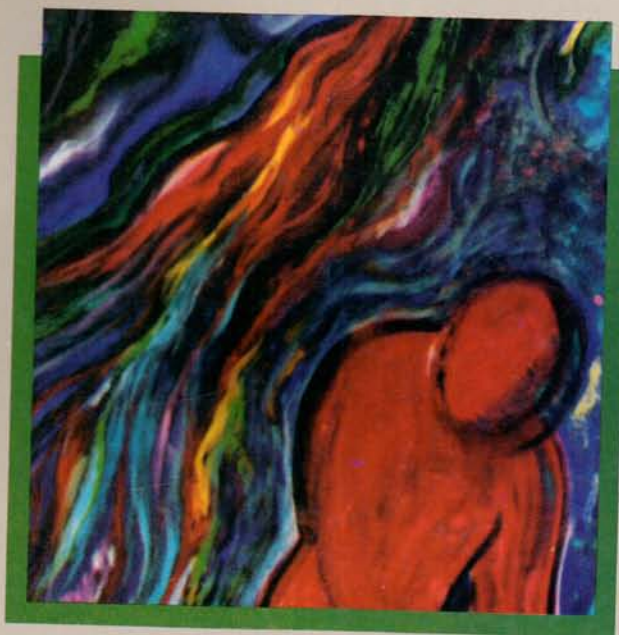


**V**ERTEX  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA  
**X**  
**20**



SUEÑO/S

*Averbuch / Jouvet*

*Jufe / Matusevich*

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

Volumen VI - N° 20 Junio - Julio - Agosto 1995



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

## Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremlit (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), 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. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), 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);  
 Sergio Strejilevich, 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.); 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; 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. **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. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **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:  
 Ana Herrera  
 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. 49-0690 - 953-2353. Fax: 49-0690

**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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. VI N° 20 JUNIO - JULIO - AGOSTO 1995

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

- "El estrés profesional y su tratamiento", Iain McIntosh, pág. 85.
- "Crimen y castigo', Los dos centinelas del sufrimiento del paciente", Beatriz Kalinsky, pág. 90.

### DOSSIER

- SUEÑO-S. El sueño normal, M. A. Averbuch, pág. 96; El insomnio, M. A. Averbuch, pág. 104; Farmacología de las drogas utilizadas para el tratamiento del insomnio, G. S. Jufe, pág. 116; El sueño en la vejez, D. Matusevich, pág. 124; El misterio de la conciencia onírica, Entrevista a Michel Jouvet por P. Eche y D. Wintrebert, pág. 129; Clasificación internacional de las alteraciones del sueño; pág. 137.

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- El maestro de Bonneval, J. C. Stagnaro pág. 141; El sueño "hecho primordial" de la psicopatología, por Henri Ey pág. 142.

### CONFRONTACIONES

- Alain Badiou y el pensamiento filosófico, Raúl J. Cerdeiras, pág. 148; Ética y psiquiatría, Alain Badiou, pág. 150; El Psicoanálisis más allá del consultorio, Graciela Bazán, pág. 154; Nuestra hospitalidad, Guillermo Aristegui, pág. 156.

### LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas", pág. 158, "Señales", pág. 158, Índice alfabético de autores, Vol. V, pág. 159.



**EDITORIAL**

**E**

*n la primera sección de este número presentamos un artículo que nos envió desde Escocia nuestro corresponsal. En él se informa de un trabajo de investigación sobre las consecuencias del estrés en el personal de Salud. Su lectura, que compete a los trabajadores del área, y en especial de la Salud Mental, de cualquier lugar del mundo, invita también a la reflexión aplicando las observaciones de McIntosh a nuestro medio. Piénsese por un momento en la jornada hospitalaria de cualquier psiquiatra argentino, cualquiera sea su condición escalafonaria, desde Residente o Concurrente hasta Jefe de Servicio, o en las actividades que los especialistas desarrollan en las Clínicas privadas o los sistemas de Medicina Pre-paga.*

*Son tantas y tan directas las referencias que tiene el artículo a las situaciones que podemos evocar de nuestra práctica que su lectura provoca alarma al tomar conciencia, una vez más, del potencial patógeno que implica la misma. En efecto, al estrés cotidiano que impone nuestra condición de ciudadanos de una comunidad sometida a las tensiones psicosociales que atraviesa la Argentina, se suma este factor laboral para quienes llevamos la responsabilidad de recepcionar y atender el sufrimiento que impone la locura a nuestros compatriotas. Algo, creemos, para tener presente, reflexionar y considerar, desde nuestros lugares de trabajo y desde nuestras Asociaciones Profesionales.*

*Por supuesto que son muchos los factores que confluyen para generar esta situación. Aspectos formativos del personal de Salud, estructuras y hábitos de funcionamiento y gestión de nuestras instituciones asistenciales, ideologías respecto de la locura y su tratamiento, concepciones de la misma expresadas social y culturalmente, factores políticos y económicos.*

*Respecto a esto último, en diciembre de 1994 la revista Close-Up prestigioso medio nacional, publicó algunas cifras que pueden contribuir a esta reflexión: las Obras Sociales reciben en calidad de aportes para Salud 5.000 millones de dólares por año y responden por 20 millones de afiliados; el sector de la Medicina Pre-paga factura anualmente 2.500 millones de dólares por año de sus 2,5 millones de clientes. Entre ambos sectores dan algún tipo de cobertura (sabemos cuán escasa en el área de la Salud Mental) al 68% de la población. Quedan entonces —dice la fuente mencionada— 11 millones de personas no cubiertas (32%) que acuden a los Hospitales Públicos. Éstos para atender tal demanda cuentan con 2.500 millones de dólares. Es sabido que en el Sector Salud Mental éstos constituyen un recurso casi único para la patología más grave. Huelga señalar las consecuencias en las condiciones de trabajo de los profesionales de la Salud que pueden tener estas cifras.*

*En Dossier, presentamos una documentada actualización sobre las perspectivas clínicas de las alteraciones del sueño, de imprescindible consideración en la práctica cotidiana.*

*Un recordatorio a la obra de Henri Ey y pasajes de su prosa contundente, nos detienen en el Rescate y la Memoria.*

*En Confrontaciones, Alain Badiou, uno de los filósofos descolantes del pensamiento actual, presentado por R. Cerdeiras, nos acerca su reflexión sobre la ética y la psiquiatría ■*



## 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 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 no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
  - 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 piede 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 en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. 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.





# El estrés profesional y su tratamiento

Iain McIntosh

Médico psiquiatra. 11 Shirra's Brae. St. Ninians - Stirling FK7 OAY, Escocia.

**E**l estrés es costoso tanto para el individuo como para las instituciones. En los individuos produce desórdenes psicosomáticos, empobrecimiento de la salud mental, alcoholismo y abuso de drogas y pone en peligro la habilidad profesional del médico para brindar a los pacientes una atención de alta calidad.

Actualmente hay en Gran Bretaña un gran debate acerca del aumento de la sobrecarga laboral médica y del aumento de estrés en aquellos que siguen carreras vinculadas con la salud(1). Los estu-

dios acerca del estrés en la práctica médica general y en la medicina hospitalaria han demostrado que los médicos informan tener un alto grado de satisfacción laboral en comparación con otros profesionales, pero que también sufren de altos niveles de estrés relacionados con el trabajo(2, 3).

El estrés ha sido considerado como un estímulo, como una respuesta, y como una interacción entre el medio ambiente (estímulo) y la reacción del individuo (respuesta). Este modelo de estrés pone el acento en tres componentes:

a. Las demandas internas o externas (estresores) solicitadas al individuo;

b. la apreciación de la persona, tanto sobre la seriedad de estas demandas como sobre la adecuación de sus recursos y opciones para arreglárselas con ellas y

c. la respuesta de estrés.

El estrés reside en la percepción que tienen los individuos acerca del balance o de la interacción entre las demandas que reciben y su habilidad para manejarse con ellas. El hacerlo, involucra hacer frente a lo que parece interponerse entre los eventos estresantes y la experiencia subjetiva de estrés.

Este último ha sido definido como cualquier factor físico, social o psicológico, o la combinación de factores que actúan sobre el individuo para amenazar el bienestar y que produce una respuesta fisiológica permanentemente defensiva. La respuesta al estrés puede ser beneficiosa, angustiante u, ocasionalmente, peligrosa. El estrés puede producir trastornos psicológicos y un estado de ansiedad aguda y crónica.

La ansiedad es un estado natural experimentado por cualquier individuo en momentos de estrés. Las personas buscan ayuda médica por un estado de ansiedad cuando éste interfiere en su estilo de vida. Los trastornos por ansiedad son muy comunes en la práctica médica general, con una incidencia de 16 a 120 casos por mil consultas registradas en diferentes estudios(4). El pronóstico a largo

## Resumen

Este trabajo informa sobre el alto grado de estrés que sufren los médicos y otros profesionales de la salud en relación al monto y condiciones de su trabajo. Luego de describir consecuencias clínicas del estrés así producido se hace un inventario de los métodos de Prevención y Tratamiento aconsejados para el estrés de origen laboral.

**Palabras Clave:** Estrés profesional - Profilaxis del estrés profesional - Medicina y estrés profesional.

## PROFESSIONAL STRESS AND ITS MANAGEMENT

### Summary

The author informs about the high stress level in doctors and other professionals connected with health. This stress comes from the amount of work and its conditions. After a description of stress'clinical consequences, the author introduces preventive methods and treatments to cope with professional stress.

**Key Words:** Professional stress - Stress'prevention - Medicine and professional stress.

## LE STRESS PROFESSIONNEL ET SON TRAITEMENT

### Résumé

Cet article nous renseigne sur le haut degré de stress subi par les médecins et d'autres professionnels de la Santé compte tenu de la quantité et des conditions de travail. Après une description des conséquences cliniques de ce type de stress, l'auteur fait un inventaire des méthodes de prévention et de traitement qui sont conseillées pour aborder le stress professionnel.

**Mots Clé:** Stress professionnel - Prévention du stress professionnel - Médecine et stress professionnel.



plazo para los pacientes es variable, pero la ansiedad fisiológica responde bien al tratamiento.

### El modo de presentación

La ansiedad se presenta de muchas formas.

*El elemento psíquico produce:*

Conducta irracional.

Irritabilidad.

Inquietud.

Trastornos del sueño.

Apatía.

*A nivel emocional puede haber:*

Depresión y desesperación.

Sentimientos de fracaso, culpa, dudas sobre sí mismo.

Sensación de estar abrumado.

Frustración.

Pérdida de la motivación laboral, y Antagonismo hacia los colegas y la familia.

La hiperactividad subyacente del sistema autónomo provoca respuestas somáticas.

*Estos síntomas físicos son:*

Fatiga, náuseas y trastornos gástricos.

Migrañas.

Dolores y tensiones musculares.

Tics nerviosos.

Palpitaciones.

Precordialgias atípicas.

Crisis de angustia.

Hiperventilación.

Trastornos sexuales.

Una cantidad variable de estos síntomas aparece cuando los mecanismos del individuo para sobrellevar la situación se ven sobrepasados o fallan.

### Salir adelante

Esto se define como todo esfuerzo, saludable o no, consciente o inconsciente, para prevenir, eliminar o debilitar a los estresores, o para tolerar sus efectos de la manera menos dañina. Los esfuerzos cognitivos y de comportamiento se usan para manejar (controlar, reducir o tolerar) una relación individuo-medioambiente que ha sido perturbada. El salir adelante posee dos funciones ampliamente reconocidas:

a. La regulación de las emociones estresantes (salir adelante focalizado en la emoción).

b. Abordar el problema que causa distrés (salir adelante focalizado en el problema).

Ambas facultades se emplean en los esfuerzos para afrontar la mayoría de los encuentros estresantes.

El manejo de los pacientes ansiosos involucra generalmente:

1. Un asesoramiento que ponga de manifiesto las preocupaciones del paciente y le provea de consejos sencillos. Idealmente, una intervención precoz, antes de que se establezcan los patrones de conducta enfermos.

2. Técnicas para el manejo de la ansiedad tales como relajación, respiración controlada, distracción.

3. Medicación ansiolítica. Las benzodiazepinas deberían evitarse cuando sea posible, pero pueden resultar apropiadas ocasionalmente, para tratamientos breves. Los betabloqueantes y antidepresivos tienen un lugar útil.

4. La terapia cognitiva-conductista puede ser valiosa en los trastornos severos de ansiedad generalizada y en las crisis de angustia.

5. La hipnoterapia utiliza la inducción del trance, el fortalecimiento del ego, las técnicas de relajación y el reforzamiento.

### Estrés Ocupacional

Existe cuando una persona reconoce una incapacidad para arreglárselas con demandas relativas al trabajo y en la subsiguiente experiencia de disconformidad que se produce. Esto involucra sobre todo la percepción de un individuo de un estado del medio ambiente. Frecuentemente, no es el nivel absoluto de demanda lo que determina la experiencia de estrés ocupacional, sino la discrepancia entre la percepción que tiene la persona de las demandas y de su capacidad para salir adelante.

Dos puntos importantes requieren nuestra consideración:

1. Puede haber diferencias individuales significativas en el nivel de estrés experimentado en cualquier situación laboral dada, bajo cualquier nivel de demanda dado a causa de las diferencias en la capacidad para salir adelante con la situación.

2. El estrés puede surgir tanto de una presión baja en la que existen demandas que son mucho menores que los recursos disponi-

bles para enfrentarlas, como de una sobrecarga en la que las demandas sobrepasan a los recursos. El estrés ocupacional es, por lo tanto, una situación en la cual los recursos del individuo no se equiparan bien con el nivel de demanda y en la que existen restricciones sobre cómo estos recursos pueden salir adelante, y un sostén inapropiado para lidiar con la situación.

El estrés ocupacional proviene de:

1. Presión desde dentro de la organización. Puede existir un conflicto entre las demandas de obediencia, de estandarización, de uniformidad, de responsabilidad y de autoridad impuestas por las reglas y reglamentos de la organización. Puede haber problemas respecto de los altos ideales profesionales que enfatizan la iniciativa individual, la flexibilidad y el carácter único de la gente, sus necesidades individuales y el deseo de autonomía.

2. Presión de los directivos para llevar a cabo procesos de decisión y efectuar un trabajo difícil y demandante sin el suficiente entrenamiento o sin supervisión adecuada.

3. Presión de los clientes, para tener que afrontar su enojo, su hostilidad y su agresión y responder a demandas irracionales e imposibles.

4. Presión de los colegas, por tener que arreglárselas con los problemas en la comunicación y en las relaciones con ellos, hacerse cargo de la competitividad y la apatía y prestar un servicio efectivo cuando la confianza y el respeto pueden no existir más.

5. Presión desde dentro de la persona, en la que la presión exterior se asocia con las necesidades personales para crear demandas internas. Puede que exista la necesidad de responder a toda demanda o riesgo de rechazo, de triunfar allí donde el éxito es difícil de determinar, de producir cambios en los clientes, de ser apreciado por los colegas, de ser capaz de reconocer que el trabajo está terminado y de ser considerado completamente competente en cada ocasión.

Los síntomas de la conducta pueden hacerse evidentes en relación con el estrés ocupacional.



Estos pueden ser:  
 Pánico que conduzca a la incapacidad de hacer el trabajo.  
 Rituales de evitación que dan por resultado ausentismo laboral.  
 Frecuentes miradas al reloj.  
 Ingesta compulsiva.  
 Enojo con los colegas y frustración de otros esfuerzos.  
 Irritabilidad.  
 Rigidez en los métodos de trabajo.  
 Apatía en el trabajo.  
 Fracaso en comunicarse.  
 Confusión y olvidos.

El Forth Valley GP Research Group\* examinó áreas de estrés laboral, de satisfacción laboral y el papel del conflicto en los médicos comparando muestras de generalistas y consultores de ambos sexos. Los cuestionarios fueron enviados a un grupo de 1.700 GP y consultores de ambos sexos de cada área del Comité de Salud Escocés. Aproximadamente mil médicos devolvieron los cuestionarios. Los resultados sugieren que la atención de los pacientes y la relación con ellos, las relaciones laborales con los colegas y el usar exitosamente las habilidades de tratamiento clínico fueron las fuentes principales de satisfacción laboral para los GP, pero también fueron las principales fuentes de estrés.

Los médicos que tenían un contrato de trabajo de tiempo completo tuvieron puntajes de estrés más altos que aquéllos con contratos de tiempo parcial, y los consultores presentaron, en general, puntajes de estrés más altos aún que los GP. Estos últimos consideraron la relación entre el hogar y el trabajo más estresante que los consultores. Esto puede deberse a que los GP trabajan en la comunidad, de manera que su vida de hogar es más vulnerable a las interrupciones por consultas externas. La mayor parte de los médicos negó tener una vida de hogar estresante, pero los GP describieron el estar de guardia pasiva como una fuente principal de conflicto con la esposa y la familia.

\* Nota del Traductor: la organización del sistema de Salud en Escocia tiene un primer nivel en los GP (Practicantes Generales o Médicos Generalistas que equivalen al médico de cabecera o familia) y un segundo nivel en los consultores o especialistas de derivación.

#### Fuentes de estrés y de satisfacción

<i>Estresores de los GP</i>	<i>GP Hombres</i>	<i>GP Mujeres</i>
Relación con los pacientes	51,5%	36,4%
<i>Estresores de los consultores</i>	<i>Consultores Hombres</i>	<i>Consultores Mujeres</i>
Cantidad de trabajo	37,6%	36,2%
Cambios contractuales en el servicio de Salud	20,0%	17,9%

Cumplir con consultas a domicilio en la noche fue particularmente estresante para los GP. Para las médicas, las fuentes principales de estrés fueron una pesada responsabilidad y presión del horario, demasiado trabajo administrativo, demandas irracionales de parte de los pacientes y demandas laborales en conflicto con la vida privada.

#### Fuentes de estrés y de satisfacción

Hubo una diferencia significativa en los niveles de estrés entre los grupos de hombres y de mujeres ( $P > 0.001$ ). Caplan ha estudiado la ansiedad por estrés y la depresión en los consultores hospitalarios, en los GP y en los directores administrativos de salud(2). Empleó una encuesta por correo para contactar a los consultores hospitalarios, a los GP y a los directores administrativos de salud en Inglaterra. Estos completaron un cuestionario de salud general y el cuestionario de ansiedad y depresión hospitalarias de Hamilton.

De 389 sujetos, el 47% obtuvo resultados positivos en el cuestionario de salud general, indicando altos niveles de estrés. Sólo el 46% fue considerado como libre de ansiedad, el 25% fue calificado como casos en el límite, el 29% como experimentando probablemente síntomas clínicos mensurables. La conclusión fue que los niveles de estrés, de ansiedad y de depresión experimentados por los médicos más experimentados y por los directores administrativos del Servicio Nacional de Salud parece ser alto, y más alto que lo esperado en comparación con la población general. Cerca de la mitad de los consultores, practicantes generales y directores,

alcanzó un puntaje positivo en el cuestionario de salud general, mientras que en la población general se esperaba que sólo el 26,8% arrojará resultados positivos con este instrumento.

Rout(3) encuestó a GP en Inglaterra 3 años antes de que se implementara el nuevo contrato del servicio de salud para GP, y 3 años después, y halló que los niveles percibidos de estrés por los GP eran más altos y la satisfacción laboral más baja en la segunda encuesta. En una lista de control de 38 medidas de estrés presentada a los médicos participantes, 37 mostraron un aumento del mismo durante los 6 años. También prevaleció al final del estudio la conducta de tipo A asociada a un aumento de riesgo cardiovascular y con enfermedades relacionadas con estrés.

En un estudio sobre los médicos de hospital y de cabecera recientemente graduados, se vio que la satisfacción laboral era mucho más baja que en una muestra comparable sobre los que se habían graduado 5 años antes (6). La mayor fuente de insatisfacción eran las muchas horas en servicio y de guardia pasiva; el 71% de las mujeres y el 51% de los hombres mencionaron esto como el aspecto más estresante de su trabajo. Creían que su desarrollo personal había sido afectado y su vida familiar y actividades sociales habían sufrido por estos estresores. Los médicos más jóvenes estaban buscando más ayuda personal que sus predecesores debido a sentimientos de estrés, de aislamiento y de falta de confianza.

El 50% de los jefes de GP entrevistados dijo que las nuevas imposiciones contractuales del servicio habían tenido un efecto adverso en sus carreras y en su satisfacción laboral, con el peor



efecto por el papeleo extra y la burocracia en la que se vieron involucrados.

### Manejando la ansiedad

Las opciones de manejo deberían incluir la oportunidad de que los afectados puedan desahogar sus sentimientos, identificar las causas probables de su ansiedad y explorar las maneras de evitar los precipitadores relacionales o ambientales, o al menos intentar desarrollar mecanismos para salir adelante. Las intervenciones sin el uso de drogas (medicamentos) son, probablemente, más importantes que cualquier otra terapia en el tratamiento de la ansiedad. Esto se debe en parte a la etiología probable pero también a la posibilidad de elección relativamente limitada de un tratamiento farmacológico efectivo.

Al considerar la terapéutica farmacológica, el clínico debe establecer las características de la ansiedad experimentada en forma única por el paciente, y considerar si es aguda, o crónica, y si existen factores predisponentes obvios. ¿Podría tratarse de una manifestación secundaria de otros trastornos tales como la tirotoxicosis o la depresión? El responder a estas preguntas simplificará la decisión acerca de si está indicado el tratamiento farmacológico. En el pasado, las benzodiazepinas han sido el principal apoyo al tratamiento de la ansiedad. Hoy en día, el Comité sobre seguridad de los Medicamentos establece que, como los ansiolíticos, las benzodiazepinas sólo están indicadas para tratamientos cortos (de 2 a 4 semanas) y para la ansiedad severa, no leve.

Una alternativa en el tratamiento medicamentoso de la ansiedad la constituyen los betabloqueantes, principalmente el Propranolol. Muchos estudios han demostrado su eficacia en la ansiedad crónica, su desempeño en la ansiedad enmascarada y en los trastornos de ansiedad. La dosis recomendada para la ansiedad es de 80 mg. diarios, preferentemente bajo la forma de un preparado de efecto prolongado.

Los antidepresivos están particularmente indicados si la ansie-

dad está asociada con insomnio severo o con cualquier signo de humor depresivo ya que la ansiedad a menudo se produce paralela con la depresión o incluso la enmascara. Debemos estar muy alertas acerca de la necesidad potencial de emplear un antidepresivo.

Si se requiere el uso de las benzodiazepinas, pueden emplearse diazepam y lorazepam intermitentemente antes de los acontecimientos estresantes. Para aquellos pacientes con insomnio y sin ansiedad diurna el triazolam y el temazepam, por sus escasos efectos de "resaca" son útiles, y para aquellos con insomnio y con problemas diurnos, un producto de acción prolongada como el nitraxepam resulta efectivo y sólo necesita prescribirse por un corto plazo para reducir la probabilidad del desarrollo de dependencia farmacológica.

### Otros medios para manejar el estrés

#### Asesoramiento

- Aproximación con resolución de problemas —tratando de anular o de reducir las presiones externas que pueden significar el tener que enfrentar gente tal como clientes, colegas o superiores— que puede implicar:

1. la identificación de objetivos realistas y coherentes;
2. el manejo de las responsabilidades laborales y de las prioridades;
3. límites de responsabilidad claramente definidos;
4. la participación en el proceso de toma de decisiones;
5. mejoría de la comunicación;
6. el apoyo adicional en la supervisión;
7. la provisión de recursos adecuados.

- Cambiando la respuesta al estrés. Esto se logra cambiando el enfoque del problema, de manera de verlo distinto.

1. Reconocer que mucho del estrés proviene de expectativas irreales;
2. Aceptar que uno no puede contentar a todo el mundo todo el tiempo;
3. Enfrentar la situación desde una perspectiva más amplia, y

observarlo desde un ángulo más amplio;

4. Reducir el pensamiento negativo y fatalista;

5. Abandonar las presiones temporariamente, y tener un poco de tiempo personal o vacaciones;

6. Descargar el estrés emocional en una actividad física;

7. Buscar apoyo emocional extra;

8. Buscar a alguien en la familia o a algún otro colega que escuche los problemas y ofrezca apoyo sencillo;

- 9) Reconocer cómo cierto estrés se lo inflige uno mismo;

- 10) Señalar e identificar las creencias irracionales de que uno debe alcanzar todos los objetivos;

- 11) Tomar conciencia de que el estrés es un fenómeno común experimentado por todos en algún grado;

- 12) Identificar las formas inadecuadas de reaccionar ante el estrés y reconocer que pueden llevar a un aumento del mismo;

- 13) Percatarse de que gran parte del estrés experimentado proviene de soportar sentimientos que en realidad pertenecen a otras personas;

- 14) No confundir características del trabajo con cualidades personales negativas;

- 15) No presumir que el experimentar estrés es un signo de fracaso;

Los *Grupos de Tratamiento del Estrés* pueden ser un medio convincente de manejo en la práctica con pacientes y resultan particularmente efectivos cuando se trabaja con un grupo de profesionales que presentan estrés. El apoyo y la comprensión por los pares pueden resultar terapéuticos(6).

La *terapia de reflexión* puede ser de ayuda. Las personas propensas al estrés frecuentemente se embarcan en errores de razonamiento "blanco y negro" (polarización) y enfatizan demasiado las características negativas de la situación (pensamiento catastrófico). Se puede enseñar a los pacientes a reconocer estos pensamientos automáticos, a cuestionar su validez y a considerarlos en una forma más realista y racional. *Terapia Conductista*. El desarrollo de habilidades y el entrenamiento asertivo pueden agregar confianza



en sí mismo y ayudar a disminuir el estrés percibido.

### Hipnoterapia

La hipnoterapia puede demostrar ser un tratamiento muy efectivo de la ansiedad. Utiliza:

1. la inducción del trance;
2. el fortalecimiento del Yo;
3. la relajación muscular;
4. la tranquilización mental;
5. la sugestión post-hipnótica;
6. el reforzamiento positivo;
7. la visualización del éxito futuro incorporando consejos para salir adelante;
8. la auto-hipnosis.

El asesoramiento simple, las técnicas de relajación, la hipnoterapia y la psicoterapia conductista, y la terapia de grupo son los tratamientos de elección y serán

efectivos en la mayoría de los casos.

En ocasiones requieren el agregado de medicación la cual, idealmente, debería administrarse por corto plazo y ser usada para controlar los síntomas severos hasta el momento en que la persona pueda sacar ventaja de los medios alternativos de aprendizaje sobre cómo arreglárselas con su trastorno por estrés.

En Gran Bretaña, se reconoce cada vez más al estrés entre los médicos como un problema de preocupación pública por su potencial para afectar la calidad de la atención de los pacientes. Los médicos que están sobre-estresados, y que tienen escasa satisfacción laboral y que a menudo presentan signos de depresión clínica son una amenaza para el funcio-

namiento del servicio de salud. Esto es reconocido ahora por la profesión y se están implementando líneas de ayuda telefónica, talleres sobre estrés médico y grupos de apoyo para sus pares médicos. El aumento de las demandas en materia de salud por el público y las políticas de intervención del Gobierno son responsables en gran medida del aumento del estrés experimentado en la profesión médica.

Existe poca evidencia de que las demandas y restricciones de esta procedencia disminuirán los estresores en su origen de modo que el manejo del estrés parece establecerse para volverse un rasgo necesario y permanente de la educación médica de pre y post-grado en el Reino Unido ■

Traducción: Dr. Pablo Gabay

### Referencias bibliográficas

1. Wilson, P., Management Review. *Med. Monitor*, 31-10-1994.
2. Caplan, R. P., Stress, anxiety and depression. *Brit. Med. Jour.* 309, 1261, 3-1994.
3. Rout, J., Rout U., Stress and job satisfaction. *Family practice*, 24-10-23.
4. Markus, A.C. et al., Psychological pro-

- blems in general practice, *Oxford Med. Pubns.*, 1989.
5. Swanson, V., Work Stress and the Doctor. *Scot. Med.*, 13, 15-6-1994.
6. Allan, I., Doctors and their Careers. A new generation. *Policy Studies Instit.*, London.

### Bibliografía

- Newsome Smith, G., Stress management groups in general practice. *Psychiatry in Practice*, 13, 2, 6-9, 1994.
- McIntosh, I., The evolving art of hypnotherapy. *Psychiatry in Practice*, 13, 2, 9-14, 1994.



**INSTITUTO  
ERNA**

ATENCION 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.

**L'INFORMATION  
PSYCHIATRIQUE**

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

**L'INFO  
PSY**

10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa,  
comentarios de libros, artículos históricos  
Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353



# "Crimen y castigo"

## Los dos centinelas del sufrimiento del paciente

Beatriz Kalinsky

Antropóloga. Profesora Adjunta Regular de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA e Investigadora del CONICET. José Hernández 2014 14 "B". Buenos Aires. Tel.: 784-5117.

I

Las voces profesionales de médicos y abogados "dialogan" con la convicción de que cada una actúa en favor del cuidado de la salud. Pero ponen "la realidad" en términos distintos.

Cada cual tiene a su disposición un marco de referencia que tipifica "los hechos" de tal forma que los que corresponden a uno parecen no ser pertinentes para el otro. Hay una disputa interpretativa entre las matrices conceptuales de los discursos médicos y jurídico.

Ambos "ven", aunque cada uno en su propio lenguaje, a su

manera, la forma que adopta la gestión de la enfermedad. Los médicos como expertos en el uso de amplios cuerpos de conocimiento y de los criterios que justifican, o no, su aplicación en cada caso particular. Etiologías, diagnósticos, terapias y pronósticos son el armazón que posibilita la práctica médica, más allá de las discusiones y continuos movimientos que se suscitan en el interior de la actividad científica que dirige en cada época qué es lo vigente y qué lo caduco(9).

Por su parte los abogados traba-

jan desde el dominio de las leyes, de la juridicidad de que depende un funcionamiento justo, o lo más justo posible, de cualquier organización social. Es cierto que el propio concepto de "justicia" varía con tiempos, lugares y concepciones políticas, al igual que las ideas de "culpa", "pena" y "resarcimiento".

Médicos y abogados usan lenguajes altamente codificados, conocimientos expertos que, si bien en alguna medida vulgarizados, siguen siendo zonas inaccesibles a la gente común.

Ambos suelen dirigirse al lego en estilos simplificadores que, por lo común, quitan deliberadamente lo que constituye el meollo de su pericia. Son sensibles a las desviaciones y a la dificultad para identificarlos fuera de cada campo específico. El orden jurídico-penal es selectivo respecto a las vías de captación de su clientela(8, 13, 15), habiendo formas diferenciales de definición del delito y el delincuente. No obstante, la interpretación de un comportamiento como criminal y el tipo de reacción ante lo así estipulado genera un cierto orden de cosas que se da por sentado.

La profesión médica, que como cualquier otro sector de la sociedad está obligada a mantenerse dentro del orden que fija la ley, no ha estado exenta de exageraciones en sus atribuciones. La discusión sobre el "modelo médico"(12, 11, 14) quiere subrayar ciertos modos de constitución de la atención médica que bordea las intenciones de un orden jurídico-institucional propio que lo ha convertido, según se vea, en una suerte de *establishment*. Sobre todo en lo que respecta a su autonomía que define lo más preciado de la

### Resumen

En este trabajo se ha intentado avanzar en la índole de la polémica que se mantiene en la actualidad entre dos profesiones –médicos y abogados– en torno a los juicios de mala práctica que supuestamente cometida por unos es juzgada por los otros. Se hace una comparación entre las dos figuras que por excelencia representan las formas de curación científica y no-científica: médicos y shamanes. La posición es que no pueden establecerse líneas de continuidad entre ellos ya que poseen características no comparables, aunque un contrapunto entre ellas pueda echar luz sobre el carácter de la controversia que está planteada.

**Palabras Clave:** - Mala praxis - Psiquiatría legal - Medicina y Justicia - Psiquiatría y Justicia.

### "CRIME AND PUNISHMENT", TWO GARDIANS OF PATIENT'S SUFFERING

#### Summary

This paper attempts to improve the actual discussion between physicians and lawyers about iatrogenic practise. A comparison is made between scientific and non-scientific methods used in the "cure". Although it would be useless to carry out to a final conclusion –medical doctors and shamans can't be compared– the result of this research gives new light to the controversy.

**Key Words:** Iatrogenic practise - Legal Psychiatry - Medicine and Justice - Psychiatry and Justice .

### "CRIME ET CHÂTIMENT" LES DEUX GARDIENS DE LA SOUFFRANCE DU PATIENT

#### Résumé

Dans cet article, l'auteur a essayé d'avancer dans le caractère de la polémique existant aujourd'hui entre deux groupes de professionnels –médecins et avocats– vis-à-vis des procès pour faute professionnelle, responsabilité supposée des uns, qui sont jugés par les autres. L'auteur compare les deux figures qui représentent par excellence les manières de guérir scientifique et non scientifique: les médecins et les shamanes. Elle soutient que'on ne peut pas établir de lignes de continuité entre eux puisqu'ils possèdent des caractéristiques non comparables, même si un contrepoint entre elles peut éclairer le caractère de la controverse posée.

**Mots Clé:** Faute professionnelle - Psychiatrie Légale - Médecine et Justice - Psychiatrie et Justice.



clínica: su capacidad de reclamar para sí el diseño y control de la práctica con fuerza jurídica de impugnación. Ya sea a colegas que no cumplen con los procedimientos establecidos –en este sentido, los juicios son sólo entre pares sin que haya una instancia social independiente– o a otras prácticas (para-médicas, no-médicas)(2, 7) para lo cual dispone y recurre al Código de Procedimiento Penal en la figura de “práctica ilegal”.

Dada esta presentación, quisiera detenerme en dos cuestiones que pueden ser expuestas desde una perspectiva antropológica.

Una es la dificultad para establecer líneas de continuidad en esta pugna jurídico-médica por el paciente en organizaciones sociales distintas a la nuestra; en esta pugna son ante todo factores políticos e institucionales los que ubican al “experto” en esa posición.

La otra cuestión es indagar sobre la índole de esta competencia entre lo médico y lo jurídico por resguardar y vigilar la voz sufriente del enfermo.

## II

Digo que las situaciones de curación no-médicas (populares, religiosas, tradicionales) y médicas no están ubicadas en líneas evolutivas que puedan reconstruirse.

Las conclusiones sobre uno no pueden extenderse al otro aunque, desde ya, intentar un contrapunto entre ellos puede arrojar comprensión sobre la índole de la controversia que estamos planteando.

La idea de “shamán” se refiere, en estos tiempos, a una figura epítomizadora, que resume en ella una gran diversidad de encargados de curar en sociedades que, antes distantes y exóticas, forman ahora parte del mismo orden mundial globalizado. La era post-colonial no permite ya dar por descontado el carácter prístino y fundacional del shamán, como representante de un orden de curación cosmovisional y antitético respecto de otros sistemas de conocimiento.

Aquí parece que incurro en una contradicción. Por un lado, apuesto a la no comparabilidad de médicos y shamanes y, por el otro,

acepto que los sistemas de conocimientos y prácticas no se despliegan aislados unos de los otros. Los dos términos, sin embargo, encierran verdades parciales.

Si bien los shamanes hacen uso de elementos de la medicina alopática (diagnósticos o medicamentosos, y sobre todo, formas de derivación a la medicina oficial cuando se enfrentan con padecimientos que no son de su competencia), también lo es que retienen algunos rasgos específicos, más o menos dibujados, que dependen de quién se trata(1).

La “cura shamánica” tiene ciertas características que están ausentes del “acto médico”.

