria"; es porque Charcot dijo que las Anoréxicas eran histéricas y porque en esa época el tratamiento de la histeria era el aislamiento que se siguió pensando así y quedó ese criterio de aislar las anoréxicas. Además de ésta, hay cantidades de racionalizaciones psicológicas sobre el tema.

Vertex: ¿Cómo toma Ud. en cuenta la dimensión familiar?

Samuel-Lajeunesse: Aquí tenemos pacientes que tienen un promedio de veinticinco años. Así que papá y mamá no tienen el mismo rol que a los doce años. ¿Entonces, cómo lo consideramos? Lo tomamos en cuenta, tenemos entrevistas, hay grupos destinados a los familiares en el marco de la consulta; los familiares, ya sea de las pacientes internadas, ya de las externas, tienen grupos. Hay dos tipos de grupos: para los cónyuges y para los padres e incluso para los hijos.

El tratamiento, cuyo eje, cuya columna vertebral,



es ese contrato del que les hablaba, se articula de manera totalmente individual. Se instalan toda una serie de tratamientos. Algunos se centran sobre las formas del comportamiento alimentario, hay un trabajo de enfermería que consiste en hacer comidas acompañados, el reaprendizaje alimentario, tratamientos biológicos excepcionales –tienen que ser verdaderamente necesarios– y tratamientos psicológicos: psicodinámico, psicoterapia de mediación artística o bien tratamiento cognitivo, es decir, para corregir ideas completamente equivocadas sobre la alimentación y, de vez en cuando, raramente, tratamientos comportamentales. He ahí el abanico de posibilidades. No hay dos enfermas que tengan el mismo tratamiento.

Vertex: *Ud. parece haber desarrollado en particular el tratamiento cognitivo.*

Samuel-Lajeunesse: No, no es lo que desarrollamos sobre todo. Es algo demasiado balbuceante todavía.

Sistemáticamente, durante el período inicial de ocho días, los pacientes son vistos por un psicoanalista, por un comportamentalista y por un cognitivista. Tenemos las tres dimensiones de las psicoterapias para eventuales indicaciones, inmediatas o retardadas, pero no sé cuál es el porcentaje de enfermos que van a terapia cognitiva. Tal vez uno de tres. Y además, se puede hacer una psicoterapia cognitiva y seguir simultáneamente una psicoterapia de inspiración analítica.

En el plano de las actividades de grupo hay cada semana un grupo de expresión psicodinámica para todos los enfermos a fin de que tengan un lugar de palabra, de intercambios que sea de una calidad diferente a las otras técnicas.

Vertex: *¿Se encuentran rasgos particulares en las madres de los pacientes?*

Samuel-Lajeunesse: En ese punto soy completamente incompetente para opinar pues, como les dije, a las madres las vemos poco.

Vertex: *¿Alcanza Ud. a percibir algo transgeneracional?*

Samuel-Lajeunesse: No es nuestro campo de trabajo. No sé nada de eso. Me sorprendió mucho haber visto, en una comunicación científica reciente, que había en los ascendientes de los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario más incidencia de trastornos del comportamiento alimentario, pero no tengo la referencia exacta del trabajo. Si fuera cierto... Pero ¿por qué no?

Vertex: *¿Cuáles son los obstáculos más importantes que halla Ud. en el tratamiento?*

Samuel-Lajeunesse: La negación y la infidelidad, la negación de los restrictivos y la infidelidad de las bulímicas; las bulímicas hacen cualquier cosa, roban, saquean.

Vertex: *¿Qué piensa Ud. de la sexualidad de las anoréxicas?*

Samuel-Lajeunesse: En este momento hay algo que me interesa. Son las parejas de las enfermas, no entiendo cómo funcionan. Vemos mujeres casadas que son verdaderos esqueletos, cuyos maridos tardan años en darse cuenta de que hay algo que no funciona. Esto me deja anonadado.

En cuanto a la fecundidad de las anoréxicas, contrariamente a lo que se pensaba, aunque no tienen períodos menstruales, no está muy lejos de la de las demás y aun en los países latinos no se tiene la impresión de que sea el problema principal.

Así y todo esto me resulta muy sorprendente, pues me formé hace mucho tiempo y consideraba que había un retroceso de la sexualidad.

Vertex: *¿Piensa que tienen una sexualidad normal?*

Samuel-Lajeunesse: Tienen amantes, tienen maridos, tienen hijos, aunque no tengan períodos menstruales. Habría que tener una representación de una sexualidad normal para ver diferencias. Es muy grosero lo que estoy diciendo. Contrariamente a lo que me habían enseñado –yo pensaba que eran todas vírgenes y que, cuando se les hablaba de sexualidad, se ponían a gritar escandalizadas– ese no es el caso. Es todo lo que puedo decir.

Vertex: *No cree que la comida tenga un lugar...*

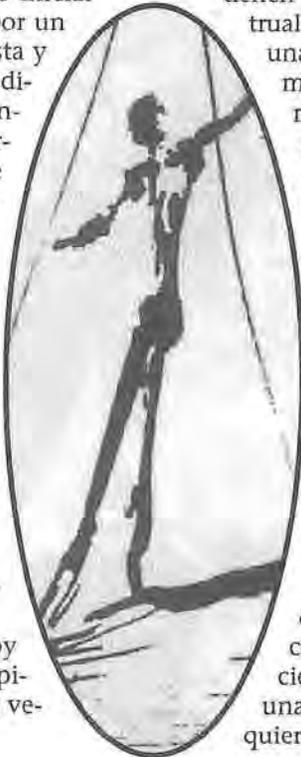
Samuel-Lajeunesse: Pues sí, sólo piensan en eso. Cuando uno sólo piensa en eso, no se tiene tiempo para otra cosa. Leen poco, miran poco la televisión, hacen poco el amor, están atrapadas en un sistema de una coerción terrible. Una bulímica puede pasársela rechazando el sexo, pero no padecen un trastorno de la sexualidad propiamente dicho; el que no puedan escapar a sus obsesiones es consecuencia de tener un campo de conciencia completamente empujado por una sola dimensión. En el plano descriptivo, quiero decir, no en el causal.

Vertex: *¿Ud. piensa que a veces el tratamiento que se les puede proponer a estas jóvenes puede tener un efecto iatrógeno?*

Samuel-Lajeunesse: Absolutamente, porque no hay tratamiento sin efecto iatrógeno. Sólo que estas jóvenes están más armadas que los esquizofrénicos, justamente porque existe la negación de la que hablábamos, o porque las bulímicas son fuegos fatuos que tienen una dependencia muy caótica, lo que posibilita los abusos medicamentosos iatrogénicos, e incluso psicológicos.

Es muy difícil tratarlas, no se sabe gran cosa, así que hasta que se pruebe lo contrario, todo abordaje terapéutico está justificado.

Me da igual que una anoréxica sea tratada por un analista lacaniano, por un comportamentalista, por un biólogo ■



Uso racional de los psicofármacos en Anorexia y Bulimia Nerviosa

Héctor Jorge Bertera

Médico Psiquiatra (U. B. A.); Médico Especialista en Psiquiatría y en Psicología Médica;
Doc. Adsc. de la Ia Cátedra de Farmacología y del Depto. de Salud Mental, Fac. de Medicina U. B. A.;
Director del Centro de Investigación y Tratamiento en Patología Alimentaria y Trastornos Depresivos (CITPAD),
Sánchez de Bustamante 923 Capital Federal. Tel: 863-7640, Telefax: 863-7634

Ante el aumento del número de casos diagnosticados como desórdenes de la alimentación(3, 72), en los últimos años se ha intensificado la búsqueda de tratamientos efectivos para estos trastornos. El abordaje terapéutico, en la clínica, adolece aún de una normatización consensuada, y a pesar de los esfuerzos realizados para unificar criterios(4), presenta tantas vertientes como enfoques teóricos se han desarrollado en la psiquiatría(6). Tanto la



Anorexia Nerviosa como la Bulimia Nerviosa se edifican como las dos enfermedades donde tal vez de manera más clara se puede expresar la indisolubilidad de lo biopsicosocial(3, 27). Se han intentado desarrollar modelos de tratamiento coherentes con las distintas hipótesis biopsicosociales planteadas. Hasta el presente, se han mostrado resultados favorables a partir de los abordajes psicoterapéuticos, especialmente a partir de los aportes cognitivo-con-

Resumen

Los dos enfoques terapéuticos de los trastornos alimentarios, están representados por la psicoterapia y los tratamientos farmacológicos. La literatura sobre psicoterapias se ha focalizado en el uso de terapia cognitiva-conductual, describiéndose programas terapéuticos que han evidenciado resultados favorables. Se han probado muchos psicofármacos en pacientes con anorexia nerviosa, pero hay poca evidencia de que estas medicaciones sean efectivas. Los resultados de las investigaciones con psicofármacos en pacientes con bulimia nerviosa, han sido mucho más favorables, y muchos estudios han mostrado que los antidepresivos son significativamente superiores al placebo en el tratamiento a corto plazo. Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, desmetilimipramina), los inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa (isocarboxazida, fenelzina) y varios agentes serotoninérgicos (fluoxetina), pueden ser útiles en la reducción de síntomas bulímicos y/o depresivos en bulimia nerviosa. Los efectos parecen no asociarse con el efecto antidepresivo. En los últimos años, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han llegado a ser las drogas más usadas en estas enfermedades. Mientras las investigaciones indican que estos tratamientos pueden ser efectivos, existe cierta incertidumbre con respecto a la eficacia a largo plazo (y para prevenir recaídas). Se necesita determinar el papel de los antidepresivos en pacientes que reciben tratamiento psicológico concomitante, y sobre la utilidad de medicación secuencial. En este trabajo se discuten aspectos teóricos, metodológicos y clínicos del tratamiento farmacológico de los desórdenes del comer.

Palabras Clave: Psicofármacos y Anorexia Nerviosa – Psicofármacos y Bulimia Nerviosa – Antidepresivos y Anorexia Nerviosa – Antidepresivos y Bulimia Nerviosa.

ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA: RATIONAL PHARMACOTHERAPY

Summary

Two approaches to the treatment of eating disorders are important: psychotherapy and pharmacological treatments. The psychotherapy literature has focused heavily on the use of cognitive behavioral therapy, with successful treatments programs. A variety of psychopharmacological substances has been tested in patients with anorexia nervosa, but there is little consistent evidence that medications are effective. The results of psychopharmacological treatment studies of patients with bulimia nervosa have overall been more favourable and many studies have found that antidepressant medication is significantly superior to placebo in the short-term treatment. There is evidence that tricyclic antidepressants (imipramine, desipramine), non-selective monoamine-oxidase-inhibitors (isocarboxazide, phenelzine) and serotonergic agents (fluoxetine), may be useful in the reduction of bulimic and/or depressive symptoms in bulimia nervosa, and these drugs represent an axis of pharmacological treatment for these patients. The effect appears not to be associated with the antidepressant effect. Over the past several years, selective serotonin reuptake inhibitors have become perhaps the most commonly used class of drugs. While the studies indicate treatment is somewhat effective, there remains uncertainty regarding the long-term effectiveness (and in preventing relapse) of most of the reported treatments. Further work is needed to determine the role of antidepressants in patients who are receiving psychological treatment, and the utility of sequential medication trials. Theoretical, methodological and practical issues concerning pharmacological treatment of eating disorders are discussed.

Key Words: Pharmacotherapy in Anorexia Nervosa – Pharmacotherapy in Bulimia Nervosa – Antidepressants agents and Anorexia Nervosa – Antidepressants agents and Bulimia Nervosa.

ductales(7, 9, 33, 35). No obstante, muchas veces los enfoques dependen, más de lo recomendable, de las preferencias teóricas y de la habilidad de los profesionales tratantes que de un procedimiento metódico y sistemático.

A pesar de existir innegable consenso en cuanto a la eficacia de la psicoterapia en estos cuadros(4, 27, 28), no se puede aún afirmar lo mismo en cuanto a los psicofármacos, quizás mucho más debido a expectativas exageradas y al mal uso de los mismos que a la ausencia de beneficios. El abordaje farmacológico de los trastornos de la alimentación puede ser muestra del trabajo en psicofarmacología clínica: un número creciente y nada desdeñable (pero aún limitado) de trabajos de investigación, con un número pronunciado de pacientes evaluados bajo estrictas condiciones de seguimiento, para alcanzar un reducido número de exiguas conclusiones, que no por ello dejan de ser trascendentes.

A pesar de esto, la disección entre los tratamientos desde "lo biológico" y "lo psicosocial" parece haber alcanzado un esperado desgaste y debilitamiento, obligando a revisar enfoques teóricos tendientes a la disgregación y, necesariamente, modificando los abordajes terapéuticos. Este verdadero cambio conceptual instalado en la psiquiatría actual ha abierto las puertas a la asociación ineludible de todos los recursos en la búsqueda del mayor beneficio posible para el paciente. De esta forma, la terapéutica actual de los trastornos alimentarios incluye la asociación de psicoterapia con psicofarmacoterapia, teniendo en cuenta las interacciones presentes en la triangulación Paciente/Enfermedad/Terapéutica.

Hacia un uso racional de psicofármacos en anorexia y bulimia

Al evaluar el estado actual de la experiencia con psicofármacos en los trastornos alimentarios, y partiendo de la prioridad de no descuidar la triangulación precitada, debemos retomar un concepto expuesto en trabajos previos(11), referido a la expectativas sobre el alcance de los beneficios esperables con el uso de fármacos en anorexia y bulimia: el abordaje sintomático vs. el tratamiento sindromático. En el primer caso, el objetivo primario de la indicación se centra en controlar o atenuar síntomas de la enfermedad, o en ocasiones manifestaciones secundarias de la misma (por ej., uso de hipnóticos en un insomnio secundario). En el caso del abordaje sindromático, se intenta modificar el curso evolutivo propio del conjunto de síntomas primarios que en su combinación componen el cuadro clínico bá-



sico del trastorno a tratar (ej.: atenuación progresiva de la ideación depresiva, con modificación tímica y volitiva en los trastornos del ánimo). Para trasladar esta concepción a los trastornos de la alimentación, un efecto "antianorexia nerviosa" podría orientarse

hacia la eliminación del rechazo a alimentarse, y para ello debería darse concomitantemente la remisión del temor mórbido a ganar peso, y tal vez también sería condición la corrección del trastorno del esquema corporal y de su influencia en la autoevaluación. A su vez, un "efecto antibulímico" podría describirse como supresión de los episodios de ingestas desmedidas, anulando toda conducta compensatoria ante cambios posibles en el peso, y para ello sería también esperable y necesaria la atenuación o eliminación de la desmedida influencia de la silueta sobre la autoevaluación, síntoma éste que actúa como eje de los dos anteriores. Pues bien: el fármaco que reúne tales requisitos aún

no ha sido desarrollado, por lo que todo enfoque farmacológico de estos trastornos será más o menos apto, más o menos dirigido, más o menos abarcativo, pero siempre sintomático, y por lo tanto coadyuvante (útil, beneficioso, muchas veces necesario) del tratamiento psicosocial de base.