Veamos. En primer lugar, el shamán se mueve en el dominio de “lo sagrado”. Es un intermediario entre los hombres y el mundo trascendental o el de los antepasados. El uso del trance extático es, sin más, el medio que admite esta comunicación con dioses y antiguos que le permite obtener, para cada caso, el medio curativo apropiado. No hay un cuerpo estandarizado de conocimiento que use según criterios acordados. El sueño –o más propiamente ensueño– es el estado en que también pueden obtener la intermediación con quienes son los originales depositarios de la sabiduría de la cura. Por supuesto, hay una memoria semántica que se va acumulando, experimentando, evaluando a la luz de actuaciones, logros y fracasos, y también transmitiendo. Pero, es casi la regla que la iniciación shamánica sea un acto originario que no puede desdeñarse así nomás porque acarrea peligro, y a veces, la muerte.

Por otra parte, no habiendo un “corpus” codificado de conocimiento que guíe la práctica, se da pie a que el conocimiento médico tenga ante todo una función legitimatoria antes que prescriptiva. Dicho de otra forma, no tiene la fuerza de normatizar las acciones médicas (prescripción); más bien no hay adscripción obligatoria, aún cuando se sea parte de un estilo cultural peculiar. Son tanto el shamán como el grupo social quienes interpretan lo que es típico y atípico (conductas, estados, disposiciones, acciones). La legitimación divina que presenta tan solo un sentido posible entre mu-

chos otros, puede evitar cuestionamientos más profanos, como el representando por una mala práctica. Porque la palabra del shamán no es inapelable; es interpretable.

La cura shamánica es un proceso compartido, aunque las posiciones de todos los participantes –shamán, paciente, familia, amigos, vecinos, ayudantes– sean diferentes.

Tampoco entre ellos hay una idea de colegiatura o de colegas. Su trabajo es solitario y limítrofe. No olvidemos que el poder de aquietar o quitar el “mal” conlleva que ese monto se dirija a ellos mismos. Casi todos padecen de fuertes malestares una vez finalizada la curación. Además, ser shamán o curandero está en el linde con la brujería, la forma política en que se encarnan el prestigio y la potencia. Eso lo dice todo.

La “enfermedad” no tiene una topografía precisa, localizable en un único “self” en tanto su origen es, ante todo, vincular, con otras personas o entidades trascendentes o los antepasados.

La cura shamánica es una red de comunicación interpersonal en un juego cambiante de posiciones. La idea de salud está ligada al resto de las instancias sociales y trascendentales, ya sea como equilibrio o balance del cuerpo o como estado de las relaciones sociales y con los dioses.

La salud no tiene un campo semántico propio, de tal forma que sin límites precisos no pueden adjudicársele procedimientos específicos, exclusivos y normatizados.

Muchos son los códigos penales, incluyendo el argentino, que sumergen a la medicina popular, religiosa, tradicional o tribal en la ilegalidad, considerando que todo lo que no es medicina oficial, alopática, es lo mismo. Es en este exacto sentido en que la medicina oficial ha aportado argumentos científicos –que ostentan de por sí una juridicidad específica– a la justicia penal para configurar una ya vieja alianza. Ella dice que en la medida en que la realidad se vaya nombrando, y al nombrarla constituyéndose, en términos que se apartan de los aceptados por el sistema jurídico-médico dominante, ellos tendrán que deslegitimarse. Términos propios y ajenos no son compatibles y no pueden



caber en un espacio público definido por su efecto de homogeneización e integración.

### III

En el caso de la "mala praxis" se pone en cuestión el pacto jurídico-médico, en la medida que vulnera la autonomía médica. El factor que desde el punto de vista antropológico parece jugar con fuerza es que lo jurídico y lo médico, convertidos aquí en antagonistas, reconstruyen cada uno en sus propios términos la realidad que se juzga. El juego de la deslegitimación de los términos del otro pone en cuestión la correspondencia de sus verdades.

Veamos entonces un posible origen de la controversia.

Procesos de conocimiento y actitudes cognoscitivas específicas y discriminadas se han aglutinado y tomado cuerpo en sistemas diferentes -jurídico y médico en este caso- que pueden hacer y deshacer alianzas entre ellos, bajo determinadas situaciones, condiciones e intereses.

La reconstrucción de la verdad según criterios se caracteriza por conducirla desde un plano epistemológico, donde sin embargo se pretende que permanezca alojada, a otro político. Es en este sentido en que se convierte en un campo de antagonismos. No siempre es el mismo ya que los "opponentes" tienen una capacidad de imposición que cambia según sean las circunstancias, pero por eso mismo ninguno tiene una positividad plena. Es una danza arrítmica de fuerzas y consustancial con la forma que tiene para manifestarse el resto de los sectores sociales.

El antagonismo en torno al cual gira la rueda de la autoridad sobre el paciente, su saber y su sufrimiento, no sólo consiste en pericias y estilos cognoscitivos diferentes o accesos disímiles a una realidad que se supone común. Las incompatibilidades residen en las formas ejercidas por unos y otros para conservar lugares y pertinencias.

Hay dos elementos que merecen comentarse para ir armando el cuadro de las formas de disuasión con que cuenta la profesión médica. La enfermedad ha sido

siempre una entidad profunda, invisible y de perfil inquietante.

El médico antiguo, el anterior al siglo XVIII diagnosticaba aplicando el oído al pecho, oliendo heces y probando el sabor de la orina(6). Se manejaba con intuiciones y experiencias. Los datos brindados por los sentidos son preciosos en tanto le dan las pistas, los indicios para reconstruir la enfermedad y, hasta cierto punto bastante literal, absorberla. La adivinación está ahí nomás.

Sin embargo, ese mismo médico ya actuaba desde la Edad Media dentro de una *tradición corporativa* que ha permanecido hasta ahora.

En Montpellier, en los siglos XIII y XIV, los estudiantes graduados en medicina juraban mantener obediencia a los estatutos de la universidad, no pasar a ninguno los secretos de esa institución y que no tratarían a un enfermo agudo sin la presencia de un padre(3).

En París, en 1271, los estatutos de la Facultad de Medicina establecían que si algún médico, boticario o cirujano cometiese perjurio estaría expuesto a la excomunión(5).

Pero, ahora, esa libertad es condicionada porque debe negociarse con el Estado, quien dicta las reglas y no abdica de la prerrogativa de castigar a los "falsos médicos" o la "mala práctica".

El punto es entenderse sobre lo que estamos hablando o cuáles son los criterios, o quiénes lo imponen cuando se juzga a la mala práctica. Es aquí donde se discrepa.

Ante todo se trata de un conflicto de interpretaciones, pues se ponen en acción sentidos diferentes y se juzga con diferentes criterios de evaluación.

Y aquí viene el segundo elemento que creo pertinente. El *activismo terapéutico*(10) unido a una tecnología cada vez más compleja.

La *interferencia tecnológica* se ha vuelto su revés en las condiciones actuales del trabajo médico por ejemplo en el hospital público argentino. La medicina "*business*" en la que encaja la sofisticación técnica se convierte en una práctica plagada de peligros adicionales cuando no están dadas las condiciones de posibilidad (recursos materiales y humanos, formación

académica y clínico-preventiva).

Sin embargo, la interferencia tecnológica es de mil facetas.

Es una cuña que se empuja entre el médico y el paciente, quienes pueden entablar negociaciones y pactos para minimizarla o, al revés, reforzarla. Pero, al menos la opción y decisión estarán en manos de esta diada indisoluble. Pues todos los límites siempre están ahí, como lugares intersticiales de desplazamiento de sentidos, prácticas y sitios -del médico, del paciente, de la tecnología y de los contextos de evaluación de los resultados.

Hagamos dos reflexiones provisorias:

- El shamán o el médico antiguo deciden, en cada caso, las condiciones de su intervención o aún si vale su esfuerzo y riesgo. Nuestro médico, por el contrario, está compelido a intervenir, muchas veces a instancias del propio paciente o de familiares que están hipersensibilizados respecto del uso compulsivo de la tecnología médica y farmacéutica.

Entretanto no se hace más que alimentar las ilusiones de un avance que se cree siempre posible y de los poderes curativos depositados en el espacio tecnológico. A la par, se contribuye al estilo empresarial, que muchas veces bajo la denominación de "investigación y desarrollo", ha hecho carne en la concepción moderna de la cura. Y que se desmorona, pero se vuelve a hilvanar una y otra vez en la prestación pública actual.

La prescripción desmedida de los exámenes complementarios, o la internación hospitalaria han aumentado y se pueden usar como medios de respaldo y defensa en juicios por mala praxis. Encima, esa utilización de la tecnología ha adquirido una función de prueba, tanto para la defensa como para la acusación.

Y es en este preciso sentido en donde se podría "mostrar" el lugar de residencia del error, hacerlo tangible, observable, medible y, en fin, juzgable. Hacerlo visible, palpable, objeto de disputas en que se dirimen, en el fondo, intereses sectoriales, victimizando al paciente o al médico. En las curas de palabra o adivinatorias, a las que aún la medicina ultrasofisti-



cada no puede esquivar, ¿cómo se construyen elementos de prueba para juzgar, sentenciar y castigar por equivocaciones, descuidos o resultados indeseados?

• Por otro lado, no debemos olvidar que en una práctica médica que rinde su homenaje tecnológico a costa del sacrificio del "paciente-ser humano" -y que, en lo posible, trata de ignorar el conjunto de microprácticas que, desterritorializadas, se juran y conjuran entre médicos y pacientes por encima, por abajo y por detrás de mandatos institucionales y sectoriales (económicos, corporativos y filosóficos)- en ella "el paciente" hace mucho, con mayor o menor

éxito o posibilidades, para desconstituirse como tal\*.

¿Tienen sus intentos por hacer oír su voz algo que ver con el juicio por mala práctica?

¿O, a la corta, termina siendo una engañifa de las tantas en donde lo que menos importa es

\* El concepto de la muerte como producto de la fatalidad cedió paso a la muerte como fracaso de la tecnología de supervivencia. ¿Hay ahora una suerte de retorno, un uso discreto de esa tecnología en el umbral de la muerte? ¿En qué juegan la voz del paciente y en qué las complicaciones que corre el médico al usarla? Otro tanto podría decirse de cuadros clínicos de gran riesgo.

su sufrimiento y los cuidados que le "prodigan" de aquí y de allá, médicos y abogados?

El restablecimiento de la salud (la "curación"), como la enfermedad, es inexpressable. ¿Qué es lo que cura? No seamos tan ingenuos como para creer en una linealidad causal entre intervención terapéutica y la vuelta a la vida cotidiana.

¿Cómo juzgar entonces la "mala praxis"?

El error, la omisión, la incommensurabilidad de la muerte y el mundo virtual que la computarización ha creado -la gloria tecnológica- son parte del mismo juego ■

#### Referencias bibliográficas

1. Arrúe, W. y B. Kalinsky, *De la médica y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén*. Centro Editor de América Latina, Colección Universitarias, Buenos Aires, 1991.
2. Belmartino, S., C. Bloch, A. Persello y M. I. Carnino, *Corporación médica y poder en salud, Argentina 1920-1945*, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1988.
3. Bullough, V. L., The Development of the Medical University at Montpellier to the End of the Fourteenth Century. *Bulletin of the History of Medicine* 30, 1956
4. Coña, P., *Memorias de un cacique mapuche*. Santiago de Chile, ICIRA, 1973 (1930).
5. Fabre, R. y Dilleman, G., *Histoire de la Pharmacie*, Paris, 1971.
6. Ginzburg, C., *Mitos, Emblemas, Indicios. Morfología e Historia*. Barcelona, Gedisa, 1989.
7. Herzlich, C., La 'profession de médecine'. *Prospective et Santé* N° 34, 1985.
8. Irurzun, Navarro, David y otros, *Sociología Criminal*. Pensamiento Jurídico Editora, Buenos Aires, 1987.
9. Johansson, S. R., The health transition: the cultural inflation of morbidity during the decline of mortality. *Health Transition Review* 1, 1991.
10. Johnson, T., Anthropology and the World of Physicians. *Anthropology Newsletter* 32, 1991.
11. Marx, J. H., P. Rieker, D. L. Ellison, The sociology of community mental health: historical and methodological perspectives. En: Roman, P. & H. M. Trice (eds.), *Sociological Perspectives on Community Mental Health*, F. A. Dauts Company, Philadelphia, 1974.
12. Menéndez, E., Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y atención (gestión) de la salud. México, *Cuadernos de la Casa Chata*, N° 85, 1985.
13. Neuman, E., Cárcel, estereotipo y readaptación social. En: M. Laferriere y H. Leis (comp.) *Cárcel y Democracia: un debate necesario*. Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina, Buenos Aires, 1990.
14. Weinberger, A. S., Profil de la prévention primaire. *Santé Mentale aux Canada*, 28, 1980.
15. Zaffaroni, R. E., *En busca de las Penas perdidas. Deslegitimación y dogmática jurídica penal*. EDIAR, Buenos Aires, 1989.

## PAIDOS

### 50º Aniversario

**Lynn Segal**

SOÑAR LA REALIDAD

**W. Roberts Beaver y**

**Robert B. Hampson**

FAMILIAS EXITOSAS

**Arturo Bados López**

AGORAFOBIA

I. Naturaleza, etiología y evaluación  
II. Tratamientos psicológicos y farmacológicos

**Arnold M. Washton**

LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA

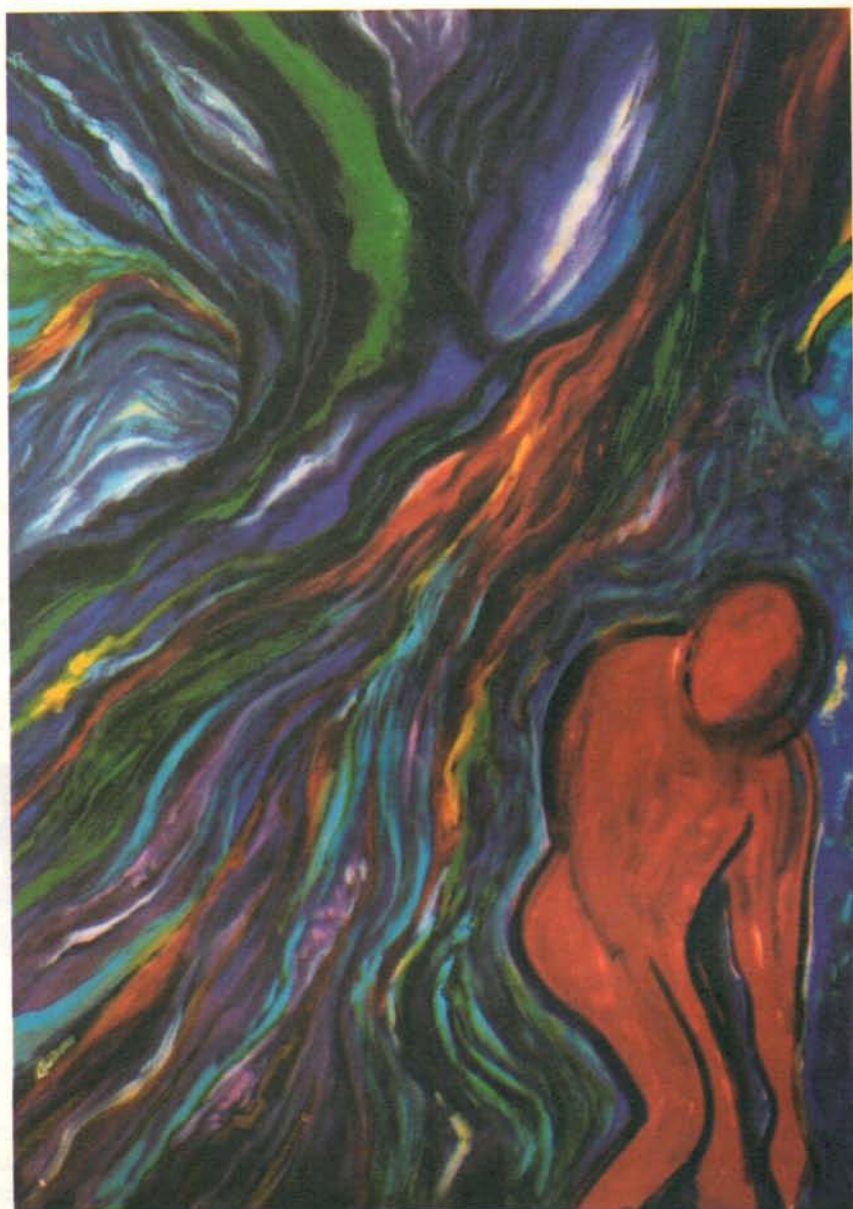
**Miguel Pérez Pereira y Josefa Castro**

EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS NIÑOS CIEGOS EN LA PRIMERA INFANCIA

**Aaron T. Beck, Arthur Freeman y o.**

TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD





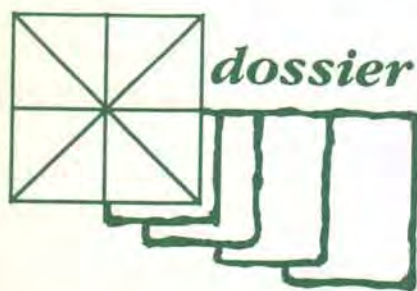
*Alicia Beatriz Osorio*

*La huida*

*Acrílico*

*0,50 x 0,70*





## Sueño/s

*En el principio, la Palabra dio origen al Padre.*

*Un fantasma, nada más existía en el principio; el Padre tocó una ilusión, asíó algo misterioso.*

*Nada existía. Por medio de un sueño nuestro Padre Nai-mu-ena (el que es o tiene un sueño) guardó el espejismo de su cuerpo, reflexionó durante largo tiempo y meditó profundamente.*

*Nada existía, ni siquiera una estaca para sujetar la visión: nuestro Padre amarró la ilusión al hilo de un sueño y la mantuvo con ayuda de su aliento. Se sumergió hasta llegar al fondo de la apariencia, pero no había nada. Nada existía.*

*El Padre investigó de nuevo el fondo del misterio. Ató la ilusión vacía al hilo del sueño y derramó la sustancia mágica sobre ella. Después, con la ayuda de su sueño, la sostuvo como si fuera un copo de algodón.*

*Luego agarró el fondo del espejismo y lo pisó repetidas veces, y finalmente se sentó sobre su tierra soñada.*

### **Mito de la creación del mundo por medio de un sueño de los indios uitotos de Colombia.**

El desarrollo de la investigación científica del dormir y del soñar ha alcanzado una inusitada amplitud en los últimos años. Innumerables especialistas siguiendo la traza de Magoun, Aserinsky, Kleitman y Jouvét han hecho apuntes sustanciales al tema que sin embargo se mantiene como un secreto inexpugnable en muchos de sus aspectos esenciales.

La concepción de los sueños y del dormir del paradigma freudiano queda interpelada por ciertos resultados experimentales que por un lado la refuerzan y por otro la cuestionan.

Las consecuencias clínicas y terapéuticas de las investigaciones médicas y neurofisiológicas han repercutido en la neurología y en la psiquiatría generando propuestas nosográficas y terapéuticas que no es posible ignorar.

En tal sentido es que hemos organizado este *Dossier* apelando en primer lugar a las contribuciones de Mirta Ana Averbuch, pionera en esta problemática, en nuestro país, Jefa de la Unidad de Alteraciones del Sueño del Hospital Italiano de Buenos Aires, quien introduce y desarrolla el tema con sendos artículos; Gabriela Jufe aporta una muy documentada revisión sobre el Tratamiento del Insomnio que se completa con una necesaria puntuación de los problemas planteados por esa disfunción en pacientes de edad avanzada, presentada por Daniel Matusevich.

La entrevista que Dominique Wintrebert y Patrick Eche realizaron al Prof. Jouvét acerca a las páginas de *Vertex* la reflexión más reciente de este gran investigador. En la Sección *El Rescate y la Memoria* consideramos oportuno traer algunos fragmentos sobre el tema escritos en su momento por Henri Ey. La psiquiatría en tanto especialidad no se ocupó mayormente del tema en las últimas décadas desde un punto de vista teórico y es por ello que juzgamos importante incluir esos pasajes de H. Ey que marcaron un hito en la especialidad.



## El sueño normal



**D**urante siglos el sueño ha despertado interés entre poetas, filósofos, pintores, médicos... ha sido la musa inspiradora de artistas y el gran interrogante de la ciencia.

Pasamos un tercio de nuestra vida durmiendo y aún no conocemos en profundidad para qué dormimos ni porqué. Sin embargo alrededor del 25% de la población padece, en forma frecuente o esporádica, de trastornos relacionados con el sueño que influyen directamente sobre la supervivencia y condicionan la calidad de vida.

El sueño no es una situación pasiva en donde "no pasa nada", por el contrario es un "estado activo" donde se producen cambios hormonales, metabólicos, de temperatura, bioquímicos, en la actividad mental, etc., fundamentales para lograr un equilibrio psicofísi-

co adecuado y un correcto funcionamiento durante el día. De ello podemos deducir lo torturante que puede llegar a ser para un individuo el hecho de "dormir poco", "dormir mal" o "dormir demasiado".

En los últimos decenios se ha producido un gran desarrollo en el conocimiento de aspectos básicos y clínicos sobre el sueño, que si bien aún no son suficientes encienden una luz en medio de la oscuridad de la noche.

Una muestra de este crecimiento lo podemos apreciar en la creación de más de 200 centros de investigación y tratamiento de los trastornos del sueño en todo el mundo, en la organización de numerosas asociaciones profesionales (*Association of Professional Sleep Societies, American Sleep Disorders Association, American, European, Latin American and Japanese Sleep*

*Research Societies, Sleep Research Society*) y en la aparición de revistas dedicadas exclusivamente al sueño (*Sleep, Sleep Research, etc.*). En nuestro país contamos con centros especializados en trastornos del sueño desde hace varios años.

El conocer los aspectos normales del sueño así como sus patologías contribuirá a que éste deje de ser un misterio y podamos ayudar a nuestros pacientes de una manera más efectiva, con lo cual estaremos contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

El sueño tal como lo conocemos en el humano es monopolio de los vertebrados y casi con seguridad podríamos afirmar que todos los mamíferos duermen.

Entre los animales se describen distintos tipos de sueño: profundo, paradójico, de invierno (hibernación). Hay dormidores soli-



tarios y otros que duermen acompañados. Unos duermen en casa y otros en cualquier lugar(8).

La falta de movimiento no es condición necesaria para determinar el estado de sueño, ya que existen cetáceos que nadan mientras duermen. Es conocido que el delfín y algunas focas tienen lo que se denomina sueño uni-hemisférico; una parte de su cerebro duerme mientras la otra permanece en vigilia. Esto les garantiza la continuidad de la respiración mientras duermen(12).

Entre los mamíferos terrestres la postura de dormir es el decúbito lateral y el decúbito prono, con los ojos cerrados, pero existen variaciones sorprendentes como el elefante y el caballo, que duermen de pie, o el ganado vacuno que lo hace con los ojos abiertos.

La elección del sitio para dormir es específica de cada especie y varía de acuerdo al modo de vida (es diferente el comportamiento de un animal en cautiverio que aquel que vive en su elemento natural). Algunos duermen en cuevas o árboles que les brindan seguridad, otros lo hacen a campo abierto y algunos bajo el agua.

Los rituales antes del inicio del sueño también son característicos de algunas especies; son bien conocidos los movimientos circulares que realiza el perro alrededor de un punto específico antes de acostarse, y no tan conocida la construcción de un lecho cada noche, que realizan los grandes simios.

Algunas especies duermen en un solo período, mientras que otras tienen el sueño fragmentado en varios períodos que distribuyen entre el día y la noche(12).

No todos los mamíferos dedican la misma cantidad de tiempo al sueño, y esto varía con las especies. (Tabla 1)

Los humanos presentamos características homologables a las descritas anteriormente: tenemos un lugar especial para dormir en nuestra casa, practicamos rituales antes de dormir. Esta similitud nos estaría indicando que muchos de los elementos vinculados con el sueño serían adquisiciones evolutivas.

No sabemos con exactitud cuál

es la función del sueño en el desarrollo humano y en su homeostasis, pero no hay duda de que la calidad de nuestro sueño influirá directamente sobre la calidad de nuestra vida(5).

Lo cierto es que si intentamos suprimir el sueño en forma continuada, irán apareciendo alteraciones en nuestro organismo (ansiedad, irritabilidad, pérdida de memoria, disminución de reflejos, depresión y reacciones emocionales anómalas) que nos llevarán irremediablemente a la muerte.

Desconocemos la cantidad exacta de horas que necesitamos dormir, los límites suelen estar entre 5 y 10 horas, aunque la mayoría suele dormir un promedio de 7-8 horas. Las necesidades de sueño son individuales, y un análisis del estado de vigilia nos indicará si esas horas han sido suficientes.

La edad, los factores genéticos, ambientales y culturales influyen directamente sobre estas necesidades. Edison solía dormir 5 horas promedio, mientras Einstein necesitaba hacerlo 10 horas al día. Las necesidades de sueño varían según el grupo etario (Tabla 2).

#### Evolución del sueño

El desarrollo del sueño normal es un proceso dinámico que se va modificando (en su relación sueño REM/NREM) desde el feto al anciano

En el recién nacido el 50% del sueño está constituido por sueño REM, se duermen en REM; alrededor del cuarto mes de vida el ciclo de sueño comienza a mostrar un patrón similar al del adulto y la latencia del REM se hace cada vez más prolongada.

**Tabla 1**  
*TTS distribuido en 24 horas*

Marsupiales	18 hs.
Delfín	10 hs.
Elefante	4 hs.
Murciélago	19 hs.
Perro	10 hs.
Vaca	4 hs.
Macaco	10 hs.
León	13 hs.
Cabra	5 hs.
Conejo	8 hs.
Jirafa	2 hs.

La proporción de sueño REM va disminuyendo hasta que entre los 3 y 5 años ocupa sólo el 20% del dormir, esta proporción permanece inalterable durante toda la vida adulta.

El sueño lento profundo (etapas 3-4) disminuye paulatinamente a partir de los 20 años y usualmente no se observa a partir de los 60 años de edad(7). (Fig. 1).

Esta disminución del sueño lento difiere según el sexo: en los hombres mayores de 60 años disminuye considerablemente pero en las mujeres se mantiene hasta edades más avanzadas.

El sueño REM en cambio se mantiene constante aún en los ancianos. Este está relacionado con la función intelectual, observándose una declinación muy marcada en los pacientes con demencia(10).

Durante el sueño REM hay una intensa actividad autonómica como irregularidades en la frecuencia cardíaca y respiratoria, con aumento de la presión arterial sistólica.

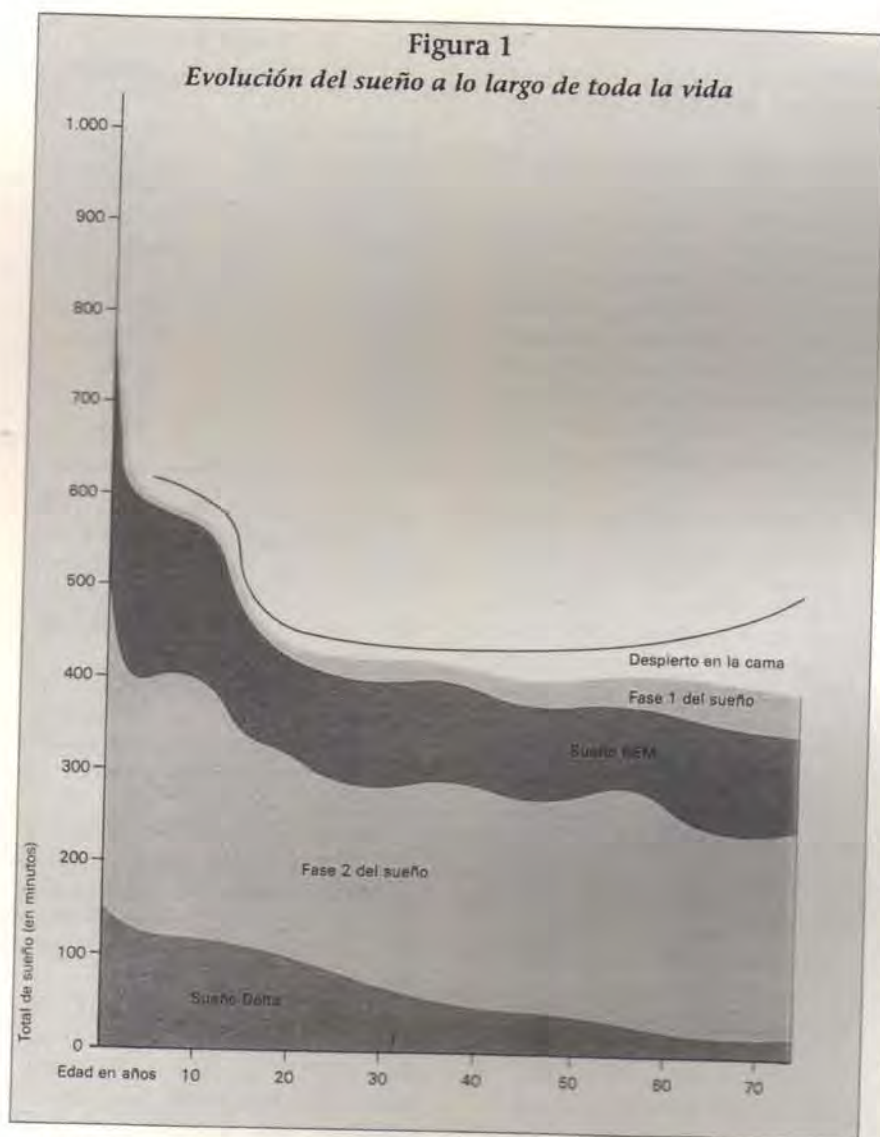
Por el contrario durante el sueño NREM, las frecuencias cardíaca y respiratoria se hacen más regulares y lentas, al igual que la presión arterial.

**Tabla 2**  
*Distribución de las horas del sueño durante el día según la edad*

Edad	Horas de sueño	Patrón de sueño
Recién nacido	18	Polifásico (3-4 horas)
Niños	11	Monofásico (24 horas)
Adolescentes	9	Monofásico
Adultos	7,6	Monofásico
Ancianos	6	Polifásico (22 horas)



**Figura 1**  
*Evolución del sueño a lo largo de toda la vida*



El flujo sanguíneo cerebral es mayor durante el sueño REM, en éste también hay aumento de la temperatura cerebral y del consumo de oxígeno.

Diversos estudios han demostrado que los mamíferos tienen muy poca capacidad de termorregulación durante el sueño REM(9).

Una característica fisiológica del sueño REM en los hombres, es la presencia de erecciones peneanas durante períodos de sueño REM sostenidos. La ausencia de tumescencia (erección) peneana durante esta fase del sueño hace el diagnóstico de impotencia debida a causa orgánica(6).

El sueño (en especial el sueño REM) es especialmente importante para el desarrollo cerebral del feto y del niño en crecimiento. Investigaciones han demostrado que el período REM es también importante para el aprendizaje; si

se suprime farmacológicamente el REM, el resultado será un déficit en el aprendizaje

Estudios realizados en estudiantes en época de exámenes finales demostraron un aumento en el número de períodos REM y en la densidad REM(4). También se observa aumento durante el aprendizaje de un segundo idioma.

Otros investigadores sugieren que el sueño REM cumpliría una función de "limpieza", evitando que el almacenamiento de la memoria se sature(2).

La mayoría de los pacientes con lesiones cerebrales posteriores, frecuentemente pierden la capacidad de recordar el contenido de los sueños.

#### Aspectos electrofisiológicos del sueño

50 años atrás se creía que el

sueño era un estado pasivo, simple y uniforme. Estas ideas cambiaron a partir de 1935 en que se describen patrones EEG de sueño con características distintas a la de la vigilia.

En 1953 comenzó una nueva era en la investigación del sueño, cuando Aserinsky y Kleitman(1) identificaron un estado durante el sueño en el que variaba el patrón EEG, haciéndose de bajo voltaje y actividad rápida, que coincidía con ráfagas de movimientos rápidos conjugados de los ojos, al que se denominó sueño REM (*Rapid Eye Movements*). Años más tarde Dement y Kleitman, relacionaron estos períodos REM con los sueños(3).

Los períodos REM alternan cíclicamente con los estadios 1, 2, 3 y 4, que denominamos genéricamente sueño No Rem(NREM).

Fue a partir de entonces que se abolió por completo la idea clásica de que el sueño era un estado pasivo y unitario. Hoy decimos que el sueño es un "proceso activo", en el cual se distinguen dos tipos de sueño completamente diferentes NREM-REM, que se interrelacionan.

#### ¿Cómo estudiamos el sueño?

Actualmente se estudia e investiga en los centros especializados en sueño.

El *staff* está formado en general por un médico somnólogo (especialista en sueño), técnicos en laboratorio de sueño (polisomnografistas) y especialistas en otorrinolaringología, neurólogos, cardiólogos, psicólogos, psiquiatras, clínicos, entre otros que son consultados de acuerdo a la patología.

Cuando el paciente concurre a nuestro centro es interrogado minuciosamente para orientarnos acerca de la patología de base.

Si sospechamos apneas del sueño, movimiento periódico de piernas, narcolepsia, insomnio (depresión psicofísica, etc.), epilepsia o alguna parasomnia (sonambulismo, terrores nocturnos, etc.) que perturbe su sueño, realizamos una polisomnografía en el laboratorio de sueño.



## ¿Qué es un registro polisomnográfico?

Es el registro de una noche completa de sueño, este registro sigue un protocolo standard. Al llegar el paciente al laboratorio por la noche, completa un cuestionario presueño que consta de varias preguntas sobre cómo se encontró durante el día, si tiene sueño, si ha ingerido alcohol, café, u otros medicamentos si durmió siesta durante el día, etc.

Luego de esto el técnico le coloca una serie de electrodos y sensores, este es un método de estudio incruento e indoloro.

Para poder determinar las etapas del sueño se deben utilizar como mínimo ocho canales según la técnica de Rechtschaffen y Kales(11).

1. *Electroencefalografía (EEG)*: por lo menos dos electrodos cefálicos (C3 y C4).

2. *Electrooculograma (EOG)*: dos canales, para ver movimientos oculares en REM.

3. *Electromiograma mentoniano (EMG)*: dos canales, para ver el descenso del tono muscular (inhibido en REM).

4. *Electrodos de referencia*: Sensores electrodos en el lóbulo de ambas orejas.

Si deseamos hacer una valoración clínica de las patologías del sueño, debemos agregar otros sensores:

5. *Flujo aéreo buco-nasal*: Se coloca 1 termistor que determinará el flujo de aire.

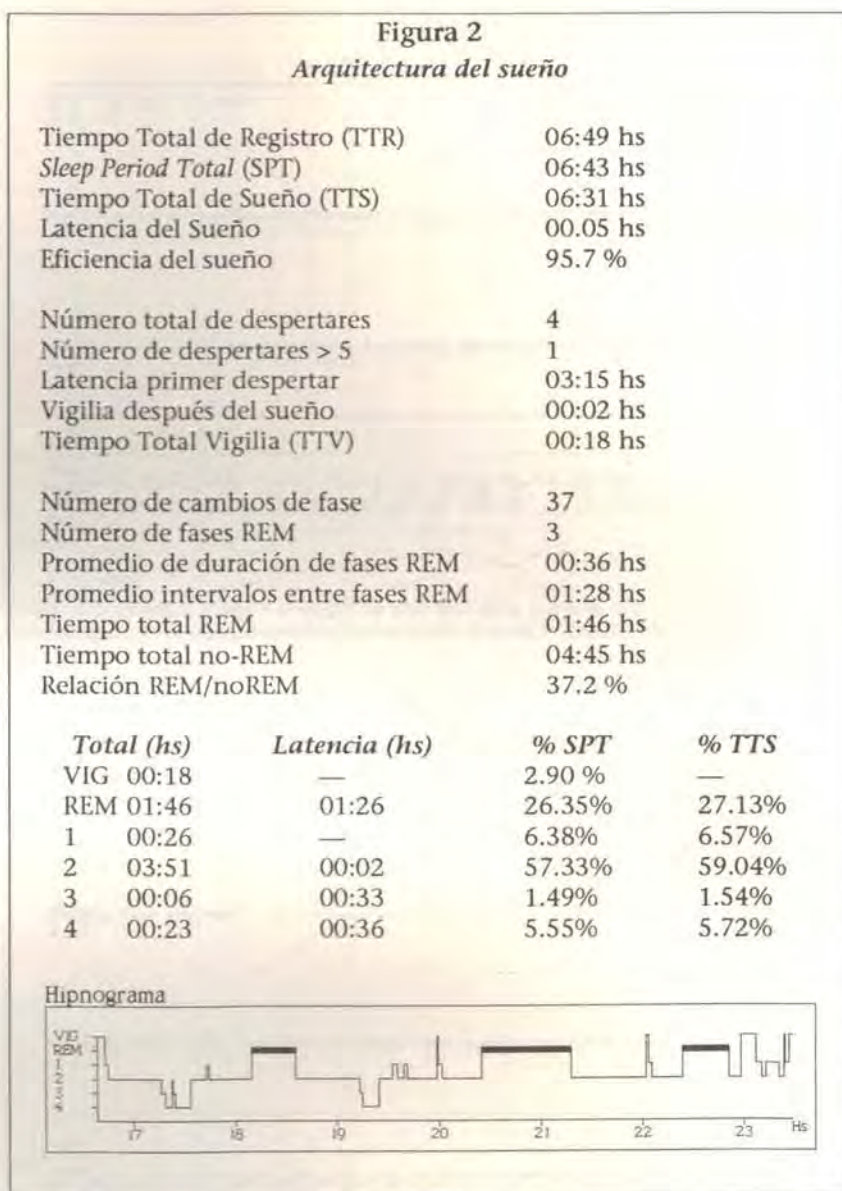
6. *Esfuerzo respiratorio*: Cinturón tóraco-abdominal que detecta el esfuerzo respiratorio.

Los puntos 5 y 6 son imprescindibles para detectar los trastornos respiratorios vinculados con el sueño (Apneas del sueño).

7. *Electrocardiograma (ECG)*: dos electrodos subclaviculares para detectar arritmias cardíacas durante el sueño.

8. *EMG en extremidades*: electrodos sobre ambos tibiales anteriores derecho e izquierdo, para determinar movimiento periódico de piernas, distonías, etc.

9. *Sensor de posición*: saber la posición en que está durmiendo el paciente es de suma importancia, ya que algunas patologías como las Apneas del sueño, pueden empeorar en decúbito dorsal.



10. *Micrófono*: Se coloca en el cuello para registrar ronquidos, somniloquias, etc.

11. *Oximetría digital*: Se utilizan sensores en el dedo o en el pie o lóbulo de la oreja en recién nacidos. Esto nos informará sobre desaturaciones de oxígeno nocturnas asociadas o no a Apneas.

El paciente es monitoreado en una habitación confortable, mientras en un lugar contiguo, el técnico toma el registro (polisomnograma) durante toda la noche.

¿Qué se hace con toda la información?

Cada página (aproximadamente 1500/2000 páginas) es clasificada por etapas y con ello se obtienen los distintos parámetros (Fig. 2), que nos permitirán comprender y obtener conclusiones sobre el dormir del paciente y su posible patología.

## Fases del sueño

Podemos identificar dos tipos de sueño: sueño sin movimiento rápido de los ojos (NREM), también llamado tranquilo, ortodoxo, de ondas lentas, etc., y sueño con movimiento rápido de los ojos (REM), o paradójico, activo, rápido, etc.

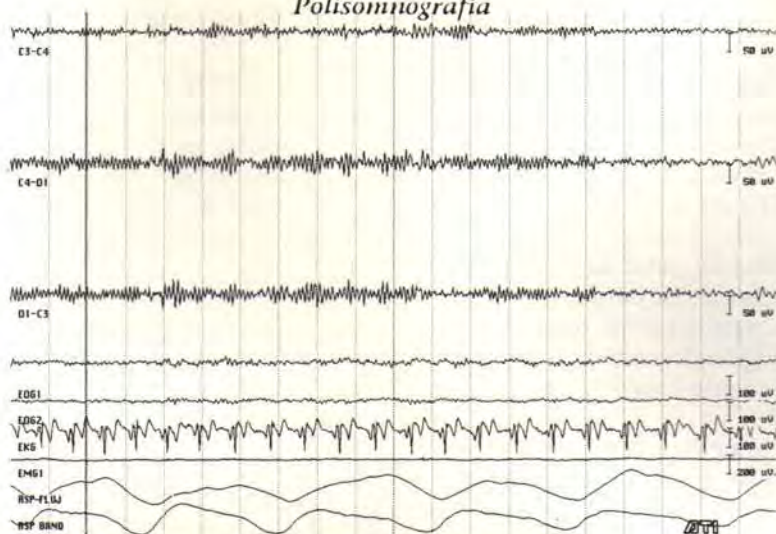
En los humanos el sueño NREM se divide en tres estadios que en grados de profundidad son: Etapa 1, Etapa 2 y Etapa 3-4 o sueño Delta. Rechtschaffen y Kales(11) las tipifican de la siguiente forma:

### Etapa 1 (somnolencia)

Es una fase de transición entre la vigilia y el sueño propiamente dicho (etapa 2), equivale al 5%



**Figura 3**  
**Polisomnografía**

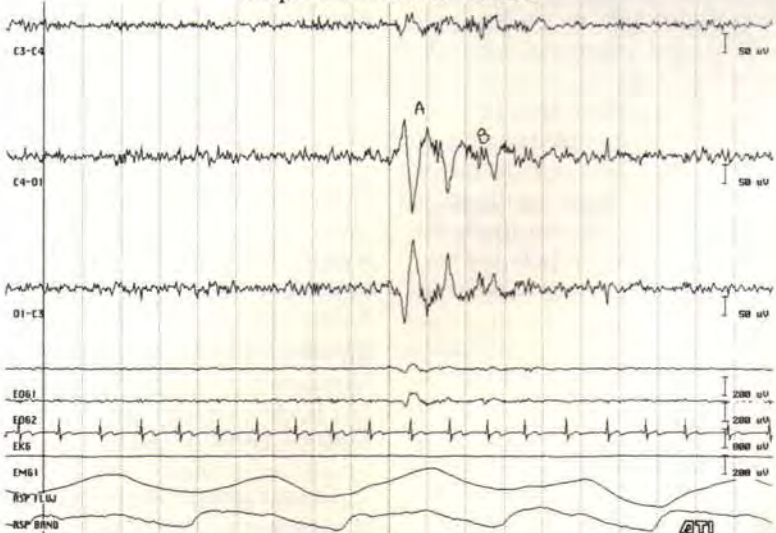


Canales 1, 2 y 3: EEG que muestra actividad Alfa de Vigilia o Etapa 0, Canales 4, 5: EOG; Canal 6: ECG; Canal 7: EMG, Canal 8: flujo aéreo buco-nasal; Canal 9: respiración torácico-abdominal.

**Figura 4**  
**Etapa 1 del sueño NREM (Somnolencia)**



**Figura 5**  
**Etapa 2 del sueño NREM**



A: Complejos K; B: Husos del sueño

del sueño. En el EEG desaparece el ritmo Alfa de la vigilia (Fig. 3), la actividad de base baja la amplitud y se observan frecuencias de 3 a 7 hercios (Hz), pueden aparecer ondas agudas del vertex, de gran amplitud, con localización en área Rolándica. (Fig. 4)

El EOG muestra movimientos oculares lentos, ondulados y el EMG del mentón disminuye de amplitud con respecto a la vigilia (etapa 0).

En esta etapa de transición, el poder de reacción a estímulos exteriores está disminuido, los procesos mentales cambian, se hacen confusos, a pesar de lo cual mucha gente tiene la sensación de estar despierta. También aparecen sacudidas mioclónicas fisiológicas, que nos dan la sensación de caída al vacío.

#### Etapa 2 (sueño superficial)

Después de unos minutos (1/2 a 7 minutos) en la fase anterior, que denominamos latencia del sueño, entramos a la etapa 2, la cual ocupa entre el 45 y 55% del tiempo total de sueño. Las ondas cerebrales son más lentas y de mayor amplitud (actividad Theta) en el EEG, reconociéndose dos elementos típicos que la caracterizan (Fig. 5): Husos del sueño y complejo K.

#### Husos del sueño (spindles o actividad sigma)

Ritmos sinusoidales de 12 a 14 Hz, que crecen y decrecen en amplitud tomando la forma de huso, de 1/2 a 1,5 seg. de duración, de mayor voltaje en áreas centrales cerebrales.

Pueden persistir en etapas 3 y 4 del NREM pero desaparecen durante el sueño REM. Aparecen hacia el tercer mes de edad, y en personas de edad avanzada suelen perder su morfología clásica.

#### Complejos K

Formados por una onda aguda negativa, seguido por una onda positiva lenta. La duración del complejo suele ser de 0,5 seg. y puede ir seguido de un huso del



sueño. A veces pueden persistir en los estadios 3 y 4 pero en menor cantidad.

Es una respuesta evocada de estímulos internos, aunque también puede evocarse mediante estímulos externos, principalmente auditivos.

En esta etapa no hay movimientos oculares y la actividad electromiográfica está disminuida.

#### Etapa 3-4 (Sueño delta)

Se caracteriza por presentar actividad EEG Delta (0.5 a 2.5 Hz), y una amplitud elevada (75 microvoltios, de punta a punta), debiendo ocupar dichas ondas más del 20% de la época o página del registro. La diferencia entre etapas 3-4 está dada por el porcentaje de época ocupada por dichas ondas (Fig. 6).

Esta etapa constituye el 10-20% del tiempo total del sueño. A esta altura son necesarios estímulos táctiles o acústicos muy intensos para despertarnos.

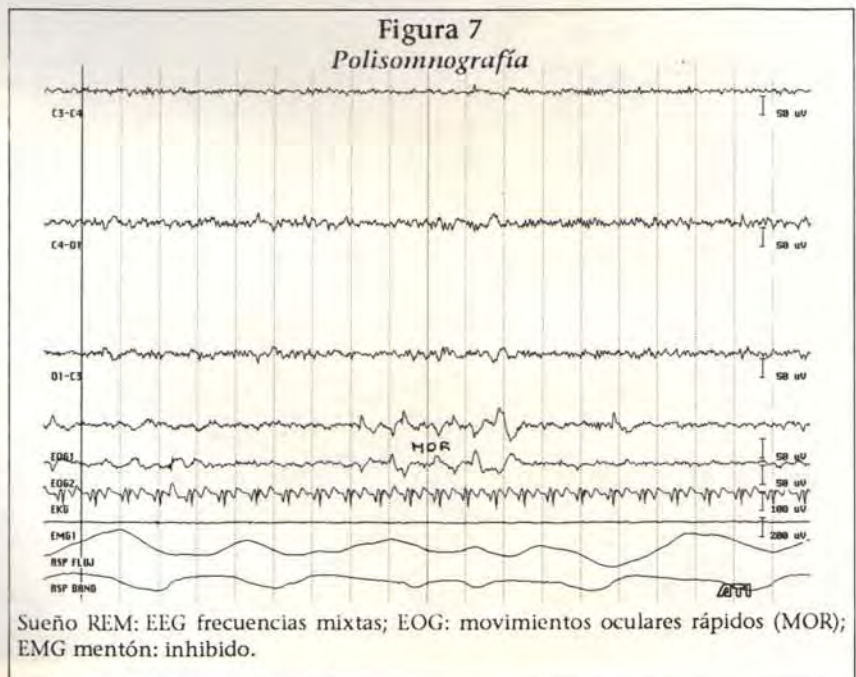
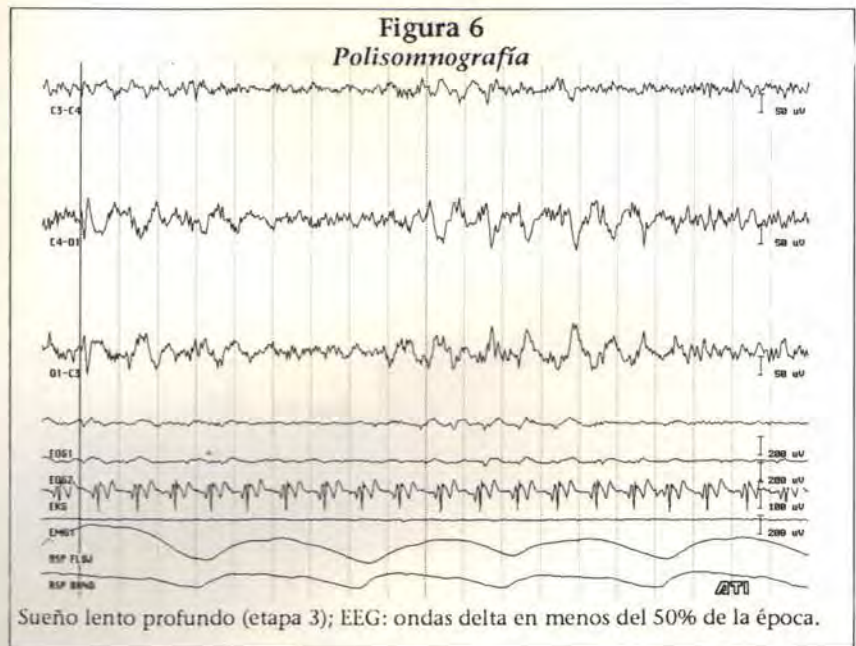
#### Sueño REM (sueño paradójico)

El patrón EEG de este período se parece al de la etapa 1 del sueño NREM, excepto por la presencia de ondas en diente de sierra, y la aparición de los movimientos oculares rápidos, que le dan su nombre a esta fase. El EMG está inhibido por la atonía generalizada (Fig. 7).

La parálisis que ocurre durante esta fase actuaría como protección, impidiendo la actuación de nuestros sueños. Sin embargo esta atonía no es generalizada ya que conservan el tono los músculos de la motilidad ocular, y también pueden observarse sacudidas clónicas de las extremidades, que son fisiológicas. Ocupa entre el 20 y 25% del tiempo total de sueño.

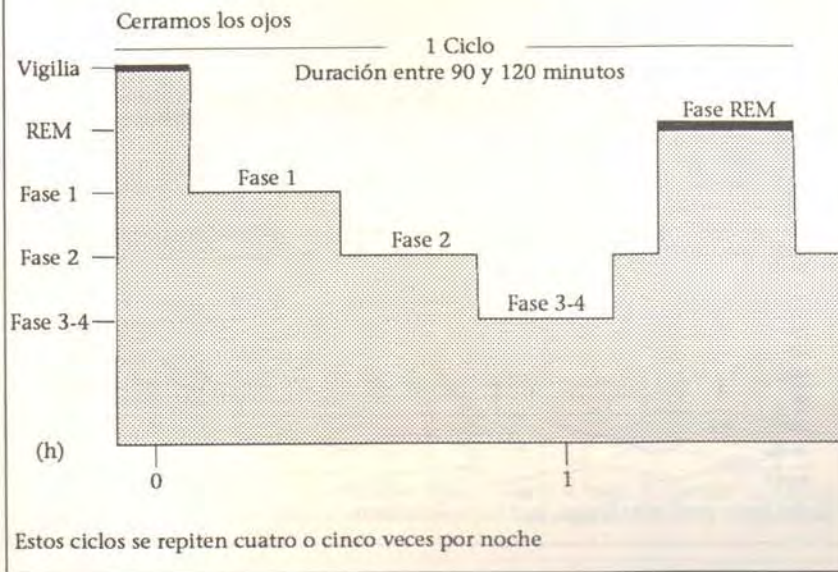
La aparición del primer sueño REM nos dará la latencia REM (acortado en narcolépticos, depresiones endógenas, etc.).

En el 80% de los casos en que nos despertamos en esta etapa, recordamos nuestros sueños.





**Figura 8**  
*Representación de un ciclo de sueño*



**Ciclos de sueño**

El conjunto de estas cuatro fases (1, 2, 3, 4 y REM) se denomi-

na ciclo y suele tener una duración total de 90-100 minutos (Fig. 8). Estos ciclos se repiten en 4-5 ocasiones durante toda la noche.

El sueño NREM en un adulto normal ocupa entre el 75-80% del tiempo total de sueño y el REM entre el 20 y 25% (Tabla 3)

Durante la primera mitad de la noche predomina el sueño lento profundo (etapas 3-4), mientras que en la segunda mitad predominan las etapas 2 y REM el cual presenta distinta duración a lo largo de la noche (Tabla 4).

Es normal que el sueño esté interrumpido frecuentemente en el transcurso de la noche, por movi-

**Tabla 4**  
*Duración de los períodos REM a lo largo de la noche*

1er REM	5 minutos
2do REM	20 minutos
3er REM	30 minutos
4to REM	40 minutos
5to REM	10 minutos





mientos del cuerpo y pequeños despertares, en número de 6-8, que después no pueden ser recordados. Estos microdespertares son de muy breve duración en el niño y el adulto (30 seg.) y algo mayores (2 a 5 minutos) y más frecuentes en el anciano. (Fig. 9)

*A modo de resumen recordamos las características del sueño normal:*

1. Nos dormimos siempre en una fase 1. No podemos entrar directamente a una fase REM pues ello implicaría una enfermedad del sueño (Ej. Narcolepsia).

2. Las etapas 1, 2, 3-4, y REM configuran un ciclo de sueño, que se repite periódicamente cada 90-100 minutos.

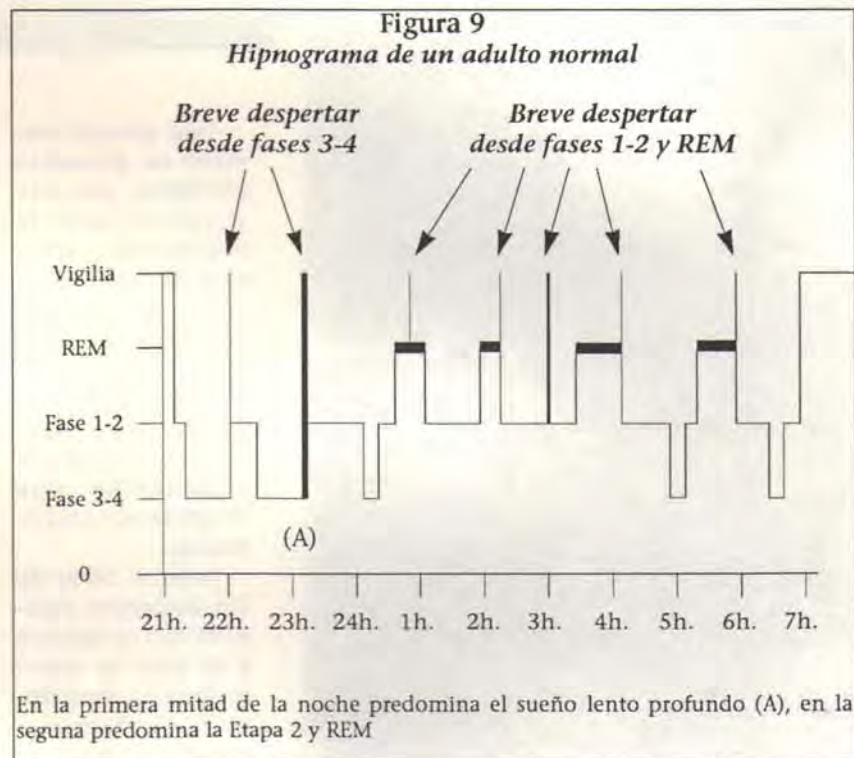
3. El sueño más profundo ocurre en la primera mitad de la noche, por lo tanto los trastornos del sueño ligados a éste como algunas parasomnias (Ej.: sonambulismo, terrores nocturnos, etc.) se manifestarán durante las primeras horas de la noche.

4. Las fases REM predominan hacia el final de la noche, los trastornos del sueño ligados a éste se manifestarán en este período (Ej.: pesadillas).

5. Las necesidades de horas de sueño varían con la edad. El paso del tiempo afecta no sólo la cantidad sino la calidad del sueño ■

Mirta Ana Averbuch

75-80%	NREM	Etapas 1 Etapas 2 Etapas 3-4	2 al 5% 45 al 50% 18 al 25%
5%	Despierto	Despierto	5%
20-25%	REM	REM	20 al 25%



#### Referencias bibliográficas

1. Aserinsky E., Kleitman N., *Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep*, Science 1953, 118:273-274.
2. Crick F., Mitchison G., *The function of dream sleep*, Nature, 1983, 304:111-114.
3. Dement W., Kleitman N: *Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility, and dreaming*. Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol., 1957, 9:673-690.
4. Dekoninck J., Lorrain D., *Intensive Language learning and REM sleep: More evidence of a performance factor*, Sleep Res., 1987, 16:201.
5. Erman M. *Insomnia In Sleep Disorders*. Erman (ed) Psychiatric Clinics of North Am., 1987 vol. 10(4).
6. Karacan I., *Evaluation of nocturnal penile tumescence and impotence*. Guilleminault C., (ed.), In sleeping and waking disorders: indications and techniques. Menlo Park C. A., Addison Wesley Publ. Co., 1982:343-371.
7. Kryger M. H., Roth T., Dement W (eds). *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia. W. B. Saunders 1989.
8. Parkes J. D., *Sleep and its Disorders*. Vol 14 in the series Mayor Problems in Neurology, Saunders, Great Britain, 1985.
9. Permelegiani P. I., *Temperature regulation during sleep: A study in homeostasis*. In Oren J., Barnes C. D., (eds.) Physiology sleep, New York, Academic Press 1980, 98-143.
10. Prinz P. N., Peskin E. R y col., *Changes in the sleep and waking EEGs of nondemented and demented elderly subjects*. J. Am. Geriatr. Soc., 1982, 30 (2):86-93.
11. Rechtschaffen A., Kales A. (eds.), *A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects*. Los Angeles, Brain Information Service, Brain Research Institute, UCLA, 1968.
12. Zepelin H., *Mammalian Sleep*, In: Kryger M. H., Roth T., Dement W. eds. *Principle and Practice of Sleep Medicine*, Philadelphia, W. B. Saunders, 1987, Vol 10. Nro 4.



# El insomnio

Mirta Ana Averbuch

Neuróloga, Jefa Unidad de Alteraciones del Sueño.  
Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Bs. As.  
Jefa Centro del Sueño. TCba Diagnóstico y Tratamiento  
Camargo 1118 4to "A". C. P.: 1414. Bs. As.,  
Tel./Fax: 865-4591/93/95



**¿2** ¿Qué es el Insomnio? Insomnio significa literalmente "ausencia de sueño", pero en la práctica se utiliza este término para referirnos a la dificultad para iniciar o mantener el sueño.

El insomnio es el trastorno del sueño más comúnmente referido por la población general (1/3 de la población mundial). Estudios realizados en EE. UU. y Europa citan una prevalencia del 21%(15) al 30%(9).

Este elevado número de personas afectadas, nos está alertando sobre la importancia y seriedad de esta afección, con consecuencias de alto impacto a nivel social, laboral y económico para quienes lo padecen, así como también para su grupo de convivencia.

Solo el 50% de los insomnes consulta con su médico y de ellos la mitad recibe una prescripción de hipnóticos(4). (Fig. 1)

Tanto las investigaciones científicas como la experiencia han demostrado que el sueño es absolutamente necesario para el ser humano, pero aún no podemos explicar

con certeza porqué.

A algunas personas que creen no dormir nunca, en realidad les ocurre que entran en "microsueños" y aunque tienen la sensación subjetiva de "no dormir" estos pequeños períodos de descanso son suficientes para no morir.

El sueño es un estado activo con cambios hormonales, bioquímicos, metabólicos, de temperatura, etc., que son absolutamente imprescindibles para el correcto funcionamiento del ser humano durante el día y de enorme tras-

cendencia para el equilibrio psicofísico de los individuos.

Podemos hacer una valoración de la existencia o no de falta de sueño guiándonos por los signos externos existentes al día siguiente.

La falta crónica de sueño provoca: aumento de la ansiedad, irritabilidad, disminución de la capacidad intelectual, pérdida de memoria, disminución de reflejos, depresión y reacciones emocionales anómalas; estos son signos inequívocos de que las horas de sueño han sido insuficientes o de mala calidad.

En la mayoría de los casos estos síntomas son la consecuencia de la somnolencia crónica diurna que padecen los insomnes (aunque muchos no se den cuenta).

Se ha demostrado recientemente cómo la pérdida de horas de sueño repercute directamente durante el día, expresada como aumento de somnolencia y disminución del grado de alerta. (Fig. 2)

Para demostrar el impacto del insomnio y sus efectos adversos se estudió a un grupo de individuos (insomnes) en donde se encontró que: el 21% tenía menos contactos sociales el 39% llegó a ser menos productivo en el trabajo, el 11% faltaba más al trabajo y el 10% tenía menos compatibilidad con sus superiores(22).

## *Impacto de la somnolencia sobre la calidad de vida*

Una vez que el insomnio se ha hecho crónico, distintos factores contribuyen a su mantenimiento(36). El impacto del insomnio sobre la vida del paciente tras-



ciende del ámbito individual y afecta a los sistemas familiar, laboral y social en los que el paciente se desenvuelve.

Con respecto a las *repercusiones individuales* del insomnio crónico el paciente suele estar cansado, tenso, deprimido, con dificultad de concentración, preocupado, en especial, con su sueño (que pasa a ser el eje de su vida) adoptando el "papel de enfermo". Esta situación es el resultado del insomnio, de la psicopatología del paciente y de los fármacos que utiliza.

El insomnio afecta la *vida familiar* del paciente, quien suele dejar de lado sus obligaciones y responsabilidades basándose en su trastorno. Por otra parte, la familia, manteniendo al paciente en el rol de enfermo, satisface necesidades propias y contribuye a la obtención de beneficio secundario por parte de aquél.

Con respecto a la *esfera laboral* puede empeorar por el estado del paciente y su menor rendimiento.

Los retrasos en llegar tarde al trabajo, los ausentismos por enfermedad, unidos a lo anterior, contribuyen a deteriorar las relaciones laborales, lo que a su vez, repercute en el estado emocional del paciente.

Las *relaciones sociales* también resultan afectadas por el insomnio crónico, ya que el paciente tiende a aislarse, renunciando a muchas actividades, sobre todo a aquellas que por su horario (salidas nocturnas) supongan una "amenaza" de una mala noche.

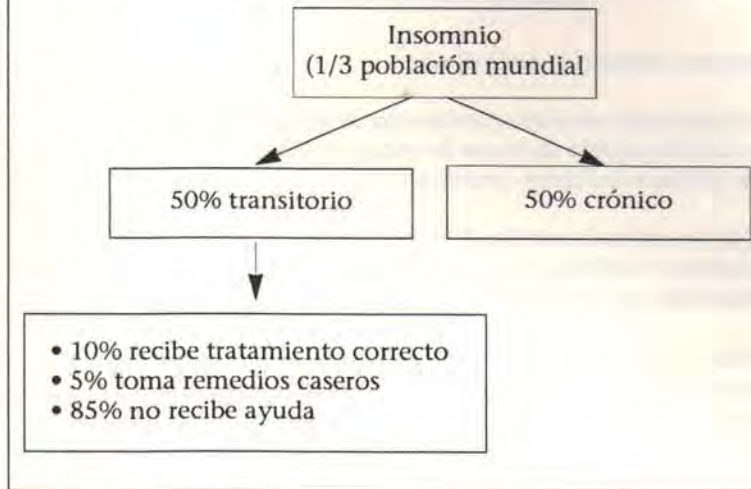
Como vemos en el caso de los insomnios crónicos los factores de tipo psicosocial tienen un papel primordial.

El insomne es un paciente que padece doblemente, por una parte su dolencia personal y por la otra el enfrentarse diariamente al escaso esfuerzo que realiza el médico por resolverle su problema.

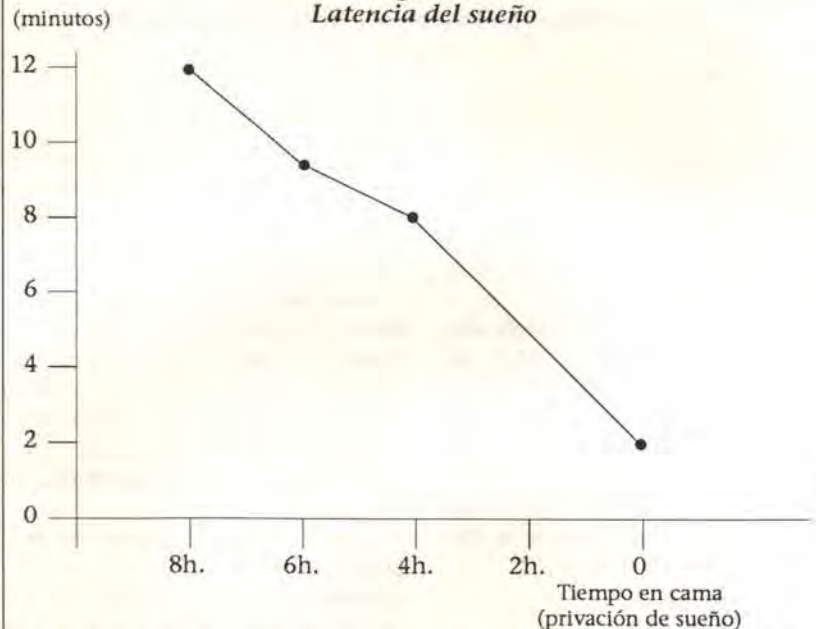
Erróneamente la mayoría de las veces el insomnio es considerado como una alteración primariamente psiquiátrica; sin embargo esto no es correcto.

Debemos tomar conciencia sobre la necesidad de trabajar en forma coordinada y conjunta psiquiatras, psicoanalistas, clínicos y somnólogos, actitud que se reflejará directamente sobre la eficacia del tratamiento.

**Figura 1**  
*Frecuencia del insomnio en la población mundial*



**Figura 2**  
*Latencia del sueño*



La pérdida de horas de sueño repercute en forma lineal, con la disminución de las latencias del sueño.

Adapt. de Rosenthal L., et al. 1991. *Neuropsychopharmacology*. 4:103-108

**Tabla 1**  
*Incidencia del insomnio en las distintas especialidades médicas*

Psiquiatría	35%
Cirugía	22%
Medicina Interna	34%
Neurología	16%
Obstetricia y Ginecología	12%

#### Epidemiología del insomnio

Como cité anteriormente es el más frecuente de los trastornos del sueño en la práctica médica y

en la población general (30% población mundial)(15, 9).

El insomnio afecta más a las personas de edad avanzada(9) y a las mujeres(15). También es más



**Tabla 2**  
*Clasificación del insomnio según su duración y causas más importantes*

**Insomnio transitorio (pocos días)**

- Por situaciones de estrés (insomnio de adaptación)
- Por cambio rápido de husos horarios (jet-Lag)
- Trabajadores de turnos rotatorios

**Insomnio de corta duración (1-3 semanas)**

- Condición médica o psicológica aguda
- Situaciones de estrés persistente

**Insomnio crónico**

- Insomnio psicofisiológico
- Inadecuada higiene del sueño
- Ansiedad y depresión
- Síndrome de apnea del sueño
- Abusos de fármacos y alcohol
- Síndrome de fase retrasada del sueño (SFRS)
- Síndrome de fase adelantada del sueño (SFAS)
- Mioclonus nocturno/movimiento periódico de las extremidades (MPPS)
- Fibrositis

frecuente en personas con alteraciones psicológicas, con nivel socioeconómico bajo y en personas con problemas médicos crónicos (dolor, trastornos psiquiátricos, etc.).

El insomnio es un síndrome frecuente entre los pacientes que consultan a médicos de todas las especialidades.

Alrededor de un 20% de todos los pacientes adultos se quejan de insomnio. La especialidad en que más insomnes se ven es la Psiquiatría(3) (Tabla 1).

**La naturaleza multifacética del insomnio**

El insomnio es un síntoma y como tal pueden desencadenarlo múltiples afecciones y/o situaciones.

En el caso de afecciones somáticas surge como un síntoma secundario al padecimiento en cuestión: dolor, disnea, malestar general, reuma, fibrositis, etc., acompañado de angustia, ansiedad y depresión que con frecuencia se asocian al hecho de estar enfermo.

El estrés, en sus más variadas formas(19), suele ser el inicio de la mayoría de los insomnios transitorios que no siempre se resuelven

al revertir esta situación. Hay personas que tienen mecanismos poco adaptativos para hacer frente al estrés, en los que el insomnio puede llegar a hacerse crónico(19).

Las irregularidades en el horario del sueño, hábitos poco saludables, el ambiente en el que se duerme, hospitalizaciones, uso de fármacos estimulantes, consumo excesivo de cafeína, alcohol, etc., pueden dar lugar a la aparición de insomnio.

Como vemos el insomnio responde a múltiples causas y es frecuente encontrar en un mismo paciente más de una de ellas, por lo tanto cuando encaremos el tratamiento del insomnio deberemos tener en cuenta todos los componentes ya que el tratamiento aislado del insomnio nos llevará al fracaso terapéutico.

**Evaluación del insomnio**

Para llegar a un diagnóstico correcto y de allí elegir el tratamiento adecuado, debemos seguir una serie de pasos.

**Historia clínica:**

Se le realizará al paciente y a su compañero/a de dormitorio (no debemos olvidar que mientras dormimos desconocemos lo que nos

- ocurre). La HC debe investigar:
- Síntomas específicos del sueño del paciente.
  - Tipo de inicio (gradual, agudo).
  - Duración:
    - Transitorio* (hasta 7 días).
    - Corta duración* (entre 1 y 3 semanas).
    - Crónico* (mayor de 3 semanas)
  - Frecuencia (veces por semana)
  - Progresión.
  - Momento de aparición (inicio de la noche, múltiples despertares, despertar precoz).
  - Factores que agravan o mejoran el insomnio.
  - Síntomas diurnos.
  - Respuesta del paciente frente al problema.
  - Hábitos y rutinas de sueño.
  - Tratamientos utilizados anteriormente (resultados).
  - Consumo de xantinas (café, té), fármacos, alcohol o tabaco.
  - Antecedentes personales médicos y psiquiátricos.
  - Antecedentes familiares.

**Diario de sueño:**

Es de gran utilidad para el médico, ya que son las opiniones subjetivas del paciente respecto al número de horas que cree haber dormido, el tiempo que ha tardado en dormirse y el número de despertares nocturnos.

Éstos datos son volcados a una planilla que se le entrega al paciente y que debe completar todas las mañanas durante 15 días consecutivos. También se consignan fármacos ingeridos y dosis.

**Test psicológicos:**

Son de gran ayuda para orientarnos acerca de la existencia o no de psicopatologías. Los más frecuentemente utilizados son: el MMPI, el Beck y el Hamilton.

Si estos fueran patológicos se solicita la consulta con el especialista.

**Examen físico:**

Destinado a descartar signos de enfermedades orgánicas que pudieran ocasionar insomnio. También debemos solicitar los exámenes complementarios adecuados.

**Polisomnografía**

Debe solicitarse siempre que se sospeche la presencia de movimientos periódicos de las extremidades, apneas del sueño, fibrosi-



tis, depresión o subjetividad en las apreciaciones de la duración total del sueño o del número de despertares.

También es imprescindible en todos aquellos fenómenos que ocurren durante el sueño (parasomnias) y que interfieren con el mismo provocando insomnio.

**Clasificación Internacional de las Alteraciones del Sueño**  
(American Sleep Disorders Association, 1990\*)(10)

#### Clasificación del insomnio

Con fines didácticos dividimos el insomnio en tres categorías según su duración (Tabla 2).