Valorados escuetamente los beneficios, la ecuación debe completarse con la evaluación de los riesgos; la norma de "primero no dañar" debe regir los procedimientos, por lo cual nos extenderemos inicialmente sobre los riesgos a fin de discriminar muy claramente las precauciones, y recién entonces se enfocarán las indicaciones. Para ello, debemos considerar en qué población de pacientes se implementará el tratamiento farmacológico, y aquí es donde surge la necesidad de establecer que los subtipos de trastorno alimentario determinan subgrupos de pacientes claramente distinguibles entre sí, hecho importante ya que los riesgos y la vulnerabilidad clínica son diferentes para cada subpoblación, a pesar de compartir algunos rasgos comunes. En la Anorexia Nerviosa los riesgos van a derivarse del mal estado general de un paciente de bajo peso, desnutrido, en ocasiones con anemia, leucopenia, con dificultades gastrointestinales en ocasiones severas (constipación crónica grave), y a estar predominantemente marcados por la hipersusceptibilidad a los efectos neurovegetativos y cardiovasculares (pacientes en general bradicárdicos e hipotensos, con proclividad a las arritmias—por la desnutrición y por hipokalemia— en ocasiones con insuficiencia cardíaca que a veces se expresa en la realimentación), con tendencia a presentar mayor reactividad ante factores que desciendan el umbral convulsivo (por desórdenes metabólicos secundarios),

Tabla 1
Riesgos de los psicofármacos en los trastornos alimentarios

Grupos de psicofármacos	Subgrupos	Acciones y efectos de riesgo aumentado en el paciente con Anorexia y Bulimia Nerviosa
Antipsicóticos	Agentes clásicos	Hiperreactividad a la sedación, ante efectos neurovegetativos, anticolinérgicos y Parkinsonianos. Riesgos por hipotermia, leucopenia y por descenso del umbral convulsivo (los pacientes ya presentan estos trastornos). Aumento del peso corporal como complicación evolutiva.
Antidepresivos	Tricíclicos	Hiperreactividad a la sedación, ante efectos neurovegetativos, y anticolinérgicos. Efectos cardiológicos (arritmia o cardiomiopatía de base). Peligrosos ante sobredosis. Aumento del peso corporal como complicación evolutiva.
	Inhibidores de la MAO	Hiperreactividad a la sedación, ante efectos neurovegetativos y anticolinérgicos. Peligrosos ante sobredosis. Indicación de dieta específica en pacientes con dificultades alimentarias (incumplimiento intencional o compulsivo). Interacciones riesgosas.
	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Reducción del apetito y del peso corporal. Náuseas, diarreas. Alteraciones del ritmo del sueño. Numerosas interacciones medicamentosas a partir de las acciones a nivel de citocromo P450, algunas de las cuales son peligrosas. Cinética con vida media prolongada especialmente para la fluoxetina y su principal metabolito activo.
	Otros antidepresivos	Mianserina y maprotilina: riesgo aumentado para convulsiones. Mianserina y mirtazapina: Hipersusceptibilidad ante sedación.
Antirrecurrenciales	Litio	Muy tóxico en sobredosis. Contraindicado ante desequilibrios hidroelectrolíticos (vómitos/laxantes/diuréticos). Edemas. Aumento de peso como complicación evolutiva.
Ansiolíticos e Hipnóticos	Benzodiacepinas	Riesgo aumentado para desarrollar dependencia. Intentos de suicidio.

con hipotermia (central, agravada por disfunción tiroidea), etc. Muchos de los psicofármacos exhiben perfiles de acciones (anticolinergia, bloqueo α -adrenérgico) y/o de efectos adversos (disminución del apetito, descenso del umbral convulsivo), que introducen nuevas amenazas clínicas para el paciente (15, 16, 19, 71, 76).

En la forma clínica no purgativa (la clásica variante restrictiva pura), se agrega el riesgo de precipitación de un viraje a una forma purgativa o a la bulimia nerviosa (21, 22, 28, 29). Esto puede acontecer ante la utilización de fármacos que inducen aumento del apetito y/o del peso corporal, sin modificaciones sindromáticas (v. g., sin cambios en el temor a la ganancia de peso, o en la autopercepción), ante lo cual el paciente acciona con comportamientos compensatorios anormales (vómitos, diuréticos, laxantes, etc.), o donde pueden precipitarse las primeras ingestas compulsivas que condu-

cirán hacia una evolución bulímica del trastorno alimentario (21, 22).

En la Anorexia Nerviosa Purgativa, son válidas las referencias anteriores, sumándose muchas de las observaciones enumeradas para la Bulimia Nerviosa Tipo Purgativo, en donde se agregan las complicaciones clínicas emanadas de las conductas de purga.

En el caso de pacientes que recurren a vómitos autoinducidos, se debe tener en cuenta las probables complicaciones inflamatorias del tracto digestivo superior (esofagitis, gastritis) y la muy frecuente presencia de alteraciones dentarias graves (recordar la xerostomía secundaria a anticolinergia por psicofármacos, que puede agravar notablemente el cuadro de erosión y perimiolisis típico de las formas purgativas —el ácido clorhídrico del vómito que condiciona un pH salival bajo— y la escasa defensa contra las caries por menor flujo salival derivado de la desnutrición, del abuso de laxantes y/o diuréticos, e

Tabla 2.
Psicofármacos en Bulimia Nerviosa: conclusiones

Los antidepresivos suelen mostrar eficacia razonablemente superior al placebo en cuanto a la reducción de la frecuencia de episodios de ingesta/purga a corto plazo,

Los antidepresivos aportan mejoría sintomática, pero no curan estas enfermedades, siendo necesario combinar psicoterapia y farmacoterapia,

No parece haber predictores clínicos de respuesta en general, ni mejores resultados con algún antidepresivo en particular,

No se ha identificado un subgrupo de pacientes más calificado para ser tratado con fármacos,

El efecto es independiente de la presencia o ausencia de depresión,

Deben usarse dosis que determinen niveles plasmáticos útiles.

incluso de la depresión asociada). Y subrayar que estas conductas compensatorias, sumadas a las alteraciones del ritmo evacuatorio propias de la enfermedad, y al abuso de laxantes, determinan una marcada impredecibilidad en cuanto a las concentraciones plasmáticas de fármacos administrados por vía oral. En el caso de pacientes abusadores de laxantes, debe advertirse también que la suspensión terapéutica de estos fármacos va seguida habitualmente de marcadas dificultades evacuatorias ("colon catártico"), con lo cual cualquier bloqueo muscarínico adicional agregaría complicaciones clínicas y obstáculos evolutivos. En los pacientes que tienden al uso indiscriminado de diuréticos, los cambios hidroelectrolíticos abruptos, ya presentes para los dos comportamientos purgativos anteriores, se exacerban pronunciadamente, con episodios de deshidratación aguda, condicionando acentuada inestabilidad tensional, resultando relativamente frecuentes los episodios sincopales, posibilidad a tener en cuenta para psicofármacos que presenten acciones de bloqueo alfaadrenérgico.

En la Bulimia Nerviosa no purgativa, los pacientes suelen presentar como factor inductor adicional de riesgos la hiperactividad física, y esto incluye la respuesta biológica al esfuerzo muchas veces máximo, aunque las complicaciones tienden a ser de gravitación más limitada ante la ausencia de métodos de purga. Ambos subtipos de Bulimia parecen comprometer mecanismos adictivos con mayor contribución a la psicopatogenia que en la Anorexia Nerviosa, detectándose mayor frecuencia de asociación de conductas de abuso (alcohol, drogas), acentuando el alerta ante fármacos potencialmente adictivos.

Continuando con la evaluación de riesgos, es de destacar que tanto en la Anorexia como en la Bulimia Nerviosas, el suicidio se presenta como la principal causa de muerte en la mayoría de los trabajos publicados(10, 56, 58, 80), y esto muchas veces de-

be ser determinante en la evaluación de la indicación de tratamiento farmacológico –la elección de fármacos de alta peligrosidad ante sobredosis se torna cuanto menos arriesgada, pero teniendo también en cuenta que los fármacos antidepresivos reducen la ideación suicida(67, 78)– y en el manejo de los esquemas de administración de psicofármacos.

No se trata en absoluto de involucrar un posicionamiento alarmista o sombrío con respecto al uso de psicofármacos en Anorexia y Bulimia, sino muy por el contrario, inclinarnos hacia una prescripción responsable y conciente, ya que se va a medicar a pacientes somáticamente comprometidos, con medicamentos que pueden presentar numerosas acciones y efectos de probable interacción con condiciones basales del paciente que, mal utilizados, pueden empeorar desde el curso evolutivo propio del trastorno hasta condiciones clínicas preexistentes. De esta manera, es exigible un amplio conocimiento del paciente y del psicofármaco a indicar, a fin de lograr un manejo terapéutico apto. En la Tabla 1 se detallan algunos de los efectos propios de cada uno de los grupos de psicofármacos que deben vigilarse en pacientes con trastornos alimentarios.

Analizados los factores inherentes al paciente en lo que respecta a los riesgos potenciales ante la indicación de psicofármacos, surge como inmediatamente necesario evaluar la racionalidad de la indicación. En otras palabras: identificar de alguna manera qué es lo que se va a medicar, por qué y para qué. En Anorexia y Bulimia, el uso de los psicofármacos ha surgido casi inevitablemente desde la clínica, a partir de una postulación teórica a la que secundariamente se intenta respaldar con datos aislados de investigación básica, casi forzando el encastre de las piezas a fin de justificar intentos terapéuticos. Otras veces, se parte de una respuesta clínica individual que solo subsecuentemente



gatilla una serie de justificaciones hipotéticas, y que la mayoría de las veces no puede ser replicada en estudios serios. En otras oportunidades el punto de partida se ubica en un hallazgo neurobiológico, cuya validez real corresponde a la de un fragmento de un rompecabezas mucho mayor y aún incompleto, pero que es aprovechado como soporte para encolumnar toda una cascada de deducciones que culminan con la supuesta aplicabilidad de un fármaco determinado. En otras palabras, el exceso de argumentaciones fragmentarias surge como supletorio de la falta de respuestas contundentes y eficaces, desde la investigación básica a la clínica. De esta manera se explican muchos de los intentos de abordaje psicofarmacológico en Anorexia y Bulimia.

Psicofármacos en Anorexia Nerviosa

Antipsicóticos: Distintos antipsicóticos han sido ensayados históricamente en la Anorexia Nerviosa, intentando apoyar su aplicación en función de hallazgos neurobioquímicos –la dopamina como inhibidor de la ingesta en algunos estudios en animales, cuando el rol de la dopamina es mucho más complejo(68)– tanto como de la psicopatología, e incluso desde la psicofarmacología misma. El encuadre desde lo psicopatológico en un momento pretendió entender la Anorexia Nerviosa como una entidad esquizofreniforme –por la edad de comienzo, por el repliegue del paciente sobre su interioridad– o como otra forma de psicosis –por ej.: "paranoia de belleza", "delirio de belleza"– pero actualmente esta orientación es insostenible a la luz de los progresos que se han evidenciado en la comprensión de la Anorexia. Intentando justificar la administración desde la psicofarmacología se ha planteado como fundamentación el buscar los beneficios potenciales del aumento de peso generado por los antipsicóticos, y de la sedación para oponerse a la hiperactividad. Esto posiblemente haya ocurrido como consecuencia del desconocimiento y/o de cierta desatención para con la clínica y la psicopatología, que señalan claramente que el bajo peso y la hiperactividad no son consecuencia ni de anomalías metabólicas ni de disfunción a nivel dopaminérgico, ni tampoco secundarias a productividad psicótica, sino que se subordinan a una intencionalidad manifiesta. La evaluación de los resultados de la ecuación riesgo/beneficio, ya desde las descripciones originales del uso de clorpromazina, en Anorexia, no ha sido en absoluto favorecedora de la indicación. Ya en estas publicaciones pioneras con dosis altas (1000-1600 mg. día) de clorpromazina,(21, 22), –combinado con insulina en un in-



tento de estimulación del apetito– se señalaba la ausencia de beneficios ante el seguimiento, y cierta mayor velocidad de recuperación inicial del peso corporal no alcanzaba a compensar la alta incidencia de convulsiones (5 de 30 pacientes) y la significativa fracción de pacientes en que aparecían episodios de atracón/purga, sugiriendo un viraje a Bulimia Nerviosa (45% en el grupo bajo fármaco, 12% en el grupo con placebo). Se ensayaron otros antipsicóticos, destacándose los estudios con Pimozida(69) y con Sulpirida(70), donde no se pudo detectar más que leve ventaja de la droga vs.

placebo en cuanto a la recuperación diaria de peso, en realidad casi sin significación, y sin diferencias a nivel de conductas o actitudes de los pacientes. El mismo autor concluye que la recuperación de peso se logra sin necesidad de antipsicóticos, y considera de mayor importancia las actitudes anormales frente a la comida, el peso y la silueta corporales.

Estas observaciones no descalifican la selección de antipsicóticos para el tratamiento de trastornos psicóticos comórbidos –cerca del 10-13% de los pacientes con trastornos alimentarios(65)– pero el tratamiento se centra en ese caso en la patología asociada y no en los cuadros que nos ocupan, que incluso pueden desmejorar con los antipsicóticos(15, 19).

Si bien la pobreza de resultados se destaca desde los primeros trabajos con antipsicóticos, el surgimiento de nuevos exponentes del grupo mantiene abierto este capítulo, lamentablemente sin resultados favorables si nos limitamos a estudios científicamente diseñados.

Antirrecurrenciales: Usualmente los intentos con fármacos antirrecurrenciales han sido justificados a partir de la postulación de interrelaciones entre Trastornos alimentarios y Trastornos Bipolares(55), pero en general todos los estudios publicados se centran en pacientes con Bulimia Nerviosa. Los resultados del trabajo controlado pionero en el uso de litio en pacientes con Anorexia Nerviosa(32) no fueron aún replicados, a pesar de haber sido realizados en 1981, y de señalar superioridad en la recuperación del peso corporal, al mes de tratamiento, para los pacientes que recibían el litio (litemias entre 0,9 y 1,4 mEq/l). No obstante, el litio impresiona como fármaco potencialmente peligroso para estos pacientes, en general comprometidos clínicamente, y exige un cumplimiento que el paciente con Anorexia Nerviosa muy probablemente no satisfaga, por la escasa conciencia de enfermedad; por ello es dudoso que con estas características se constituya como indicación para mejo-

rar la recuperación del peso corporal, que de por sí se puede lograr sin medicar.

Ansiolíticos e Hipnóticos: Prácticamente no hay estudios controlados que reflejen resultados favorables con el uso de ansiolíticos o hipnóticos, más allá de las indicaciones destinadas al abordaje de síntomas secundarios (por ejemplo insomnio), pero teniendo en cuenta que la evolución de los mismos estará relacionada con la evolución del cuadro de base. El uso de diazepam, en función de sus efectos relajantes musculares, para reducir o dificultar la hiperactividad observable en pacientes con Anorexia Nerviosa, se presenta como sumamente refutable, y corrientemente inaceptable dentro del marco de un uso racional de psicofármacos, para un abordaje que no se vincula en absoluto con un *target* neurobiológico adecuado, y que tampoco se fundamenta en criterio psicopatológico alguno (la hiperactividad permanece dentro del alcance intencional del paciente –quien decide su hiperactividad, a partir de su ideación patológica– o a lo sumo, en ocasiones, puede enmarcarse como síntoma de naturaleza obsesivo-compulsiva). Finalmente, en ocasiones se postula el empleo de ansiolíticos argumentado la posibilidad de obtener beneficios con la administración inmediatamente previa a la ingesta, buscando reducir el componente ansioso que acompaña al acto de comer en los trastornos alimentarios, y en especial en la Anorexia Nerviosa. En este caso, surgen como preferibles las benzodiacepinas de acción corta o a lo sumo intermedia, en administración intermitente, y por plazos breves, controlando estrictamente las dosis (que deben ser mínimas). Esta última indicación aparentemente puede llegar a admitirse para algunos pacientes en particular, pero no se configura en absoluto como una elección de rutina.

Antidepresivos: En reiteradas oportunidades se ha fundamentado la aplicación de distintos antidepresivos en pacientes con Anorexia Nerviosa, en función de las vinculaciones que, desde las primeras descripciones de casos de Anorexia, se han establecido entre ambos trastornos(33, 47, 55, 66). Esta conexión se puede plantear tanto a nivel de parentesco sintomático (comparten la pérdida de peso, el aislamiento, la modificación del estado de ánimo, los trastornos del sueño), como el estudio de los antecedentes familiares y ciertos datos genéticos cuya concordancia muestra al menos alguna contigüidad entre los trastornos alimentarios y los trastornos depresivos, sumado a la relación que surge de la comorbilidad a largo plazo de la Anorexia. La mayor parte de los trabajos publicados consisten en



referencias a respuestas individuales, y los escasos estudios con metodología aún cuestionable pero algo más adecuada –por ejemplo con amitriptilina(12) o clorimipramina(45)– no han logrado mostrar beneficios de la administración de antidepresivos en la Anorexia Nerviosa. No obstante, estos estudios han sido efectuados con tricíclicos, y en general en dosis bajas, lo que no impide dejar en evidencia la intolerancia a los efectos de naturaleza anticolinérgica. Hay referencias aisladas pero cada vez más numerosas del uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, pero

también una notable ausencia de trabajos controlados. Se ha insinuado que la fluoxetina puede ser de utilidad en pacientes con Anorexia (mejores resultados en la forma restrictiva), instalando el tratamiento luego de la recuperación de peso, en función de mejorar el mantenimiento(41), pero no hay estudios controlados al respecto.

Síntesis: En la Anorexia Nerviosa no contamos con psicofármacos que hayan demostrado aportar beneficio de manera más o menos constante en estudios correctamente diseñados, a pesar de lo cual no debe descartarse la utilidad, como coadyuvante del abordaje psicoterapéutico, de ansiolíticos utilizados ocasionalmente y por breve plazo, en los primeros pasos del tratamiento, a fin de lograr una reducción puntual de la ansiedad durante el comer. Asimismo, luego de la recuperación del peso corporal, pueden surgir con claridad trastornos psiquiátricos comórbidos que requieran de utilización de psicofármacos, pero ya no como abordaje primario del trastorno alimentario sino para el tratamiento de enfermedades asociadas (Depresión mayor, Trastornos por ansiedad –fobias, Trastorno por pánico, TOC, etc.), y habría que agregar cierta eficacia en la prevención de las recaídas para la Fluoxetina, que requiere de confirmación. Finalmente, no se puede descartar que haya pacientes aislados que puedan responder a un fármaco determinado, pero esto no se extiende más allá de la referencia a respuestas individuales indudablemente insuficientes y no representativas, y que no generan en absoluto una orientación para la terapéutica de rutina.

Psicofármacos en Bulimia Nerviosa

Antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos: dada la ausencia de trabajos con diseño adecuado, es inverosímil defender la implementación de tratamientos con agentes pertenecientes a estos grupos, quedando su aplicabilidad sujeta al terreno de la investiga-

ción, y, en la práctica, restringida al abordaje de la comorbilidad.

Antirrecurrentes: Es realmente difícil sostener la indicación del litio ante la presencia de mecanismos de purga, si se tiene presente la toxicidad potencial del litio realmente magnificada en extremo en este grupo de pacientes. Las condiciones de seguimiento deberían establecerse con una rigurosidad bastante difícil de establecer, aún en internación. Si bien hay trabajos que muestran resultados favorables con el uso del litio(36), la ecuación riesgo/beneficio no nos parece respaldar su uso en la práctica clínica, especialmente contando con otros recursos farmacológicos y terapéuticos que se han mostrado eficaces.

Anticonvulsivantes: A fines de la década del 70 surgió la hipótesis de los trastornos compulsivos del comer como desórdenes relacionados con alteraciones electroencefalográficas, o incluso como equivalentes epilépticos, ensayándose inicialmente la difenilhidantoína, con resultados aparentemente favorables en estudios no controlados(31). Ante la realización de trabajos con un diseño experimental más riguroso(77), los resultados descreditaban la utilización de fenitoina en la Bulimia Nerviosa, al menos como indicación de rutina. Posteriormente fue ensayada la carbamazepina (más en función de sus propiedades antirrecurrentes) pero ya los trabajos originales impugnan su eficacia a excepción de pacientes individuales que pueden presentar respuestas favorables(40).



Antidepresivos: De la misma manera que con la Anorexia Nerviosa, usualmente se ha relacionado la Bulimia Nerviosa con trastornos depresivos(33, 47, 55, 66). A principios de los 80 se publica el primer estudio doble ciego controlado con placebo(60) en el que se percibe que los antidepresivos (en este trabajo, imipramina) pueden ser de utilidad en la Bulimia Nerviosa –ya había trabajos previos(54, 59, 61) que señalaban respuestas favorables pero sin metodología adecuada–. Es de destacar que tanto aquellos estudios como los más recientes, pueden ser objeto de varias observaciones, que conviene tener presentes en función de ubicar cautamente y en justa medida el alcance de los beneficios esperables con estos fármacos: la selección de pacientes y la rigurosidad de los criterios diagnósticos y de inclusión no suelen ser comparables entre distintas investigaciones; la mayoría de los trabajos se refiere a pacientes con conductas de purga (por lo que hay que restringir las conclusiones a este subgrupo de pacientes); las escalas que se utilizan la mayoría de las veces no son uniformes entre distintos estudios; a su vez, casi todas se centran en el cómputo del porcentaje de reducción de la frecuencia de episodios de ingesta/purga, hecho que por un lado restringe el síndrome en una de sus manifestaciones de base (ya que la in-

fluencia exagerada que la silueta y el peso corporal ejercen en la autoestima del paciente se presenta como un dispositivo esencial en la promoción de los episodios de ingesta/purga), y por otra parte determina resultados distintos a aquellos que se obtienen cuando el ítem cuantificado se refiere a la remisión de los episodios (no obstante, a pesar de ser menos concluyentes, los resultados siguen siendo mejores para la droga que para los grupos placebo). Otra dificultad se focaliza en la brevedad de los tiempos de seguimiento, ya que teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad con mejorías transitorias, seguidas con gran frecuencia de recaídas, es posible cierta contaminación de los resultados, pero ya hay estudios con mantenimiento más prolongado.

Siguiendo a estas publicaciones iniciales, aparecen estudios abiertos con innumerables agentes(5, 62, 17, 18, 20, 25) y estudios controlados con otros tricíclicos [desipramina(1, 2)] con IMAO no selectivos [fenelzina (63, 73)] y con otros agentes [ISRS, como la Fluoxetina(26)], donde se puede ver que en general la droga activa supera al placebo en la consecución de una reducción en la frecuencia de aparición de episodios de atracón/purga, y esto es indiscutible cuando se analiza un número suficiente de investigaciones. No obstante, esta superioridad frente al placebo no siempre dispone de significación estadística contundente, y en ocasiones el beneficio obtenido por sobre el alcanzado en los grupos con placebo es limitado. Esto no intenta minimizar la importancia de la incorporación de los antidepresivos (u otros agentes) al arsenal de recursos disponible, sino muy por el contrario, pretende evitar expectativas exageradas que suelen ser tan nocivas en la evaluación del lugar de los fármacos en la terapéutica.

Otros fármacos y métodos terapéuticos

Numerosas formulaciones terapéuticas han sido ensayadas en los trastornos de la alimentación en el pasado: psicocirugía, electrochoques(24). Recientemente, se han intentado tratamientos de distinta naturaleza –incluso estudios controlados en formas "estacionales", con aparente respuesta a la luminoterapia(46)–, con resultados variables, pero que comparten la observación de que requieren de estudios de mayor extensión y de un examen cauteloso de los resultados. También se realizan investigaciones con drogas que no son estrictamente psicofármacos, a pesar de tener acciones a nivel de SNC. A partir de hipótesis opioides –modelos autoadictivos(14, 49, 52)– de los trastornos alimentarios, se han ensayado la naloxona, y más recientemente la naltrexona(50, 51) en Anorexia y en Bulimia Nerviosas. La metodología de los estudios y la cantidad limitada de pacientes involucrados, tornan inadecuado extraer conclusiones. Otro ejemplo más o menos clásico está representado por antiguos y contradictorios tra-

bajos con ciproheptadina –un estimulante del apetito– habiendo referencias del uso de dosis altas(34) en Anorexia Nerviosa, con ciertos beneficios en la velocidad de recuperación de peso a corto plazo, significativos para el grupo de pacientes con Anorexia Nerviosa restrictiva, pero que se relativizan cuando se considera que disminuye significativamente la eficiencia del tratamiento en comparación con amitriptilina e incluso con placebo, en pacientes con episodios bulímicos. En Bulimia Nerviosa, han aparecido trabajos con d-fenfluramina(23), agente serotoninérgico –inhibidor de la captación, favorecedor de la liberación de serotonina– con resultados muy contradictorios(48), pero actualmente ha sido retirada del mercado.



Pautas generales de utilización

Planteadas algunas aproximaciones a los interrogantes referentes a con qué se va a medicar, por qué y para qué, surgen inmediatamente otras preguntas que tienen que ver con las dosis a utilizar, con la oportunidad y la forma de administrar la medicación, con la duración de los tratamientos, y con el esquema general de inserción de los fármacos en la terapéutica.

Elección: Al presente no se han identificado criterios de selección que orienten hacia un fármaco más adecuado que otro para determinado perfil de pacientes, más allá de los lógicamente condicionados por la farmacología (los tricíclicos de mayor potencia anticolinérgica serían menos recomendables en pacientes desnutridos), por el diagnóstico (en los pacientes con conductas purgativas ciertos medicamentos muestran un perfil de efectos adversos de más difícil tolerancia, otros aumentan su toxicidad), y por la historia y el estado clínico del paciente (antecedentes de intentos de suicidio, cardiomiopatías; o para los IMAO no selectivos surgen como peligrosas las interacciones con alimentos en pacientes que precisamente no evidencian un control mínimo de las ingestas), ya que ninguno de los agentes estudiados se ha mostrado claramente superior al resto. Incluso, se agrega la gran variabilidad en la respuesta entre distintos estudios realizados con una misma droga, tornando en extremo difícil la asignación de los beneficios observables solamente al factor fármaco. Hay referencias que muestran que en ocasiones puede ser necesario efectuar varios ensayos con distintos agentes antes de hallar el tratamiento farmacológico adecuado(25).

Dosis: Se ha detectado que un número importante de los pacientes refractarios pueden presentar concentraciones bajas de droga, y no responder por esta causa, ya que parte de ellos se beneficia con reajustes de dosis(37) lo que muestra que algunos de los pacientes que no responden pueden estar subdosificados y mejorar al reajustarse las dosis.

En realidad las acciones y los efectos de los fármacos están condicionados por la concentración de droga libre a nivel del sitio de acción, y esto depende de las dosis y de diversos factores farmacocinéticos. En Anorexia Nerviosa y en Bulimia Nerviosa, aparecen abundantes factores que pueden determinar niveles plasmáticos de droga insuficientes para ejercer acciones farmacológicas. El primer factor a considerar es el cumplimiento. Se trata de pacientes con una conciencia de enfermedad muy particular; en la Anorexia es manifiesta la tendencia a negar la afección, con comportamientos de ocultamiento y disimulo intencional de síntomas en la búsqueda de poder mantener la restricción alimentaria. En la Bulimia Nerviosa, también se suele intentar silenciar o encubrir muchas de las conductas patológicas, e incluso mantener el engaño durante mucho tiempo. A esto se le agrega que en muchos pacientes, a pesar de reconocer éstos el estado mórbido, no resulta fácil lograr desarrollar un correlato volitivo-afectivo de tal conciencia, con lo cual existe un cumplimiento limitado para con las prescripciones. De allí surge que el incumplimiento en la toma de la medicación pueda presentarse asiduamente como elemento determinante de fracasos terapéuticos. Otras razones evidentes e indiscutibles de distorsión, están enmarcadas por los comportamientos de purga: los vómitos autoinducidos, el abuso de laxantes, surgen claramente como causales de niveles plasmáticos insuficientes del fármaco en uso. Este, probablemente, sea uno de los motivos de que en muchos estudios, en un número importante de pacientes sin respuestas favorables, se hayan detectado concentraciones plasmáticas subterapéuticas, o a la inversa, que muchos pacientes requieran de dosis altas para evidenciar beneficios ante la medicación. De esto se deduce la utilidad de los dosajes plasmáticos de droga –a lo que hay que sumarle la relación concentración/efectos adversos, incluso con los agentes de segunda generación(43)–, estableciendo la dosis de acuerdo al resultado de los controles, e investigando factores que hagan sospechar la absorción inadecuada del fármaco antes de realizar ajustes de dosis. Esto determina que en el subgrupo de pacientes donde se puede sospechar escasa sujeción a una abstinencia temporal de conductas de purga, quizás fueran preferibles fármacos cuyo dosaje resulte accesible (desipramina). Más allá de los condicionantes precitados, en general hay considerables comprobaciones de que las dosis útiles se enmarcan dentro de los rangos de dosis efectivas como antidepresivas. La excepción está hasta el presente representada por la fluoxetina, ya que hay trabajos donde muestra eficacia en dosis superiores a los 60 mg./día(26).

Otros aspectos a considerar: La oportunidad de la indicación estará determinada en función de las expectativas con respecto al tratamiento farmacológico.

gico, y a los fundamentos de la prescripción, ya que hay diferentes posibilidades al respecto. Si bien la indicación como medida inicial de abordaje es la que se observa más frecuentemente, hay algunos trabajos en los cuales se procede a indicar los fármacos en pacientes que previamente no respondieron a otros tratamientos. Si bien no se han establecido comparaciones entre ambas estrategias, ambas parecen evidenciar respuestas beneficiosas, abriendo alternativas de manejo terapéutico de acuerdo a cada paciente en particular (por ej.: diferir la indicación en pacientes que rechazan la medicación, o en aquellos donde no se configura contundentemente la imperiosidad de la misma). Otro factor interesante a evaluar para determinar el momento en que se instalan los fármacos, consiste en establecer claramente la sintomatología *target* del tratamiento. Si los fármacos se administran en función del abordaje de la comorbilidad (y esta indicación es usual), es conveniente, siempre que el cuadro lo permita, una prescripción diferida, posponiendo el uso de fármacos para luego de la estabilización del trastorno alimentario de base, ya que de esta manera se reducen los riesgos inherentes a la labilidad somática propia del bajo peso corporal y/o de las conductas de purga. Por otra parte, no es infrecuente que al normalizarse el comportamiento alimentario mejoren configuraciones sindromáticas que inicialmente sugieren un abordaje farmacológico.

No se han identificado predictores clínicos de respuesta.

Efectos favorables: ¿En qué consiste el beneficio esperable? Las mediciones de mejoría en general se centran en la reducción de la frecuencia de episodios de ingestas desmedidas y de vómitos autoprovocados. Algunos trabajos también registran la remisión de tales episodios, pero en porcentajes excepcionalmente superiores al 35 % de los pacientes, con porcentajes de remisión, para el placebo, del 3,7%(74), al 13%(44). Paralelamente, aparecen cambios favorables en las escalas que miden sensación de control sobre la comida, y en las que registran depresión del ánimo. No obstante, comparando con los cambios observables en los pacientes en psicoterapia, el patrón evolutivo de aquellos que logran ordenamiento nutricional incluye el mismo tipo de mejoría anímica y de recuperación de la capacidad para ejercer control sobre la comida (sensación de mayor control extensible a otras áreas), por lo que probablemente no deban ser atribuidos a los antidepresivos. Por otra parte, en los estudios comparados con grupos con psicoterapia, en general los resultados de esta última superan significativamente a los resulta-



dos con medicación(1, 2, 53), y habitualmente, salvo excepciones(26), el porcentaje de abandonos en los estudios con fármacos es significativamente superior al de los grupos control o grupos con psicoterapia. Los cambios pueden comenzar a insinuarse ya desde los primeros 7 días de iniciada la administración, aunque hay respuestas diferidas hasta cerca de un mes de iniciada la medicación (o mejor dicho, de alcanzados los niveles plasmáticos útiles). No hay estudios sobre la secuencia de aparición de los efectos, pero parece poder inferirse que cuando hay respuesta favorable, en general se presenta con una latencia similar a la observable en los trastornos depresivos. No se debe dejar de señalar que muchos pacientes continúan sintomáticos al finalizar los estudios farmacológicos.

Como los psicofármacos en general, y los antidepresivos en particular, aportan mejoría sintomática—incluso notable en algunos casos— pero no curan estas enfermedades, para buscar remisiones definitivas es necesaria una adecuada combinación de psicoterapia y farmacoterapia. En los estudios comparativos(1, 53) el abordaje psicoterapéutico con técnicas cognitivo-conductuales aporta resultados superiores al abordaje farmacológico. A su vez, los métodos combinados (psicoterapia más fármacos), no suelen ser inferiores(30) y muchas veces parecen aportar resultados superiores(1, 2) a cualquiera de los esquemas por separado.