#### *Insomnio transitorio*

Es una alteración pasajera que ocurre en pacientes que habitualmente duermen bien. Puede tener una duración de hasta 7 días y generalmente no tiene repercusión diurna en el estado físico y psíquico de quien lo padece (Tabla 3).

Entre el 90% y 100% de la población adulta refiere haber padecido un episodio de insomnio transitorio.

Las causas precipitantes más comunes suelen ser el estrés agudo, conflictos y cambios ambientales (dormir en un lugar no habitual, ruido, calor, *jet lag*, etc.).

En general suele desaparecer con la resolución del conflicto que lo generó. Este tipo de insomnio es una muestra clara de cómo los factores psicológicos intervienen en el sueño.

Las alteraciones del medio ambiente incluyen:

- Dormir en un ambiente que no es habitual.

- El ruido, que produce un aumento en los movimientos corporales, con disminución del sueño profundo y múltiples despertares.

- El calor, que es un factor medioambiental más perturbador que el ruido ya que el calor nocturno provoca una disminución de la cantidad de sueño REM y

\* Reproducida más adelante en este mismo Dossier.

**Tabla 3**

#### *Criterios para el diagnóstico y tratamiento del insomnio transitorio*

- Duración máxima 7 días
- Ausencia de antecedentes previos de trastornos del sueño
- Escasa repercusión diurna
- Más frecuente en mujeres
- La frecuencia aumenta con la edad
- Etiología: alteraciones emocionales reconocibles o causas ambientales (desencadenante fácilmente reconocible).

*Tratamiento:* Medidas de higiene del sueño e hipnóticos de vida media corta.

**Tabla 4**

#### *Criterios para el diagnóstico y tratamiento del insomnio de corta duración*

- Duración entre 1 y 3 semanas
- Antecedente de insomnio transitorio
- Moderada repercusión diurna (cansancio, irritabilidad)
- Más frecuente en mujeres
- Aumenta con la edad
- Etiología: situaciones de estrés prolongadas (duelos, hospitalizaciones)

*Tratamiento:* Corrección de hábitos de sueño, hipnóticos de vida media corta.

**Tabla 5**

#### *Criterios para el diagnóstico y tratamiento del insomnio crónico*

- Duración mayor de e duerme menos de 5 horas diarias, un mínimo de 2 meses consecutivos
- Graves alteraciones diurnas
- Más frecuente en mujeres
- Aumenta con la edad
- Habitualmente es un síntoma de otra enfermedad
- Etiología: variada por lo que es esencial investigar la etiología para realizar un tratamiento correcto (consumo excesivo de café, alcohol, té, colas, cacao, algunos fármacos, movimientos periódicos de las extremidades, apneas del sueño, alteraciones psiquiátricas, médica, etc.)

*Tratamiento:* Multifacético

del sueño profundo. Además aumenta el número de transiciones entre los diferentes estadios y el estadio 1 y se producen mayor número de despertares(28).

- Los viajes aéreos a través de meridiano que con frecuencia se asocian a insomnio, bajo rendimiento y trastornos somáticos. Usualmente se tarda un día por cada meridiano que se atraviesa para regularizar el ciclo sueño-vigilia cuando se viaja hacia el oriente, y un poco menos al viajar

hacia el occidente (*jet-lag*).

También se debe tener en cuenta el insomnio secundario que provocan algunos estimulantes (cafeína, nicotina, alcohol) o la supresión brusca de benzodiazepinas de vida corta (insomnio de rebote)(14).

#### *Insomnio de corta duración*

Tiene una duración mayor de 1 semana y menos de 3 y provoca alteraciones diurnas, como can-



**Tabla 6**  
**Insomnio y**  
**trastornos psiquiátricos**

- Psicosis
- Depresión
- Trastornos ansiosos
- Alcoholismo

**Tabla 7**  
**Insomnio y**  
**trastornos neurológicos**

- Demencias
- Parkinson
- Trastornos cerebrales degenerativos

**Tabla 8**  
**Insomnio y**  
**otros trastornos médicos**

- Isquemia cardíaca nocturna
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Asma nocturno
- Reflujo gastroesofágico nocturno
- Úlcera péptica
- Fibrosis

**Tabla 9**  
**Insomnios**  
**Clasificación ASDA, 1990**

**Disomnias intrínsecas**

- Insomnio psicofisiológico
- Síndrome de Apneas del Sueño
- Movimiento periódico de las piernas

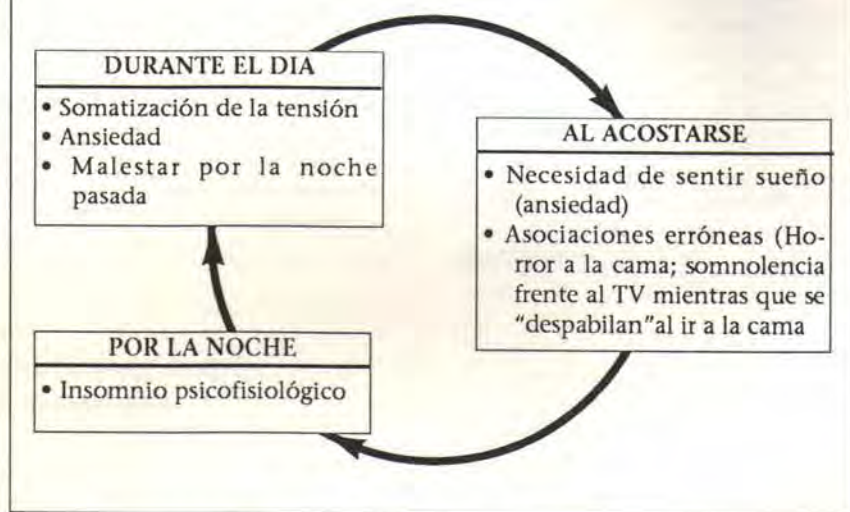
**Disomnias extrínsecas**

- Higiene inadecuada del sueño
- Alteración del sueño por:
  - Causa ambiental
  - Hipnóticos
  - Alcohol
  - Otros fármacos

sancio, irritabilidad, descenso del grado de alerta, etc.

Como en el caso anterior, también suele estar producido por una situación de estrés pero más persistente; también puede

**Figura 3**  
**Circuito de acontecimientos que perpetúan el insomnio psicofisiológico**



responder a un episodio agudo de alteración psiquiátrica (Tabla 4).

De hecho sería un insomnio transitorio de mayor duración. Si no es tratado en forma adecuada puede conducir a un insomnio crónico.

**Insomnio crónico**

El insomnio crónico es aquella alteración del sueño en la que se duerme menos de 5 horas diarias, durante 20 o más días durante por lo menos 2 meses consecutivos.

Este tipo de insomnio es realmente grave ya que conlleva repercusiones durante el día de gran peso para quien lo padece (Tabla 5).

La dificultad para iniciar o mantener el sueño es habitualmente solo un síntoma de otra alteración o enfermedad de base, que sería la causa del problema (secundario) (Tablas 6, 7, y 8). En algunas ocasiones el insomnio puede ser el problema básico, más que el síntoma de otra enfermedad (Tabla 9). Esto significa que el paciente puede tener otro trastorno psiquiátrico o médico que probablemente no esté comprometido en la etiología del insomnio (primario). Ej.: movimientos periódicos de las extremidades, síndrome de Apneas del Sueño, etc. (Tabla 9).

**Tipos de insomnio crónico**

**1. Insomnio psicofisiológico**

Es el factor etiológico más común en pacientes con insomnio crónico(16).

Este trastorno del sueño persistente es llamado también insomnio comportamental o aprendido. Puede desencadenarse a partir de la forma transitoria y se sospecha cuando persiste más de 3 semanas o bien persiste después de resuelto el factor precipitante.

La mayoría de los pacientes refiere dificultad para conciliar el sueño, que puede ir asociado a veces a la dificultad para permanecer dormido o el despertar prematuro.

La presencia de ansiedad diurna somatizada asociada a hábitos de sueños erróneos y asociaciones negativas con el sueño, son la causa del insomnio crónico psicofísico.

La mayoría de los pacientes desarrolla una respuesta condicionada al insomnio, relacionado con el estrés inicial, lo cual trae aparejado un aumento de la actividad autonómica antes de dormir (agitación, aumento de la tensión muscular, dolores, aumento de la vasoconstricción)(24).

Es frecuente observar en estos pacientes un aumento en el estado de alerta, lo cual se refleja en una disminución de las necesidades de sueño o una tendencia a despertares fáciles(34). Esto se ob-



jetiviza en la polisomnografía que pone de manifiesto:

- Aumento de la latencia del sueño.
- Aumento del número de despertares intrasueño.
- Disminución de la cantidad de sueño lento profundo (etapas 3-4).
- Disminución del sueño REM.
- Disminución de la eficiencia del sueño.

En todos los pacientes con insomnio psicofisiológico está presente la ansiedad (en grado variable) que está relacionada a la posibilidad o no de conciliación del sueño por la noche, o bien a las consecuencias que le producirá al día siguiente la mala noche pasada; mientras más esfuerzos realizan por quedarse dormidos, más dificultades tendrán para conciliar el sueño.

Aparecen también asociaciones negativas con el sueño, como por ejemplo relacionar la cama con una situación desagradable (recuerdo de la dificultad de conciliar el sueño, o por las noches pasadas en blanco).

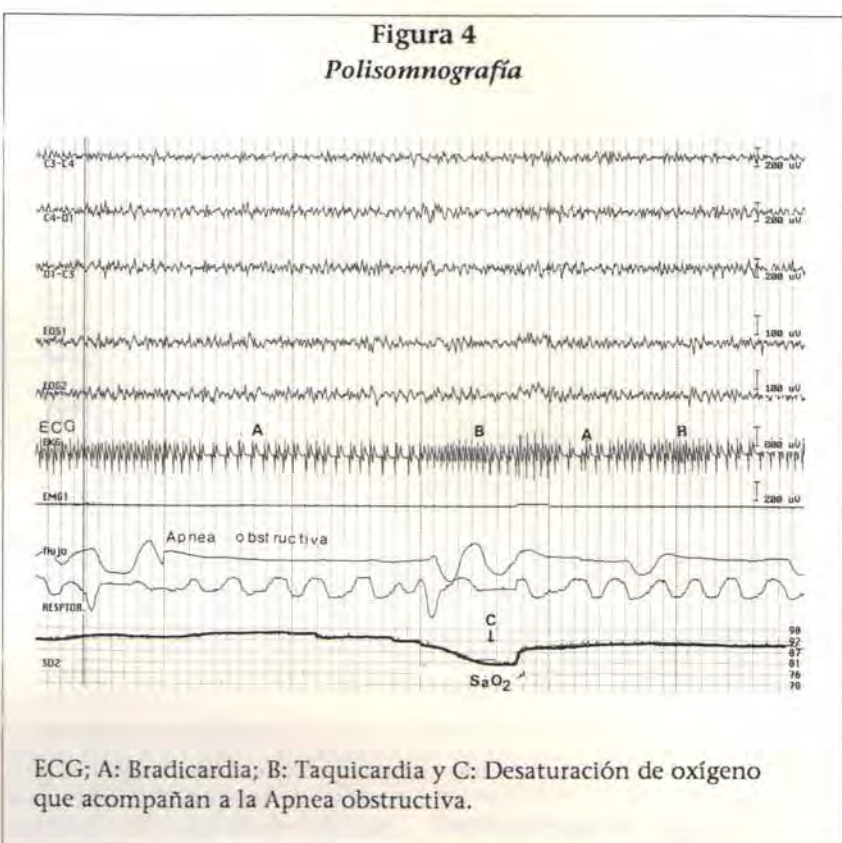
Todo esto cierra un círculo vicioso que perpetúa el insomnio (32). (Fig. 3)

El perfil psicológico de estos pacientes muestra patrones de personalidad específicos, caracterizados por ansiedad crónica, depresión neurótica, inhibición de las emociones e inhabilidad para expresar lo que les produce malestar(25).

Estos pacientes en general manejan los conflictos a través de la internalización de las emociones lo que causa un estado de despertar emocional(21).

*Elementos que presentan la mayoría de los pacientes con insomnio psicofisiológico y que nos ayudarán en el diagnóstico(16)*

1. Exceso de preocupación diurna por la dificultad para dormir la noche venidera.
2. Intensos esfuerzos nocturnos para conciliar el sueño con temor a que esos esfuerzos sean infructuosos. Cuanto más esfuerzo hace por dormirse, más tenso y despierto se encuentra.
3. El paciente puede dormir cuando no realiza estos esfuerzos (Ej.: mirando TV, leyendo, etc.).



4. Hay una mejoría paradójica cuando duermen en ambientes diferentes a su dormitorio.

5. La dificultad para dormirse en general comienza con una situación de estrés, pero continúa a pesar de haberse resuelto tal situación.

Por último diremos que en estos pacientes el consumo crónico de hipnóticos suele ser habitual, compulsivo y poco efectivo.

**2. Inadecuada higiene del sueño**

Este tipo de insomnio se produce por una alteración en las rutinas diarias que influyen sobre el sueño (Ej.: horarios irregulares para acostarse, realizar tareas como comer, mirar TV o escribir en la cama, etc.).

El cambio permanente en las rutinas del presueño no ayuda a mantener buenos hábitos y trae aparejado una mala calidad del sueño y como consecuencia, de la vigilia.

**3. Síndrome de apnea del sueño (Fig. 4)**

Se produce en general en pacientes roncadores en los cuales se observan durante el sueño episodios repetitivos de obstrucción

de la vía aérea superior (apnea). Normalmente se asocia a desaturación de oxígeno periférico.

En general este síndrome se asocia a hipersomnias diurnas más que al insomnio, aunque suele verse mala calidad del sueño nocturno.

Es más frecuente que el insomnio se asocie a las apneas centrales.

En ambos casos el diagnóstico se debe hacer mediante la polisomnografía. El tratamiento es específico según sean obstructivas (presión positiva continua nocturna de aire [CPAP], uvulopalatofaringoplastia, dieta, cambios posicionales al dormir) o centrales (estimulantes respiratorios).

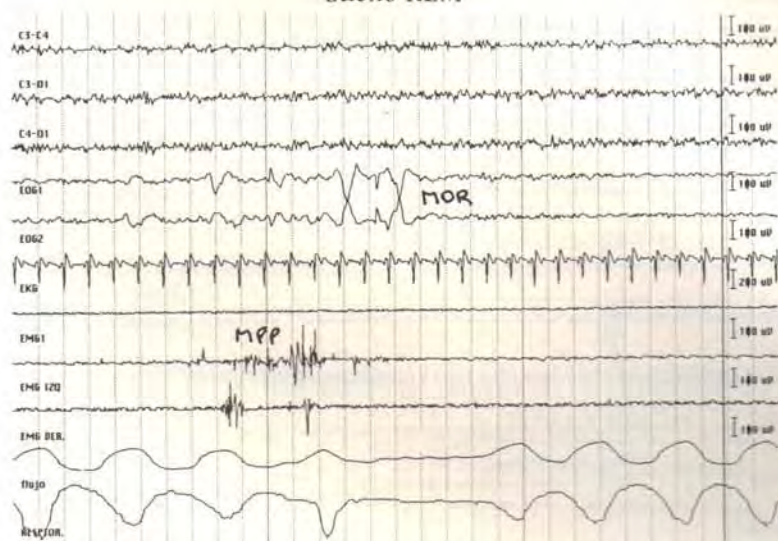
**4. Movimientos periódicos de las extremidades (mioclonus nocturno)(Fig. 5)**

Es una alteración caracterizada por episodios periódicos, repetitivos y estereotipados de movimiento de las extremidades que aparecen durante el sueño.

Estos movimientos en general provocan microdespertares (despertares que fraccionan el sueño alterando su arquitectura). Suelen ser causa de insomnio medio; el paciente no es consciente de que



**Figura 5**  
**Sueño REM**



MOR: Movimientos oculares rápidos;  
MPP: Movimientos periódicos de piernas

sus despertares se deben a los movimientos.

El diagnóstico se hace mediante estudio polisomnográfico. El tratamiento es específico (Levo Dopa, etc.).

**Síndrome de piernas inquietas:** El paciente siente una sensación desagradable en las piernas, generalmente antes del inicio del sueño

que da lugar a una urgencia irresistible de moverlas. Suele traer aparejado insomnio de conciliación. El tratamiento es específico.

**5. Síndrome de fase retrasada del sueño**

Los pacientes suelen tener la necesidad fisiológica de dormir

mucho más tarde de lo que las normas sociales lo aceptan, dando lugar a un insomnio de inicio e importantes dificultades para levantarse a la hora deseada.

**Tratamiento:**

- Restablecimiento de la agenda diaria.
- Cronoterapia
- Manipulación lumínica.

**6. Síndrome de fase adelantada**

Afecta a personas que necesitan dormir antes del horario habitual, dando lugar a una dificultad importante para mantenerse despiertas en las últimas horas del día. En cambio aparece un insomnio matutino; se despiertan demasiado temprano y no pueden seguir durmiendo.

En realidad no se trata de un insomnio verdadero (pseudoin-somnio) ya que el paciente duerme 7-8 horas. Es frecuente verlo en los ancianos. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con la depresión.

**Tratamiento:**

- Educación del paciente.
- Reestructurar la agenda diaria.
- Manipulación lumínica

**7. Insomnio asociado a trastornos psiquiátricos**

Un tercio de los pacientes con insomnio crónico presenta enfermedad psiquiátrica reconocible(1).

**a. Insomnio y psicosis**

Los disturbios del sueño en la esquizofrenia están descritos sobre todo en la fase de invasión psicótica o en la reagudización de la forma crónica, en especial cuando se acompaña con excitación psicomotriz. En esta condición el sueño se encuentra alterado cuantitativamente por dificultad de conciliar el sueño y en su continuidad (desvelo nocturno)(41).

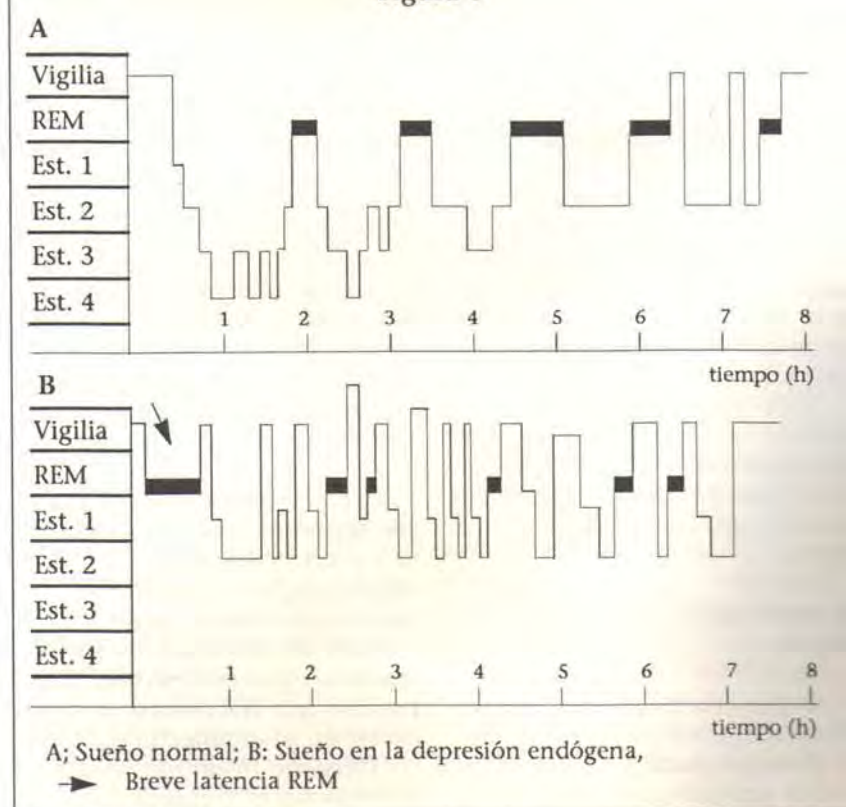
Algunos pacientes presentan en la fase de excitación una inversión total del ciclo día/noche(26).

**Hallazgos polisomnográficos(10)**

En pacientes con exacerbación aguda:

- Aumento de la latencia del sueño.
- Disminución del tiempo total de sueño.

**Figura 6**





- Aumento del número de despertares intrasueño con fragmentación del mismo.

- Disminución del sueño lento profundo (etapas 3-4).

- Acortamiento de la latencia REM

- Aumento de la densidad REM.

**Tratamiento:**

El tratamiento para el insomnio en la esquizofrenia se basa sobre todo en el uso de neurolépticos sedativos como la fenotiazina; si se asocian alucinaciones y delirio es de utilidad el haloperidol.

La fenotiazina ha demostrado ser de mayor utilidad que la clorpromazina y levomepromazina(13).

Los hipnóticos benzodiazepínicos son de escasa utilidad.

**b. Insomnio y depresión**

Los pacientes con depresión pueden presentar dificultad para iniciar o mantener el sueño aunque frecuentemente se quejan de despertar precoz, es decir, entre 3-4 horas después de iniciado el sueño.

La mayoría de los pacientes deprimidos informan sobre disminución del tiempo total de sueño. Un 15% registra aumento del período de sueño y somnolencia diurna observada frecuentemente en la fase depresiva de la enfermedad bipolar(31).

Si se le permite prolongar su sueño, el paciente se queja de que este no es reparador. Durante la fase maníaca o hipomaníaca, en el caso de los trastornos ciclotímicos, predomina una severa dificultad para conciliar el sueño, llegando en algunos casos al insomnio total.

**Hallazgos polisomnográficos:** (Fig. 6)(10)

- Acortamiento de la latencia del sueño REM: 20 a 40 minutos (normal 70 a 120 minutos).

- Disminución del tiempo total de sueño.

- Elevado número de despertares y de la etapa 1.

- Disminución del sueño lento profundo (etapas 3-4)

- Mayor fragmentación del sueño

- Aumento de la densidad de movimientos oculares en fase REM.

**Cuadro 1**

**Drogas que pueden interferir con el sueño y provocar insomnio**

<b>Antihipertensivos</b>	<b>Agentes autonómicos</b>
Bloqueantes beta-adrenérgicos Metildopa Reserpina	Anticolinérgicos Cimetidina
<b>Depresores del SNC</b>	<b>Hormonas</b>
Alcohol Ansiolíticos Hipnóticos Meprobamato Opiáceos Tricíclicos	Corticotropina Cortisona Anticonceptivos orales Progesterona Tiroxina
<b>Estimulantes del SNC</b>	<b>Otros</b>
Anfetaminas Cafeína Metilfenidate Simpaticomiméticos	Medicación oncológica Inhibidores de la MAO Teofilina Difenilhidantoína

**Tratamiento:**

Se debe enfocar en la enfermedad de base; como es sabido son útiles los antidepresivos tricíclicos o tetracíclicos.

En caso de insomnio persistente es necesaria la asociación con benzodiazepinas hipnóticas de vida media larga o intermedia o de neurolépticos fenotiazínicos (promazina, levomepromazina, clorpromazina).

**c. Insomnio y ansiedad**

Entre los pacientes con trastornos de ansiedad, aquellos con ansiedad generalizada y trastornos de estrés postraumático se quejan principalmente de dificultad para iniciar el sueño(35).

Entre el 10 y el 15% de los pacientes que consultan a los centros de sueño por insomnio, éste es secundario a un trastorno de ansiedad. Los hallazgos polisomnográficos son específicos.

**Tratamiento:**

En general resultan de utilidad los hipnóticos benzodiazepínicos y psicoterapia.

**d. Insomnio asociado al uso de alcohol y fármacos**

Cerca del 15% de los pacientes con insomnio crónico tiene antecedentes de consumo de drogas, alcohol o sedantes(12).

El insomnio puede persistir por meses o años en abstemios; no es

aconsejable tratar abstemios con benzodiazepinas o barbitúricos ya que no tienen tolerancia cruzada con el alcohol.

Suelen ser útiles el triptofano o antidepresivos sedantes a bajas dosis(37).

**Hallazgos polisomnográficos:**

1. Incremento del sueño lento y profundo en la primera mitad de la noche.

2. Aumento del REM y del número de despertares en la segunda mitad de la noche.

3. Reducción del tiempo total de sueño. (Cuadro 1)

Los registros polisomnográficos en pacientes que toman hipnóticos en forma crónica muestran un sueño fraccionado, interrumpido por múltiples despertares, con disminución del sueño REM como así también de los husos del sueño y de los complejos K(38).

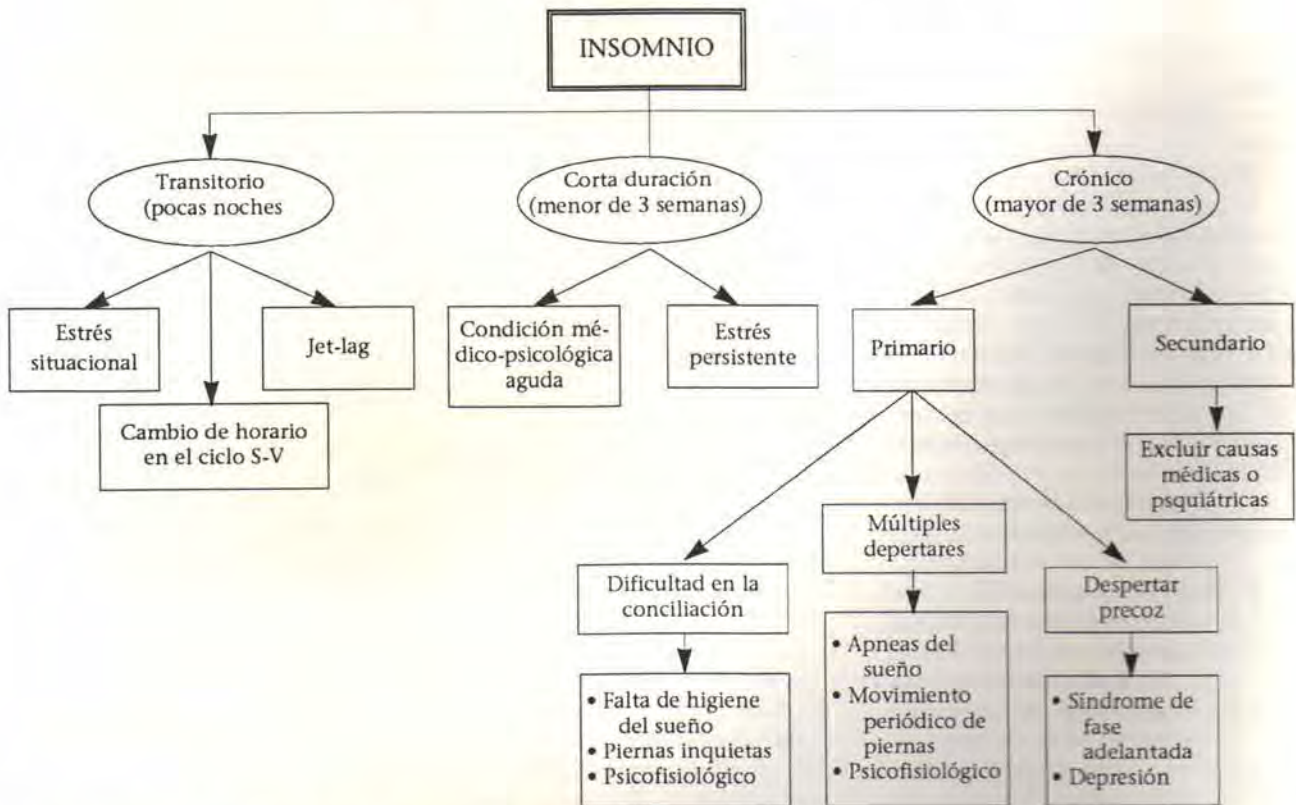
Cuando se suspenden en forma abrupta los hipnóticos de vida media corta, la mayoría de los pacientes experimenta un despertar prematuro con aumento de la ansiedad al día siguiente (insomnio rebote)(23).

Existe una gran variedad de causales de insomnio; hemos descrito las más frecuentes. Otras causas médicas, neurológicas se pueden ver en las tablas 7-8.

A modo de resumen el siguiente cuadro servirá como guía para



Figura 7  
Guía de orientación para el diagnóstico del insomnio



el enfoque del paciente con insomnio (Fig. 7)

### Tratamiento del insomnio

Cuando un paciente consulta por un insomnio transitorio o de corta duración en general el tratamiento resulta sencillo, pero ¿qué ocurre con el que padece un insomnio crónico?

Este tipo de paciente ya ha visitado diferentes especialistas (clínicos, psiquiatras, psicólogos, neurólogos) que en general prescriben distintos tipos de hipnóticos y que, por supuesto, no solucionan el problema, por lo que el insomnio crónico se convierte en un "vía crucis" para el paciente y un desvelo para los médicos.

Cuando lo recibimos en nuestros centros del sueño, vemos a un sujeto agotado, descreído que nos avisa de antemano que ha probado "todo" y que aún así sigue sin poder dormir y que pone en duda la ayuda que podamos brindarle. Esta situación contada anecdóticamente, es diaria en la consulta del somnólogo y seguramente de los médicos en general.

¿Qué nos está queriendo decir el paciente? Nos está pidiendo en primer lugar que lo escuchemos; la mayoría quiere "dejar las pastillas" que en algunos casos llevan tomando durante 10 ó 20 años. Pero esto les produce pánico si no les proponemos técnicas que los ayuden a modificar sus malos hábitos de sueño.

Recién cuando esté encaminado a corregir estos hábitos podremos ir retirando muy gradualmente los hipnóticos, ya que el síndrome de abstinencia y los fenómenos de rebote son muy mal tolerados si se lo hace en forma brusca.

El tratamiento del insomnio crónico incluye(17):

1. En todos los casos modificaciones de hábitos conductuales y ambientales.

2. Tratamiento causal del trastorno de base (enfermedad médica, psiquiátrica, apneas, movimiento periódico de piernas, etc.)

3. Hipnóticos sólo si persiste el insomnio; se administrarán por cortos períodos y siempre en combinación con el punto 1.

¿De qué elementos dispone el especialista para el tratamiento de estos pacientes?

Como vemos en la figura 8 no disponemos de numerosos recursos, pero combinados consiguen muy buenos resultados.

Describiré a continuación alguna de las técnicas más utilizadas.

### Normas de higiene del sueño

Son de práctica común en todos los casos de insomnio.

- Mantener horarios regulares, tanto para acostarse como para levantarse.

- No leer, ver TV o cenar en la cama.

- Acostarse solamente cuando se sienta sueño.

- Realizar ejercicios suaves durante el día en forma regular, preferiblemente 6 horas antes de acostarse.

- Evitar la ingesta de café, té, cacao o bebidas colas después del medio día y no ingerir alcohol 6 horas antes de acostarse.

- Evitar fármacos estimulantes por la noche.

- Esperar para acostarse un mínimo de dos horas después de cenar.



- Ingerir en la cena comidas livianas.

- Controlar la temperatura del dormitorio y tratar de disminuir el ruido medioambiental.

- Establecer en forma rutinaria actividades de relajación antes de acostarse.

- Intentar interrumpir el estrés durante el día con pequeñas pausas de 10 minutos para respirar profundamente o realizar ejercicios de relajación.

### Cambios conductuales

Bootzin(5) y Nicassio y Buchanan(29) han sido los pioneros en la terapia del insomnio por la técnica de estímulo-control. La técnica consta de los siguientes pasos que se indican al paciente.

1. Vaya a la cama sólo cuando sienta sueño.

2. Utilice la cama sólo para dormir.

3. Si no puede dormir, levántese y vaya a otra habitación. Cuando sienta sueño regrese a la cama. Si le cuesta dormir levántese nuevamente. El objetivo es que no asocie la cama con frustración y falta de sueño, sino con el quedarse dormido rápidamente.

4. Duerma con despertador y levántese a la misma hora cada mañana, sin tener en cuenta el número de horas dormidas. Esto ayudará a que su cuerpo recupere el ritmo sueño-vigilia.

5. No haga siestas durante el día.

En la primera noche es frecuente que los pacientes se levanten entre 5 y 10 veces y que no lleguen a dormir mucho pero a medida que la falta de sueño se va acumulando en noches sucesivas, se facilita el caer rendido en la cama. El sueño normal suele recuperarse pronto.

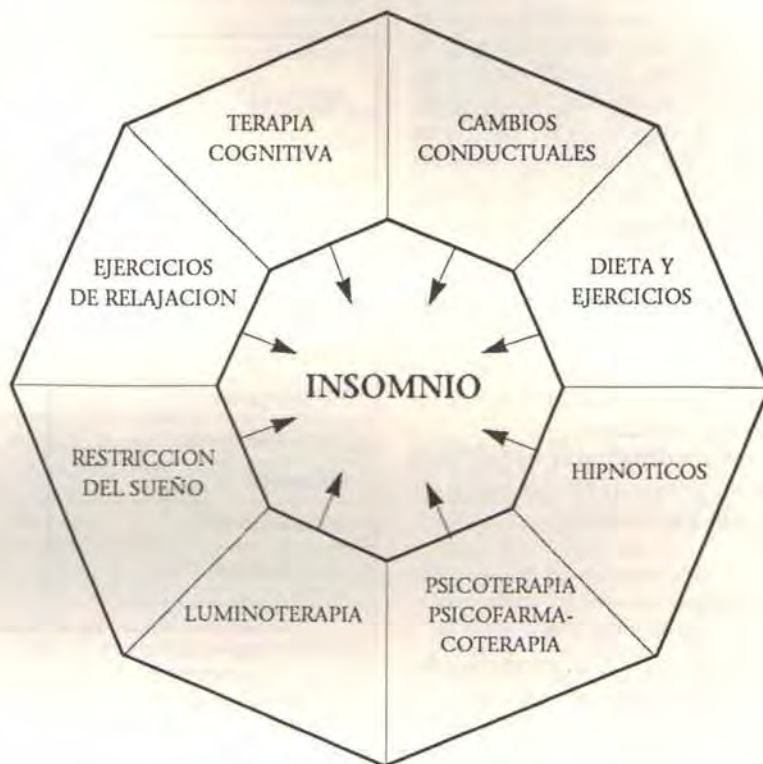
Se debe realizar con estricto control del especialista.

### Técnicas de relajación antes de irse a dormir

Existe gran número de técnicas de relajación que son igualmente efectivas; su objetivo es bajar el nivel de tensión que afecta a estos pacientes y así lograr un sueño más eficiente.

Figura 8

Diferentes técnicas para tratar el insomnio



Algunas técnicas son(18):

- Estiramiento y relajación para realizar por la noche.
- Juegos mentales para el momento de irse a dormir.
- Respiración abdominal.
- Biofeedback.
- Meditación.
- Training autógeno.
- Relajación progresiva.
- Programación neurolingüística.
- Autohipnosis, yoga.

### Terapia de restricción del sueño

La mayoría de los insomnes pasa más tiempo en la cama que duerme satisfactoriamente, lo que trae aparejado una mala calidad del dormir con sensación de sueño insuficiente(33).

El objetivo de la terapia de restricción de sueño es el de reducir gradualmente el tiempo en la cama de acuerdo a las horas de sueño. En otras palabras lograr que el paciente permanezca acostado sólo cuando duerme.

Por ejemplo si un paciente refiere que duerme sólo 3 horas y permanece acostado 6, se reduci-

rá gradualmente el tiempo en cama a 3 horas. Esta técnica realizada por un especialista da muy buenos resultados; se debe controlar al paciente en forma periódica y ajustar gradualmente el horario.

### Dieta

Numerosos estudios han demostrado la influencia de la dieta sobre la función del SNC; algunos ejemplos:

- Los pacientes que se encuentran siguiendo dietas para adelgazar presentan frecuentemente desórdenes para conciliar el sueño (6, 7).

- Las dietas ricas en carbohidratos incrementa los niveles de L-Triptofano(40). El L-Triptofano es un aminoácido precursor de la serotonina, un neurotransmisor involucrado en la inducción y mantenimiento del sueño. Una dieta nocturna rica en carbohidratos es aconsejable en estos pacientes. (La leche es rica en L-Triptofano).