El mecanismo de acción: No se ha establecido aún el mecanismo de acción por el cual se desarrollan los efectos de reducción de la frecuencia de los episodios de atracón/purga. Algunos datos respaldan la idea de que es el mismo que aquél por el cual se presentan los efectos antidepresivos: las dosis son similares a las antidepresivas para la mayoría de los agentes; las concentraciones plasmáticas efectivas, en aquellos estudios donde se controlaron, coinciden con las que habitualmente se muestran como eficaces en el tratamiento de la depresión. El tiempo de latencia para los efectos a veces coincide, aunque hay dificultades metodológicas para considerar este ítem. Finalmente, el hecho de que muchas drogas, de gran diversidad química y de distintos mecanismos de acción, pero que comparten su efecto clínico antidepresivo, se muestren eficaces en la Bulimia, respaldan la idea de que se trate del mecanismo de base. No obstante, los beneficios son independientes de la presencia o ausencia de depresión, e incluso hay pacientes que responden de manera disociada. Se sabe que la neurotransmisión serotoninérgica se encuentra íntimamente involucrada en los meca-

nismos de neuroregulación de la ingesta alimentaria(13, 38, 39, 42, 57), que las drogas proserotonérgicas a nivel central reducen la apetencia por carbohidratos, y que la serotonina aparentemente interviene en la saciedad, postulándose que una reducción en sus niveles cerebrales o una disregulación de receptores podrían ser el origen de la saciedad distorsionada propia de la Bulimia; y en función de estos datos se ha propuesto que algunos antidepresivos(26) reducirán los episodios en función de reducir la apetencia por hidratos de carbono, o al aumentar la serotonina mejorarían los niveles de saciedad. Esto no obstante no explica la variedad de drogas que no actúan a nivel de este neurotransmisor y que sin embargo se muestran eficaces, y es muy poco probable que la disregulación de un solo sistema neurotransmisor explique comportamientos tan complejos.

La duración de los tratamientos: varios de los estudios en los que los antidepresivos mostraron alguna eficacia, mantuvieron la mejoría en el tiempo de seguimiento(59, 75). Muchos de los beneficios al-

canzados remiten con la suspensión de la medicación, cuando se realiza de manera temprana. Aparentemente, la prolongación del tiempo de tratamiento con antidepresivos se asocia a mejores resultados(1, 2), pareciendo inconveniente suspender el fármaco antes de los 6 meses de administración continuada (no sería extraño que, como ocurrió con el tratamiento de los trastornos depresivos, los tiempos de mantenimiento fueran prolongándose con la realización de más estudios). La asociación de psicoterapia contribuiría a reducir las recaídas. Ante cada paciente debe diseñarse un esquema de inserción de los fármacos en la terapéutica.

En síntesis: el progreso de las investigaciones determina una lenta pero sostenida ampliación de los recursos disponibles. Quizás la conclusión se centre en que el tratamiento de los trastornos alimentarios es individualizable para cada caso, contándose para ello con medios farmacológicos y psicológicos, que sólo son terapéuticos cuando su implementación se conjuga para que el paciente obtenga el máximo beneficio posible ■

Bibliografía

1. W. S., et al., Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am. J. Psychiatry* 149 (1): 82-87, 1992.
2. Agras W. S., et al., One year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *J. Clin. Psychiatry*. 55(5): 179-183, 1994.
3. American Psychiatric Association. DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a. Washington DC, 1994.
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. *Am. J. Psychiatry* 150 (2): 212-228, 1993.
5. Ayuso Gutierrez J. L., Palazon M., Ayuso Mateos J. L., Open trial of fluvoxamine in the treatment of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 15 (3): 245-249, 1994.
6. Bertera H. J., Tratamiento de la Anorexia Nerviosa. Cuarta Semana de Congresos del Sistema Nervioso, *Asociación Médica Argentina*, 1988.
7. Bertera H. J., Anorexia y Bulimia Nerviosas: Actualización Diagnóstica y Terapéutica. *Ier. Congreso Internacional de Psiquiatría de la Asoc. Argentina de Psiquiatras*, 1994 (a).
8. Bertera H. J., Comorbilidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Primeras Jornadas Atlánticas de Psiquiatría*, 1994 (b).
9. Bertera, H. J., Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa: Los nuevos enfoques terapéuticos. *VIII Congreso Metropolitano de Psicología*, 1995.
10. Bertera, H. J., Fraise, M. M., Saba, G. R., Subtipos clínicos en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: Evaluación de similitudes y diferencias en 250 pacientes con trastornos alimentarios. *Revista Comunicaciones A. A. P. II* (3): 31-44, 1995.
11. Bertera, H. J., Pautas generales para el uso de Psicofármacos en Anorexia y Bulimia. *Vertex Rev. Arg. Psiquiatr.* Vol. 6 (2): 32-38, 1995.
12. Biederman J., et al., Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double blind, placebo controlled study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 5: 10-16, 1985.
13. Brewerton T. D., et al., Neuroendocrine responses to m-chlorophenylpiperazine and L-tryptophan in bulimia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 49(11): 852-861, 1992.
14. Brewerton T. D., et al., CSF beta-endorphin and dynorphin in bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry*. 149(8): 1086-1090, 1992.
15. Brewerton T. D., Shannon M., Possible clozapine exacerbation of bulimia nervosa [letter]. *Am. J. Psychiatry*. 149(10): 1408-1409, 1992.
16. Casper R. C., Schlemmer R. F. Jr., Javald J. I., A placebo-controlled crossover study of oral clonidine in acute anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 20(3): 249-260 Mar; 1987.
17. Chinchilla Moreno A., et al., *Tratamiento psicofarmacológico de la bulimia nerviosa*. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines. 21(6): 211-220, 1993.
18. Chinchilla Moreno A. y col. Fluoxetina en el tratamiento de la bulimia nerviosa. En *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Ed. Masson, España, 145-165; 1994.
19. Condon J. T., Long-term neuroleptic therapy in chronic anorexia nervosa complicated by tardive dyskinesia. A case report. *Acta Psychiatr. Scand.* 73(2): 203-206, 1986.
20. Crisp A. H., Lacey J. H., Crutchfield M., Clomipramine and 'drive' in people with anorexia nervosa: an in-patient study. *Br. J. Psychiatry*, 150: 355-358, 1987.
21. Dally P., Sargent W., A new treatment of anorexia nervosa. *Br. Med. J.* 1: 1770-1773, 1960.
22. Dally P., Sargent W., Treatment and outcome of anorexia nervosa. *Br. Med. J.* 2: 793-795, 1966.
23. Fahy T. A., Eisler I., Russell G. F., A placebo-controlled trial of d-fenfluramine in bulimia nervosa. *Br. J. Psychiatry*. 162: 597-603, 1993.
24. Ferguson J. M., The use of electroconvulsive therapy in patients with intractable anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 13(2): 195-201, 1993.
25. Ferguson J. M., Treatment of an anorexia nervosa patient with fluoxetine (letter). *Am. J. Psychiatry* 144(9): 1239, 1987.
26. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Arch. Gen. Psychiatry*. 49(2): 139-147, 1992.

27. Garfinkel P. E. & Garner D. M., *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. Brunner/Mazel, New York; 1982.
28. Garner D. M., Garfinkel P. E., *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Brunner/Mazzel, New York 1988.
29. Garner, D. M., Garfinkel, P. E., O'Shaughnessy, M., Validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *Amer. J. Psych.* 142, 581-587, 1985.
30. Goldbloom D. S., et al., A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: short-term outcome. *Behav. Res. Ther.* 35 (9): 803-811, 1997.
31. Green R. S., Rau J. H., Treatment of compulsive eating disturbances with anticonvulsant medication. *Am. J. Psychiatry* 131: 428-432, 1974.
32. Gross H. A. et al., A double blind controlled trial of lithium carbonate in primary anorexia nervosa. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1: 376-381, 1981.
33. Halmi K. A. (Ed.), *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. American Psychiatric Press, Washington DC. 1992.
34. Halmi K. A. et al., Anorexia nervosa: treatment efficacy of ciproheptadine and amitriptyline. *Arch. Gen. Psychiatry* 43: 177-181, 1986.
35. Harper-Giuffre H. & MacKenzie K. R., *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC. 1992.
36. Hsu L. K. G., Treatment of bulimia with lithium. *Am. J. Psychiatry* 141: 1260-1262, 1984.
37. Hughes P. L. et al., Treating bulimia with desipramine: a double-blind, placebo controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry* 43: 182-186, 1986.
38. Jimerson D. C., et al., Serotonin in human eating disorders. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1990; 600: 532-544.
39. Jimerson D. C., et al., Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Arch. Gen. Psychiatry* 49(2): 132-138, 1992.
40. Kaplan A. S. et al., Carbamazepine in the treatment of bulimia. *Am. J. Psychiatry* 140: 1225-1226, 1983.
41. Kaye W. H., et al., An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *J. Clin. Psychiatry*. 52(11): 464-471, 1991.
42. Kaye W. H., Weltzin. T. E., Serotonin activity in anorexia and bulimia nervosa: relationship to the modulation of feeding and mood. *J. Clin. Psychiatry*. 52 Suppl: 41-48, 1991.
43. Keck P. E. Jr., McElroy S. L., Ratio of plasma fluoxetine to norfluoxetine concentrations and associated sedation. *J. Clin. Psychiatry*. 53(4): 127-129, 1992.
44. Kennedy S. H., et al., Is there a role for selective monoamine oxidase inhibitor therapy in bulimia nervosa? A placebo-controlled trial of brofaromine. *J. Clin. Psychopharmacol.* 13(6): 415-422, 1993.
45. Lacey J. H., Crisp A. H., Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population. *Postgrad. Med. J.* 56 (Suppl. 1): 79-85, 1980.
46. Lam R. W., et al., A controlled study of light therapy for bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry*. 151(5): 744-750, 1994.
47. Larocca F. E. F., *Eating Disorders: Effective Care and Treatment*. Ishiyaku EuroAmerica, St. Louis-Tokio; 1986.
48. Lee S., Chan K., d-Fenfluramine and cognitive therapy in bulimia nervosa. *Br. J. Psychiatry* (letter) 163: 547-548, 1993.
49. Marrazzi M. A., et al., Atypical endogenous opioid systems in mice in relation to an auto-addiction opioid model of anorexia nervosa. *Life Sci.* 47(16): 1427-1435, 1990.
50. Marrazzi M. A., Kinzie J., Luby D. E., A detailed longitudinal analysis on the use of naltrexone in the treatment of bulimia. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 10(3): 173-176, 1995.
51. Marrazzi M. A., et al., Naltrexone use in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 10(3): 163-172, 1995.
52. Marrazzi M. A., et al., Endogenous codeine and morphine in anorexia and bulimia nervosa. *Life Sci.* 60(20): 1741-1747, 1997.
53. Mitchell J. E., et al., A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*. 47(2): 149-157, 1990.
54. Moore D. C., Amitriptyline therapy in anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 134: 1303-1304, 1977.
55. Mury M., Verdoux H., Bourgeois M., Comorbidity trouble bipolaire et trouble des conduites alimentaires. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques. *Encephale*. 21(5): 545-553, 1995.
56. Norring C. E. A., Sohlberg S. S., Outcome, recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 87: 437-444, 1993.
57. Oldman A., et al., Biochemical and behavioural effects of acute tryptophan depletion in abstinent bulimic subjects: a pilot study. *Psychol. Med.* 25(5): 995-1001, 1995.
58. Patton G. C., Mortality in eating disorders. *Psychol. Med.* 18(4): 947-951 1988.
59. Pope H. G., Jr, Hudson J. I., Treatment of bulimia with antidepressants. *Psychopharmacol* 78: 167-179, 1982.
60. Pope H. G. et al., Bulimia treated with imipramine: a placebo-controlled, double-blind study. *Am. J. Psychiatry* 140: 554-558, 1983.
61. Rich C. L., Self-induced vomiting: psychiatric considerations. *JAMA* 239: 2688-2689, 1978.
62. Robert J. M., Lydiard R. B., Sertraline in the treatment of bulimia nervosa [letter]. *Am. J. Psychiatry*. 150(11): 1753, 1993.
63. Rothschild R., et al., A double-blind placebo-controlled comparison of phenelzine and imipramine in the treatment of bulimia in atypical depressives. *Int. J. Eat. Disord.* 15(1): 1-9, 1994.
64. Russell G. E., Checkley S. A., Feldman J., Eisler I., A controlled trial of d-fenfluramine in bulimia nervosa. *Clin. Neuropharmacol.* 11 Suppl 1: S146-159, 1988.
65. Saba, G. R., Síntomas Psicóticos en Anorexia Nervosa y en Bulimia Nervosa. III Congreso Internacional de Psiquiatría. *Asoc. Argentina de Psiquiatras*. Bs. As., Argentina, 1996.
66. Swift W. J., Andrews D., Barklage N. E., The relationship between affective disorder and eating disorder: A review of literature. *Am. J. Psychiatry* 143: 290-299, 1986.
67. Tollefson G. D., et al., Evaluation of suicidality during pharmacologic treatment of mood and nonmood disorders. *Ann. Clin. Psychiatry*. 5(4): 209-224, 1993.
68. Treasure J., The biology of anorexia nervosa. En *Biological Basis and Therapy of neuroses*; Prasad A. J. (Ed.), CRC Press, Florida; Chapter 5, 93-106, 1988.
69. Vandereycken W., Pierloot R., Pimozide combined with behavior therapy in the short term treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatr. Scand.* 66: 445-450, 1982.
70. Vandereycken W., Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa: a double-blind placebo-controlled study with sulpiride. *Br. J. Psychiatry* 144: 288-292, 1984.
71. Vaz F. J., Salcedo M. S., Fluoxetine-induced anorexia in a bulimic patient with antecedents of anorexia nervosa [letter]. *J. Clin. Psychiatry*. 55(3): 118-119, 1994.
72. Wharheit G. J., et al., Prevalence of Bulimic Behaviors and Bulimia among a Sample of the General Population. *Am. J. Epidemiol.* 137, 5: 569-576, 1993.
73. Walsh B. T., et al., Treatment of bulimia with monoamine oxidase inhibitors. *Am. J. Psychiatry* 139: 1629-1630, 1982.
74. Walsh B. T., et al., Phenelzine vs. placebo in 50 patients with bulimia. *Arch. Gen. Psychiatry* 45: 471-475, 1988.
75. Walsh B. T., et al., Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 148: 1206-1212, 1991.
76. Walsh B. T., Hadigan C. M., Wong L. M., Increased pulse and blood pressure associated with desipramine treatment of bulimia nervosa. *J. Clin. Psychopharmacol.* 12(3): 163-168, 1992.
77. Wermuth BM, et al., Phenytoin treatment of the binge eating syndrome. *Am. J. Psychiatry* 134: 1249-1253, 1977.
78. Wheadon D. E., et al., Lack of association between fluoxetine and suicidality in bulimia nervosa. *J. Clin. Psychiatry*. 53(7): 235-241, 1992.
79. Wood A., Pharmacotherapy of bulimia nervosa—experience with fluoxetine. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 8(4): 295-299, 1993.
80. Woolf A. D., Gren J. M., Acute poisonings among adolescents and young adults with anorexia nervosa. *Am. J. Dis-Child.* 144(7): 785-788, 1990.



Acerca de un interesante complejo sintomático oral y su relación con la adicción (1932)

Moshe Wulff

Moshe Wulff (1878-1971) nació en Odessa y realizó sus estudios en Berlín adonde fue en 1908 y 1909 alumno de Karl Abraham, del cual —como así también de Sigmund Freud— tradujo varios textos al ruso. Por defender a su maestro ante los ataques de Dubois fue despedido de su puesto de asistente en el Sanatorio Lankwitz de Berlín y volvió a Odessa. Wulff, que fue consultado por El hombre de los lobos a quien derivó a un tratamiento psicoanalítico, fue pionero de las publicaciones psicoanalíticas en Rusia y miembro fundador de la Asociación Psicoanalítica de Moscú (APM). En 1914 Freud lo consideró como el único analista con formación completa en Rusia. En 1927, siendo Presidente de la APM sobreviene la prohibición para los psicoanalistas rusos de ejercer la práctica privada y publicar en su país.

Ante este hecho y ante el ascenso del antisemitismo, Wulff decidió emigrar a Palestina adonde fundó con Max Eitington una Escuela de Psicoanálisis. El presente artículo, inédito en castellano, constituye la primera descripción del cuadro que posteriormente ha venido a definirse como bulimia nerviosa.

J. C. S.

La patología tratada aquí se refiere a un conjunto de síntomas que aparecen siempre de forma simultánea o en un orden preciso y que, hasta donde yo sé, no han sido descriptos aún. Mi primera observación de dicho conjunto de síntomas se remonta a unos dieciséis años. Desde entonces, he podido observar tres casos similares, y otros dos más recientes, pero cuyos síntomas eran menos agudos. Entre estos casos había un solo hombre y todos los demás eran casos de mujeres. Me propongo describir las cir-

cunstancias en las que aparecen estos síntomas, tales como me los informó una de mis pacientes, una estudiante de veinte años.

Caso número uno

“No siempre como de manera regular. A veces caigo en un extraño estado de ánimo que me impulsa a comer enormemente, estado que considero como el estado de degradación de un ser humano que se ha hundido moralmente. Cuando empiezo a comer mucho, soy víctima de un gran pesimismo, una profunda desesperación, una indiferencia atónita, una abulia completa sin deseo y sin alegría. Entonces dejo de trabajar, me vuelvo completamente estúpida e indolente. Como y duer-

mo mucho, casi todo el día. Luego engordo muchísimo, como si me hubiera hinchado, como si tuviera un edema. Mi apariencia exterior cambia y tengo un aspecto totalmente diferente. No quiero vestirme, sólo puedo ponerme vestidos viejos y sucios, de preferencia una vieja bata; no me peino y me lavo muy poco. En mi cuarto reina entonces un desorden espantoso y, en el suelo se amontonan ropa de cama, vestidos, libros y demás objetos en un caos total. Cuando me encuentro en ese estado, comer se torna una pasión invencible que no puedo controlar. Los dulces y pasteles ejercen sobre mí una atracción tan fuerte que me comparo con una alcohólica o una drogadicta”.

La paciente sufría una neurosis obsesiva severa con accesos depresi-

* “Über einen interessanten oralen Symptomen Komplex und Seine Beziehung zur Zucht”, aparecida en Int. Zschr. Psychanal. 1932. La palabra alemana “Sucht”, a veces traducida como “toxicomanía” se ha vertido aquí como “adicción”.

vos, y también se podían advertir en ella muchos mecanismos histéricos. Durante los cuatro a cinco meses que estuvo en análisis conmigo, me enteré de poca cosa en cuanto a sus síntomas, sólo de lo siguiente:

Su estado había tomado proporciones importantes cuando ella tenía quince años, pero en esa época sus ataques sólo tenían aún un carácter puntual. Entonces era una muchacha muy gorda, con menstruaciones poco abundantes e irregulares, y los médicos diagnosticaron un trastorno neuroendócrino. Con el tiempo, su estado mejoró a pesar de algunas recaídas periódicas que fueron cada vez más seguidas, a veces con sólo unos días entre una y otra, a veces, diarias. "Cualquier decepción, herida de amor propio, afrenta, pérdida de confianza en mí misma puede producirme este estado. A esto se agrega entonces un doloroso sentimiento de inferioridad y un profundo asco por mí misma, por mi cuerpo. Me siento sucia, asquerosa, repulsiva".

En este estado, la paciente está irritable, llena de odio hacia su entorno y el mundo entero.

Este estado puede entonces desaparecer súbitamente y dar lugar a una revalorización de ella misma. "Por la noche es totalmente insupportable, y a la mañana siguiente me levanto transformada, sin saber porqué; me siento bien, dinámica, llena de energía, de buen humor. Entonces como muy poco. Cuando estoy en un muy buen estado psíquico, no como nada. Me siento particularmente bien, alegre, tengo alta la moral y no como, aunque tenga hambre. Pero si como para saciar mi hambre, me invaden el remordimiento, el temor y la melancolía, otra vez me siento profundamente degradada en lo moral, pienso que lo he estropeado todo, me hago la promesa de no volver a empezar. Con un enorme esfuerzo de voluntad intento salir de este estado y me siento completamente desesperada cuando no lo logro. Y así permanezco hasta tanto no logro evitar ingerir cualquier alimento, y liberarme de esta forma de todos los sentimientos torturantes y restablecer la disposición de ánimo gratificante de la abstinencia".

Para mostrar la diversidad y la fluctuación de estos estados en los bulímicos, continuaré la descripción precisa de este conjunto de

síntomas tal como pude observarlos en otros tres casos.

Caso número dos

El segundo caso es el de una paciente de diez y nueve años que sufre histeria severa con pérdida de la conciencia, desdoblamiento, acceso en arco y una cantidad de otros síntomas que no quiero enumerar aquí. Entre éstos se veían trastornos del



comportamiento alimentario, siendo así el estómago la zona histerógena y erógena más sensible.

Durante meses, el siguiente proceso se repitió varias veces por día: algunos minutos después de la comida, la paciente se agitaba, su rostro enrojecía y se hinchaba, los ojos le brillaban, la mirada se volvía inquieta, la excitación aumentaba cada vez más, de manera que no podía ni permanecer sentada ni de pie tranquilamente; era imposible conversar con ella porque no podía escuchar. Aparecía entonces un fuerte dolor de cabeza, en un sitio preciso del cráneo, justo en el medio (una zona histerógena), con fuertes náuseas y vómitos. Luego de los vómitos, se manifestaba una pequeña calma, pero el dolor de cabeza iba en aumento, hasta provocar pérdida del conocimiento; la enferma caía en un estado de

inconsciencia y empezaba la crisis. En los buenos momentos, para evitar este proceso —lo que por otra parte se lograba muy rara vez— la paciente acostumbraba limitar su ingesta de alimentos al mínimo, y había muchos alimentos, en particular el pan, los dulces y los purés, que en general no debía tocar. Comía sobre todo frutas crudas, eventualmente un pequeño trozo de carne. La mayoría del tiempo, entre las comidas y particularmente cuando se hallaba sola en su cuarto, acostumbraba comer algunas frutas a escondidas, como si las robaba, y no las vomitaba.

Pero también había períodos de duración variable, que iban de algunos días a tres semanas, durante los cuales el cuadro cambiaba súbitamente. La enferma los llamaba "estados de voracidad", durante los cuales sentía una necesidad irresistible de comer. Entonces devoraba todo lo que encontraba que fuera comestible, sin tener jamás el menor sentimiento de saciedad. No vomitaba. Durante este estado, comparativamente con su alimentación habitual, podía devorar enormes cantidades de alimentos e incluso en el paroxismo de este estado llegaba a ingerir cosas no comestibles como cáscaras de naranjas, carozos de frutas, hasta pedazos de papel, cuando no encontraba nada mejor. Exteriormente también esta manera de comer se parecía a una manera de devorar, ávida y animal. La paciente sufría además una excitación particular que a veces se veía acompañada incluso de un estado crepuscular leve y extraño, de manera que no sabía exactamente lo que estaba haciendo. Por otra parte, además, no conservaba luego ningún recuerdo de lo que había comido. A veces este estado se manifestaba por la noche con una fuerza peculiar. La paciente podía despertarse de golpe en un estado sonambúlico extraño y "tragar" rápidamente lo que encontraba a mano; podía llegar a morder o masticar las sábanas o las almohadas cuando no hallaba otra cosa. Durante estos períodos sólo podría caracterizar a su estado psíquico con la expresión: desconcierto moral *mayor*. Un profundo sopor entrecortado por breves accesos de desesperación se apoderaba de ella y la llevaba a intentos de suicidio reiterados que requerían una vigilancia permanente. Esos días no se podía reconocer a

la hermosa y delgada jovencita de veinte años: solía quedarse en cama, con las cortinas cerradas, y se cubría el rostro con la mano en cuanto alguien entraba en la habitación.

Más tarde, este estado de voracidad daba lugar a "un buen estado" que podía durar algunos días; la paciente se levantaba entonces por la mañana temprano, fresca y de buen humor, se lavaba y se vestía, comía muy poco, llegando incluso a conformarse con café y algunas frutas, y por la noche no dormía más de tres horas.

Pero llegaba el día en que ya no podía controlarse y de pronto volvía a comer muchísimo, sin vomitar, para recaer luego en su estado anterior.

Caso número tres

El tercer caso es el de una joven de unos treinta años, inteligente, fina, culta, madre de dos hijos. Tras separarse de su marido, había tenido que luchar por su subsistencia y la de sus hijos. Fue entonces que se reveló su completa incapacidad para vivir: manifestaba una gran falta de adaptación social, un profundo odio respecto de todos los seres humanos con los que entraba en contacto. Se volvía irritable, insoportable, provocadora y obstinada, mitómana, hipersensible a toda ofensa, incluso a la más leve. A menudo se entregaba a fantasmas en los que, precisamente, se imaginaba traicionada, ofendida, engañada, perseguida por el destino y el género humano, de manera que provisoriamente una actitud netamente paranoica dominaba su psiquismo. A esto se le asociaban timidez, inquietud y falta de confianza en sí misma. Todo esto no constituía una sintomatología precisa, sino trastornos del carácter bastante importantes. Además, hay que mencionar que esta mujer había quedado muy traumatizada por una explosión durante la revolución de Moscú...

En esta mujer también se hallaban los síntomas ya descriptos, aunque con una forma atenuada pero crónica. También ella pasaba por períodos de bulimia ávida y de somnolencia acompañados de todos los fenómenos psíquicos ya citados: depresión, sopor, irritabilidad, abulia. Durante horas podía permanecer en bata, sin peinarse ni lavarse, casi pos-

trada, perdida en sus ensoñaciones y murmurando, sin saber exactamente en qué pensaba, en un cuarto sucio, sembrado de ropas, de libros, de pedazos de papel, de restos de comida, etc. O bien durante el día permanecía acostada por largas horas, sumida en un extraño sueño, profundo o perturbado. Sólo la comida podía hacerla salir de ese estado de sombría depresión. Entonces comía con avidez y en grandes cantidades, abalanzándose sobre todo alimento a su alcance, y sin preocuparse por su presentación, con predilección por todo lo que se desaconseja en los casos de obesidad: dulces, masas, pan, etc., diciéndose: "Perfecto! cuanto peor sea, mejor!", y así hasta hacer desaparecer todos los alimentos. Entonces volvía la depresión, el sopor, el asco por sí misma, las ensoñaciones, el sueño atormentado que no permite el descanso ni la calma. Y, por fin, la culpabilidad, la autoacusación, el arrepentimiento, la desesperación y la promesa de no volver a empezar.

Entonces, de forma completamente súbita, cualquier acontecimiento agradable podía hacer salir a la paciente de ese estado. En esos momentos se la veía llena de energía e iniciativa, con ánimo calmo, optimista. Sentía que recuperaba su capacidad para trabajar; el cuarto, las ropas, las cosas en los armarios, los libros, todo volvía a estar en orden; se preocupaba mucho por su aspecto, se tornaba frívola y coqueta, y reducía su alimentación para "perder peso". En general esto no duraba mucho, y el menor inconveniente la volvía a sumir en su estado anterior.

He descripto intencionalmente estos tres casos en detalle para mostrar cómo, a pesar de las tres sintomatologías diferentes, este extraño conjunto de síntomas —necesidad imperiosa y ávida de comer, somnolencia, sopor, asco por el cuerpo— dominaba con gran uniformidad el cuadro de la enfermedad y su desarrollo según cierta periodicidad, en desmedro de la especificidad de la patología existente. Parecería que viéramos aquí un conjunto de manifestaciones patológicas que no se refiere a una estructura neurótica típica, sino que representa mucho más una transformación patológica singular de funciones biológicas importantes y que puede manifestarse en distintos tipos de neurosis.

Antes de pasar a la descripción del cuarto caso, el de una mujer, el

que más nos enseña, quisiera mencionar brevemente a un paciente de sexo masculino en el cual pude observar, de manera más discreta, ciertas manifestaciones comparables a las mencionadas. Este hombre, de treinta años, víctima de un serio tartamudeo, presentaba un carácter obsesivo: sufría de abulia, de impotencia sexual y de eyaculación precoz. Este hombre que comía mucho y con placer, era un caso típico de erotismo oral. Si se sentía ofendido en algo, víctima del destino u ofendido por sus congéneres, reaccionaba con una profunda depresión y una irritación ligadas a una extraña bulimia y a una fuerte somnolencia. Sentía entonces ganas de masticar, de comer, y podía devorar varias comidas una tras otra; pero a veces en lugar de esto, o paralelamente, sentía deseos de beber alcohol, deseos que, curiosamente, nunca lograba satisfacer. En los primeros años este estado se había acompañado de un onanismo compulsivo; más tarde, durante el tratamiento, reemplazó el onanismo por un coito realizado de manera igualmente compulsiva, sin excitación ni placer particulares, que solía hacer desaparecer este estado. Por otra parte además, no dejaba de estar atormentado por sentimientos de culpabilidad ante los que reaccionaba con pensamientos obsesivos más o menos del estilo: "Sí, quiero ser malo, lo seré, y los otros —mi madre, el médico, el profesor, etc.— son responsables de mi transformación".

Caso número cuatro

El cuarto caso concierne a una joven de veinticinco años, que desde su más tierna infancia —con seguridad desde que tenía seis años— sufre de una neurosis obsesiva. La sintomatología de esta neurosis fue diferente según los momentos y edades de la vida, en función de sus intereses predominantes y de sus actividades eróticas.

(...) El sentimiento de vergüenza que experimentaba la paciente frente a la comida contrastaba con el orgullo que mostraba acerca de su vida amorosa; se jactaba frente a todos sus conocidos y familiares de su éxito y de sus innumerables aventuras.

Después de separarse de su marido, es decir después de fracasar al intentar llevar una vida sexual nor-

mal, el conjunto de síntomas que nos ocupa aquí se desarrolló de manera completa; períodos de bulimia más o menos intensa, que podían durar hasta tres semanas, alternaban con cortos lapsos de tres a seis días de una abstinencia que podía llegar al ayuno total. A veces la cantidad de alimento que ingería durante el día, en particular al mediodía y a la noche, era algo increíble. Podía devorar sucesivamente de tres a cuatro menús de varios platos, y en el intervalo, kilos de golosinas, de chocolate y de pasteles. A veces esto se transformaba en una comida gigantesca casi ininterrumpida, compuesta por toda la comida accesible, donde las golosinas y los dulces eran los favoritos. Le encantaba comprar comida de todo tipo en la calle que tragaba rápida y ávidamente allí mismo. Tanto comía en esos momentos que apenas podía respirar; su vientre se hinchaba y lo mostraba con gusto haciendo el siguiente comentario: "¡Miren, ahora parezco una embarazada!" A menudo la comida terminaba con violentos dolores intestinales y vómitos, pero enseguida volvía a comer más todavía.

Su estado psíquico durante los períodos de bulimia era espantoso;

la desesperación la invadía: "Como si todo estuviera perdido, mi vida ya no tiene sentido. Me es imposible, completamente imposible, seguir viviendo; me he vuelto tan repelente, sucia y podrida como un animal y nunca podré recuperar la forma humana. Me doy asco, me siento sucia, y para volver a estar limpia, debo tomar aceite de ricino... Me siento gorda, tan gorda, y es terrible..." Cuando caía en este estado, esta coqueta mujer se volvía completamente indiferente a su aspecto, no se bañaba, apenas se lavaba el rostro y las manos, y se peinaba; sólo se ponía viejos vestidos sucios, dormía vestida, para no ver, sentir o tocar su cuerpo; se obligaba, incluso cuando hacía mucho calor, a salir vestida con un amplio abrigo oscuro para que no vieran su cuerpo gordo y repugnante (exactamente como el caso N° 2). En esos momentos también dormía mucho, pero con un sueño no reparador, agitado y atormentado. En estos estados que ella llamaba "estados de cerdo", no se interesaba por nada, psíquicamente era otra y se sentía vacía, y sólo sensible a las excitaciones sexuales; curiosamente, era justamente en esos momentos que vivía sus aventuras amoro-

sas: "Todos mis amoríos vienen de este estado. En los períodos en que no como, puedo renunciar a una cita; no me interesa, ya que tampoco puedo estar atractiva, interesante, seductora. Pero en cambio, después de un ayuno de tres días, tengo la sensación de limpieza interior".