- Hay pacientes que beben gran cantidad de líquido por la noche, lo que trae aparejado una



distensión vesical con sensación de micción imperiosa; esto contribuye a que se fraccione el sueño nocturno. Se debe limitar la ingestión nocturna de líquidos.

- Los efectos estimulantes de la cafeína sobre el sueño son ampliamente conocidos(28), se debe prohibir la ingestión de café, aun descafeinado, chocolates, bebidas colas, y de todos los alimentos que la contengan, después del mediodía. Tener en cuenta los efectos secundarios que son iguales a los que presenta la supresión brusca de los hipnóticos.

- Ingerir comidas livianas por la noche (de rápida digestión, evitando las proteínas).

Estas medidas son útiles para todas las personas en general y no sólo para los insomnes.

### Ejercicios

Los ejercicios que producen fatiga comúnmente se asocian con problemas para iniciar y mantener el sueño(2). Proponemos ejercicios de relajación o poco estresantes en forma regular por lo menos tres horas antes de ir a dormir.

### Luminoterapia

Los patrones circadianos del ciclo sueño-vigilia están regulados por la interacción de los relojes biológicos internos (SNC, temperatura corporal, secreción de cortisol, etc.) y externos (luz, oscuridad, etc.).

Existen dos momentos en el día en donde normalmente estamos propensos a dormirnos: a la noche al irnos a la cama y a media tarde (siesta).

La exposición a luces brillantes (>1500 lux) en la tarde (6 a 9 p. m.), tiende a retrasar la fase en la oscilación circadiana del sueño (útil en síndrome de fase adelantada) en cambio la exposición en horas de la mañana (5 a 7 a. m.) tiende a adelantarlo (útil en el síndrome de fase retrasada)(11, 8).

### Tratamiento farmacológico\*

La medicación hipnótica sólo está indicada para uso a corto plazo ayudando a restablecer las

**Tabla 11**  
*Tiempo de absorción y vida media de algunos fármacos ansiolíticos e hipnóticos*

Molécula	Horas en que alcanza la máxima concentración plasmática	Vida media expresada en horas
Clorazepato dipotásico	0,5 - 2,5	30 - 60 h
Diacepam	0,8 - 1,2	21 - 40 h
Alprazolam	0,25 - 4	12 - 25 h
Clobazam	1 - 4	36 - 48 h
Nitrazepam	1,2 - 4	25 - 36 h
Flunitrazepam	0,5 - 1,5	10 - 19 h
Flurazepam	1	24- 100 h.
Lormetazepam	0,8 - 1,2	8,9 - 11,7 h
Loprazolam	1,5 - 2,5	5,8 - 8,1 h.
Triazolam	0,5 - 0,6	1,9 - 3,3 h
Zopiclona	0,5 - 1	5, 5, - 6,5 h.
Zolpidem	0,5 - 3	0,7 - 3,5 h.

rutinas del sueño normal; el uso crónico crea adicción y efectos secundarios (inclusive mayor insomnio) luego de la suspensión del fármaco. El riesgo del uso indebido de estas drogas es grande; a fin de minimizar estos efectos se deben conocer las acciones, interacciones y contraindicaciones de cada una de ellas(39).

Hoy en día los mejores y más seguros fármacos hipnóticos son las benzodiazepinas y las últimamente descubiertas, imidazopirinas y ciclopirononas. Presentan baja toxicidad y son seguras para su uso clínico. (Tabla Nro. 11)

Las propiedades de las benzodiazepinas son diferentes, según el compuesto; algunas presentan mayor poder ansiolítico, otras miorrelajante, anticonvulsivante, hipnótico o anestésico.

Entre los efectos desfavorables se han descrito(20): sedación diurna, estados confusionales, amnesia, síndromes de abstinencia, depresión respiratoria y abuso.

Todos estos efectos adversos se

deben a dosis excesivas, a suspensión brusca, a potenciación con otros fármacos o a mal uso, tanto por parte del médico como del paciente.

No debemos olvidar que la selección del hipnótico adecuado debe realizarse en forma "individualizada" dependiendo del paciente a tratar y las necesidades clínicas.

### Recomendaciones para utilizar estas drogas

- Prescribir la dosis mínima durante el período de tiempo necesario.

- Controlar cuidadosamente a los pacientes durante el tratamiento.

- Discontinuar la medicación en forma progresiva.

- Conocer profundamente características farmacológicas de cada benzodiazepina y la patología que presenta el paciente, para aplicar el tratamiento adecuado.

- Indicar un hipnótico de vida media corta (3-4 horas) para un insomnio de inicio; un hipnótico de vida media de 6-8 horas para el tratamiento de un insomnio de mantenimiento -es decir cuando se dan múltiples despertares

\* N. de .a R.: ver ampliación del tema en al artículo de G. Jufe en este mismo Dossier.



como suele ser en el caso de los ancianos— y un hipnótico de vida media larga cuando se precise, además de conciliar y mantener el sueño, una sedación diurna.

– En el insomnio crónico siempre tratar la causa responsable del proceso, siendo aconsejable el tratamiento sintomático con hipnóticos solo como coadyuvante del etiológico.

– Cuando sea necesario utilizar

hipnóticos; siempre hacerlo por un período máximo de 21 días consecutivos y luego discontinuarlo. Es aconsejable un comprimido cada 3-4 días que puede perpetuarse sin problemas de acumulación ni habituación.

– *En todos los casos reeducar los hábitos higiénicos y rutinas relacionados con el sueño.*

**¿Cuándo se debe consultar con el especialista en sueño?**

1. Si el trastorno del sueño no es fácilmente explicable.
2. Si se sospecha apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, mioclonus nocturno o una perturbación cronobiológica.
3. Si el paciente presenta una forma de insomnio particularmente rebelde al tratamiento ■

#### Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, 3rd. ed. Rev. Washington D. C., Psychiatric Press, 1987.
2. Baekeland F., Lasky R., *Exercise and sleep patterns in college athletes. Perceptual Motor Skills*, 1966, 23:1203-1207.
3. Bixler E. O. y col., *Incidencia del insomnio en las distintas especialidades médicas. Behav. Med.*, 1979, 6:1-6.
4. Bixler E. O., Kales I. D., Kales A., Scharf M. B., Leo L., *Hypnotic drug prescription patterns: Two physician surveys. Sleep Research*, 1976, 5:62.
5. Bootzin R., *Stimulus control of insomnia. American Psychological Association*, Montreal, Canadá, July 1973.
6. Crisp A., Stonehill E., *Aspects of the relationship between sleep and nutrition: A study of 375 psychiatric outpatients. British Journal of Psychiatry*, 1973, 122:379-394.
7. Crisp A., Stonehill E. et al., *Sleep patterns in obese patients during weight reduction. Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22:159-165.
8. Czeisler C. A., Kronaver R. E. et al., *Bright light induction of strong (type 0) resetting of the human circadian pace maker. Science* 1989, 244:1328-33.
9. Department of Health Education, and Welfare, *Selected Symptoms of Psychological Distress*. Rockville, MD: U. S. Department of Health, Education, and Welfare, 1970.
10. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual*. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990.
11. Drennan M., Kripke D. F., Gillin J. C., *Bright light can delay human temperature rhythm independent of sleep. Am. J. Physiol.*, 1989, 257:R136-R141.
12. Drugs and insomnia: the use of medications to promote sleep, *JAMA* 1984, 251:2410-2414.
13. Feinberg I., Hiatt J. F., *Sleep patterns in schizophrenic: A selected review. In Williams R. L., Karacan I. (eds), Sleep disorders, diagnosis and treatment. New York, Wiley, 1978, 205-231.*
14. Guillian J., Byerley W., *The diagnosis and management of insomnia. NEJM*. 1990, 322(4):239-247.
15. Hammond E. C., *Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1.064.004 men and women. American Journal of Public Health*, 1964, 136:1257-1262.
16. Hauri P., *Primary insomnia. In Kryger M. H., Roth T., Dement W., (eds), Principles and practice of sleep medicine*, Philadelphia: W. B. Saunders, 1989, 433-441.
17. Hauri P., *The sleep disorders (ed 2). A scope publication*, Kalamazoo. Michigan, Upjohn, 1982.
18. Hauri P. Linde S., *Cómo acabar con el insomnio. Barcelona, Ediciones Medici*, 1992.
19. Healey E., Kales A., Monroe L. et al., *Onset of insomnia: Role of life-stress events. Psychosomatic Medicine*, 1981, 43(5):439-451.
20. Johnson L. C., Chernik D. A., *Sedative-hipotics and human performance. Psychopharmacology (Berlin)*, 1982, 76:101-113.
21. Kales A., Caldwell A. B. y cols., *Personality patterns in insomnia. Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 33:1, 128-1134.
22. Kales A., Kales J. D., *Evaluation and treatment of insomnia. New York, Oxford University Press*, 1984.
23. Kales A., Soldatos C. R. y cols., *Early morning insomnia with rapidly eliminated Benzodiazepines Science*. 1983, 220:95-97.
24. Kales A., Soldatos C. y cols., *Sleep Disorders: Insomnia, Sleep-walking, Night Terrors, Nightmares and Enuresis. Anof. Intern. Med.*, 1987, 106:582-592.
25. Kales J. D., Kales A. et al., *Biopsy chobehavioral correlates of insomnia: V. Clinical characteristics and behavioral correlates. A. J. Psychiatry*, 1984, 141:1371-1376.
26. Kupfer D., Wyatt R. J., Scott J., et al., *Sleep disturbance in acute schizophrenic patients. Am. J. Psychiatry*, 1970, 126:47-57.
27. Levy M., Zylber-Katz E., *Caffeine metabolism and coffee attributed sleep disturbances. Clinical Pharmacology Therapy*, 1983, 33(6):770-775.
28. Libert J. P., Johnson L. C. y cols., *Relative and combined effects of heat and noise exposure on sleep in humans. Sleep* 1991, 14(1), 24-3.
29. Nicassio P., Buchanan D., *Clinical application of behavior therapy for insomnia. Comprehensive Psychiatry*. 1981, 22 (5):512-520.
30. Nino-Murcia G. Keenan S. H., *A multicomponent approach to the management of insomnia. An of Behavioral Medicine*, 1988, 10(3):101-106.
31. Reynolds C., Kupfer D., *Sleep research in affected illness: state of the Art Circa. Sleep*, 1987, 10:199-215.
32. Sancho Estivill E., *El sueño ese desconocido. Madrid, Emisa*, 1991.
33. Spielman A. J., Saskin P., Thorpy M. J., *Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. Sleep*, 1987, 10(1):45-56.
34. Stepnaski E., Zorich F. y cols., *Daytime Alertness in patients with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects. Sleep* 1988, 11 (1), 54-60.
35. Sussman N., *Anxiety disorders. Psychiat. Ann.*, 1988, 18:134-189.
36. Vela Bueno A., *El insomnio. Estudio prospectivo. Delphi Rhone Poulenc Rorer, España*, 1992, 6-12.
37. Ware J. C., *Tricyclic antidepressants in the treatment of insomnia. J. Clin. Psychiatry*, 1983, 44:25-28.
38. Weitzman E., *Disorders of sleep and sleep wake cycle. Update 1. In Harrison's Principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill*, 1981.
39. Woods J. H., Katz S. L. et al., *Abuse liability of benzodiazepines. Pharmacol. Rev.*, 1987, 39:251-413.
40. Wurtman R. J., Fernstrom J. D., *L-Tryptophan, L-Tyrosine and the control of brain monoamine biosynthesis. In Snyder SH (ed). Perspectives in Neuropharmacology. New York, University Press*, 1972, 143.
41. Zarcone V. P., *Sleep and schizophrenia. In: Williams R. L., Karacan I., Moore C. A., eds. Sleep disorders; diagnosis and treatment. New York, John Wiley*, 1988, 165-188.



# Farmacología de las drogas utilizadas para el tratamiento del insomnio

Gabriela Silvia Jufe

Médica especialista en Psiquiatría. Jefe de Trabajos Prácticos 1a Cátedra de Farmacología, Fac. Med. UBA. Asistente Hosp. Emergencias Psiquiátricas, T. M. de Alvear.  
11 de setiembre 2140, 13, "K". Tel.: 786-5679



Existen varios grupos de drogas que se utilizan para el tratamiento del insomnio, pero ninguno de ellos es la solución perfecta, ya que todos presentan ventajas y desventajas. Se ha propuesto una descripción del hipnó-

tico ideal, que deberá: 1. disminuir la latencia del sueño, 2. mantener la arquitectura del mismo, 3. no producir efecto residual, 4. no provocar tolerancia ni adicción (ni efectos adversos a largo plazo), y 5. no ser letal en caso de sobredosis.

En la actualidad no existe ninguna droga que reúna todos estos requisitos. Se utilizan principalmente 4 grupos de fármacos: 1. Benzodiazepinas, 2. Ciclopirononas, 3. Imidazopiridinas, y 4. Drogas de distintos grupos químicos que tienen en común la capacidad de bloquear los receptores histaminérgicos  $H_1$ .

## Benzodiazepinas

Todas las benzodiazepinas pueden ser hipnóticas cuando se las utiliza en la dosis adecuada. Las principales diferencias que existen entre ellas (y que determinan la elección de una u otra como hipnótico) no son farmacodinámicas sino farmacocinéticas.

## Mecanismo de acción

Las benzodiazepinas (BZ) aumentan las acciones del GABA (ácido  $\gamma$  amino butírico, principal neurotransmisor inhibitorio del SNC), incrementando la frecuencia con que se abre el canal de cloro acoplado al receptor para GABA. Se han encontrado sitios de *binding* de BZ estrechamente asociados con los receptores GABAA (receptores benzodiazepínicos centrales). Hay otros sitios de *binding* para BZ periféricos, que son farmacológicamente distintos y no están relacionados con los sitios de *binding* de BZ asociados con el receptor GABAA.

Los receptores benzodiazepínicos tienen una distribución similar a los gabaérgicos, y existen receptores para BZ de alta y baja afinidad.



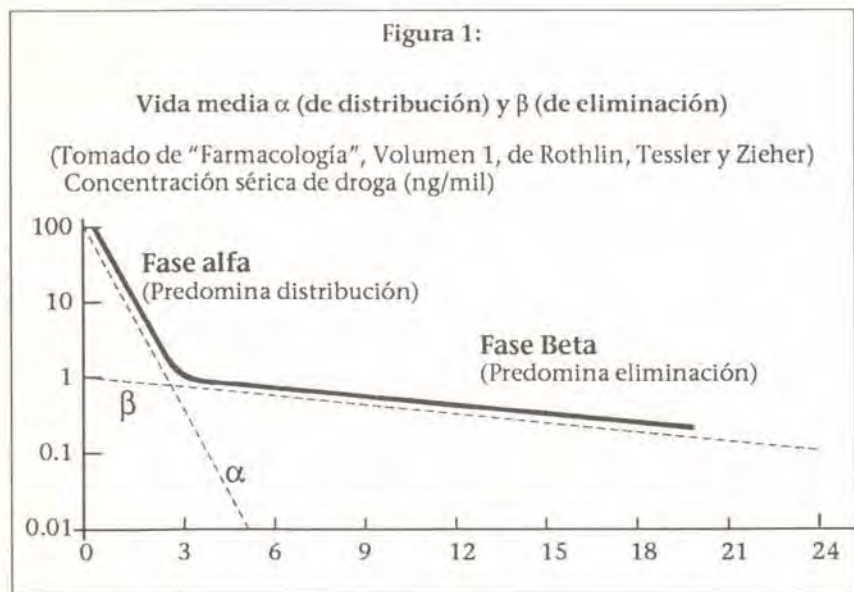
Los de alta afinidad se activan con concentraciones nanomolares de BZ, y dentro de ellos existen 2 subtipos: los  $\omega_1$  y los  $\omega_2$ . No está claro aún si se trata de dos receptores distintos o de dos estados conformacionales del mismo receptor, dependientes de la temperatura. Los  $\omega_1$ , se distribuyen principalmente en la corteza cerebelosa y cerebral e hipocampo, y se les puede atribuir el efecto ansiolítico y el hipnótico; los  $\omega_2$  tienen una distribución preferencial en sistema límbico, corteza cerebral, hipocampo y medula espinal, y se les puede atribuir el efecto anticonflicto, relajante muscular y anticonvulsivante. Mientras que la mayoría de las BZ clásicas (como el diazepam o el flunitrazepam) parecen tener una afinidad similar por los receptores BZ en distintos tejidos cerebrales, otras BZ y compuestos no benzodiazepínicos pueden distinguir entre estos dos tipos de receptores.

Los receptores BZ de baja afinidad se activan con concentraciones micromolares. Son los receptores  $\omega_3$  y su distribución es periférica. Sus funciones aún no están claras.

#### Farmacocinética

**Absorción:** Las benzodiazepinas son moléculas liposolubles, que atraviesan con facilidad las membranas biológicas, y por lo tanto tienen una buena absorción por vía oral (por ejemplo 100% para el clordiazepóxido). El momento de aparición del pico plasmático dependerá de la rapidez con que se absorba, y, para el diazepam (droga patrón de las BZ) la concentración plasmática máxima se produce en aproximadamente 1 hora. Con algunas BZ se produce a veces un segundo pico plasmático entre las 6 y 12 horas posteriores, debido al circuito entero-hepático.

**Distribución:** Tienen una alta unión a las proteínas plasmáticas (85-100%), lo cual dificulta su extracción por diálisis o diuresis forzada en la intoxicación. En general atraviesan rápidamente la BHE, y alcanzan en el LCR una mayor concentración que en plasma. Debido a su alta liposolubilidad se acumulan en tejido adiposo, pasan a la leche materna y atraviesan la placenta. Su volumen de distribución es alto. La vida media de estas drogas es muy variable, existiendo desde



drogas de vida media ultracorta (por ej. 2,5 hs para el medazolam y el triazolam), hasta drogas de vida media de 40 a 100 hs (por ej. el diazepam y el clordiazepóxido). Es importante diferenciar entre la vida media de *eliminación* ( $T_{1/2\beta}$ ) que es la ya referida y la que permitirá la acumulación de las drogas, y la vida media de *distribución* ( $T_{1/2\alpha}$ ) que es la que muchas veces determinará el inicio y el fin de la acción de la droga en el SNC (figura 1).

**Metabolismo:** Las principales vías metabólicas son: 1. *oxidación:* realizada por enzimas microsomales hepáticas (por lo tanto pasibles de sufrir procesos de inducción o inhibición), que incluye, por ejemplo, reacciones de dealquilación, oxida-

ción e hidroxilación. Un metabolito importante que surge por desmetilación de varias BZ es el desmetildiazepam (o nordiazepam). Su importancia radica en que es farmacológicamente activo, y que tiene una  $T_{1/2}$  de alrededor de 70 horas; 2. *conjugación:* glucuronización y acetilación, y 3. *reducción:* Los mecanismos de oxidación y reducción dan como resultado metabolitos farmacológicamente activos que luego se conjugan con ácido glucurónico y se inactivan. Además, son mecanismos de biotransformación que dependen altamente del grado de funcionamiento hepático, y son pasibles de sufrir a ese nivel varias interacciones farmacocinéticas. En cambio, la glucuronización produ-

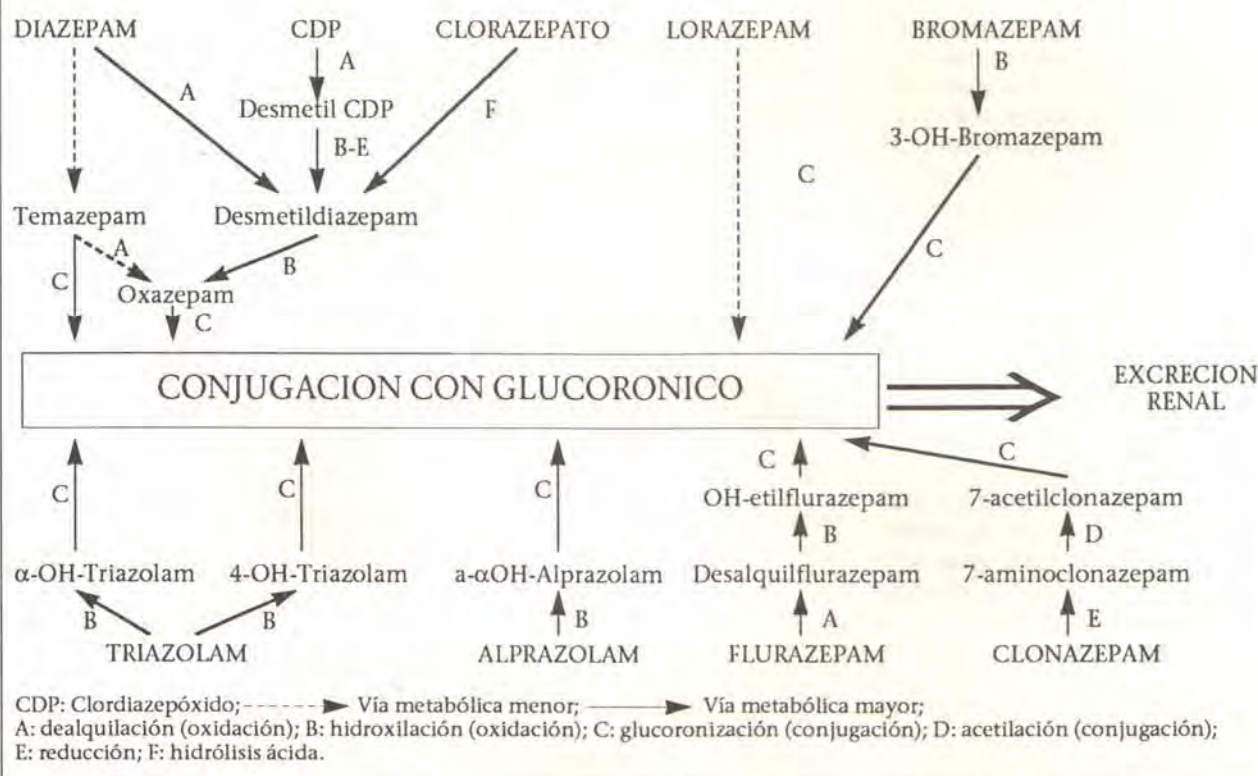
Tabla 1:

Droga	Comienzo acción luego de admin. V. O.	$T_{1/2}$ distribución	$T_{1/2}$ eliminación (horas)
Alprazolam	Intermedio	Intermedia	6 - 20
Clordiazepóxido	Intermedio	Lenta	30-100
Clonazepam	Intermedio	Intermedia	18 - 50
Clorazepato	Rápido	Rápida	30-100
Diazepam	Rápido	Rápida	30-100
Estazolam	Rápido	Rápida	10 - 24
Flurazepam	Rápido-Intermedio	Rápida	50-160
Lorazepam	Intermedio	Intermedia	10-20
Midazolam	Intermedio	Rápida	2-3
Oxazepam	Intermedio-Lento	Intermedia	8 - 12
Triazolam	Intermedio	Rápida	1,5- 5



Figura 2

Vías metabólicas principales de algunas benzodiazepinas



ce directamente metabolitos inactivos, y se realiza también en otros tejidos además del hígado, por lo cual la vida media de las drogas no se modifica tanto en relación al funcionamiento hepático y no sufre tantas interacciones a ese nivel. Las benzodiazepinas que se conjugan directamente con ácido glucurónico son el lorazepam, el oxazepam y el temazepam (figura 2).

**Excreción:** Se realiza principalmente a través del riñón.

Sobre la base de algunos de los parámetros farmacocinéticos mencionados, es útil clasificar a las benzodiazepinas de acuerdo a la velocidad de comienzo de la acción luego de la administración por vía oral, la vida media de distribución y la de eliminación (tabla 1):

Un comienzo de acción rápido luego de la administración oral es importante para que el paciente relacione la toma de la medicación con el efecto hipnótico. La T<sub>1/2</sub> de distribución es la que determinará que, en una toma única, una droga de T<sub>1/2</sub> de eliminación larga como el diazepam tenga un efecto hipnótico acotado a algunas horas, ya que una vez distribuida la droga en forma equilibrada por todo el organismo (T<sub>1/2</sub>β), los niveles que al-

canza en SNC no son suficientes para producir un efecto. Cuando la administración es repetida, aunque sea sólo nocturna, la droga se irá acumulando debido a su larga vida media β, los niveles plasmáticos serán cada vez más altos y se irá prolongando el tiempo en que dure la acción en el SNC. Este es uno de los inconvenientes de utilizar, para fines hipnóticos exclusivos, drogas de vida media de eliminación tan larga que, con el uso repetido, sufran acumulación (recordar que cuando se suspende la administración de una droga que tenga cinética de eliminación de orden 1, se considera que luego de transcurridas 4 ó 5 vidas medias ya se eliminó toda la droga del plasma. Si la administración se repite antes de que hayan transcurrido 4 vidas medias, la droga comenzará a acumularse y su nivel plasmático irá aumentando hasta llegar a una meseta, ya que la acumulación es un proceso autolimitado que alcanza un nivel estable al cabo de 4 a 5 vidas medias de la droga en cuestión).

**Efectos adversos**

1. **Sedación excesiva y alteración del rendimiento:** Cuando se utilizan

BZ con fines hipnóticos, es probable que se observe (sobre todo al usar en forma prolongada drogas de vida media larga) somnolencia matinal (resaca o "hang over"), disminución de la capacidad de atención y concentración, alteración de la coordinación motora (ataxia) y de algunas funciones cognitivas, sobre todo memoria (amnesia anterógrada) y capacidad de decisión. La hipersedación es más frecuente en la primera semana de tratamiento, y puede disminuir (por tolerancia) hacia el final de la segunda semana.

2. **Reacciones Paradojales:** Pueden manifestarse como una desinhibición de conductas agresivas o como un aumento paradójico de la ansiedad o el insomnio. Para el alprazolam se han descrito reacciones de impulsividad, euforia y manía franca. Las reacciones paradójales se observan más frecuentemente en niños, ancianos y personas con daño cerebral orgánico. El mecanismo de producción no está claro.

3. **Relajación muscular:** Este trastorno puede aumentar el riesgo de caídas y fracturas óseas, particularmente en los ancianos.

4. **Depresión respiratoria:** Es un



efecto adverso muy poco frecuente, sobre todo cuando se las utiliza con fines hipnóticos, pero junto con el anterior son la causa de que no se las indique en el insomnio secundario a apnea del sueño.

5. *Trastornos de la memoria:* La administración aguda de BZ puede producir amnesia anterógrada transitoria, que parece ser independiente de la sedación. Se encuentra alterada principalmente la adquisición de nueva información. Las que más frecuentemente ocasionan este trastorno son las de vida media ultracorta y alta potencia, como el triazolam.

6. *Reacciones alérgicas:* Las BZ, al igual que cualquier medicamento, pueden provocar este fenómeno en individuos con hipersensibilidad a ellas.

7. *Depresión:* El uso continuado de BZ se ha visto asociado con el surgimiento o el empeoramiento de cuadros depresivos, aunque aún no se sabe si son causantes del mismo o es que no pueden prevenir su aparición.

8. *Otros:* Se han descrito síntomas inespecíficos como aumento de peso, cefaleas, trastornos de la función sexual e irregularidades menstruales. Más raramente se han observado debilidad, náuseas, vómitos, visión borrosa y molestias epigástricas.

#### **Tolerancia, dependencia física y síntomas de discontinuación**

La tolerancia es la necesidad de utilizar una dosis cada vez mayor para lograr el efecto deseado. La tolerancia para el efecto hipnótico de las benzodiazepinas comienza a aparecer al cabo de unas semanas (no más de 4 ó 5). Es por esto que su uso en el tratamiento del insomnio debe tener una duración acotada, porque debido a la tolerancia y al subsecuente aumento de la dosis, es más fácil que se generen fenómenos de dependencia física y los síntomas de discontinuación consiguientes (además de la dependencia psíquica).

Los síntomas de discontinuación, en forma teórica, pueden dividirse en: a. *recurrencia* de los síntomas originales, b. *rebote* (retorno temporario y más intenso de los síntomas originales), y c. *abstinencia* (recurrencia de los síntomas originales sumada a la aparición de

Tabla 2			
Ventajas y desventajas de las BZ utilizadas en el insomnio (en relación a su T1/2)			
T1/2 Larga		T1/2 Corta	
Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
Síndromes de abstinencia menos severos	Mayor acumulación	Menor (o nula) acumulación	Síndromes de abstinencia más severos
	Mayor resaca matinal	Menor resaca matinal	

síntomas nuevos como taquicardia, hipertensión arterial u otros).

En la práctica, a, b, y c, muchas veces se superponen y es difícil diferenciar uno de otro. En esta tarea puede ser útil discriminar no sólo el tipo de síntoma sino también el momento de aparición.

a. *Recurrencia de los síntomas:* Generalmente el insomnio reaparece lentamente y sus manifestaciones son indistinguibles de las previas al tratamiento.

b. *Rebote:* Es de aparición rápida luego de la discontinuación de la droga, y se observa a partir de la suspensión brusca de BZ de T1/2 ultracorta o corta, luego de un tiempo de uso que aún no está claro. Aparentemente basta con unos pocos días para las de T1/2 ultracorta (puede ser 1 ó 2 días). Se manifiestan: aumento de la latencia del sueño no-REM, aumento del tiempo de vigilia, fragmentación y disminución de la duración total del sueño, y aumento de la actividad onírica vinculado al rebote del sueño REM. El fenómeno ha sido exhaustivamente estudiado para el triazolam, y se vio que es más intenso en la primera noche luego del retiro, lo que provoca que se lo vuelva a tomar, generando así una dependencia. El rebote ha sido descrito también para el alprazolam, estazolam, flunitrazepam, lormetazepam, loprazolam, lorazepam, nitrazepam, nordiazepam y temazepam. Su aparición es más frecuente cuanto más supera la dosis utilizada a la mínima necesaria para lograr un efecto hipnótico, por lo tanto se recomienda buscar y utilizar la menor dosis posible.

c. *Abstinencia:* A diferencia de a,

y b, en este caso junto con el insomnio aparecen síntomas que no existían previamente. El síndrome de abstinencia a las BZ puede incluir síntomas inespecíficos como insomnio, ansiedad, irritabilidad, náuseas y cefalea, alteraciones cuantitativas de la sensopercepción como hipersensibilidad a la luz, los olores y el tacto, alteraciones sensoperceptivas cualitativas como síntomas cenestésicos, ópticos, acústicos y olfatorios, y síntomas más graves y menos frecuentes como *delirium*, despersonalización, psicosis paranoide y convulsiones. El momento de aparición del síndrome de abstinencia está en relación con la T1/2 de la droga utilizada (1 a 2 días para las BZ de T1/2 corta y hasta 10 a 14 días para las de T1/2 larga). Generalmente va desapareciendo lentamente a lo largo de 1 a 3 semanas. El riesgo de que se desarrolle dependencia física y por lo tanto síntomas de abstinencia (y también de rebote) es mayor con el tratamiento a largo plazo (más de 6 meses), con dosis altas y con drogas de alta potencia. El tipo y la severidad de los síntomas de abstinencia (y rebote) también reflejan la T1/2 del compuesto utilizado, ya que son más frecuentes y más severos con los de mayor potencia y T1/2 más corta.

De acuerdo al riesgo de generar dependencia y síntomas de discontinuación, las BZ se pueden dividir en 4 grupos (de riesgo decreciente):

- *Drogas de alta Potencia y corta duración de acción:* alprazolam, midazolam, lorazepam y triazolam.

- *Drogas de alta Potencia y larga duración de acción:* clonazepam, estazolam.



Tabla 3

Equivalencia de dosis de algunas BZ

Droga	Dosis equivalente (mg)
Alprazolam	0,50
Bromazepam	3
Clonazepam	0,25
Clorazepato	7,5
Clordiazepóxido	10
Diazepam	5
Lorazepam	1
Oxazepam	15
Prazepam	10

• *Drogas de baja Potencia y corta duración de acción:* oxazepam y temazepam.

• *Drogas de baja Potencia y larga duración de acción:* clordiazepóxido, clorazepato dipotásico, diazepam, flurazepam, halazepam, prazepam y quazepam.

*Nota 1:* Se dice que una droga es más potente que otra cuando para lograr el mismo efecto es necesaria una dosis menor (ver tabla 3). Las drogas más potentes son las que tienen mayor afinidad por el receptor.

*Nota 2:* Algunas BZ, si bien teóricamente tienen efecto hipnótico, no son utilizadas en la práctica para tal fin dado que por su baja liposolubilidad penetran tan lentamente en el SNC que no resultan del todo útiles como hipnóticas (por ej. el oxazepam).

**Interacciones**

1. *Disminuyen los niveles plasmáticos de BZ:*

- a. *Por disminución de la absorción:* antiácidos y alimentos;
- b. *Por aumento de la biotransformación:* tabaco, carbamazepina (y probablemente otros anticonvulsivantes).

2. *Aumentan los niveles plasmáticos de BZ:*

- a. *Por competición por las enzimas microsomales:* cimetidina, disulfiram, eritromicina, estrógenos, fluoxetina, isoniazida;
- b. *Por disminución del flujo sanguíneo hepático:* propranolol.

3. *Potenciación de la depresión del SNC (puede ser letal):* antihistamínicos (bloqueantes de los receptores H<sub>1</sub> centrales), barbitúricos y similares, antidepresivos tricíclicos e IMAO, etanol, etc.

4. *Las BZ pueden aumentar los niveles plasmáticos de la fenitoína y la digoxina.*

**Contraindicaciones**

- 1. *Absolutas:* Miastenia gravis, apnea del sueño e hipersensibilidad
- 2. *Relativas:* Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, antecedentes de adicción a drogas.

**Utilización del insomnio**

*Acciones de las BZ sobre el sueño:*

- 1. Acortan la latencia,
- 2. Disminuyen el número de despertares,
- 3. Disminuyen el tiempo de vigilia,
- 4. Prolongan la etapa 2 del sueño no-REM,
- 5. Disminuyen la duración del sueño de ondas lentas (etapas 3 y 4 del sueño no-REM),
- 6. Disminuyen (en forma dosis-dependiente) el sueño REM,
- 7. Aumentan el tiempo total de sueño y
- 8. Como resultado de los puntos 1, 2, 3, y 7, mejoran subjetivamente la calidad del sueño.

A lo largo de todo lo visto, se ha ido poniendo en evidencia que las BZ, usadas en tomas repetidas a lo

largo de un período de tiempo, presentan ventajas y desventajas en relación a su T<sub>1/2</sub>. Estas características se pueden resumir en la Tabla 2.

Las ventajas y desventajas de las BZ en relación a su potencia ya han sido descritas con los síntomas de discontinuación.

**Indicaciones de las BZ en relación al tipo de insomnio**

De todo lo antedicho se desprende que las BZ sólo deben indicarse, luego de una cuidadosa evaluación, en el insomnio que no responde a medidas no farmacológicas y que es transitorio, no crónico, ya que la duración del tratamiento debe ser limitada (y esto debe ser explicitado antes de comenzar el tratamiento) a unas pocas semanas.

Con respecto al momento de presentación del insomnio, se podría hacer la siguiente recomendación:

*Insomnio de conciliación:* BZ de T<sub>1/2</sub> ultracorta, o de T<sub>1/2</sub> más larga pero muy liposolubles, si no se va a tratar de una utilización repetida;

*Insomnio de fragmentación, matinal o mixto:* BZ de T<sub>1/2</sub> intermedia o larga.