Durante sus períodos de ayuno, vivía sólo de leche y de algunos frutos, y podía inclusive permanecer varios días sin comer nada; entonces trabajaba mucho y cumplía bien sus funciones en un empleo donde tenía muchas responsabilidades. Se torturaba con el ayuno hasta caer desmayada, lo que provocaba una caída del pulso a 40 pulsaciones por minuto y una debilidad cardíaca. Al hacer esto, adelgazaba con rapidez, pero se sentía feliz a pesar de todo, y tan contenta interiormente que era imposible convencerla de que comiera algo.

Fue durante la pubertad de esta paciente que aparecieron estos estados por primera vez, como consecuencia de experiencias eróticas o de sueños en los que se veía casada. En esa época, sus crisis de bulimia eran desencadenadas principalmente por humillaciones, en particular en sus aventuras sentimentales, cuando,



PAIDOS

ALICIA CAYSSIALS
La escala de inteligencia WISC III en la evaluación psicológica infanto-juvenil

MABEL BURIN E IRENE MELER
Género y familia

DONALD W. WINNICOTT
Acerca de los niños

JOYCE McDUGALL
Las mil y una caras de Eros

EMILCE DIO BLEICHMAR
Sexualidad femenina

JOAQUIM POCH Y ALEJANDRO AVILA
Investigación en psicoterapia

J. WILLIAM WORDEN
*El tratamiento del duelo:
asesoramiento psicológico y terapia*

MONY ELKAIM (COMP.)
La terapia familiar en transformación



INSTITUTO

ERNA

ATENCIÓN INTEGRAL
DE CUADROS DE
PSICOSIS
INFANTO-JUVENIL

NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA
Atención Obras Sociales

DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUFFO

INFORMES: THAMES 1678/80 Cap. Fed. (1414)
Telef.: 832-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

por ejemplo, un joven que pertenecía a su grupo de admiradores se mostraba indiferente para con ella. Entonces ella se veía horrible, repugnante, porque era, según decía, "gorda" y comenzaba entonces a comer mucho por despecho, movida como decía "por un sentimiento de venganza": "¡Si no me quieren así, al menos, no será por nada! Entonces, quiero ser totalmente bestial, totalmente repugnante, totalmente sucia, y hacer lo que es nocivo y prohibido, es decir, comer mucho".

Si en la descripción precedente insistí tal vez más de lo necesario sobre el material clínico, y esto a riesgo de ser reiterativo, lo hice para marcar la especificidad de este conjunto de síntomas: pudimos ver así que el mismo no está ligado a ningún cuadro clínico conocido y determinado, sino que interviene en distintas neurosis, modificado, así y todo, en función del carácter de la neurosis básica.

Lo que se impone en primer lugar cuando abordamos este síndrome, es la comparación con la depresión melancólica típica. De inmediato nos sorprende ver que hay muchas fases distintas junto a otras que son idénticas.

En primer lugar la bulimia contrasta brutalmente con la ausencia de apetito y el rechazo de la comida que hallamos en los deprimidos típicos; luego, la somnolencia bulímica difiere del insomnio que generalmente predomina en la depresión; además, el desarrollo completo, tanto como la vivencia inmediata, es diferente; por ejemplo, el sentimiento de asco particularmente neto respecto del propio cuerpo, y la dependencia de este estado respecto de la ingesta de alimentos, pues todo el cuadro se transforma de pronto en cuanto los enfermos hallan la fuerza interior para dejar de comer, o al menos, para combatir su bulimia.

Como para la melancolía, es finalmente siempre una pérdida afectiva lo que origina este estado. En el paroxismo de la crisis, podríamos pensar que es la bulimia misma la que provoca la depresión simultánea; los mismos enfermos pretenden que es así, en todo caso, a veces, y creen que todo iría bien si sólo pudieran liberarse de la bulimia. Pero una observación rigurosa muestra con total claridad que una pérdida afectiva o una herida narcisista siempre precedieron a este es-

tado. Podemos darles la razón a los enfermos en que el profundo sentimiento de asco de uno mismo surge como reacción contra la satisfacción de la bulimia. Es por ello que nos daremos cuenta mejor del proceso patológico real describiendo su desarrollo de la siguiente manera: el enfermo vive una pérdida afectiva y reacciona a la misma con una depresión, una somnolencia y una bulimia, y es sólo como reacción a la satisfacción de esta bulimia que surge el profundo asco por sí mismo y la desesperación.

Los dos primeros términos de esta proposición: la pérdida afectiva o la herida narcisista y la depresión consecuente, son los mismos que en la melancolía. La diferencia empieza con la bulimia, que es una manifestación regresiva y que representa el intento de restablecer las relaciones de objeto en el nivel oral más primitivo. Allí donde el melancólico fantasea (y ante lo que reacciona negándose a comer), el bulímico actúa en la realidad. Esto le es posible sólo porque el contenido afectivo del síntoma es distinto al del melancólico. Para este último, el fantasma de incorporación es, como sabemos, y en una gran medida, la expresión de un deseo de aniquilación sádica, mientras que en el bulímico falta el rasgo ambivalente, y la bulimia representa una actividad casi puramente erótica, un sustituto de una actividad sexual genital, y apunta a restablecer una relación erótica con el objeto. Podríamos decir que este síntoma aparece como una suerte de perversión sexual.

Sólo en el caso N° 4 pude detectar con certeza trastornos del comportamiento alimentario en la infancia, que denotaban de forma manifiesta una ambivalencia y una oposición respecto del padre declaradas hacia la edad de seis o siete años. Por el contrario, los trastornos de la alimentación descritos se habían concretado en la pubertad para los cuatro pacientes.

En este aspecto es muy interesante la paciente N° 1. En la pubertad había engordado hasta ser obesa, comía mucho, y ya entonces sufría de dismenorrea, de depresión y de un sentimiento de asco, y los médicos habían diagnosticado un trastorno neuroendócrino. Luego se desarrolló también el cuadro descrito más arriba que parece arrojar una luz completamente diferente sobre las

manifestaciones de la pubertad. Es distinto el caso de la paciente N° 2, en quien la primera menstruación tuvo el efecto de un shock. Sin embargo, las reglas aparecieron sin trastornos particulares, bastante regulares y abundantes. Pero con mayor violencia aparecieron al mismo tiempo que la menstruación los trastornos neuróticos descritos anteriormente. La paciente trataba de comprimir con fuerza sus pechos con una toalla, al punto de no poder respirar, pues sentía asco por los primeros signos de madurez y desesperación por haberse transformado en una mujer adulta. Más tarde se desarrolló también en ella el cuadro descrito más arriba.

Como ya dijimos, los fisiologistas se inclinan a ver en estas manifestaciones las consecuencias de un trastorno de la secreción interna y dejan completamente de lado la causa psicológica. Pero este punto de vista unilateral no puede explicar de manera totalmente satisfactoria las manifestaciones informadas aquí. En realidad, la evaluación psíquica inconsciente de la propia femineidad tiene aquí un papel muy importante. En vez de que un fuerte impulso narcisista de la libido invada al cuerpo en el momento de la pubertad, como en las jóvenes normales, se produce en estos casos una desvalorización y una negación de la femineidad y por ende, de las formas femeninas núbiles. Las causas de esta evolución residen, como se sabe, en el complejo femenino de castración y las pulsiones homosexuales que no emergen a la conciencia. Las manifestaciones de la madurez son desplazadas hacia el aumento de peso provocado por una alimentación abundante, tras lo cual la jovencita desarrolla vergüenza y asco por su propio cuerpo. Una fuerte fijación oral contribuye solamente a que estos sentimientos sean desplazados específicamente hacia la comida.

En todos los casos informados aquí, el complejo de castración era muy marcado; lo que, en el cuarto caso se describe en detalle puede ser fácilmente descubierto por el especialista; pero no era distinto en los otros casos. El análisis no dejaba ninguna duda sobre el hecho de que los objetos ingeridos, en particular las golosinas, el pan, la carne, tenían el significado inconsciente del pene; las pacientes querían apropiarse del pene separado del hombre tragán-

dolo. Pero hay que notar lo siguiente: exceptuando a la paciente cuyas condiciones de vida en los primeros años de la infancia eran complicadas y confusas, y no habían podido ser aclaradas lo suficiente durante el breve análisis (caso N° 1), las otras pacientes crecieron con un hermano de uno o dos años mayor, con quien habían tenido experiencias sexuales en la primera infancia. Además, se podía verificar en todas una fuerte problemática oral constitucional en la familia. Así, en las familias de las pacientes N° 3 y 4, se podían percibir manifestaciones orales eróticas. El hermano con quien la paciente N° 4 había crecido era un caso severo de neurosis "gástrica". Tenía un temor hipocondríaco y continuo hacia la comida, y se torturaba ayudando. Era sorprendente ver la importancia del rol de la comida en la vida familiar. La madre y la hermana de la paciente N° 2 sufrían también de trastornos funcionales del estómago e intestinos, pero esto no les impedía darle una particular importancia a la comida, y la gastronomía era una fuente de placer reconocida y apreciada en la familia. Esta disposición constitucional se acompaña de una regresión oral y al mismo tiempo de un complejo de castración que se expresa con fuerza en síntomas eróticos orales.

Por otro lado, a propósito de estos casos, podríamos hablar, con Abraham, de una regresión -más allá del amor objetal- a la incorporación parcial del objeto ("amor parcial con incorporación"). Para mí es más importante el hecho de que esta fuerte inversión libidinal del objeto en el modo oral, en parte constitucionalmente determinada, impidió en primer lugar una separación importante y profunda de la libido del mundo objetal, y así finalmente, un naufragio en el aislamiento narcisista, o un deslizamiento hacia la depresión melancólica. Pero el proceso patológico no se limita a una satisfacción oral parcial, su desarrollo continúa. El superyó del enfermo parece no poder conformarse con ese deseo de satisfacción regresiva ante el cual reacciona con un fuerte sentimiento de asco por el propio cuerpo y con una desesperación ante su obesidad.

Y este sentimiento de asco tiene además otro origen: así es, nos sorprende ver que los pacientes que en sus depresiones sienten asco por su

propio cuerpo, manifiestan en los buenos períodos, el mismo sentimiento de asco frente a los alimentos y a veces hasta frente a la función de nutrición en general; lo que es más, en las fases de bulimia, consumen con gusto comida sucia, restos de comida tomados de los platos de otros, e incluso desechos no comestibles. Esto se explica si consideramos que lo que se come es un substi-



tuto simbólico de un pene repugnante, sucio, y al mismo tiempo, codiciado. Y así vemos en acción, de manera parcial pero innegable, el mecanismo de la depresión típica, a saber: la identificación con el objeto introyectado y tragado. Así, a la satisfacción oral parcial le sucede, como una continuación del proceso patológico, una identificación con el objeto introyectado, y por ende un fortalecimiento de la depresión como en la melancolía verdadera (por ej. los intentos de suicidio de la paciente N° 2). Pero no todos los pacientes alcanzan este grado extremo en las mismas proporciones, y esto sólo en el paroxismo del estado patológico. En este estado también se intensifica la lucha contra la bulimia y se llega a intentos pasajeros, y en general frustrados, de rechazo de los alimentos.

Sin embargo, el estado de depresión, aun acentuado, se diferencia de la melancolía en un punto: la somnolencia que le sucede a las copiosas comidas. Esta somnolencia patológica no es en sí un fenómeno nuevo y desconocido. Charcot ha descrito enfermedades histéricas del sueño y sabemos que los niños y muchos adultos, tienen la capacidad

de escapar de las decepciones y miserias de la realidad refugiándose en el reino encantado del sueño que satisface todos los deseos. Pero allí también el estrecho vínculo entre el sueño y la satisfacción oral es un hecho conocido desde hace tiempo, en particular en lo que atañe a los niños. No obstante, en mis pacientes, su somnolencia no tenía el carácter de un escape de la realidad y se parecía muy poco al sueño normal, tranquilo y satisfactorio de alguien satisfecho. Después de las comidas, las pacientes eran víctimas de una ebriedad de sueño que no podían combatir ni con la mejor voluntad del mundo, y caían en un sueño profundo, agitado, atormentado, en el que se debatían gimiendo y del que emergían muy deprimidas, sintiéndose cansadas y abatidas. No era raro que se masturbaran durante el sueño. En lugar de dormir después de la comida, la paciente N° 3 caía a veces en ensoñaciones diurnas de contenido sexual, en general oral erótico o con otra perversión, y la paciente N° 2 como ya dije, tenía accesos histéricos durante los que solía reproducir experiencias y fantasmas sexuales. Esto muestra que las comidas ponían a las pacientes en un estado de excitación sexual que no sólo estaba ligado a la satisfacción oral sino que se manifestaba todavía con más fuerza más tarde, es decir, durante la digestión.

No hay duda alguna de que este estado de excitación sexual no puede ser explicado sólo en función del erotismo oral. No podemos dejar de pensar que este sueño y estos sueños durante la digestión estaban tan acompañados de excitación libidinal como la comida misma y que este estado de excitación era al menos tan determinante para la irrupción de la bulimia como la excitación oral erótica.

En la literatura psicoanalítica, dentro de lo que yo sé, Rado ha descrito un estado similar que llamó "orgasmo alimentario". Si entendí bien el pensamiento de Rado, parece haber apuntado al mismo estado, o al menos a un estado semejante. Se trata en este caso del compromiso a través de la libido del conjunto del proceso digestivo, que se extiende luego al cuerpo entero, al igual que el sentimiento de asco reaccional.

Es notorio que casi todas estas manifestaciones y todos estos fenómenos que aparecen en las psicosis pue-

den aparecer también en las neurosis, pero de una manera modificada y caracterizada por el hecho de que el yo del enfermo está muy poco implicado en el proceso, o no lo está en absoluto, y que el mismo proceso le es bastante ajeno. Esta observación también se confirma en nuestro caso. En última instancia, lo que aquí se ha descrito puede considerarse como una modificación neurótica del proceso inconsciente que actúa en la melancolía. Lo que en el melancólico sucede en una capa profunda y en una totalidad que engloba al yo y que Abraham llamó "orgía oral", los neuróticos aquí descritos lo ejecutan en sus síntomas, descompuesto en detalles, sucesivamente, como una demostración *ad oculos*, en un estado de sueño en parte consciente y en parte a medias consciente.

Pero el estado descrito aquí puede despertar también un interés particular en otro aspecto. No sólo está en relación estrecha con la melancolía, sino también con la adicción. Podríamos decir que es una especie de intermedio entre la melancolía y la adicción.

He hablado más arriba de bulimia sin decir por qué me parece importante en este caso hablar de adicción y no por ejemplo de compulsión. Así es, creo que es la noción de adicción la que mejor muestra la especificidad de este impulso hacia la comida. ¿En qué se distinguen la adicción y la obligación fuera del hecho de que son vividas de manera diferente? Como sabemos, la compulsión representa la irrupción de una pulsión inaceptable reprimida, y el objeto de la compulsión sólo puede ser un objeto sustituto antepuesto porque la ejecución propiamente dicha de la pulsión deseada inconscientemente fue rechazada justamente a nivel del objeto adecuado. Pero en los casos que tratamos aquí, la acción de comer, una satisfacción pulsional oral erótica (aun si no es más que la consecuencia de una regresión) se dirige hacia el objeto verdadero y adecuado de las pulsiones eróticas, es decir, la comida.

Otra característica de la compulsión es, como sabemos, el que su violenta represión desarrolla la angustia, mientras que la represión de la adicción pura, cuando ciertas manifestaciones de retraimiento no vienen a complicar el cuadro, sólo causa un aumento de la ten-

sión, tal como también se ha notado de distintas maneras en los casos descritos, relativos a la comida². Pero todavía más determinante para mí fue la observación directa realizada sobre la paciente N° 2.

Esta paciente, en efecto, además del síndrome que aquí nos ocupa, también era drogadicta; por años venía utilizando diferentes narcóticos, de manera totalmente sistemática y en dosis crecientes. Consumía éter, de vez en cuando opio, morfina y alcohol para dormir o tranquilizarse. Además de una histeria severa, la paciente sufría también, a pesar de tener sólo diez y nueve años, crisis de colecistitis aguda. Esta era una complicación muy dolorosa pues cuando durante una crisis histérica empezaba a hacer movimientos violentos como el arco, la tensión de la musculatura de su vientre provocaba dolores tan fuertes que la



crisis solía detenerse y que la paciente volvía casi completamente en sí. Pero así y todo la contractura en opistotonos no cesaba de manera completa; persistía cierta tensión del cuerpo, en particular de la musculatura del vientre, de manera que los dolores continuaban. Un médico le recomendó inyecciones de pentotal que parecieron tanto más apropiadas cuanto que no estábamos todavía al corriente, en ese mo-

mento, de las tendencias toxicomaniacas de la paciente. Fue entonces que hice una observación bastante sorprendente.

Ya había tenido oportunidad de observar anteriormente crisis histéricas de la paciente y había verificado entonces que ésta formulaba frases aparentemente incoherentes que, desgraciadamente, me había costado mucho comprender. Pero después de la inyección, el cuadro se transformaba. De pronto el lenguaje de la paciente se volvía claro, sensato y coherente; el proceso motor, paralelamente a la expresión oral, pasaba a un segundo plano. Ya no tenía yo que adivinar el contenido de la crisis a partir de palabras sueltas y de movimientos incoherentes, sino que ahora podía ver a los acontecimientos desarrollarse ante mí, o los fantasmas que originaban el acceso, con una forma dramática o a veces podía escuchar incluso cómo los relataba la paciente en forma de historia coherente.

La acción del pentotal sobre el desarrollo de la crisis histérica no consistía en un aplacamiento general a través de una parálisis, sino visiblemente al revés, en el hecho de que hacía más fácil y favorecía su propio desarrollo, mientras que las inhibiciones y resistencias cedían un poco, lo cual le permitía al proceso de excitación extenderse y actuar más ligera y más libremente. Al mismo tiempo, el proceso sufría también desde el punto de vista psicológico cierta transformación en la medida en que el proceso de excitación no atañía como hasta aquí al área motora principalmente, sino también a la de las representaciones y del lenguaje.

Yo sólo podía explicar esta acción del pentotal por el hecho de que el sueño consecutivo a su uso, o al del opio, tenía regularmente un carácter erótico, lo que corresponde al contenido inconscientemente erótico de la crisis histérica. Por el pentotal, la excitación sexual inconsciente se veía más intensificada y la resistencia a la represión, disminuida, de manera que las representaciones preconcientes de las palabras estaban concernidas en mayor medida por el proceso de excitación.

Hemos comprendido ahora que la intervención artificial de la inyección de pentotal tenía visiblemente el mismo efecto que por otro lado la bulimia descrita más arriba: el de

hacer caer a las pacientes en sueños eróticos. Podemos decir que la comida y el pentotal sumían a la paciente en un estado de excitación sexual agudo. Esta observación parece confirmar también las ideas de Rado. En su trabajo mencionado anteriormente sobre "los efectos psíquicos de los tóxicos", Rado plantea la opinión de que la disposición a la toxicomanía reside en una fijación al estadio de la satisfacción que él denomina "orgasmo alimentario". Esta satisfacción libidinal originaria podría ser alcanzada de nuevo, o al menos buscada, con la ayuda de los tóxicos, y es de esta manera que aparece precisamente el estado de toxicomanía. El interés del caso que he presentado a este respecto consiste en que allí podíamos ver que coexistían estados de fuerte excitación libidinal en el momento de la digestión y de la bulimia asociada, con una toxicomanía verdadera. Puedo agregar además que el caso descrito aquí no es el único de este tipo que conozco³.

No hay mucho que decir sobre el fin de los estados depresivos que he-

mos descrito. En cuanto el superyó logra vencer la bulimia compulsiva, nacen una satisfacción interior, una calma y un sentimiento de bienestar que no están acompañados de manía propiamente dicha, sino que pueden ser su desencadenante. Pero, en el ínterin la prohibición de comer impuesta por el superyó debe ser respetada al pie de la letra, eventualmente acompañada por un ayuno que puede durar días enteros. He aquí una diferencia respecto de la manía. En el estado maniaco, como sabemos, el yo se siente liberado del poder aterrador y torturante del superyó y triunfa sobre él (Abraham), mientras que aquí, por el contrario, la subordinación a las exigencias del superyó provoca la satisfacción del yo. Pero el proceso psicológico se diferencia también del rechazo de la comida en la depresión melancólica. En la melancolía, la prohibición atañe a la satisfacción sádica procurada por la apropiación del objeto odiado, mientras que aquí, sólo hay una satisfacción parcial, es decir, la apropiación y absor-

ción del pene que permanecen prohibidas, mientras que la relación de amor con el objeto, en particular en el fantasma, permanece intacta.

En este estadio, los pacientes logran alcanzar rápidamente la fase genital normal, aunque de forma episódica y a costa del abandono casi completo de una función vital. Pero el precio que deben pagar: no comer nada de nada, si fuera posible, es demasiado elevado. Les costaría la vida si no se restableciera un hambre normal. Es por ello que este intento sólo puede tener un éxito parcial y está condenado al fracaso. Pues el primer sentimiento de saciedad experimentado otra vez con fuerza trae también la satisfacción alimentaria orgásmica y sus consecuencias inmediatas, volviendo a activar el proceso⁴.

Si he tratado aquí numerosos problemas sin discutirlos a fondo, lo he hecho intencionalmente. Por una parte quería presentar con mayor claridad la idea central y por otra parte, por desgracia, la mayor parte de mis notas y de mi material de trabajo se ha perdido ■

Notas

1. El complejo de castración fue particularmente valorizado en los análisis intensivos, en la medida en que todos los síntomas orales eran particularmente puestos al servicio de este complejo, en el que se expresaban esencialmente las relaciones de objeto perturbadas. La fuerte fijación al estadio oral les ha hecho muy difícil a los pacientes el paso del amor de objeto parcial al amor de objeto total, es decir, el paso de la apropiación del pene a la del hombre completo. Pero es evidente que los síntomas y los fenómenos anales eran de gran importancia, así como el siguiente conjunto: fecundación oral, nacimiento anal y además por ejemplo, la ecuación simbólica: mujer sucia = cuarto sucio, la identificación de la paciente con su cuarto. Pero aquí sólo quería dedicar mi investigación a los síntomas orales. En lo que respecta a los pacientes de sexo masculino, la victoria sobre la angustia de castración a través de la práctica compulsiva del coito como negación de la castración provocaba la desaparición del estado.

2. Quizás se podría oponer a la distinción hecha aquí entre compulsión y adicción, la mención del onanismo compulsivo que denota una satisfacción pulsional directa. Pero en los casos donde esta expresión está verdaderamente fundada, y donde no se trata de una irrupción pulsional inalterada, como por ejemplo el onanismo desenfundado de los esquizofrénicos (también llamado erróneamente onanismo compulsivo),

podemos verificar regularmente

a) que no aporta ninguna o sólo poca satisfacción sexual;

b) que no se ejerce a partir de necesidades únicamente sexuales, sino que se origina en todos los motivos alterados posibles, en substancia los motivos pregenitales y narcisistas por ejemplo, en particular para probarse que la erección y la eyaculación son todavía posibles (como todo síntoma obsesivo trata quizás de evitar la angustia);

c) que el intento de reprimir el onanismo compulsivo, así como la represión de todo síntoma obsesivo, provoca una gran inquietud y angustia, y en este caso el miedo a la impotencia. He visto casos donde este onanismo compulsivo era reemplazado, después del paso a relaciones sexuales normales, por un coito compulsivo que se practicaba sin alegría, varias veces seguidas, y sólo por miedo a la impotencia probablemente ya bien instalada, y se volvía un síntoma muy lamentable.

3. Creo que la acción descrita aquí de los tóxicos, a saber: su función de erotización, que favorece en la ebriedad una satisfacción más libre y más descontrolada de la sexualidad inconsciente, representa el factor esencial de su acción para los neuróticos. Así podemos explicar tal vez el hecho conocido de que la dosis usual de una inyección de morfina (0,01 a 0,02) suele provocar en las histéricas, una excitación y un aumento de las defensas, por ejemplo, vómitos, mientras que la repeti-

ción o un aumento cuantitativo de la inyección puede transformar a las mismas enfermas en drogadictas. La resistencia se ve disminuida por dosis más fuertes y se le da libre acceso a las delicias de la satisfacción pulsional inconsciente durante el sueño y en los sueños artificiales.

4. En cuanto a la cuestión de la adicción, quisiera hacer notar lo siguiente: la regresión alimentaria oral está ligada a una defusión de pulsiones, las pulsiones destructivas y sádicas que se liberan de esta manera y van al choque con los objetos de la realidad, hacen del drogadicto un asocial. Por su inserción conflictiva y llena de odio hacia la realidad, el drogadicto se refugia en la única situación que puede aún serle satisfactoria, es decir el estado de ebriedad. ¿Qué desencadena este proceso? Que la herida del narcisismo reforzado del drogadicto tiene entonces un gran rol y quizás un rol determinante, no hay duda de ello, y esto nos llevaría a considerar el complejo de castración como el motor de todo el proceso. En todo caso los casos informados aquí parecen confirmar esta hipótesis. Que se llegue a una adicción parece deberse a la fijación oral alimentaria rígida determinada constitucionalmente. El gran parentesco estructural psicológico con la depresión melancólica está también justificado clínicamente y confirmado por el material aquí presente. La diferencia parece residir justamente en el vínculo libidinal oral alimentario mantenido aún parcialmente con el objeto.



Acercas de la dificultad planteada por la elección de un Tratado de Psiquiatría

Alicia Azubel

Psicóloga. Docente. U. D. H. Hospital Fiorito. Dpto. de Salud Mental, Fac. de Medic. (UBA) y Facultad de Psicología. Univ. del Salvador. Arce 829. Piso 10. C. (1426)Capital. 771-7838.

En esta comunicación se busca hacer mención de una dificultad surgida en la búsqueda de un Manual de Psiquiatría que ocupe el lugar de un referente relativamente unificador para los alumnos y los docentes de una materia extensa y compleja como es la Psiquiatría, y que dispone de un tiempo reducido para el desarrollo de su programa en la formación universitaria de grado.

Diversas inquietudes confluían en la búsqueda de dicho texto:

- Que fuera actualizado en cuanto a los nuevos desarrollos provenientes de las neurociencias y de la psicofarmacología.

- Que fuera claro respecto de cuestiones diagnósticas y que familiarizara al alumno con un código de amplio uso en las categorías diagnósticas.

- Que no excluyera ni subsumiera en la función categorizadora pretendidamente objetiva y atórica –lo que aún muchos especialistas consideran como el tejido más importante de los trastornos psíquicos: el sentido y la singularidad del síntoma psíquico y una capacitación del médico para escuchar y orientarse en la relación con el paciente– en el caso por caso.

- Que no estimulara en el estu-

dante de medicina ni una tendencia a biologizar los problemas planteados por el paciente en el campo de la Salud Mental ni una estrategia terapéutica basada fundamentalmente en la farmacología. (Sobre todo considerando el énfasis que las corrientes más influyentes de la psiquiatría hoy otorgan a la inclusión de los sujetos en categorías, a partir de la presencia-ausencia de signos (DSM) en perjuicio de la textura clínica y de la perspectiva psicodinámica de las diferentes patologías).

A partir de comparar dos ediciones diferentes de un mismo Tratado de Psiquiatría, intentaremos mostrar la serie de problemas que puede suscitar la elección de un texto ordenador. Asimismo la comparación de dos ediciones del mismo Tratado de Kaplan y Sadock nos permitirá ver algunos cambios substanciales que se han producido en el terreno de la especialidad.

Si comparamos la segunda edición (en inglés) del Tratado de Psiquiatría del año 1976* vemos que se inicia con un desarrollo históri-

* Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1976.

co de las tendencias teóricas predominantes en psiquiatría; que luego le dedica tres capítulos a las contribuciones de las ciencias de la conducta: ciencias biológicas, psicológicas y sociales, y que desarrolla extensamente las teorías de la personalidad y de la psicopatología (Freud y post freudianos, Klein, Erikson, Jung etc.). Luego de este extenso recorrido aborda los problemas relativos a la sintomatología en los desórdenes psiquiátricos, y a su clasificación. La clasificación sigue la tendencia de las grandes categorías: neurosis, psicosis, borderlines, esquizofrenias, estados paranoides, desórdenes afectivos, síndromes orgánicos (*organic brain disorders*), drogadependencias y trastornos de la sexualidad, emergencias. Un capítulo está dedicado a las psicoterapias, un segundo a las terapias orgánicas (*Organic therapies*) y un tercero a las terapias ambientales. (*Milieu therapy*).

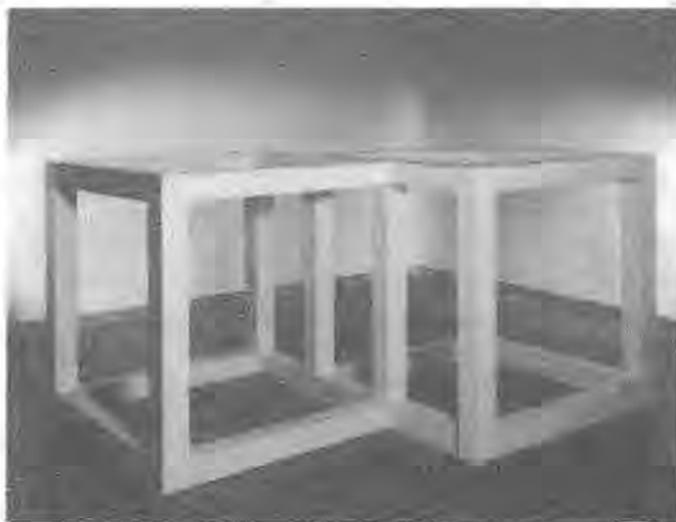
El capítulo 12 –dedicado al diagnóstico de síntomas de los desórdenes psiquiátricos en dicha edición de 1976– comienza planteando que todo síntoma clínico es el resultado de la incidencia de fuerzas biológicas, socioculturales y psicológicas. La importancia predominante de cada una de esas

fuerzas varía en cada caso. Si bien se considera que tanto la salud como la enfermedad dependen de un proceso de adaptaciones, se considera que la adaptación es un modo de reaccionar o adecuarse al medio de modo tal que en dicha adaptación se satisfagan también deseos y necesidades de cada cual. Cuando esto falla el resultado son los síntomas psiquiátricos en el registro de los pensamientos, sentimientos y acciones. (Ver Tabla I. p. 384 en el que se esquematizan los factores interactuantes para el mantenimiento o ruptura de la salud psíquica).

Se puede apreciar que la adaptación en esta definición puede leerse como algo más que la necesidad de adecuación a una realidad natural o convencional, y el síntoma como algo más que un mero desorden funcional.