*Dosis:* Como ya se ha dicho, todas las BZ pueden ser hipnóticas si alcanzan la concentración adecuada en el LCR. Algunas se comercializan exclusivamente en dosis hipnóticas (por ej. flurazepam, flunitrazepam, estazolam, lormetazepam, midazolam, etc.), y se utilizan en una posología que varía, de acuerdo al paciente, desde 1/4 ó 1/2 comp. por noche hasta 2 comp. Para el resto de las BZ será necesario encontrar la menor dosis hipnótica posible en cada caso. Probablemente resulte de utilidad recordar la equivalencia de dosis de algunas de las BZ más utilizadas, como se ve en la tabla 3:

*Nota 1:* Las dosis referidas no son dosis hipnóticas, es sólo la equivalencia entre ellas para poder efectuar el cambio de una droga por otra.

*Nota 2:* Al comparar las dosis equivalentes se puede obtener una idea acerca de la potencia comparativa de las drogas.

**Ciclopírrononas**

La única ciclopírronona disponible en nuestro país es la zopiclona.



## Mecanismo de acción

Las ciclopirrolonas se unen a sitios de alta afinidad en el complejo receptor GABAA. Estos sitios probablemente sean diferentes de los de las BZ, y/o tengan un distinto mecanismo de acople entre el receptor y el efector (aún no está claro si estas diferencias acarrearán diferencias farmacológicas). Las ciclopirrolonas no discriminan entre subtipos de receptores. En los animales de laboratorio presentan efecto sedante, hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante y relajante muscular, pero en el hombre su acción se centra sobre sus propiedades hipnóticas y sedantes.

## Farmacocinética

**Absorción:** La zopiclona se absorbe casi completamente durante la primera hora posterior a su administración por vía oral. El pico plasmático se produce en 30 a 90 minutos.

**Distribución:** La biodisponibilidad de la zopiclona es del 80%. Su unión a las proteínas plasmáticas es relativamente baja (45%), y atraviesa con facilidad la BHE. Su T1/2 es corta, de 3,5 a 6 hs. para la droga madre y su metabolito activo.

**Metabolismo:** Existe un metabolito activo, el N-óxido, que se biotransforma a metabolitos inactivos, pero la mayoría de la droga se metaboliza por N-desmetilación y decarboxilación, generando metabolitos desprovistos de actividad farmacológica.

## Efectos adversos

1. **Sequedad bucal y sabor amargo:** Son los efectos adversos más comunes, y pueden provocar el abandono de la medicación.

2. **Somnolencia matinal (resaca), embotamiento, deterioro psicomotor en las primeras horas de la mañana, cefalea, incoordinación:** son menos frecuentes que cuando se utilizan BZ de T1/2 larga.

3. **Náuseas, vómitos, reacciones alérgicas:** son excepcionales.

4. **Trastornos de la memoria (amnesia anterógrada):** son menos marcados que con las BZ. 5) **Efecto paradójico (irritabilidad, ansiedad, confusión):** ocasionalmente.

6. **Pesadillas.**



## Tolerancia, dependencia física y síntomas de discontinuación

**Tolerancia:** No existen pruebas concluyentes de que la administración prolongada de zopiclona pueda generar tolerancia a la droga.

**Dependencia:** Los estudios en animales dejan entrever la posibilidad de que exista cierta dependencia, quizás menor que al diazepam.

**Insomnio de rebote:** Lo puede producir en forma similar a las BZ de T1/2 muy corta (recordar que la zopiclona tiene T1/2 corta y es también una droga muy potente).

**Síndrome de abstinencia:** La suspensión brusca de la droga luego de un tratamiento prolongado ha desencadenado un síndrome de abstinencia, compuesto principalmente por insomnio, ansiedad y molestias matinales no muy definidas. El insomnio se caracterizó por una disminución de la cantidad y calidad del sueño y un aumento del período de latencia.

## Interacciones

1. Si bien no es una interacción tan importante como la que tienen las BZ, la zopiclona potencia la acción depresora del etanol, antidepresivos tricíclicos y otros depresores del SNC.

2. También potencia la acción de los relajantes neuromusculares.

## Contraindicaciones

1. **Insuficiencia respiratoria** (si bien los estudios no han demostrado que tenga importantes efectos sobre la respiración en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

2. **Embarazo y lactancia:** Aunque en diversas especies no se ha detectado ningún efecto teratogénico ni embriotóxico, es conveniente no utilizarla durante el primer trimestre de embarazo y evaluar cuidadosamente el riesgo vs. el beneficio de utilizarla en los otros trimestres. Se



excreta en parte por leche materna, por lo cual no es recomendable su uso durante la lactancia.

3. Hipersensibilidad a la droga.
4. Miastenia gravis.
5. Edad inferior a 15 años.

#### Utilización en el insomnio

Acciones sobre el sueño:

1. Acortamiento de la latencia,
2. acortamiento de la etapa 1 del sueño no-REM,
3. efecto nulo o de prolongación de la etapa 2 del sueño no-REM,
4. aumento discreto de la duración de las etapas 3 y 4 del sueño no REM (en los ancianos y adultos mayores estas etapas no se modifican o se acortan),
5. no se altera la duración del sueño REM,
6. aumento del tiempo total de sueño (a expensas del sueño no-REM).

Debido a su corta T1/2, la zopiclona estaría preferentemente indicada en el insomnio de conciliación o inicial. Con respecto a la duración del tratamiento, si bien el desarrollo de tolerancia y dependencia no está tan claro como con las BZ, es prudente no realizar tratamientos por tiempos prolongados e indeterminados, y no suspender la droga en forma abrupta.

**Dosis:** La zopiclona se comercializa en comp. de 7,5 mg., que es la dosis usual. En el comienzo del tratamiento en ancianos, o en pacientes con insuficiencia hepática, puede utilizarse la mitad de la dosis.

#### Imidazobenzopiridinas

La única imidazobenzopiridina disponible en nuestro país es el zolpidem.

#### Mecanismo de acción

El zolpidem se une selectivamente a los receptores del tipo  $\omega 1$ , poseyendo baja afinidad por los otros tipos de receptores benzodiazepínicos. Comparado con las BZ, el efecto sedante e hipnótico se produce con dosis 10 a 20 veces menores que el efecto miorrelajante y anticonvulsivante.

#### Farmacocinética

**Absorción:** Por vía oral, la absor-

ción es rápida, y el pico plasmático aparece en 30 a 90 minutos. Debido al efecto de primer paso hepático, la biodisponibilidad de la droga es del 80%. La comida parece no afectar la farmacocinética del zolpidem.

**Distribución:** La unión a proteínas plasmáticas es del 92,94%. Atraviesa rápidamente la BHE. La vida media es ultracorta, de 1,5 a 2,5 hs, y al parecer es más larga en los ancianos y más corta en los niños.

**Metabolismo:** Se metaboliza principalmente por oxidación e hidroxilación, dando metabolitos inactivos.

**Excreción:** Principalmente por riñón. En la leche materna aparece sólo en pequeñas cantidades.

El daño hepático o renal disminuyen la eliminación de la droga, por lo cual es necesario reducir la dosis si existe alguno de estos trastornos. La farmacocinética parece estar afectada por el sexo: en el área bajo la curva en mujeres, se ven mayores concentraciones plasmáticas que en los hombres, y eso podría influenciar la incidencia de efectos adversos.

#### Efectos adversos

1. Somnolencia (5,2%).
2. Cefalea (5%).
3. Trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor) (3%).
4. Astenia (2,3%).
5. Caídas y confusión (2,3%): casi exclusivamente en ancianos, especialmente en los que reciben dosis altas (> 20 mg/día).
6. Vértigo y mareos.
7. Amnesia anterógrada (1,6%): no parece estar relacionada con la edad ni con la dosis.
8. Otros: Más raramente (<1%) pueden aparecer angustia, ansiedad, taquicardia, palpitaciones, diarrea, visión borrosa, agitación y paranoia.

Cuando la dosis utilizada es > 20 mg/día, aparentemente la incidencia de efectos adversos aumenta bastante.

#### Tolerancia, dependencia física y abstinencia

Parecen ser menos frecuentes que con las BZ, pero aún falta estudiarlas adecuadamente. La evidencia preliminar sugiere que no causa insomnio de rebote, pero esto de-

bería confirmarse en estudios que comparen zolpidem con otros hipnóticos. Además, estos estudios fueron realizados a un plazo relativamente corto.

#### Interacciones

Los datos más importantes a consignar son que el zolpidem potencia el efecto de otros depresores del SNC, y que parece no inhibir las enzimas hepáticas. Además, al administrarlo conjuntamente con clorpromazina se vio un aumento de la T1/2 de esta última y una disminución de la habilidad manual en las primeras 3 horas. Su farmacocinética no se vio afectada por el haloperidol ni la imipramina. Pero al igual que con clorpromazina, la imipramina aumentó los efectos sedantes del zolpidem y en algunos pacientes apareció amnesia anterógrada.

#### Utilización en el insomnio

Acciones sobre el sueño:

1. Disminución de la latencia,
2. aumento del tiempo total de sueño (por aumento de la etapa 2 del sueño no REM),
3. no afecta las etapas 3 y 4 del sueño no REM. En dosis mayores que 10-20 mg. prolonga las etapas 2, 3 y 4 del sueño no REM, disminuye la latencia para el sueño REM y su duración.

Dado su corta T1/2, su utilización es más eficaz en el insomnio de conciliación o de despertares en la primera parte de la noche.

A pesar de la ausente o baja posibilidad de que se produzca tolerancia, aún es prematuro confiar en una indicación a largo plazo (meses). Tampoco se sabe si sería prudente utilizar dosis menores en mujeres.

**Dosis:** En pacientes menores de 65 años con insomnio agudo, comenzar con 10 mg, que se pueden aumentar a 15 ó 20 si es necesario. En pacientes mayores de 65 años, comenzar con 5 mg, llegando como máximo a 10 mg. Hay que usar dosis más bajas en pacientes con daño hepático o renal. No se recomienda el uso prolongado, y hay que advertirle al paciente acerca del riesgo en el uso de vehículos o maquinarias.

El zolpidem se presenta en comprimidos de 10 mg.



## Bloqueantes H<sub>1</sub>

Son drogas de distintos grupos químicos y con distintas indicaciones terapéuticas (psiquiátricas o no), pero que comparten un mecanismo de acción: el bloqueo de los receptores histaminérgicos H<sub>1</sub> centrales, lo que les otorga propiedades sedantes que pueden ser aprovechadas para usarlas como hipnóticos.

Entre los grupos de drogas que se pueden utilizar se encuentran algunos antialérgicos, antidepresivos y antipsicóticos.

### Antialérgicos

El más utilizado como hipnótico es la difenhidramina. Es una droga que se absorbe bien por vía digestiva, y alcanza su pico plasmático en aproximadamente 2 horas, manteniendo ese nivel por otras 2 horas y luego decreciendo con una T<sub>1/2</sub> de alrededor de 3,5 horas. Se metaboliza casi completamente en el hígado y se elimina por riñón. Los efectos adversos más comunes son los que se producen en el SNC: sedación diurna, mareos, cansancio, incoordinación, visión borrosa, diplopia, euforia, intranquilidad, insomnio y temblores. Siguen en frecuencia los síntomas digestivos: anorexia, náuseas, vómitos, constipación o diarrea. Otros efectos adversos son la sequedad bucal, poliuria y disuria, palpitations, hipotensión, cefalea, etc. Es importante recordar que los antihistamínicos son potentes anticolinérgicos, por lo que pueden llegar a pro-

vocar cuadros de intoxicación atropínica, sobre todo en ancianos y cuando se potencian con otras drogas antimuscarínicas. También se potencian con otros depresores del SNC. El efecto atropínico también se torna peligroso en la sobredosis.

Otro antihistamínico utilizado frecuentemente es la prometazina, que es una fenotiazina alifática desprovista de efecto antipsicótico.

Se puede desarrollar tolerancia al efecto sedante e hipnótico de estas drogas.

Los antialérgicos de este tipo disminuyen la latencia del sueño, pero no aumentan el tiempo total del mismo. Son menos eficaces que las benzodiazepinas, pero pueden utilizarse en el tratamiento del insomnio en pacientes ancianos o en aquellos en que esas drogas estén contraindicadas; cuando se quiere evitar el riesgo de dependencia y abstinencia; cuando se está realizando un retiro de benzodiazepinas y el paciente no puede dormir, o para potenciar el efecto de otros hipnóticos que tengan otro mecanismo de acción.

La difenhidramina se comercializa en cápsulas de 50 mg, y se utiliza en un rango de 25 a 100 mg/noche. La prometazina se comercializa en comp. de 25 mg, y se utiliza en una dosis aproximada de 25 a 50 mg/noche.

### Antidepresivos

Varios antidepresivos tienen un importante efecto sedante debido al bloqueo H<sub>1</sub>. Entre los más potentes se encuentran la trazodona, la

mianserina, la amitriptilina y la trimipramina. En dosis que no llegan a ser las indicadas para el tratamiento de la depresión (cuando el insomnio no forma parte de este cuadro) son medicamentos que pueden ser utilizados con eficacia en el tratamiento de estos trastornos del sueño, con las mismas indicaciones vistas para los antialérgicos. Los efectos adversos y las contraindicaciones serán las correspondientes a cada grupo de drogas (tríclicos, etc.).

### Antipsicóticos

Existe también un grupo de antipsicóticos con intenso efecto sedante, dentro del cual se encuentran la clorpromazina, la levomepromazina, la clotiapina, etc. Estas drogas, en dosis menores que las necesarias para el efecto antipsicótico, también suelen ser usadas como inductoras del sueño. Los efectos adversos que pueden provocar son los correspondientes a este grupo de fármacos, e incluyen algunos efectos graves debidos al bloqueo D<sub>2</sub>, (por ej. diskinesias tardías), que a veces aparecen por el uso prolongado aún en dosis bajas. Considerando que el efecto hipnótico se produce por el bloqueo H<sub>1</sub>, y que existen otros antagonistas de estos receptores que presentan menor peligro, al evaluar la ecuación riesgo/beneficio, no parece justificarse el uso de este grupo de drogas para el tratamiento del insomnio en pacientes que no presentan síntomas psicóticos, excepto como último recurso ■

## Bibliografía

Arana, G., and Hyman, S.: *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*; Little, Brown and Company, New York, 1991.  
Baldessarini, R.: *Chemotherapy in Psychiatry*; Harvard University Press, 1985.  
Bueno, J., Sabanés, F., Salvador, L. y Gascon, J.: *Psicofarmacología Clínica*; Salvat, Barcelona, 1985.  
Cabrera Bonet, R., Mencías Rodríguez, E., Cabrera Fomeiro, J.: *Toxicología de los psicofármacos*; Mosby/Doyma Libros, 1994.  
Costa e Silva, J. A. and Nadelson, C.: *International Review of Psychiatry*, Volume 1; American Psychiatric Press, 1993.

Goodman y Gilman: *Las bases Farmacológicas de la Terapéutica*; Editorial Médica Panamericana, 1991.  
Kaplan, H. y Sadock, B.: *Manual de Farmacoterapia en Psiquiatría*; Williams and Wilkins, 1993.  
Langtry, H. D. and Benfield, P.: *Zolpidem: A Review of its Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Properties and Therapeutic Potential*; *Drugs* 40 (2): 291-313, 1990.  
Monti, J. M.: *Sueño normal y Patológico*, Estudio monográfico Somit.  
Rothlin, R., Tessler, J. y Zieher, L.: *Farmacología (Volumen 1)*; Coopgráfica, Bs.

As., 1993.  
Shader, R.: *Manual of Psychiatric Therapeutics*; Little, Brown and Company, New York, 1994.  
Schatzberg, A. and Nemeroff, Ch.: *Textbook of Psychopharmacology*; American Psychiatric Press, 1995.  
Stagnaro, J. C., Bednarz, C. y Sobredo, L.: *Diccionario de Psicofarmacología*; Editorial Polemos, Buenos Aires, 1994.  
Williams, V. C., Vamado, G. C. and Nwangu, P. U.: *Perspectives on the Clinical Pharmacology of Benzodiazepines*; *Drugs of Today*, 1985, vol. 21, N° 2: 75-91.



# El sueño en la vejez

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra. Miembro del Capítulo de Psicogeriatría de APSA. Jefe de Trabajos Prácticos, Facultad de Psicología, UBA. Gallo 1543, PB. "C". 822-3218.



En el presente trabajo me propongo reflexionar sobre el sueño en los viejos. Con este objetivo, repasaré algunas particularidades del dormir en ellos, analizaré los trastornos del sueño que ocurren en la vejez y presentaré algunos recursos terapéuticos.

Al encarar nuestro recorrido, no debemos perder de vista que existen interrogantes acerca del sueño para los cuales todavía no se han encontrado respuestas y en los que se continúa investigando, como por ejemplo: por qué los organismos vivos duermen o por qué los trastornos del sueño son síntomas de las enfermedades mentales y físicas.

Forest Medical Center en North Carolina, Estados Unidos, arrojó que el 50% de los mismos no poseía entrenamiento formal en esta área y que las características del sueño de los pacientes no eran incorporadas a las historias clínicas de los mismos(2). Al respecto, cabe señalar que en nuestro medio en la mayoría de las historias clínicas psiquiátricas no se concede a esta temática un espacio específico significativo, sino que ella se pierde en medio del resto de la información.

## El dormir normal

Podemos señalar algunas par-

ticuliaridades del dormir normal en los viejos:

- a. el sueño es menos profundo,
- b. durante los períodos de sueño los despertares son más frecuentes,
- c. es necesario un lapso mayor de tiempo para conciliar el sueño,
- d. el tiempo total de sueño nocturno es menor,
- e. una vez perdido el sueño, el tiempo que demoran en volver a conciliarlo es mayor,
- f. la eficiencia del sueño es menor.

Existen estudios que correlacionan el sueño REM y lo que se podría denominar una buena adaptación a la vejez; ésta se acompañaría de la preservación del sueño REM, mientras que las fallas en la adaptación se pondrían de manifiesto por la disminución de la continuidad del sueño y por un aumento relativo del sueño REM (se observa en los desórdenes afectivos) o por una disminución en el sueño REM (se observa en los trastornos neurodegenerativos)(3). Se postula que la disminución de la actividad serotoninérgica sería responsable del acortamiento del sueño REM(3).

Para comprender acabadamente qué significa el insomnio en la vejez, considero fundamental pensarlo dentro de un marco biopsicosocial y no como un síntoma aislado. La conservación de la salud física y psíquica está asociada con un nivel de sueño diario no mayor y quizás aún menor que el que existe en adultos jóvenes.

Ciertos aspectos como sexo, estabilidad de los ritmos sociales, soporte social, nutrición y activi-



dad física contribuyen a amortiguar los efectos de los hechos negativos de la vida que actuarían como estresores crónicos y que siempre se encuentran como precursores de los problemas psiquiátricos de los viejos(3). Dichos estresores crónicos serían los problemas de trabajo, los problemas económicos y la enfermedad física crónica(3).

A su vez, tres son los factores fundamentales que influyen en el ciclo vigilia- sueño de los viejos:

a. *mayor tiempo de reposo en la cama:* que causaría modificaciones de los ciclos circadianos del cuerpo,

b. *la jubilación:* que produciría modificaciones psicológicas que alteran los patrones del sueño y

c. *la institucionalización:* que implicaría cambios drásticos en las condiciones y rutinas de vida(4).

### Alteraciones del sueño

Es posible distinguir cuatro tipos de alteraciones del sueño en la vejez: las alteraciones asociadas a los trastornos mentales, las relacionadas con las enfermedades físicas, aquellas producidas por fármacos y el denominado insomnio primario(5).

#### 1. Alteraciones del sueño asociadas a los trastornos mentales

a. *Depresión:* en estos casos, el insomnio es un síntoma de la enfermedad depresiva, por lo que el tratamiento se debe centralizar en ese cuadro<sup>1</sup>; prestar atención solamente al trastorno del sueño como síntoma aislado puede contribuir a enmascarar el cuadro y a cronificarlo. Más allá de la etiología del cuadro depresivo (orgánica, endógena, reactiva)

se pueden rastrear algunas fantasías comunes en estos pacientes: el temor a no despertarse más en caso de quedarse dormido, que habitualmente encubre el temor a la muerte, el miedo a qué va a

contar con cierta prudencia al administrar psicofármacos, ya que éstos pueden tener un efecto transitorio, contribuyendo a empeorar el cuadro. En muchos pacientes el trastorno del sueño puede adqui-



ocurrir al levantarse con respecto a cambios en el mundo circundante, el miedo a encontrarse solo por la mañana, el temor a tener pesadillas, el temor a pasar otra noche de insomnio, el miedo a ser abandonado.

Cabe destacar que es necesario

rir las características de un "equivalente depresivo", en donde la persona se encuentra afectada por otros problemas de base que son enmascarados por las quejas con respecto a su insomnio.

El patrón más frecuente en el paciente depresivo severo tiene



que ver no tanto con quedarse dormido sino con permanecer dormido. Se observa que los pacientes se duermen en sus horarios habituales, pero se despiertan en repetidas ocasiones en la segunda mitad de la noche, para ya no volver a conciliar el sueño en las horas de la madrugada, despertándose mucho más temprano por las mañanas, coincidiendo con un ánimo muy depresivo<sup>2</sup>.

b) *Manía*: aquellos viejos que aparecen con excitación maníaca durante el día continúan con ella durante la noche. Las crisis de manía pueden desencadenar episodios confusionales o de *delirium*(6).

c) *Situaciones que desencadenan ansiedad*: cualquier situación asociada a episodios de ansiedad puede provocar trastornos en el dormir. Los "disparadores" son muchos, mencionemos algunos de ellos: visitas al médico, mudanzas, noticias inesperadas, autopercepción de alteraciones cognitivas, síntomas clínicos de enfermedades físicas, etc. En estos casos se observa una gran dificultad para dormirse que trae aparejada fatiga y complicaciones para llevar adelante las actividades habituales. Para corregir el insomnio se debe modificar la causa que desencadenó la ansiedad. Los pacientes desarrollan un insomnio de características transitorias que, en caso de no ser tratado adecuadamente, puede transformarse en permanente con el consiguiente deterioro de las condiciones de vida.

d) *Psicosis*: Se ha comprobado que la profundidad del sueño que alcanzan estos pacientes es menor a la que alcanzan los viejos normales; pueden despertarse varias veces en el transcurso de una noche y es difícil que vuelvan a conciliar el sueño. En los episodios psicóticos agudos la cantidad de sueño está muy reducida por efecto de las alucinaciones y el delirio; se registra la desaparición del carácter cíclico del dormir y la ausencia o disminución de los estadios del sueño lento más profundo y del sueño paradójico. En algunos viejos que padecen esquizofrenias que han evolucionado crónicamente, se puede observar que se levantan cada día más tarde hasta culminar en una inversión parcial o total del ritmo del sueño(3).

e) *Demencia*: las dificultades en el sueño que presentan estos pacientes muy a menudo son el factor precipitante de la decisión de institucionalizarlos que toman algunas familias. La degeneración de las estructuras neurales que controlan el ciclo vigilia/sueño, junto con las alteraciones psicológicas concomitantes, producen una desorganización de las fases del sueño que se puede manifestar de distintas maneras.

Algunos pacientes logran conciliar el sueño, pero se despiertan muy temprano y ya no vuelven a retomarlo, desarrollando episodios de agitación (turbulencia nocturna) que pueden acompañarse de alucinaciones visuales y auditivas, siendo las primeras más frecuentes. Aquellos pacientes en los cuales se invierte el ritmo del sueño plantean un problema especial: tienen repetidos episodios de sueño diurno que hacen que pasen gran parte de la noche despiertos. Esto lleva a un gran deterioro en la calidad de vida y a la marginación del circuito de estímulos habituales que comparten con el resto de las personas(6).

## 2. Alteraciones del sueño asociadas a enfermedades físicas

Algunas enfermedades físicas comúnmente presentes en la vejez actúan inhibiendo la capacidad de sueño. Es difícil establecer una clasificación precisa, pero podemos distinguir dos tipos de insomnio asociado con alteraciones físicas(7):

a. *trastornos que generan dificultades para conciliar el sueño*: dolores de cabeza, enfermedad gastrointestinal, lesiones del sistema nervioso central, dolor crónico proveniente de osteoartritis, fracturas.

b. *trastornos que generan dificultades para mantener el sueño*: síntomas cardiovasculares, obstrucción urinaria secundaria a prostatismo, infecciones urinarias a repetición, apnea del sueño, mioclonus nocturno, nocturia, asma y bronquitis, diabetes no insulino dependiente, neoplasias, enfermedades metabólicas, insomnio perimenopáusico, enfermedades endocrinas, enfermedades infecciosas.

## 3. Alteraciones del sueño producidas por fármacos

Algunas medicaciones pueden

interferir con el desarrollo normal del sueño: teofilina, aminofilina, psicoestimulantes, descongestivos, broncodilatadores, agentes anticonvulsivantes, preparaciones de hormona tiroidea(5).

La mayoría de la medicación hipnótica puede producir trastornos del sueño después de una ingesta prolongada o durante el período de abstinencia aguda una vez suspendida. En general estos pacientes se quejan de múltiples despertares breves durante la noche (vide infra).

## 4. Insomnio primario

Se diagnostica este tipo de insomnio cuando se han descartado todas las causas anteriormente mencionadas. Según el DSM este insomnio se define como aquél que provoca una dificultad para iniciar o mantener el sueño de por lo menos un mes de duración y provoca una merma en el rendimiento social y laboral de la persona que lo sufre(8).

## Recursos terapéuticos

Podemos dividir los recursos terapéuticos para los trastornos del sueño en no farmacológicos y farmacológicos.

a. *Recursos no farmacológicos*:(3, 5, 9, 10)

- utilizar la cama sólo para dormir y para los momentos de intimidad,

- evitar dentro de lo posible las siestas,

- mantener condiciones confortables de sueño,

- realizar gimnasia diariamente, preferentemente a última hora de la tarde,

- las comidas diarias deben ser en horarios regulares y se debe evitar cenas copiosas,

- tratar de atenuar los ruidos en los horarios de sueño,

- cuartos excesivamente cálidos perjudican el sueño,

- el hambre puede alterar el sueño,

- evitar el uso crónico de tabaco,

- levantarse a la misma hora todas las mañanas,

- levantarse de la cama e ir a otra habitación en caso de no poder conciliar el sueño,

- ir a la cama cuando el sueño se presenta,



- en caso de levantarse durante la noche, no comer,
- establecer rutinas presueño.

b. *Recursos farmacológicos:* (3, 6, 10)

La complejidad de este tema se manifiesta en los siguientes datos: en 1974 los norteamericanos de más de 65 años recibieron un promedio de 13 prescripciones por año; esta misma encuesta mostraba que entre el 67% y el 80% de los viejos recibió medicación, mientras que ese valor aumenta hasta el 97% al tratarse de viejos institucionalizados. En 1986 los psicofármacos ocupaban el quinto lugar entre las drogas prescritas a los pacientes ancianos.

En primer lugar, tenemos que tomar en cuenta las modificaciones que se producen en la absorción, la distribución y la eliminación de los psicofármacos en los viejos.

Podemos decir que la medicación hipnótica tiene lugar en el tratamiento del insomnio cuando se deben manejar situaciones de insomnio situacional o transitorio o cuando no hay respuesta frente a los recursos no farmacológicos.

En caso de utilizar benzodiazepinas deben privilegiarse aquéllas de acción corta y ultracorta, porque tienen una menor vida media. Siempre es necesario establecer la dosis mínima efectiva que generalmente es un tercio o la mitad de la dosis que recibe un paciente adulto<sup>3</sup>. Algunos autores(11) recomiendan que las ben-

zodiazepinas no deben ser utilizadas por un período de tiempo mayor a los tres meses; en caso de

vo en pacientes que presentan demencias con síntomas psicóticos (alucinaciones, delirio, turbulen-



ser necesarias deben ser usadas en forma intermitente. Los efectos adversos más severos que se pueden observar en los viejos son: sedación diurna, ataxia, excitación paradójica, fatiga, desinhibición, y amnesia anterógrada que puede llegar al síndrome confusional.

Las benzodiazepinas podrían incrementar el deterioro cogniti-

cia nocturna), aparte de presentar una frecuencia mayor de efectos indeseables<sup>4</sup>. En estos casos, estaría indicada la utilización de neurolépticos del tipo de la tioridazina y el haloperidol, en caso de que predominen los síntomas alucinatorios y delirantes y prometazina, perfenazina y levomepromazina, en caso de que predominen los síntomas de agitación,



excitación y turbulencia nocturna. Al utilizar estas medicaciones, es necesario realizar un seguimiento muy estricto que incluya controles de la presión arterial (es clásica y de muy lamentables consecuencias la fractura de cadera que se produce en los viejos al levantarse de la cama por las noches o en las mañanas, y que en general tiene como causa a la hipotensión postural), de la aparición de síntomas extrapiramidales y de disquinesia tardía. Las dosis deben ser bajas y deben ser calculadas de acuerdo a los síntomas y a las características del insomnio

de cada paciente; la evolución clínica de estos cuadros debe ser seguida muy de cerca ya que las variaciones en ellos son frecuentes y súbitas, debiendo ser acompañadas de modificaciones en el esquema farmacológico.

Resulta altamente iatrogénico mantener con la misma medicación a un paciente viejo durante tiempos muy prolongados; esto es habitual de ver en aquellos institucionalizados en los cuales se verifica "la interpretación social del envejecimiento como un problema médico"(12).

Algunos antidepresivos sedati-

vos, entre los cuales encontramos a la trimipramina, a la amitriptilina y al trazodone, pueden tener efectos beneficiosos en pacientes con insomnio de evolución prolongada relacionados con episodios depresivos. Los antidepresivos pueden mantener el efecto sedativo durante mayor tiempo que las benzodiazepinas.

Existen algunas evidencias de que el L-triptofano induce al sueño, pero no de que lo mantenga; el antihistamínico difenhidramina tiene muchos efectos centrales anticolinérgicos, por lo que no se recomienda su uso ■

#### Referencias bibliográficas

1. Zarit, S., Aging and mental disorders. Psychological approaches to assessment and treatment. *The Free Press, Macmillan Publishing Co., Inc.* New York. 1983.
2. Haponik, E., Sleep disturbances of older persons: physicians attitudes. *Sleep Journal*. Vol. 15. Apr. 1992.
3. Reynolds, C. y otros, "Sleep disorders in late life: a biopsychosocial model for understanding pathogenesis and intervention", en Coffey, C. E. y Cummings, J. Textbook of geriatric neuropsychiatry. *The American Psychiatric Press*. Washington. 1994.
4. Manopulo, R. y Sturani, A., Sleep and aging. European Congress on Geriatric Treatment. *Archives of gerontology and geriatrics*. Bologna. 1991.
5. Spar, J., Geriatric Psychiatry. *American Psychiatric Press*. Washington. 1990.
6. Strejilevich, M., *Temas de psicogeriatría*. Ediciones 1919. Buenos Aires. 1990.
7. Hartmann, E., "Sleep", en AA.VV. *The New Harvard Guide to Psychiatry. The Belknap Press, Harvard University*. Cambridge, Massachusetts, London. 1988.
8. DSM-IV. *American Psychiatric Association*. Washington. 1994.
9. Lacks, P. Behavioral treatment for persistent insomnia. *Psychology Practitioner Guidebooks*. Washington. 1987.

10. Reynolds, C., "Sleep disorders", en Sadavoy, J., Lazarus, L., Jarvik, L. *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry. American Association of Geriatric Psychiatry*. Washington. 1991.
11. Salzman, C. "Medication Compliance in the elderly", en *The Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 56. Supl. I. 1995.
12. Salvarezza, L. "Vejez, medicina y prejuicios", en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. II, nro. 4. Junio-Julio-Agosto. 1991.

#### Notas

1. Reynolds y Kupfer plantean que el sueño y la depresión comparten los mismos mecanismos fisiopatológicos.
2. Entre nosotros fue Mario Strejilevich quien caracterizó el insomnio que ocurre casi siempre de madrugada, propio de las depresiones endógenas.
3. Moizeszowicz plantea que las benzodiazepinas de acción corta y ultracorta, después de ser utilizadas durante dos semanas, pierden su efecto hipnoinductor.
4. Hoch plantea que la apnea del sueño es mucho más frecuente en pacientes dementes, y que el uso de benzodiazepinas puede incrementarla.

#### Bibliografía de ampliación

- Denber, H. *Manual de Psicofarmacología clínica*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1980.
- Ferrey, G., Le Goues, G., Bobes, J. *Psicopatología del anciano*. Masson. Barcelona. 1994.
- Kaplan, H., Sadock, B. *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. 1991.
- Kuwai, T., Kawahara, R., Tanaka, Y. "Investigation of sleep disorders in aged persons in homes for the aged". *Kyushu Neuropsychiatry*. Vol. 34. Yonago, Japan. 1988. Williams & Wilkins. Maryland. 1991.
- Moizeszowicz, J. *Psicofarmacología psicodinámica II. Aspectos neuroquímicos, neuropsiquiátricos y psicológicos*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1988.
- Morewitz, J. "Evaluation of excessive daytime sleepiness in the elderly". *Journal of The American Geriatrics Society*. 1988.
- Neylan, T. "Treatment of sleep disturbances in depressed patients". *The Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 56. Supl. 2. 1995.
- Stagnaro, J.C. y otros (comp.) *Diccionario de Psicofarmacología y drogas coadyuvantes de la clínica psiquiátrica*. Polemos de. Buenos Aires. 1994.
- Wooten, V. "Evaluation and management of sleep disorders in the elderly". *Psychiatric Annals*. Vol. 20. 1990.



# El misterio de la conciencia onírica

## Entrevista a Michel Jouvét

por Patrick Eche y Dominique Wintrebert

**M** iembro de la Academia Francesa de Ciencias y medalla de oro del Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Michel Jouvét es profesor de medicina experimental en la Universidad de Lyon. Director de la Unidad de investigación del INSERM especializada en "oniología molecular" y de la Unidad asociada del CNRS de-

dicada a la "Neurobiología de los estados de vigilia". Inventor del sueño paradójico (SP), dedicó su vida de investigador a intentar comprender la función fisiológica de los sueños. Los aborda de manera muy distinta a Freud: no le interesa más que marginalmente descifrarlos en el sentido de la célebre distinción entre contenido manifiesto y contenido latente.

**Vertex:** Después de haber dedicado 30 años al estudio del sueño paradójico, ¿la función de los sueños le sigue resultando tan enigmática?

**M. Jouvét:** Desafortunada o afortunadamente, sí. Creo que quizás no la conozcamos nunca. Es la última frontera del conocimiento científico del cerebro. No sé si las cogniciencias permitirán conocer los me-

canismos de la conciencia despierta; pero el problema de la conciencia onírica, que aparece relativamente tarde en la evolución biológica, sigue siendo un misterio. Se avanza en la detección de ciertos mecanismos energéticos del sueño paradójico (SP) gracias a nuevas herramientas, pero, desafortunadamente, la estrategia que consistía en pensar que cuanto





## Perspectiva histórica

En 1949, Horace Maggoun y Giuseppe Moruzzi descubren la formación reticulada en la parte "reptiliana" del cerebro y le atribuyen la responsabilidad del despertar. Diez años más tarde, esta teoría unitaria del sueño se ve alterada por un doble descubrimiento: por un lado, que el sueño es un proceso activo, y no sólo el despertar, como se pensaba hasta entonces; por otro lado, que hay dos estados del sueño. Cuando en 1958, Michel Jouvet instala el primer electrodo en el cerebro de un gato para estudiar sus mecanismos de aprendizaje, no tiene idea de que tres años más tarde se descubrirán las tres cuartas partes del saber actual sobre el SP. Según él, fue el azar el que lo hizo el descubridor de un tercer estado del cerebro, distinto del sueño y del despertar: los sueños. El descubrimiento de concordancias entre los movimientos oculomotores del SP y la escenografía de los sueños así como los registros electroencefalográficos continuos permitirán identificar la fase de SP y el período de los sueños mientras se duerme.