En cuanto a la sexta edición (1995 en inglés; 1997 en castellano)*, posterior en 20 años a la que acabamos de comentar se aclara en el prefacio que demandó un "esfuerzo prodigioso" adecuar el nuevo Tratado a la nomenclatura oficial publicada en el DSM IV (1994). Se anticipa en el mismo prefacio que el *Tratado* consta de 650 páginas más que la edición

anterior en virtud de que se incluyen todas las tablas del DSM-IV y láminas en color de las principales drogas de uso psiquiátrico. Constatamos, efectivamente, que después del Índice de Contenido del Volumen I, las primeras cinco páginas están dedicadas a la reproducción en color de las principales drogas utilizadas en psiquiatría en EE.UU. En dichas reproducciones



es posible observar que informan sobre el color y la forma del psicotrópico –cápsula o tableta– la variedad en la dosis del mismo producto, el nombre de la droga, y el nombre del laboratorio que la produce. De modo que el primer artículo del *Tratado* en versión castellana, consta de estas páginas con las reproducciones en color de las drogas más usadas en Psiquiatría para facilitar una "identificación rápida" de las mismas. Le siguen once páginas de imágenes transaxiales que muestran una distribu-

ción de neurorreceptores e imágenes de topografías cerebrales.

El capítulo I trata sobre las Neurociencias. Se introducen los nuevos descubrimientos que –se dice– desafían el dogma actual. Como ejemplo se menciona la disolución de la clásica división del sistema motor en piramidal y extrapiramidal. Como lo más novedoso se menciona la identificación de nuevos receptores que permitirían incidir sobre la regulación de los procesos neuronales y no limitarse solamente a la estimulación o inhibición neuronal. El objetivo sería la obtención de drogas que actúen a nivel de la regulación neuronal en vez de influir solamente en los receptores superficiales. Se establece en este capítulo primero, que "la estructura de interés en psiquiatría es el cerebro y tanto la revisión histórica como la contemporánea deben

comenzar con su anatomía macroscópica; después es menester intentar comprender dónde se localiza cada uno de los grupos neuronales, a qué región se proyectan y cuáles son los componentes neuroquímicos de cada célula. La meta de la neuroanatomía moderna es tan grandiosa como la del proyecto del genoma humano". (p. 1).

Si bien el párrafo que acabamos de transcribir se ubica en el primer capítulo que versa sobre las neurociencias, nos parece que indica una dirección a la psiquiatría propiamente dicha. Esto plantearía la cuestión de si no hay en "lo nuevo" un retorno a un tiempo en el que la psiquiatría no existía aún, a un tiempo en el que su campo estaba incluido aún en el de la neurología. Reforzando esta cuestión leemos en el planteo de la neuropsiquiatría, que "en la medida que ningún aspecto de la conducta humana es independiente de los cimientos físicos (...) todas las intervenciones terapéuticas deben traducirse en eventos neurológicos que afectan la conducta". (p. 153). O en el punto de: Perspectivas futuras en neurociencias y psiquiatría (p. 150) donde se plantea que lo más probable sea que el fu-

* Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Tratado de Psiquiatría*. Intermédica, Bs. As., 1997.



**ACOMPAÑAMIENTO
TERAPÉUTICO**

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

COORDINACIÓN
GUSTAVO ROSSI
FEDERICO MANSON
GABRIEL PULICE

*Atención en Urgencias - Internación Domiciliaria
Recreación - Traslados - Externaciones y Rehabilitación*

*Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes con
Trastornos graves - Tercera Edad*

823-7431 / 854-2306 / 865-9104

turo de la psiquiatría sea inseparable de las neurociencias y que el empleo de psicotrópicos sofisticados obliga a conocer los últimos avances científicos por cuanto... "para el clínico que se enfrenta con un paciente, los cimientos de la profesión son las nuevas modalidades terapéuticas..." (p. 152)

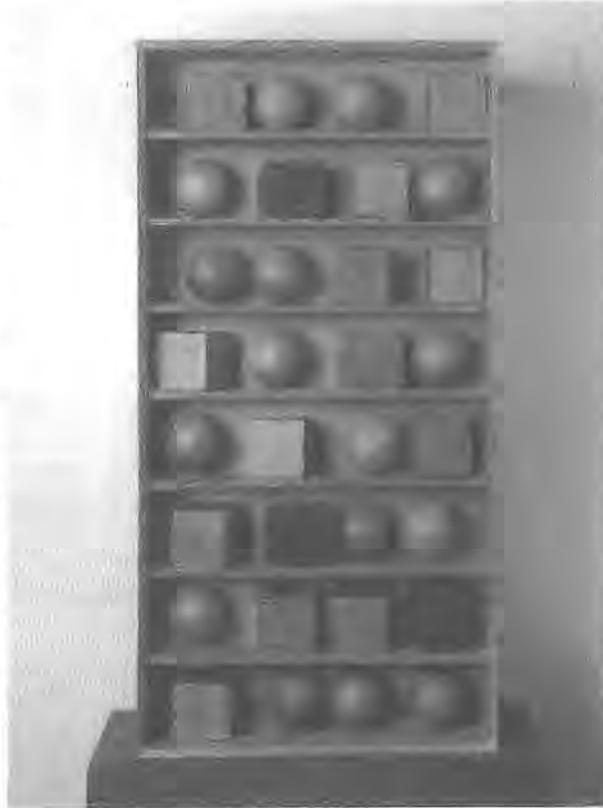
En esta edición coexisten con la tendencia arriba mencionada, los desarrollos psicopatológicos y psicoanalíticos en sus distintas versiones (Sección 6). Se plantea que aún reconociendo que los factores biológicos desempeñan un papel crucial en la etiopatogenia de los trastornos psíquicos "atestiguado por trabajos referentes a la transmisión genética y fluctuaciones de los neurotransmisores (...) es útil separar la etiología de la patogenia (...) el origen de un trastorno puede ser psíquico y desencadenar una respuesta ulterior a nivel de la química cerebral (...) de allí que el origen pueda ser psíquico y el mecanismo neuroquímico" (p. 423). Con estos argumentos se justifica en la Sección 6 del Tratado (Teorías de la personalidad y psicopatología: psicoanálisis) la importancia de la psicoterapia y de los modelos teóricos que incluyen el registro del sentido y de la subjetividad en el problema del enfermar y el curar en el campo de la psiquiatría. (p. 435).

Para concluir citamos en relación a las nuevas tendencias en psiquiatría, la preocupación de los mismos editores -Kaplan y Sadock- quienes luego de analizar las "transformaciones dramáticas" sufridas por la Salud Pública

farmacológica) dicen textualmente:

"En la actualidad el futuro del tratamiento psiquiátrico es preocupante. En algunos estamentos -políticos, aseguradoras, público en general y aun médicos- el prejuicio hacia la enfermedad mental persiste. La psiquiatría y la medicina se encuentran en una encrucijada. Sería trágico seguir el camino que rechaza el humanismo que aportó la psiquiatría a la medicina y los grandes avances logrados en los últimos 100 años gracias a S. Freud y a otros clínicos e investigadores destacados". (Prefacio. Sexta Edición. 1997).

Hemos querido confrontar, aunque de modo muy restringido, dos ediciones del mismo Tratado a los efectos de visualizar en ellos tendencias, así como ciertos puntos de contradicción en el interior mismo de dichas perspectivas. ¿Expresan esas tendencias un cambio de paradigma en el terreno de la psiquiatría?, ¿de la medicina en general? ¿una crisis? ¿O, más simplemente, son ellas expresión del movimiento de la ciencia caracterizado por momentos que a veces implican la demolición de lo que lo antecede, a veces una coexistencia incómoda y contradictoria de puntos de vista y otras al simple retorno de antiguas cuestiones? ■



ca americana a partir del plan Clinton (reducción de sesiones de psicoterapia en los planes de Salud Mental, intervención de un clínico durante varias semanas antes de la derivación al especialista; tratamiento de elec-

ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO

desde 1981

CONJUGAR

Coordinación:
Javiva Goldberg

- Internación Domiciliaria
- Asistencia en crisis
- Resocialización



ADOLESCENTES • ADULTOS • TERCERA EDAD

Informes: 855-5430 - 927-4858

Revista

TopiA

Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE

Informes: 802-5434

Fax: 943-0968

E-mail: topia@psico.net



LECTURAS

Bleichmar, Hugo. "Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas". Paidós, Bs. As., 1997, 408 págs.

El presente libro examina diferentes condiciones psicopatológicas –depresión, agresividad, trastornos narcisistas, masoquismo, patología del superyó, etc.– considerándolas como el resultado de múltiples procesos de articulación entre varios sistemas motivacionales, con los consiguientes deseos, angustias y modalidades defensivas que ponen en marcha, así como del interjuego reverberante entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, entre la fantasía inconsciente y la realidad. El objetivo es el desarrollo de una psicoterapia psicoanalítica que permita superar el empleo de una técnica monocorde para proponer, en cambio, intervenciones específicas en función de la estructura de personalidad y del cuadro psicopatológico. Hugo Bleichmar, psiquiatra y psicoanalista, es profesor de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid) y presidente de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.

Vertex

A.A.V.V., Luchina, Carlos y Bonet, José (Comp.). "Estrés y procesos de enfermedad; Psiconeuroinmunoendocrinología", T. I, Edit. Biblos, Bs. As., 1998, 251 págs.

Con el sugerente subtítulo "Modelos de Integración Mente-cuerpo" se produce la entrega del primer Tomo de esta obra en la

que escriben un brillante grupo de investigadores clínicos: P. Arias, E. Artz, M. A. Costas, J. García Badaracco, J. Moguilevsky, J. Bonet y C. Luchina. Los dos últimos autores fueron los gestores de esta compilación que viene a ampliar y profundizar el tema que nos habían presentado en el número 21 de *Vertex* aparecido en setiembre de 1995. Como en aquella oportunidad el Prof. Ader recuerda, en la Introducción, que la psiconeuroinmunoendocrinología es el estudio de las interacciones cerebro-sistema inmune y surge, en oposición al enfoque reduccionista y unilineal de interpretación de los profesos conducentes al enfermar. La propuesta del nuevo enfoque, que revoluciona las fronteras de las especialidades médicas clásicas, aporta un abordaje holístico de la red de trabajo constituida por los sistemas nervioso, inmune y endócrino, los cuales se verifican experimentalmente interconectados por vías nerviosas y químicas de manera multidireccional. Surge así una comprensión de la fisiología del organismo como un todo integrado en un sistema defensivo-adaptativo mediado por una semántica de reguladores sinápticos y hormonales cuya disfunción originaría la enfermedad. La dicotomía mente-cuerpo se ve así desbordada por un pensamiento nuevo que prefigura el paradigma médico del siglo XXI. Este texto coordinado por Carlos Luchina y José Bonet, ambos egresados del Master en Psiconeuroinmunoendocrinología que se dicta en la Fundación Favalaro, viene a dejar un registro escrito indispensable para la tarea docente que ambos desarrollan y para las actividades que impulsan en el Capítulo sobre el Tema en la Asociación de Psiquiatras Argentinos y en la Asociación Argentina de Psiconeuroinmunoen-

docrinología (AAPNIE) de la que son miembros fundadores.

Como se ve este libro forma parte de un verdadero programa para investigar, difundir y enseñar los conceptos de este enfoque integrativo del cual sus compiladores son pioneros en nuestro país. Leer e impregnarse de los conceptos del texto que comentamos, muy bien editado en su calidad gráfica, deviene una tarea indispensable para los psiquiatras pero también para los médicos de todas las especialidades. A tal punto su contenido dispara una reflexión de gran magnitud y consecuencia sobre lo que será, muy probablemente, nuestra concepción futura de los procesos de salud-enfermedad.

J. C. S.

Ravazzola, María Cristina, "Historias infames: los maltratos en las relaciones". Paidós Terapia Familiar, Bs. As., 1997, 280 págs.

La violencia familiar es un problema social, sólo abordable a partir de una concepción multidisciplinaria y desde una actitud de cuestionamiento y revisión de "saberes" que nos abarcan a todos, como miembros responsables de la construcción de nuestra cultura.

Dado que se trata de un fenómeno repetitivo, diferente de los actos aislados de violencia, vale la pena que nos preguntemos cuáles son los factores que facilitan que se reproduzca. Esta obra se centra, por lo tanto, en los principios jerárquicos propios de organizaciones autoritarias vigentes, tanto en el orden público como en el cotidiano intrafamiliar, y enfatiza la necesidad de estudiar estos campos, su problematización y su complejidad.

La autora se apoya en paradig-

mas que definen al ser humano como ser social complejo y analiza diversas conductas y fenómenos de la comunicación así como ciertas emociones que desempeñan un papel determinante en la consistencia y la práctica autorreflexiva de los actores sociales implicados

Vertex

OTROS TITULOS RECIBIDOS:

Perrone, Reynaldo y Nannini, Martine "Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional". Paidós Terapia Familiar, Bs. As., 1997, 174 págs.

Stern, Daniel "La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos". Paidós, Bs. As., 1997, 270 págs.

Poch, Joaquín y Avila Espada, Alejandro "Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica". Paidós, Bs. As., 1998, 324 págs.

SEÑALES

V Jornadas de Uso Racional de Psicofármacos 3 y 4 de julio de 1998

*Psicofármacos en adultos
y psicofármacos
en psiquiatría
infanto-juvenil*

Salguero Plaza, Salguero 2686

Comité organizador con la presidencia del Prof. Tit. de Farmacología, Dr. Luis María Zieher.

Intervienen como disertantes destacados clínicos entre los que se cuentan G. Jufe, G. Finvarb, H. Bertera, E. Leiderman, D. Thierer, S. Mazaira, S. Wikinski, D. Fadel y N. Zelaschi.

Informes: 1ª Cátedra de Farmacología, Fac. de Medicina, UBA. Paraguay 2155, piso 15. Tel./fax: 964-2788

Simposio Internacional de Trabajadores de la Salud Mental Hispanoparlantes

*Salud mental, emigración
y cultura*

ATSMHI '88

Jerusalén, Israel
23 al 27 de Noviembre, 1988

Este encuentro ofrece un marco de intercambio de experiencias en el tema de desplazamiento de poblaciones, cambio cultural y sus reflejos en la Salud Mental. Israel, cuya población proviene de más de 80 naciones, es un laboratorio viviente de esta problemática.

Auspiciado por:

Asociación de Trabajadores de la Salud Mental en Lengua Castellana y Portuguesa en Israel.

Asociación Psiquiátrica Israelí.

Escuela de Psicoterapia, Universidad de Tel Aviv.

Interamérica Jerusalén, Casa Argentina.

Dicen sus organizadores: "Los profesionales de la Salud Mental de Lengua Española y Portuguesa en Israel, somos personalmente sujeto y objeto de este proceso y estamos deseosos de intercambiar nuestra experiencia a la vez que aprender de experiencias vividas por profesionales de la Península Ibérica y América Latina y, por

otra parte, de lugares donde las comunidades de lengua española y portuguesa son considerables, como los Estados Unidos y Canadá".

Coordinadores en Argentina: Pablo Rozic, Elba Garber Falicoff y Sergio Rojtenberg, (Buenos Aires).

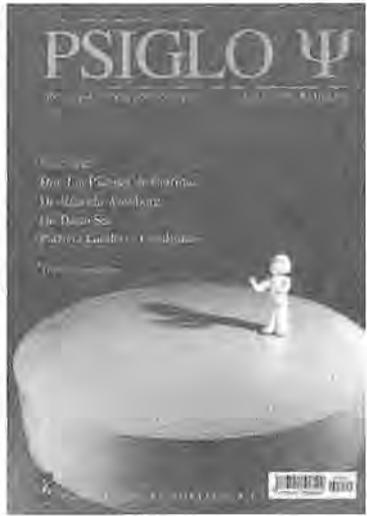
Informes: Omega Tours, Sra. Susana Kordon, Tel.: 326-1900.

XII Congreso Argentino y VIII Congreso Internacional Psiquiatría de enlace, psicología médica y psicoterapia

*Las Jornadas Universitarias
de Residentes
de Salud Mental
17 al 20 de junio de 1998*

En conmemoración de los treinta años de la fundación de la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires se realizan estas Jornadas -con la presencia de destacadas personalidades del país y del extranjero- sobre "Cambios en los Paradigmas de la Salud Mental 1967-1997"

Informes e Inscripción: Hosp. de Clínicas, Av. Córdoba 2351, 5º piso. Tel./fax: 963-8395 Lunes a viernes de 9 a 13 hs. E-mail: - dsmhclin@fmed.uba.ar. - http://www.hc.fmed.uba.ar.



PSIGLO Ψ

Revista del Campo Psicológico

De reciente aparición