En 1979, la llegada de la era de los neurotransmisores trae aparejado el abandono de la teoría mono-aminérgica del sueño y despierta grandes esperanzas. Así y todo, su multiplicación (hoy en día unos cien neurotransmisores), causa cierto desencanto y la idea triunfal de que todo fenómeno encontrará su explicación deviene en cierto pesimismo.

## Las tres claves

En la actualidad, Michel Jouvet retiene tres claves fundamentales para explicar los mecanismos de los sueños:

1. Los sueños requieren mucha energía en razón de la intensa actividad cerebral. El cerebro que piensa sería pues como un músculo que trabaja, y por ende, produce calor.

"Es necesario dormir en un momento dado para permitirle al cerebro recargar energía, esencialmente en las células gliales, y para hacer descender la temperatura" (*Le sommeil et le rêve*. Odile Jacob. Fev. 1992. p. 18). De esta forma, ciertos detectores, ligados tal vez a la temperatura, le avisarían al sistema de los sueños que los depósitos ya están recargados.

Por otra parte, el sistema de regulación del sueño paradójico en función de la temperatura transgrede una ley fundamental de la biología. Esta ley plantea que la actividad de un sistema fisiológico disminuye proporcionalmente a la temperatura. Si, por ejemplo, uno respira 16 veces por minuto cuando el cuerpo está a 37 C, a 27 C sólo respiraremos 8 veces y 4 a 17 C, etcétera. Pues bien, en cuanto a los sueños, y aparentemente sólo en cuanto a ellos, es a la inversa. Si la temperatura baja, el SP aumenta muy rápidamente. "Todo ocurre como si el 'objetivo' de este sistema fuera obtener sueño paradójico permanente alrededor de los 20 C" (*Le sommeil...*, p. 19).

2. La segunda clave no disociada de la precedente nos da la filogénesis: el SP sólo existe en los animales homeotermos, es decir, aquéllos que tienen una temperatura constante, independiente de la del mundo exterior. ¿Por qué los peces no sueñan, a diferencia de los mamíferos? Michel Jouvet piensa que esto está ligado a la neurogénesis. "Tomad un pez de sesenta años: ¡las células de su cerebro sigue dividiéndose! En los homeotermos, por el

más se conocieran los mecanismos del sueño paradójico, más se conocerían sus funciones, no resultó rentable. No ocurre lo mismo con la vigilia. Se estudian sus mecanismos y se descubren nuevos sistemas de vigilia. Asimismo, el estudio de los mecanismos del sueño ha echado cierta luz sobre sus funciones. La función de los sueños, por el contrario, continúa siendo un enigma.

## Vertex: ¿Podemos identificar a los sueños con el sueño paradójico?

**M. Jouvet:** Es una muy buena pregunta. Citaré los argumentos a favor de esta tesis al tiempo que soy perfectamente consciente de que hay otros que piensan que se sueña permanentemente mientras se duerme. Estos argumentos permiten considerar que el sueño paradójico rinde cuenta del 90% de la actividad onírica. El primer elemento es el despertar de los sujetos antes, durante y después de la fase de sueño paradójico. Cuando se despierta a los sujetos durante el SP, el 80% de los mismos sueña en colores con muchos detalles. Si se los despierta después, el color desaparece muy rápidamente en función de la latencia, y después de algunos minutos, el contenido se vuelve muy difuso. En otros laboratorios, se descubrió que despertando a los sujetos durante el estadio 2, se obtenía una especie de pensamiento abstracto.

El problema es dar una definición de los sueños. Existen otros dos elementos objetivos que se han agregado recientemente a esta primera prueba. El primero se relaciona con los trabajos de La Berge sobre el sueño lúcido. La Berge registró a partir de electrodos puestos en el dedo índice, (ya que los lumbricales escapan a la inhibición del tono muscular), una señal de tamborileo rítmico, un fenómeno que no puede aparecer por casualidad. Luego de realizar un control antes de dormir, el investigador le indica al sujeto que es un soñador lúcido: "cuando vayas a empezar a soñar, dínos que sueñas moviendo los dedos de esta manera".

## Vertex: ¿No podríamos imaginar que hay un efecto de sugestión en el sujeto que va a dormir?

**M. Jouvet:** No, no lo creo. Hay noches en las que estos sujetos no tienen sueños lúcidos. Por el contrario, hubo episodios durante los cuales los sujetos no se despertaron, pero así y todo enviaron un mensaje muy claro que aparece en el momento en que hay asociación de movimientos oculares y atonía total. A menos que se trate de una enorme superchería, es imposible bloquear los músculos e inventar estos patrones de movimientos oculares. Pues bien, la señal convenida sólo apareció en el estadio de SP; no así en los estadios 1, 2, 3 ni 4 del sueño.

El otro argumento fue el descubrimiento, en el hombre, del "comportamiento onírico" que había sido observado en el gato: las lesiones del sistema que provoca la atonía muscular dejan al gato perfectamente normal cuando está despierto, perfectamente normal cuando duerme. Sin embargo, en cuanto comienza a soñar, en período de SP, el gato empieza a orientar la cabeza y los ojos en el espacio y presenta comportamientos de ataque, huida, etc..., cuya etología fue estudiada. Siempre esperé ver la correspondencia de esto en el hombre. Vi, una o dos veces, a parkinsonianos que movían un poco las manos du-



rante el SP, pero no me pareció que se tratara de comportamiento onírico. Fue el equipo de Minnesota, Schenk y Mahowald, el que tuvo la suerte de ver enfermos (para un 75% de los hombres entre 55 y 70 años) que venían a consultar, ellos, por una fractura de Pouteau, sus mujeres, con un ojo "en compota". ¿Qué había sucedido? La mujer cuenta cómo durante la noche, el marido intentó matarla y cómo al golpear tan fuerte el borde de la cama, se fracturó. Grabaron entonces a estos sujetos cuando dormían. Yo vi los videos. Cuando el comportamiento es al máximo, se ve a un sujeto que duerme muy tranquilamente y que, en mitad de la noche presenta un comportamiento de lucha. Golpea con gran violencia, tiene un comportamiento de agresión. Cuando se lo despierta, cuenta que estaba matando un león enorme o un oso. Si se observa el registro electroencefalo-gráfico, se ve la aparición de movimientos oculares y se verifica que todos estos comportamientos se dan en fase de SP, sin excepción, pero desde luego, hay conservación e incluso aumento del tono muscular en ese momento.

**Vertex:** No es comparable al sonambulismo.

**M. Jouvet:** El sonambulismo plantea un problema. Aparece en el momento del estadio 4, muy a menudo una hora y media luego del adormecimiento, cuando debería darse un periodo de sueños, pero el trazado cortical sigue siendo lento. La diferencia con el soñar, es que cuando uno despierta a un sonámbulo, éste no tiene recuerdos de haber soñado. El sonámbulo se asombra de encontrarse de pie y no recuerda lo que hizo durante el acceso de sonambulismo. Los sonámbulos tienen un objetivo: con frecuencia se dirigen hacia la heladera y se sirven un vaso de leche. Se trata por lo tanto de una percepción muy distinta de los sueños. He aquí otro argumento más que nos autoriza a decir que si no hay actividad rápida del cerebro, no tenemos esa coloración propia de los sueños, y que éstos deben vincularse con la fase de SP.

**Vertex:** ¿No podríamos imaginar acaso que, aquello que se describe como contenido de pensamientos cuando se despierta a los sujetos en el estadio 4 del sueño profundo, podría preparar la aparición de los sueños?

**M. Jouvet:** Es muy posible. Podemos decir que la mayoría de los sueños poseen un repertorio motor onírico. Tal vez los sueños de pensamiento, donde no entran en juego los sistemas motores, podrían darse durante el sueño profundo.

**Vertex:** Entonces, ¿esto reprimiría al sueño que va a surgir?

**M. Jouvet:** No tenemos muchos elementos. Hay una escuela italiana que se interesa por el análisis semántico estructural de los sueños. Personalmente, estoy convencido de que este fenómeno biológico que es el SP representa la parte importante de la actividad onírica, la parte de la acción. Como hay esta parte de acción, existe una posibilidad de *feed-back* a nivel de las neuronas centrales que puede asemejarse a un aprendizaje. La otra parte de los sueños podría estar en relación con procesos de memorización a largo plazo.

contrario, pasado el día 21 para el ratón y el gato cachorro, y el tercer mes para el hombre, todas las células dejan de dividirse y su futuro es sólo uno: morir".

3. La ontogénesis nos da la tercera clave. Cuanto más inmaduro es un animal al nacer, más importancia tiene lo que se llama el "sueño sísmico", especie de precursor del SP. Este sueño sísmico correspondería al fin de la neurogénesis, es decir, al fin de la programación genética del cerebro.

#### *Algunos datos actuales*

Se ha realizado progresivamente una localización muy precisa de las estructuras cerebrales que participan en las diferentes fases del sueño. Los mecanismos de base del SP ponen en juego dos sistemas: una estimulación de los sistemas sensoriales y motores a través de la actividad ponto-genículo-occipital o PGO, y -para impedir que esta excitación se traduzca en gestos y comportamientos- una poderosa inhibición de las neuronas motoras que "paraliza" al que sueña, de la que sólo escapan los músculos oculomotores y la actividad respiratoria. Los experimentos precisos de sección de estas vías inhibitorias situadas en el locus caeruleus alfa permiten ver al animal, así lesionado, y vivir sus sueños al tiempo que permanece profundamente dormido. Caza, juega, acecha, etc. En cuanto a la actividad PGO, se la ha localizado en la formación reticulada pónica, con sus vías ascendentes que comprometen a todo el encéfalo.

#### *Posición de M. Jouvet ante el psicoanálisis*

La ciencia de los sueños que propone Michel Jouvet está totalmente volcada a la experimentación. Con referencia a la neurofisiología, busca leyes y mecanismos verificables y al hacerlo así, pierde la originalidad radical de los descubrimientos freudianos. En efecto, la metapsicología de Freud rompe definitivamente con la fisiología, cuando hace de los sueños no sólo un mensaje que espera ser descifrado, sino también la realización de un deseo, o si se quiere para decirlo en términos lacanianos, un goce. Se trata entonces de un tipo de causalidad sin más relación con las leyes de las ciencias naturales, de una causa disociada de su efecto. Sin la operación analítica, que Lacan llama de desciframiento, no existe posibilidad alguna de comprender algo.

M. Jouvet no subvirtió la oniología. De este modo, en oposición total a Freud, sostiene que el dormir es el guardián de los sueños, al tiempo que nos da, en la entrevista adjunta, argumentos experimentales que apoyan la tesis de Freud. Es curioso que los sueños contradigan la ley fundamental de la biología de disminución de las funciones según el descenso de la temperatura. ¿Podemos imaginar entonces que la inhibición del conjunto de las funciones corporales provocada por este descenso de temperatura dejaría el campo libre al principio de placer?

En su respuesta a Catherine Millot (*L'Ane*, N° 3, 1981), Lacan va más lejos al afirmar: "Nunca nos despertamos: los deseos mantienen los sueños... Es en el ámbito del despertar que se sitúa la muerte". En el fondo, "estamos sumergidos" ("*ça baigne*" en el original francés) cualquiera sea la temperatura, y si no, es la ducha helada ■

P. E. y D. W.



En la actualidad, un canadiense llamado Carlyle Smith trabaja con estudiantes que aprenden a pasar tests que requieren una estrategia cognitiva de gestos, donde se pasa de 20 minutos para la primera realización a 5 minutos para la última. Si no se les impide dormir, al día siguiente y al otro, la realización sigue siendo de 5 minutos. Pues bien, Smith notó que, cuando se les impedía a estos jóvenes tener un estadio 2, no en la noche siguiente, sino en la noche después, el tiempo de realización aumentaba. De este modo supone que existirían procesos de memorización a muy largo plazo (48 horas), que tendrían lugar en el estadio 2. Hay en el sueño muchas cosas acerca de la memorización que aún no conocemos.

**Vertex:** *No es la sintaxis, es la gramática.*

**M. Jouvét:** Exactamente. El rol del sueño en la consolidación mnésica es plausible. Sin embargo, he atendido enfermos afectados por la enfermedad de Morvan, o bien por un síndrome de Adams Van Bogaert que no dormían en absoluto y a los que logré enseñarles tests muy complicados. Luego de 8 días de insomnio total había una retención perfecta. Esto no quiere decir que el sueño no desempeñe un papel determinado, pero un insomnio total no suprime la memorización. No obstante, es menester contraponer el insomnio patológico a la privación de sueño, pues en este último caso la necesidad de dormir provoca trastornos de la vigilancia y de la atención, y por ende, un déficit de la memorización.

**Vertex:** *¿Qué opina Ud. del extraordinario funcionamiento de la memoria en los sueños que pone a disposición del que sueña rostros, lugares, con una fidelidad de la que carecemos en el estado de vigilia?*

**M. Jouvét:** En el marco de una nueva rama de la oniología, que llamaré oniología diacrónica, me interesa el problema de la latencia de incorporación entre un acontecimiento durante el estado de vigilia y el momento en que aparece en los sueños. Freud había visto este problema pues escribe en tres o cuatro oportunidades que en los sueños encontramos siempre un "residuo diurno" aun si es difícil de detectar. Hace poco llevé a cabo una revisión de la literatura a este respecto y encontré cosas interesantes, en particular sobre los sueños de los astronautas rusos. Nunca soñaron con el espacio, cuando estaban allí, y cuando regresaron a la tierra, tampoco soñaron nunca que estaban en el espacio. He allí una situación extraña, pues se puede admitir que los "residuos diurnos" constituyen del 30 al 40% del material onírico, con un 60% que permanece clasificable.

Revestimos a los residuos diurnos con cosas que pueden provenir de la infancia, de hace mucho tiempo, pero hay que considerar que en el 60% de los casos, los sueños están hechos de acontecimientos que no podemos fechar, o, a veces, son tan extraños que nos preguntamos de dónde vienen. Pero el problema de los sueños fantásticos o extraños es que hoy en día miramos tanta televisión que podríamos preguntarnos si no hay una incorporación de imágenes permanente que hemos olvidado. El problema que ustedes plantean es el de la capacidad de la corteza de reingresar detalles muy precisos en los sueños que se asemejan perfectamente a los de la vigilia.

**Vertex:** *Volveremos sobre este tema en la última parte de la entrevista en la que hablaremos del psicoanálisis.*  
**M. Jouvét:** En ese ámbito no soy muy entendido.

**Vertex:** *¿Qué representa para Ud. lo que Freud llama residuos diurnos?*

**M. Jouvét:** Reconozco que Freud fue el primero en insistir sobre los residuos diurnos, *Traumtag*, lo que es un muy buen término. Personalmente, razones teóricas de los sueños y de la programación genética me llevaron a interesarme por los sueños de los "hombres primitivos". Se trata de los Bassaris que viven en los confines de Guinea y Senegal. Dos Bassaris vinieron a París en 1962 y 1967 a fin de redactar un diccionario bassari-francés y los etnólogos recolectaron entonces más de 400 sueños durante tres meses. Tuve la oportunidad de leer esos recuerdos de sueños. Al comienzo me aburrí. Contaban que buscaban huellas de león, que recogían miel (eran recolectores y cazadores). Pero luego, al volver a leerlos mucho después, me di cuenta de que en 3 meses sólo había tres o cuatro sueños de cuatrocientos, en donde aparecía Francia, ya sea porque estaba la torre Eiffel, ya porque había un ascensor, o humo que salía de una casa. Todas las noches, al soñar, regresaban al Africa central. Llevaban consigo una valija, su inconsciente, que abrían durante la noche para volver a su pueblo.

**Vertex:** *Les sucedía lo mismo que a los astronautas.*

**M. Jouvét:** Exactamente. Eran "africanautas". De este modo, me plantee un problema que aún hoy no he solucionado. El inconsciente de estos hombres, que viven de la recolección y de la caza, quizás es incapaz de aprehender nuestra civilización industrial. No tengo otra explicación. Por otra parte, hay muchos personajes en esos sueños, más de 200 de su pueblo natal, y distintos métodos de caza. Si utilizamos herramientas estadísticas, existe una relación interesante entre la caza y la ansiedad.

**Vertex:** *¿Por qué critica Ud. la idea freudiana de que los sueños serían los guardianes del dormir?*

**M. Jouvét:** Todos los neurofisiólogos son críticos, no soy el único. Todos han abandonado ese punto de vista, salvo si se lo considera como una metáfora. Sin duda alguna, no podemos soñar a menos que el dormir prepare los sueños, tanto desde el punto de vista neurofisiológico cuanto del energético.

Quien dice dormir dice ausencia de peligro. En la evolución, los sueños constituyen un momento muy peligroso para el animal, ya sea para el mono, la liebre, etc... Quien dice dormir dice ausencia de excitación de los sistemas de despertar y por lo tanto, ausencia de peligro: es por ello que los animales cazados tienen un sueño muy ligero y sueñan muy poco. Por ende, el dormir es la prueba de que no hay peligro y prepara los sueños reservando energía a nivel de las células gliales para proveer el aumento de la misma que permitirá que los sueños se desencadenen. No veo cómo se puede sostener la otra hipótesis.

**Vertex:** *Tomemos el ejemplo de los estímulos que se incorporan en los sueños durante su desarrollo.*

**M. Jouvét:** Si se les hace oler éter a los estudiantes durante el sueño en los estadios 3 y 4, se voltean o se despiertan. Durante el SP, cuando se les presenta un algo-dón embebido en éter y se los despierta treinta segun-



dos después, han incorporado el olor del éter en sus sueños. Uno de ellos soñaba lo siguiente: estaba visitando el zoológico de Béle y de pronto no sabía lo que le pasaba, había tenido un accidente y le estaban vendando la mano. Este experimento se realizó otras veces con otros estímulos, en especial acústicos, y se obtuvieron los mismos resultados. Conclusión: los estímulos exteriores pueden ser incorporados sin despertar al sujeto.

*Vertex: Freud no lo pensaba así.*

*M. Jovet:* Él pensaba que se trataba de la realización de un deseo... pero ustedes son analistas. Difícilmente pueda ir yo contra la transferencia que ustedes tienen con Freud.

condiciones de seguridad. Ciertos simios, los babuinos, se refugian en los baobabs, árboles enormes, para dormir. Su único predador es la pantera. Hay por lo tanto un simio de guardia, que al cabo de una hora va a despertar a otro. Es el simio quien custodia el sueño del simio, no los sueños.

*Vertex: ¿No es acaso por que los sueños custodian el dormir que debe existir ese guardián? Se podría sostener el razonamiento exactamente inverso.*

*M. Jovet:* Es la hipótesis de los "sueños guardianes" de Snyder; él decía que a menudo, al finalizar un sueño había un despertar. El gato se da la vuelta y vuelve a dormirse. Los sueños aparecerían entonces como un sistema que estaría hecho para que, periódicamente,



*Vertex: Siguiendo con este tema de los estímulos, podemos imaginar que si un animal está soñando y al escuchar el rugido de su predador lo incorpora al sueño, esto no es muy eficaz.*

*M. Jovet:* No, evidentemente.

*Vertex: Por lo tanto, hay una paradoja a propósito de este tema.*

*M. Jovet:* En un plano etológico, está comprobado que los animales duermen cuando se encuentran en

hubiera una posibilidad de despertarse que permite saber si no hay peligro.

Pero entonces, ¿cómo explicar el enorme incremento de sueños luego de un largo período sin dormir, o en el niño indefenso?

*Vertex: Prosigamos. Podría hablarnos de las pesadillas. Es un tema que Ud. toca muy poco.*

*M. Jovet:* ¡Ah! ¡Las pesadillas! Yo, personalmente, no tengo ninguna teoría sobre las pesadillas. A los pai-



dopsiquiatras les encantan. Es totalmente cierto que las pesadillas pertenecen a la fisiología o a la patología onírica. Se tiene la impresión de estar atrapado, de ser agredido, no nos podemos mover; de allí ese grito que lanzamos con tanta dificultad. Se dice que los niños que nunca tuvieron pesadillas tienen más posibilidades de tener problemas años más tarde. Por ende, esto forma parte del desarrollo normal de la personalidad. No me zambulliré con ustedes en los misterios del inconsciente.

Los terrores nocturnos constituyen un caso completamente diferente. Aparecen durante el sueño profundo, pero no tengo explicaciones para esto.

**Vertex:** *Quizás pueda decirnos si este fenómeno existe en el animal.*

**M. Jouvét:** En los gatos, durante ciertos registros, se observa que el corazón se acelera bruscamente en ciertos momentos, y también se ven perros que ladran, pero nunca leí descripciones ni de sonambulismo ni de pesadillas experimentales en el animal. En el comportamiento onírico del gato hay episodios de miedo, con las orejas vueltas hacia atrás, el pelo erizado, va a atacar de repente, se trata de un miedo de ataque. Pero ¿lo siente él como una pesadilla?

**Vertex:** *Se podría imaginar que esto lo despierta, que hay una aceleración cardíaca.*

**M. Jouvét:** No, tenemos cientos de registros y no hay algo equivalente en el animal.

**Vertex:** *Una palabra sobre la erección.*

**M. Jouvét:** Tengo mucho que decir. Ustedes están al tanto del descubrimiento de la erección durante el sueño. Fue un urólogo alemán, Ohlmeyer, quien demostró en 1944 que había una erección periódica durante la noche cada 90 minutos. Fischer, gran fisiologista más tarde psicoanalista, descubrió y registró que había una erección durante el sueño paradójico en el hombre. Se observó que esto se daba en el bebé de pecho y persistía hasta en el nonagenario.

En los gatos, perros y ratas, nadie había observado nada. Por lo tanto la conclusión era: la erección durante el sueño sólo se da en el hombre, pero no en el animal –lo que gustaba a algunos de nuestros amigos psicoanalistas–. Pero un día, mediante micro sondas ubicadas en el bulbo cavernoso, Markus Schmidt, un brillante joven estudiante norteamericano de mi laboratorio, pudo comprobar que en el 30% de los períodos de sueño paradójico en la rata macho había una erección magnífica con movimientos de eyaculación. Lo que es interesante es que no sea en el 100% y esto refuerza la hipótesis, que sostengo desde hace tiempo, que la programación del sueño paradójico se efectúa probablemente según un orden particular y que no son las mismas áreas corticales las que participarán cada vez. De esta forma tenemos, en la rata, por primera vez, la posibilidad de detectar lo que ocurre en el nivel de los centros que se sabe están implicados en la sexualidad, como la amígdala y la región media preóptica durante un sueño con erección. Así podremos ver si en el momento en que hay una erección, estos sistemas se encuentran activados y otros no.

Esto probaría que no se puede comparar un sueño con otro, que hay una progresión durante la noche y

que en ciertos momentos hay sueños que son motores y otros que no lo son. ¿Hay tal vez sueños sexuales en el gato? ¿Por qué en el hombre el sistema está siempre relacionado con la sexualidad? No tengo idea, pero vamos a poder estudiar la filogénesis y quizás la ontogénesis de la erección condicionada por los sueños, a través de las diferentes especies animales. Además, hay experimentos muy interesantes para hacer: las ratas que M. Schmidt registró eran vírgenes, así que pedí que se les presentara una rata hembra en celo y que se viera si esto disminuye o aumenta la frecuencia de las erecciones durante los sueños para verificar la teoría de Freud.

**Vertex:** *¿Existe un equivalente de esto en la mujer?*

**M. Jouvét:** Sí, claramente. Hay una erección del clítoris. Si hablamos de sueños y sexualidad, los canadienses (menos pudorosos que lo que se cree) estudiaron la actividad sexual y los sueños. Grabaron a estudiantes para ver cómo era su sueño después de masturbarse. Se dice que el amor hace dormir, ellos no encontraron ninguna relación.

**Vertex:** *¿Es posible que la narcolepsia esté ligada a las emociones?*

**M. Jouvét:** Existen dos teorías: la más válida la asocia a la emoción y a la risa. Vi un caso de narcolepsia en un policía que presentaba una caída cataleptica cada vez que se lo hacía reír. La gente lo sabía y lo hacían reír cada vez que iba a aplicar una multa. Digamos de paso que el agente no estaba satisfecho con su tratamiento con clomipramina por que le impedía tener erecciones. La mayor parte de las veces es la risa la que desencadena la cataplexia y en segundo lugar están las emociones. Conocemos los circuitos de la emoción. Hay proyecciones directas de los lóbulos límbicos o del *amigdalum* sobre la región responsable de la hipotonía a nivel del tronco cerebral.

**Vertex:** *Abordemos el problema del sueño paradójico y el aprendizaje. Se han hecho trabajos sobre los animales. Para comenzar, ¿cuáles son los factores que hacen variar la duración del SP?*

**M. Jouvét:** Los avances genéticos nos permiten, hoy en día, tener familias de lauchas con una organización específica del sueño para cada una (algunas duermen dos veces más), así tenemos un material adaptado a nuestros estudios. La única forma de aumentar el sueño paradójico es la privación mediante el método de la piscina. Si se priva de cien minutos de sueño por noche a ciertas lauchas, éstas recuperan 200 minutos la noche siguiente. Otras, por el contrario, incluso después de la privación, conservan sus 90 minutos habituales. Para la ciencia, la primera hipótesis, es decir cuando hay algo que se suprime y que aumenta después, alude a una hipótesis hidráulica, como la hipótesis de los instintos de Lorenz. Para explicar este rebote, se formuló una primera hipótesis: que algo se acumulaba en el SNC y era responsable de esta necesidad cada vez mayor de SP. Se vio luego que esto no era así ya que se puede disociar esta privación del rebote. Hay familias genéticas que no presentan este aumento. No se debe a una acumulación. De hecho, el rebote no se debe a la privación sino al estrés, y es median-





te una regulación homeostásica que el aumento del SP repara los daños X, Y o Z, que el estrés causa en el cerebro. Esta regulación homeostásica implica dos sistemas.

He aquí uno de los misterios de la neurofisiología. Hay un sistema periférico y uno central. Cuando hay un estrés, se libera hacia la periferia ACTH, luego endorfina y prolactina, y en respuesta a esto, los corticoides van al cerebro. Cuando se suprime este circuito cerrado periférico, hay, en el interior del cerebro, neuronas que fabrican ACTH y endorfinas, y este circuito interno es suficiente. Se encontraron los sistemas de prolactina del cerebro. Este dispositivo tiene probablemente un papel en la regulación energética del SP. Está también el caso de pacientes depresivos que presen-

tan sueño paradójico tras una breve latencia luego de haberse dormido. Son como personas que hubieran pasado por una privación. Se trata de depresiones por estrés.

*Vertex: Un condicionamiento en el animal efectuado durante el sueño, puede ser operante. Ciertos investigadores piensan que el estado de vigilia no es necesario en el aprendizaje y que ciertos procesos mentales influyen en la vida del ser humano al tiempo que permanecen fuera del campo de la conciencia. ¿Cuál es su opinión de este "inconsciente cognitivo"?*

*M. Jouvét:* Cuidado. En cuanto desaparece el ritmo alfa y el sujeto presenta los signos EEG del estadio 1, se



acabó. Si se le pidió que presione una tecla cada vez que oye un clic, en cuanto cierra los ojos y se duerme, no hay más respuesta. Por el contrario, se ha comprobado que en el hombre o en el animal que aprende, hay un aumento del SP. A la inversa, si se suprime el SP después del aprendizaje, se puede observar a veces cierto déficit. En consecuencia, existe un lazo entre SP y aprendizaje. El problema es que cuando se utilizan los IMAO o los antidepresivos tricíclicos para tratar la narcolepsia e inclusive las depresiones, se puede suprimir completamente el SP en el hombre. Sin embargo, este tratamiento no provoca trastornos de la memoria, al revés que las benzodiazepinas.

**Vertex:** ¿Qué se puede esperar de un banco de sueños?

**M. Juvet:** La onirológica diacrónica es el problema del paso de lo objetivo a lo subjetivo. Nadie se interesó, salvo Freud, por la latencia entre un acontecimiento vivido y su incorporación en los sueños.

**Vertex:** ¿Freud no aconsejaba acaso a sus pacientes no escribir sus sueños pensando que en el fondo la censura se desplazaría proporcionalmente?

**M. Juvet:** No lo creo. Mi colega y amigo Hartmann estudió este problema. Se le ocurrió practicar la microdiacronía de los sueños. De 800 recuerdos de sueños, encontró la hora del acontecimiento incluido



**Vertex:** Llegamos a Michel Juvet escritor. En "El castillo de los sueños", en el que usted novela el feliz hallazgo de un manuscrito de un caballero del siglo XVIII...

**M. Juvet:** Muchos pensaron que era cierto, en particular el dueño del castillo, castillo que existe y es muy hermoso...

**Vertex:** ¿En qué prolonga o renueva esta novela el trabajo del investigador?

**M. Juvet:** Ocurrió una noche. Me puse a escribir, irritado por las extravagancias oficiales en cuanto a la supresión de la medicina experimental. Lo escribí en 1981 en 27 días. Fue como un episodio de despersonalización. Al día siguiente no sabía lo que había escrito. Lo guardé en un cajón. Más tarde, por razones materiales y de exigencia editorial, tuve que terminarlo. Al principio no fue nada fácil volver a entrar en el relato, y después, de pronto, todo volvió.

**Vertex:** Nos gustaría preguntarle cuál es el número actual de sueños en su oniroteca personal.

**M. Juvet:** 5525

en el sueño. Probó que hay un pico en los producidos entre las 20 y 22 horas para los sujetos que se acuestan a las 23 horas. En resumen, el hecho de apuntar los sueños no provoca modificaciones en su incorporación. Hasta donde yo sé, es el único estudio de este tipo.

**Vertex:** En su libro, le hace decir a Beatriz, la compañera del caballero: "no quiero contarte mis sueños, tendría que mentir".

**M. Juvet:** Es el eterno problema. Delage dice que cuando hay una pareja que se ama, nunca sueñan el uno con el otro. Freud cita a Delage diciendo que esto es demasiado bello para ser verdad.

**Vertex:** ¿Y el sueño de los policías disfrazados de gatos, que surgió después de un Congreso en Minneapolis?

**M. Juvet:** Es cierto, este sueño pone el acento en la lingüística. Es lacaniano, pero ¿cómo estudiar si en el gato el inconsciente se estructura como un lenguaje? ¿Quizá algún día lo estudiaremos en el loro? ■



# Clasificación Internacional de las Alteraciones del Sueño\*

1. DISOMNIAS	2. PARASOMNIAS	3. ALTERACIONES DEL SUEÑO DE ORIGEN MÉDICO PSIQUIÁTRICO	4. OTRAS ALTERACIONES PROPUESTAS
1. A. ALTERACIONES INTRINSECAS DEL SUEÑO	2. A. ALTERACIONES DEL DESPERTAR	A. ALTERACIONES ASOCIADAS A TRASTORNOS MENTALES	
1. B. ALTERACIONES EXTRINSECAS DEL SUEÑO	2. B. ALTERACIONES EN LA TRANSICION VIGILIA/SUEÑO	3. B. ALTERACIONES ASOCIADAS A TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	
1. C. ALTERACIONES CIRCADIANAS	2. C. ALTERACIONES DEL SUEÑO LIGADAS A LA FASE REM	3. C. ALTERACIONES ASOCIADAS A OTROS TRASTORNOS MÉDICOS	
	2. D. OTRAS PARASOMNIAS		

**1. Disomnias:** Son alteraciones que producen o bien dificultad para iniciar o mantener el sueño, o bien somnolencia excesiva. Esta sección se divide en tres grupos de alteraciones: Alteraciones intrínsecas del sueño, alteraciones extrínsecas del sueño y alteraciones del ritmo circadiano.

**Alteraciones intrínsecas del sueño:** Producidas por situaciones que se originan o se desarrollan dentro del mismo cuerpo. En este apartado se contemplan las causas psicológicas y las alteraciones que son responsables de trastornos del sueño.

**Alteraciones extrínsecas del sueño:** Provocadas por situaciones que se originan o se desarrollan fuera del cuerpo. Normalmente son factores externos los que producen estas alteraciones.

**Alteraciones circadianas del sueño:** Son trastornos debidos a una alteración del ciclo vigilia/sueño de 24 horas.

**2. Parasomnias:** Son aquellos fenómenos que se producen mientras dormimos y pueden ser debidos o estar presentes en el momento del despertar o bien en la transición de cualquiera de los estadios del sueño. Generalmente son alteraciones que interrumpen el sueño normal. Las parasomnias se dividen en alteraciones del despertar, alteraciones de la transición vigilia/sueño, alteraciones del sueño ligadas a la fase REM y otras parasomnias.

**3. Alteraciones del sueño de origen médico psiquiátrico.** En esta sección convergen todos aquellos procesos, tanto médicos como psiquiátricos, que dan lugar o cursan con la alteración del sueño. La subdividimos en alteraciones asociadas a trastornos mentales, alteraciones

asociadas a trastornos neurológicos y alteraciones asociadas a otros trastornos médicos.

**4. Otras alteraciones propuestas.** En esta sección se agrupan aquellos fenómenos relacionados con el sueño en los cuales no existe suficiente información para confirmar su existencia como una alteración de sueño inequívoco. Se necesita nueva información sobre estos trastornos para poder conocer mejor sus características. Algunas de estas patologías aún hoy son controvertidas y es difícil su clasificación.

## 1. Disomnias

### 1. A. Alteraciones intrínsecas del sueño.

1. A. 1. **Insomnio psicofisiológico:** Es aquella alteración que se caracteriza por una tensión somatizada y asociaciones negativas con el sueño, que da lugar a una queja de insomnio con alteraciones de la vigilia durante el día siguiente.

1. A. 2. **Sensación de sueño insuficiente:** Es aquel trastorno en que existe una queja de insomnio o somnolencia excesiva durante el día y que aparece sin poder hallarse evidencia objetiva de alteración del sueño (Fig. 23).

1. A. 3. **Insomnio idiopático:** Es la imposibilidad continuada a lo largo de toda la vida de obtener un sueño adecuado. Normalmente es debido a una alteración neurológica en el centro de control del sueño.

1. A. 4. **Narcolepsia:** Es una alteración de etiología desconocida, que se caracteriza por excesiva somnolencia y está asociada a cataplejía. Ocasionalmente también se observa parálisis de sueño y alucinaciones hipnagógicas.

1. A. 5. **Hipersomnia recurrente:** Es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de hipersomnia que se suceden con una frecuencia semanal o mensual.

1. A. 6. **Hipersomnia idiopática:** Es un trastorno que se presupone como una alteración del Sistema

\* Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990.



Nervioso Central y está asociado a un período de sueño alargado o a una excesiva somnolencia durante el día.

1. A. 7. *Hipersomnia postraumática*: Es una somnolencia excesiva que ocurre como resultado de un traumatismo que ha implicado al Sistema Nervioso Central.
  1. A. 8. *Síndrome de apnea obstructiva del sueño*: Es un trastorno caracterizado por episodios repetitivos de obstrucción de las vías aéreas superiores que ocurre durante el sueño. Normalmente asociado a una reducción de la saturación de oxígeno periférico.
  1. A. 9. *Síndrome de apnea central del sueño*: Es una alteración caracterizada por un cese o decremento del esfuerzo ventilatorio durante el sueño. Suele estar asociado a una desaturación de oxígeno.
  1. A. 10. *Síndrome de hipoventilación alveolar central*: Es un trastorno caracterizado por una dificultad ventilatoria que da lugar a una desaturación del oxígeno arterial y que empeora durante el sueño. Generalmente ocurre en pacientes con una fisiología y morfología pulmonar normal.
  1. A. 11. *Movimientos periódicos de las extremidades*: Es una alteración caracterizada por episodios periódicos repetitivos y muy estereotipados de movimientos de las extremidades que aparecen durante el sueño.
  1. A. 12. *Síndrome de piernas inquietas*: Es una alteración caracterizada por una desagradable sensación en las piernas, generalmente antes del inicio del sueño, que dan lugar a una urgencia irresistible de moverlas.
1. B. *Alteraciones extrínsecas del sueño*
1. B. 1. *Higiene inadecuada del sueño*: Se debe a una alteración en las rutinas diarias que influyen sobre el sueño. La inconstancia de estas rutinas no ayuda a mantener buenos hábitos y calidad del sueño. Consecuentemente da lugar a una alteración del sueño y a un trastorno de la vigilia.
  1. B. 2. *Alteración del sueño por causa ambiental*: Es una alteración del sueño nocturno, o bien la queja de una excesiva somnolencia durante el día, debida a trastornos ambientales o factores externos.
  1. B. 3. *Insomnio por la altitud*: Es un insomnio agudo. Suele estar acompañado de jaquecas, pérdida de apetito y fatiga, que aparecen en la ascensión a elevadas altitudes. Lo normal es acusar su efecto por encima de los 4.000 metros, aunque puede observarse en algunos pacientes a partir de los 2.000 m.
  1. B. 4. *Insomnio Transitorio (de adaptación)*: Es una alteración del sueño temporal relacionada con *stress* agudo, conflicto o algún cambio en el ambiente que da lugar a un aumento de la emotividad. Estas situaciones suelen ser transitorias observándose posteriormente un sueño normal.
  1. B. 5. *Síndrome de deficiencia crónica de sueño*: Es una alteración que aparece en un individuo que, de forma persistente, no duerme las horas necesarias para mantener una vigilia correcta. Se acumula la necesidad de dormir de manera progresiva dando lugar a un aumento de la somnolencia excesiva con un descenso del grado de alerta.
  1. B. 6. *Insomnio del niño*: El esfuerzo inadecuado en las rutinas del sueño (proporcionado por la persona que cuida al niño) provoca un rechazo en el paciente a ir a dormir o a hacerlo en el momento adecuado.
  1. B. 7. *Alteración asociada al inicio del sueño*: Trastorno que cursa con una falta de inicio espontáneo del sueño. Se debe a la desaparición de objetos o circunstancias que el niño tenía asociadas con el sueño. Es típico de los lactantes o de niños de muy corta edad.

1. B. 8. *Insomnio por alteración alimentaria*: Consiste en una dificultad para iniciar o bien mantener el sueño como consecuencia de una alergia alimentaria.

1. B. 9. *Síndrome del comedor-bebedor nocturno*: Se caracteriza por despertares recurrentes y frecuentes acompañados de una incapacidad para volverse a dormir si no comen o beben previamente.

1. B. 10. *Alteración del sueño por hipnóticos*: Se caracteriza por la presencia de un insomnio y/o una excesiva somnolencia. Aparece asociada con un síndrome de tolerancia o un síndrome de abstinencia. Se debe a la ingesta abusiva de medicamentos hipnóticos.

1. B. 11. *Alteración del sueño por estimulantes*: Se caracteriza por una reducción de la somnolencia o una supresión del sueño debido a estimulantes del Sistema Nervioso Central. Da lugar a alteraciones en la vigilia, sobre todo después de una abstinencia de la droga.

1. B. 12. *Alteración del sueño por el uso de alcohol*: Se caracteriza por la necesidad de iniciar el sueño mediante la ingesta de etanol debido a su mínimo efecto hipnótico.

1. B. 13. *Alteración del sueño por agentes tóxicos*: Insomnio o excesiva somnolencia producidos por una intoxicación debida a metales pesados o toxinas orgánicas.

1. C. *Alteraciones circadianas.*

1. C. 1. *Síndrome de cambio de zona horario (Jet Lag)*: Consiste en distintos grados de dificultad para iniciar o mantener el sueño, o decrementos subjetivos en la alerta diaria. Se acompaña de síntomas somáticos, normalmente alteraciones de la función intestinal, que aparecen después de un cambio brusco de zona horaria (generalmente al viajar en avión).

1. C. 2. *Alteraciones del sueño por horarios de trabajo (Corretornos)*: Consiste en síntomas de insomnio o excesiva somnolencia que aparecen como un fenómeno transitorio en relación a los cambios de horarios laborales. Sobre todo se da en aquellas personas que trabajan en turno nocturno durante breves días al mes.

1. C. 3. *Patrón irregular del ciclo vigilia/sueño*: Consiste en una desorganización temporal de la vigilia y del sueño, observándose períodos de vigilia seguidos por períodos de sueño que no tienen ninguna concordancia con el ritmo exterior de 24 horas.

1. C. 4. *Síndrome de fase retrasada del sueño*: Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de un retraso en el episodio mayor de sueño (sueño nocturno). Los pacientes suelen tener la necesidad fisiológica de dormir mucho más tarde de lo que las normas sociales lo aceptan dando lugar a un insomnio de inicio e importantes dificultades para levantarse a la hora deseada.

1. C. 5. *Síndrome de fase avanzada del sueño*: Consiste en una alteración en la que el episodio mayor de sueño (sueño nocturno) aparece de forma avanzada con respecto a las normas sociales. Son personas que desean dormir antes del momento oportuno dando a una dificultad importante de mantenerse despierto a las últimas horas del día. En cambio aparece un insomnio matutino: se despiertan pronto en la mañana y tienen dificultades de seguir durmiendo.

1. C. 6. *Ausencia del ciclo vigilia/sueño de 24 horas*: Consiste en una alteración crónica y persistente del patrón convencional del sueño. Aparecen períodos de vigilia y sueño sin ninguna regularidad cíclica horaria. Estos pacientes suelen tener un retraso de 1-2 horas con el día solar.



## 2. Parasomnias

### 2. A. Alteraciones del despertar.

2. A. 1. *Despertar confusional*: Consiste en un estado de confusión durante y, sobre todo, inmediatamente después del despertar del sueño. Es un fenómeno típico en los niños cuando se les despierta de un sueño profundo en la primera parte de la noche.
2. A. 2. *Sonambulismo*: Consiste en una serie de conductas complejas, previamente aprendidas en vigilia, que se repiten durante el sueño, estando el paciente totalmente dormido.
2. A. 3. *Terros nocturnos*: Se caracterizan por un despertar brusco de una fase profunda de sueño. Se acompaña de una sensación de miedo, llanto, a las que pueden sumarse, ocasionalmente, conductas automáticas o manifestaciones de intenso miedo.

### 2. B. Alteraciones en la transición vigilia/sueño.

2. B. 1. *Alteración por movimientos rítmicos*: Consiste en un grupo estereotipado de movimientos repetitivos, que pueden incluir todo el cuerpo, aunque normalmente sólo afectan a los músculos del cuello y cabeza. Se producen antes de iniciar el sueño. Ocasionalmente también se observan en el sueño superficial y habitualmente sirven al niño de "automecimiento".
2. B. 2. *Contracciones mioclónicas al inicio del sueño*: Son contracciones breves e imprevistas de las piernas. Ocasionalmente también pueden involucrar a los brazos y cabeza. Se producen exclusivamente en el inicio del sueño, desapareciendo después.
2. B. 3. *Somniloquia*: Es la presencia de palabras, a veces incoordinadas, o sonidos durante el sueño, que expresan algún sentimiento del paciente.
2. B. 4. *Calambres nocturnos*: Es una sensación dolorosa o una tensión muscular que se observa habitualmente en la parte inferior de las piernas o en el pie y que aparece durante el sueño, ocasionando algunos despertares nocturnos.

### 2. C. Alteraciones del sueño ligadas a la fase REM.

2. C. 1. *Pesadillas*: Son sueños ansiosos que normalmente despiertan al paciente que duerme en fase de sueño REM. El niño o adulto normalmente refieren con claridad la sensación de ansiedad debida a su mal sueño.
2. C. 2. *Parálisis del sueño*: Consiste en periodos de incapacidad para mover de forma voluntaria un grupo de músculos al inicio del despertar, aunque a veces también se pueden dar en el momento de dormirse. Si se producen en el inicio del sueño se denominan hipnagógicas y si se observan al despertar se denominan hipnagógicas.
2. C. 3. *Ausencia de erecciones fisiológicas durante el sueño*: Se refiere a la incapacidad para mantener una erección penéana durante el sueño que sea suficientemente consistente o rígida para mantener un intercurso sexual.
2. C. 4. *Erecciones dolorosas nocturnas*: Consiste en un dolor penéano que ocurre durante las erecciones, en la fase de sueño REM.
2. C. 5. *Asistolia nocturna en la fase REM*: Es un trastorno del ritmo cardíaco que se caracteriza por una parada sinusal durante la fase REM en individuos previamente sanos.
2. C. 6. *Alteración de la conducta en la fase REM*: Se caracteriza por la pérdida intermitente de la atonía electromiográfica de la fase REM, apareciendo actividad motora elaborada asociada con los contenidos de los sueños.

### 2. D. Otras Parasomnias.

2. D. 1. *Bruxismo*: Es un movimiento estereotipado caracterizado por el chirriar de los dientes durante el sueño.
2. D. 2. *Enuresis nocturna*: Se caracteriza por episodios de micción recurrentes e involuntarios que suceden durante el sueño.
2. D. 3. *Deglución anormal nocturna*: Es un trastorno en el cual existe una deglución inadecuada de saliva, que puede dar lugar a una aspiración, con tos y sensación de ahogo, seguido de breves despertares que interrumpen el sueño.
2. D. 4. *Distonía paroxística nocturna*: Se caracteriza por episodios de distonía repetitiva o diskinesia (movimientos balísticos o coreoatetósicos), de forma estereotipada que ocurren en las fases no REM.
2. D. 5. *Síndrome de muerte súbita inexplicada*: Se caracteriza por una muerte súbita durante el sueño en pacientes sanos sobre todo referida a los pacientes del sudoeste asiático descrita preferentemente en vietnamitas y japoneses.
2. D. 6. *Ronquido esencial*: Es un fenómeno caracterizado por un ruido inspiratorio intenso durante el sueño, sin episodios de apnea o hipoventilación.
2. D. 7. *Apnea del sueño en la infancia*: Son apneas centrales u obstructivas que tienen lugar durante el sueño de los niños.
2. D. 8. *Síndrome de hipoventilación central congénita*: Se caracteriza por hipoventilación, se empeora durante el sueño de forma inexplicable y se asocia con un trastorno primario del tejido pulmonar o bien con una alteración ventilatoria por culpa de debilidad muscular.
2. D. 9. *Síndrome de muerte súbita del lactante*: Es un episodio de muerte inexplicada en la que incluso después de las investigaciones post-mortem no se halla una causa concreta de la misma.
2. D. 10. *Mioclonus nocturno del lactante*: Se caracteriza por sacudidas asincrónicas de las extremidades superiores e inferiores o tronco que ocurren en la fase de sueño tranquilo de los recién nacidos.

## 3. Alteraciones del sueño de origen médico-psiquiátrico

### 3. A. Alteraciones asociadas a trastornos mentales.

3. A. 1. *Psicosis*: Son alteraciones psiquiátricas caracterizadas por la presencia de alucinaciones, incoherencia, conducta catatónica o inapropiada que causa un impacto social o laboral. Uno de los signos más comunes asociados son el insomnio o la somnolencia excesiva diurna.
3. A. 2. *Trastornos depresivos*: Son alteraciones psiquiátricas caracterizadas por episodios de decaimiento parcial con episodios maníacos o hipomaníacos. Se acompaña de un insomnio pertinaz y más raramente excesiva somnolencia diurna.
3. A. 3. *Trastornos de ansiedad*: Son alteraciones psiquiátricas caracterizadas por síntomas de ansiedad y conducta inquieta. La alteración del sueño más típica es la dificultad para el inicio o el mantenimiento del sueño debido a una excesiva carga ansiosa como consecuencia de sus circunstancias de vida.
3. A. 4. *Trastornos de pánico*: Es una alteración psiquiátrica caracterizada ya sea por periodos discretos o intensos de miedo o disconfort con algunos síntomas somáticos que aparecen de forma inexplicable y sin ningún precipitante orgánico. Estos episodios generalmente pueden observarse tras un despertar brusco del sueño.
3. A. 5. *Alcoholismo*: Es la situación consecuencia de un



excesivo consumo de alcohol dando lugar a una situación de abuso o dependencia. El insomnio es un síntoma común en la mayoría de los pacientes con esta enfermedad.

### 3. B. Alteraciones asociadas a trastornos neurológicos

3. B. 1. *Trastornos cerebrales degenerativos*: Son aquellas situaciones o condiciones que progresan de forma lenta y que se caracterizan por una conducta anormal o bien por la presencia de movimientos involuntarios, conjuntamente con un evidente deterioro motor.
3. B. 2. *Demencia*: Se refiere a la pérdida de memoria y a la pérdida de otras funciones intelectuales debido a un trastorno degenerativo crónico progresivo del cerebro. La alteración del sueño característica de los pacientes dementes consiste en delirio, agitación, agresividad, preocupación y vocalizaciones sin ningún sentido que ocurren normalmente al atardecer o durante la noche.
3. B. 3. *Parkinson*: Se refiere al grupo de trastornos neurológicos caracterizados por hipoquinesia, temblor y rigidez muscular. El insomnio es un síntoma frecuente en este tipo de pacientes.
3. B. 4. *Insomnio familiar progresivo*: Es una alteración progresiva que se inicia con dificultad para iniciar el sueño y que en el transcurso de varios meses lleva a la ausencia total de sueño que puede dar lugar a la muerte.
3. B. 5. *Epilepsia nocturna*: Se caracteriza por la presencia intermitente de descargas cerebrales de actividad neuronal, que dan lugar a síntomas motores o sensitivos. La pérdida de sueño de facilitar los efectos de una actividad epiléptica.
3. B. 6. *Estatus epiléptico durante el sueño*: Se caracteriza por la presencia continua de punta onda lenta difusa en las fases no REM. Se observa comúnmente en niños y puede aparecer sin síntomas clínicos.
3. B. 7. *Migraña nocturna*: Se refiere a episodios severos de jaquecas, normalmente unilaterales, que incluso pueden llegar a despertar al paciente ya que se observan durante el sueño.

### 3. C. Alteraciones asociadas a otros trastornos médicos

3. C. 1. *Enfermedad del sueño*: Es una alteración causada por un protozoo y que se caracteriza por la presencia de accesos febriles, linfadenopatía y después de un período de 4-6 meses, presencia de somnolencia excesiva, todo ello debido a una meningoencefalitis crónica.
3. C. 2. *Isquemia cardíaca nocturna*: Se caracteriza por una isquemia miocárdica que aparece durante el período de sueño.
3. C. 3. *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*: Se caracteriza por una dificultad crónica del tracto respiratorio para el intercambio aéreo atmosférico y el intercambio pulmonar. Hay una fisiología alterada cardiorespiratoria durante el sueño con la queja de insomnio.
3. C. 4. *Asma nocturna*: Se refiere a los ataques asmáticos que tienen lugar durante el sueño.
3. C. 5. *Reflujo gastroesofágico nocturno*: Se caracteriza

por regurgitaciones de los contenidos gástricos hacia el esófago durante el sueño.

3. C. 6. *Úlcera péptica*: Ulceración gástrica o duodenal debida a los ácidos gástricos que pueden ocasionar despertares desde el sueño por dolor o disconfort.
3. C. 7. *Fibrositis*: Dolores músculo-esqueléticos difusos, crónicos, acompañados de fatiga y sensación de sueño poco reparador, en la cual no se encuentra ninguna evidencia de alteración articular, metabólica o de laboratorio.

## 4. Otras alteraciones propuestas

4. 1. *Poco dormidor*: Se refiere a aquella persona que habitualmente duerme menos de lo que se espera para su edad en un período de 24 horas con total normalidad en la vigilia siguiente.
4. 2. *Gran dormidor*: Se refiere a aquella persona que debe dormir como mínimo una o dos horas más que el resto de las personas de su grupo de edad para poder mantener un estado de alerta correcto al día siguiente. La arquitectura del sueño es normal.
4. 3. *Síndrome de pseudovigilia*: Consiste en la queja o incapacidad para mantener de forma continuada la alerta. En los estudios polisomnográficos no se observa evidencia de alteraciones en la estructura del sueño.
4. 4. *Miclonus parcial*: Se caracteriza por sacudidas breves localizadas que afectan a un grupo muscular o área y que pueden aparecer de forma sincrónica o asincrónica durante el sueño.
4. 5. *Hiperirosis del sueño*. Se caracteriza por una sudoración profusa que tiene lugar durante el sueño.
4. 6. *Alteración del sueño relacionada con la menstruación*: Se refiere a una alteración de causa desconocida, caracterizada por la queja, ya sea de insomnio o de excesiva somnolencia, que se relaciona de forma temporal con los períodos de menopausia o menstruales.
4. 7. *Alteración del sueño relacionada con el embarazo*: Se caracteriza por la presencia ya sea de insomnio o excesiva somnolencia que se desarrolla en el curso del embarazo.
4. 8. *Alucinaciones hipnagógicas terroríficas*: Se refiere a sueños terroríficos que ocurren durante el inicio del sueño y que son similares o por lo menos son vividos de forma similar a la realidad.
4. 9. *Taquipnea neurogénica relacionada con el sueño*: Se caracteriza por el incremento sostenido de la frecuencia respiratoria durante el sueño, que ocurre al inicio del mismo, y persiste durante todo el episodio de sueño. Suele ceder con el despertar.
4. 10. *Laringoespasma durante el sueño*: Se refiere a los episodios de despertar agudo por una intensa sensación o incapacidad para respirar acompañada de estridor.
4. 11. *Síndrome de ahogo durante el sueño*: Es una alteración de origen desconocido caracterizada por frecuentes episodios de despertar con gran sensación de ahogo.





## El maestro de Bonneval



La obra científica de Henri Ey fue considerable. Luego de la Segunda Guerra Mundial y durante tres décadas Ey fue el representante de la gran tradición de la psiquiatría francesa.

Entre las principales obras de su extensa bibliografía a lo largo de las cuales va construyendo pieza a pieza su teoría organodinámica, se deben citar los tres tomos de sus *Etudes Psychiatriques* (1948-1960, Desclée de Brouwer), *La conscience* (1963 y 1968, PUF), las seis ediciones del *Manual de Psiquiatría*, escrito en colaboración con Paul Bernard y Charles Brisset (1960-1989, Masson), el *Traité des hallucinations* (1974, Masson), *La Naissance de la Médecine* (1981, Masson) y otras.

La mayor parte de esos textos fueron traducidos al alemán, inglés, español, italiano, portugués, japonés... es decir, que tuvo una gran influencia en la formación de los médicos psiquiatras a nivel mundial.

En 1955 dirigió un equipo de 152 autores que publicó el Tratado de Psiquiatría incluido en el *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, redactando él mismo varios artículos del mismo entre los cuales

están los célebres *Capítulos sobre las psicosis esquizofrénicas*.

Director del Hospital Psiquiátrico de Bonneval, adonde desarrolló su carrera hospitalaria desde 1933 a 1970, convocó en esa institución a los principales especialistas para discutir en famosos coloquios los temas más candentes de su quehacer: *Relaciones entre la neurología y la Psiquiatría* (1943); *El problema de la psicogénesis y las psicosis* (1946) y el conocido sobre *El Inconsciente* (1960) adonde contrastara sus concepciones con las de su invitado y amigo desde la Guardia del Hospital Sainte Anne, Jacques Lacan.

En 1950 organizó en París el primer Congreso Mundial de Psiquiatría cuyo suceso condujo en 1961 a la creación de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) de la cual fue Secretario General hasta el IV Congreso Mundial (Madrid, 1966).

Además de su trabajo como teórico Ey jugó un papel esencial en la política de Salud Mental desarrollada en Francia desde 1960.

En noviembre de 1955 visitó Buenos Aires. El Dr. Gregorio Bermann nos dejó una crónica crítica de ese pasaje (*Nuestra Psiquiatría*, Paidós, 1960). Ey dictó cinco conferencias: dos en el actual Hospital "J. T. Borda", otra en el Instituto de Neuropsiquiatría de los Dres. Melgar y Coronel, una cuarta en el Congreso Latinoamericano de Salud Mental y la última en la casa del Dr. Enrique Pichon Rivière. Todas ellas, dice Bermann, en un "sabroso español".

El 6 de enero de 1995 se creó una Fundación Henri Ey, presidida por la Sra. Renée Ey y el Prof. Alexandre Minkowski, con el Dr. Robert-Michel Salem como Secretario General, para hacer conocer y difundir los contenidos de la biblioteca personal y toda la documentación que se conserva de ese hombre polifacético que reunió en un singular conjunto los talentos de médico, psiquiatra, filósofo, docente, escritor y político hasta el punto de marcar la psiquiatría francesa indeleblemente y trascender mucho más allá de sus fronteras ■

Juan Carlos Stagnaro



# El Sueño "hecho primordial" de la psicopatología\*

Henry Ey

Estudio dedicado a la memoria de J. J. Moreau (de Tours)(1804-1884)

Pasamos más de la mitad de nuestra existencia en las ensoñaciones del dormir y de la vigilia(1). Este hecho no puede quedar fuera de una teoría psiquiátrica general. Por el contrario, debe constituir su centro y es uno de los méritos de la psiquiatría francesa el de nunca haberlo olvidado completamente. Nuestro estudio de este aspecto fundamental de la psicopatología debe

inspirarse en la necesidad de ampliar en tres direcciones el problema tratado hasta ahora de una manera un poco estrecha y a veces insuficiente.

En principio el sueño mismo no puede ser considerado, desde Freud, como un accidente por así decir heterogéneo a la masa de la vida psíquica, sino como un aspecto de ella misma, en continuidad directa con su desarrollo y su movimiento.

En segundo lugar el sueño en tanto pensamiento relajado, nos aparecerá no como una monstruosidad propia del dormir sino como una forma de pensamiento inferior, de baja tensión psicológica análogo en su estructura a los diversos niveles de la "conciencia imaginante".

Por fin las relaciones del sueño y de la psicosis no se limitarán más a la exclusiva consideración de una analogía fenomenológica entre lo que es vivenciado en el sueño y lo que es vivenciado en ciertos estados psicóticos o neuróticos, sino que se inscribirán en una perspectiva más total y natural: nos aparecerán así como regidos por la ley general de la disolución de las funciones psíquicas: *el soñar es al dormir lo que el delirio es al proceso generador de las psicosis y de las neurosis, es decir en uno y en otro caso la actividad psíquica subsistente o positiva*. Es pasando por el foco "imaginario" del ser que las dos series de fenómenos se recortan y coinciden, tanto las unas como las otras librando bajo formas y grados diversos "el loco que

\* Reproducimos aquí algunos fragmentos muy significativos del Estudio N° 8, perteneciente al texto "Etudes Psychiatriques" de H. Ey, 2da edic. corregida y aumentada, 1950, editado por Desclée de Brouwer & Cie., París, en su Colección Bibliothèque Neuropsychiatrique de Langue Française.

Traducción Juan Carlos Stagnaro.







llevamos dentro"... tal es la pieza maestra de una teoría órgano-dinamista de las psicosis y de las psiconeurosis. Ella toma lo esencial de su hipótesis de un hecho: la disolución hípica, supone que ésta contiene el sueño exactamente como las disoluciones patológicas contienen el delirio bajo todas sus formas y en todos sus grados.

• • •

#### Las teorías del sueño

Lo que ya hemos expuesto en otro lado sobre la historia de las doctrinas en psiquiatría va a encontrar aquí una aplicación típica y decisiva. Nosotros estimamos que hay solamente tres tipos de explicación en psiquiatría: las teorías mecanicistas, las teorías psicogenetistas y las teorías órgano-

dinamistas. Leed y releed todos los trabajos sobre el sueño, ¡y Dios sabe si los hay!, y decidnos si la intuición fundamental —por otro lado generalmente atemperada por el eclecticismo— de cada uno de todos los autores no corresponde a algunas de esas actitudes típicas. Basta con leer la clasificación de las teorías de los sueños hecha por Freud(2), para comprender bien que aquélla que nosotros proponemos alcanza más profundamente sus respectivas y fundamentales intuiciones.

#### Teoría mecanicista del Sueño

Es la que coincide con la opinión vulgar y más difundida. Sus postulados esenciales son que el sueño no está hecho más que de "piezas y pedazos" de imágenes

fortuitamente asociadas, sin significación global y sin continuidad con la personalidad. El sueño es a sus ojos una mezcla barroca de representaciones, cuya imbricación mecánica da una producción fútil y accidental.

El corolario psicológico de este análisis del sueño es que éste es reductible a elementos sensoriales (sensaciones actuales o recientemente percibidas) y que las ideas que forman el sueño tienen su punto de partida en esas sensaciones.

Su corolario patogénico es que el sueño resulta de una excitación mecánica de centros de imágenes y especialmente de imágenes visuales(3) las cuales, al estar los sentidos en movimiento por una excitación central o una excitación periférica, están en la base misma del desencadenamiento de la imagine-



ría onírica. Casi todos los psicofisiólogos, desde Epicuro, Lucrecio, hasta Descartes y Taine se han inspirado en esta teoría del sueño y ella se "infiltra" de una manera más o menos clara o atenuada en todos o en casi todos los libros sobre el sueño. Purkinje (4) y Baillarger(5) son sus defensores más célebres. A título de ejemplo característico recordemos, siguiendo a Freud(6), la concepción del psiquiatra Krauss (1856-1859). Para él el origen del sueño como el de los delirios puede deducirse de un mismo elemento. Es a partir de sensaciones orgánicas que se constituyen las imágenes del sueño. La sensación en la vigilia "evoca a partir de una cierta ley de asociación" una representación allegada; hay "transubstanciación" en imagen del sueño. Una concepción tal separa el sueño de la estructura del pensamiento del sueño; tal vez los autores se refieren a él porque no pueden de ninguna manera pretender eludirlo enteramente, pero ellos lo consideran como un epifenómeno simplemente yuxtapuesto al juego de la producción mecánica de estas imágenes disparatadas e incoherentes que se asocian fortuita... y simplemente.

#### Teorías psicogenetistas del sueño

A pesar del plural, hay que subrayar que sólo una teoría psicogenetista completa ha sido presentada, y con extraño vigor: la de Freud. El postulado es absolutamente inverso al de las teorías mecanicistas: el sueño tiene un *sentido*... y no solamente hay un sentido sino que él depende de ese sentido, responde a un deseo. Recordemos brevemente las principales tesis de Freud: el sueño es la vía real que conduce a lo Inconsciente —el sueño satisface un deseo reprimido y especialmente un deseo infantil— el sueño es un fragmento de la infancia, de la vida psíquica, pasado y superado —el carácter absurdo del sueño resulta de una travestización, de un "camuflaje" realizado por la censura, es una falsa apariencia—, los fantasmas del sueño simbolizan los complejos inconscientes, y particularmente los complejos sexuales; pero no es el aspecto signi-

ficativo, dinámico, conferido al sueño lo que constituye el trazo más auténticamente psicogenetista de esta teoría porque también puede ser, como lo veremos más lejos, interpretado desde una perspectiva órgano-dinamista. La teoría del *sueño como guardián del dormir* es por el contrario lo típicamente psicogenetista. Releamos a Freud: "Podemos resumir nuestra actitud psíquica dominante durante el sueño bajo la forma de una advertencia que el preconscious daría a la conciencia cuando el sueño va demasiado lejos: déjalo y duerme, no es más que un sueño...(7) Todos los sueños son sueños de comodidad hechos para permitirnos continuar durmiendo. El sueño es el guardián del dormir y no su enemigo... El deseo de dormir que es el de un yo consciente y que se une a la censura representa la contribución de Ésta al soñar y debe por lo tanto ser contado cada vez entre los factores que han contribuido a formar el sueño y cada sueño que se realiza es una realización de ese deseo"; así para Freud lo que engendra esencialmente el sueño es un doble *deseo*, deseo inconsciente de satisfacerse con fantasmas y deseo de dormir. El sueño no es la consecuencia del dormir, es la causa; el deseo del sueño engendra y mantiene el dormir. *Es esta inversión de valores lo que constituye la originalidad de la actitud psicogenetista*. No hay por qué sorprenderse en consecuencia de que Freud trate con tanto desdén la teoría orgánica reinante que, según él "no le da al sueño más que un fragmento de nuestra vida intelectual paralizada por el dormir. Es aquélla que prefieren los escritores médicos y el mundo científico en general, es en suma la teoría reinante. Hay que subrayar la ligereza con la cual esta teoría evita lo más escabroso de la explicación de los sueños: los contrastes que ella encuentra..." (p. 70). Efectivamente Freud insiste constantemente en la paradoja del sueño y se complace en mostrar que el pensamiento del sueño no ha sufrido menoscabo. El soñador piensa con un preconscious inteligente, astuto, hipermnésico y hasta genial. Pero ¿no debemos acaso señalar la ligereza con la que esta teoría evita el mayor escollo: el dormir?

#### Teorías órgano-dinamistas

Es precisamente el dormir lo que constituye el centro de toda interpretación órgano-dinamista del soñar. Todas nuestras tentativas de profundización de la estructura noética del soñar conducen a ver en éste un tipo de *pensamiento regresivo*, el tipo mismo de una regresión psíquica *global y profunda*. Insistimos en este doble carácter porque permite escapar aparentemente de las críticas de Freud quien se levanta contra la noción de "sueño parcial"(8).

Sin embargo para nosotros que hemos disipado la confusión entre las teorías órgano-mecanicistas y las teorías órgano-dinamistas, hablar de una cierta profundidad de disolución no equivale al juego de palabras que consiste en hablar de "dormir parcial". Es precisamente a todos los teóricos del soñar que han puesto en evidencia esta disolución hipnótica como condición genética del soñar, es decir, a aquellos que se fundan más naturalmente en los hechos, que se van a referir todas las teorías organodinamistas. En nuestro medio, desde Maine de Biran(9) a Bergson(10), en Alemania con Herbart(11), en Inglaterra con H. Jackson, todos los médicos y filósofos que se han situado en la perspectiva que nosotros llamamos "órgano-dinamista" han puesto en primer plano el aspecto regresivo del pensamiento del soñar. Los trabajos de Maury (1878), Toulouse y Mignard (1912), Kaploun (1919), Delage (1920), se inscriben en este movimiento. Pero lo que es más llamativo para todos, es la imposibilidad de lograr una teoría coherente y exhaustiva sin apelar a la ayuda de la teoría Jacksoniana. Si uno se ubica, por el contrario, resueltamente en el cuadro de la concepción de Jackson todo se aclara y se ordena. Señalemos que Sante de Sanctis (1899) es probablemente el que mejor presintió y profundizó esta teoría órgano-dinamista.

En principio esta teoría del soñar es *organicista*. El dormir en tanto proceso de disolución generalizada y rápida de las funciones psíquicas está ligado a un *proceso orgánico*. O bien estas palabras no tienen sentido, o bien designan un fenómeno que por su natura-



leza misma está constituido por una modificación somática. Todo lo que nosotros sabemos acerca del dormir lo presenta como una alteración del sistema nervioso en estrecha relación con el metabolismo. Ninguna discusión ni ningún juego de palabras podrá impedir ver en estas modificaciones eléctricas, químicas, de la sustancia cerebral, un proceso orgánico. Por sensible que él sea a las condiciones de la vida de relación, a los eventos exteriores e interiores, es por su necesidad, forzosamente, una variación biofisiológica y orgánica.

Además esta teoría puede llamarse *dinámica* porque representa el efecto del proceso orgánico como un desarrollo de fenómenos que tienen cierta velocidad, cierta profundidad, cierta estructura temporal en función del juego de fuerzas que representan el edificio funcional de la vida psíquica. Cuando el proceso hipóncico se instala, entraña una disolución de las funciones neuropsíquicas.

La estructura de la vida psíquica correspondiente a esta disolución, a esta regresión, está hecha de *síntomas negativos* (el dormir) es decir del conjunto de los fenóme-

nos deficitarios observables y de *trastornos positivos* (el pensamiento del soñar), es decir, del conjunto de los fenómenos vivenciados por la conciencia disminuida.

Los trastornos negativos están bajo la dependencia directa del proceso y hacen cuerpo con él. Los trastornos positivos responden a la *actividad restante*. Es decir que en la elaboración de la estructura del pensamiento del sueño las instancias psíquicas subsisten e introducen una organización significativa propia a su actividad.

Visto de esta manera, la disolución hipóncica supone que el sueño es vivenciado como un *pensamiento a la vez confuso y simbólico*. Los estudios capitales de Freud y de los psicoanalistas toman su lugar natural y entran por lo tanto *necesariamente* en la hipótesis.

Pero de la misma manera que el órgano-dinamismo se opone al órgano-mecanicismo por su teoría de la actividad psíquica subsistente y de la estructura regresiva y global del pensamiento del soñar, también se opone a la psicogénesis por su teoría de la disolución de las funciones psíquicas bajo la influencia primordial de un proceso orgánico: el dormir. Es él, el

dormir, el que por la curva misma de la velocidad y de la profundidad de la disolución que entraña, constituye el fenómeno biológico determinante y típico de esta variación fisiológica.

Es él el que nos hace sumergirnos en el pensamiento del soñar, en el cual "el sueño" no es más que un fragmento rememorado.

•••

El fenómeno dormir-soñar y la teoría general de los trastornos negativos y positivos en psiquiatría

Hemos dicho que la vida psíquica se inscribe entre dos coordenadas, el campo de la conciencia y la trayectoria de la personalidad. La trayectoria de la personalidad se construye a partir de la organización sucesiva de los campos de la conciencia en cada momento del tiempo y constituye esta forma organizada y pulsional de la duración que es el personaje en tanto fragmento de la historia. El campo de la conciencia se organiza como modo de conocimiento del personaje y perspectivas de la realidad, siendo la visualización

**Novedad  
Polemos**

## EL ABORDAJE CLINICO EN PSIQUIATRIA

Historia, función, aplicaciones

Volumen I

Bajo la dirección de Pierre Pichot y Werner Rein

Escriben D. Widlöcher, J. Guyotat, P. Berner, C. Castilla del Pino, J. F. Postel, A. Colodrón y F. Brockington, J. A. Costa e Silva, H. Beckman, y otros.

*"La clínica está en crisis", se dice periódicamente desde hace más de un siglo y en forma particularmente frecuente en estos últimos años. En una serie de textos, que inaugura el presente volumen, prestigiosos autores del mundo entero han realizado substanciales aportes para actualizar desde diversas perspectivas teóricas la polémica sobre este tema crucial. De la multiplicidad de abordajes y de la confrontación de opiniones expresadas se desprenden las líneas de fuerza útiles para el establecimiento de una doctrina en un dominio, el de la Clínica Psiquiátrica, en el que frecuentemente las pasiones tiñen los juicios.*

**Prximamente Volúmenes II y III**





de sus contenidos suficientemente demostrativa de su estructura esencialmente espacial. De esta manera, la *forma* primera de nuestra vida psíquica es la conciencia como sistema de coordenadas del espacio, como actividad intelectual operando una síntesis del mundo en la inmovilización relativa del instante presente. La *materia* de la vida psíquica es el flujo mismo del transcurrir organizado en trayectoria de la personalidad.

El dormir es una disolución de la vida psíquica: un accidente; el soñar, una fase de la materia psíquica: un acontecimiento. Si decimos que el sueño es la condición *negativa* del soñar es porque entendemos que la alteración, sino la evanescencia del campo de la conciencia, constituye un eclipse de valores de realidad que "libera la materia psíquica" de tal forma que la trayectoria de la personalidad se estrella en su impulso y se reabsorbe en la producción *positiva* de un acontecimiento interno esencialmente subjetivo, característico de la conciencia imaginante. La estructura del aparato psíquico comporta necesariamente, implica este doble fenómeno. Transparece en las ensoñaciones es decir, todas las veces que la hipotensión de la conciencia compromete más aún en su organización al sistema propio de los valores subjetivos.

Es en esta perspectiva implantada sólidamente en una concepción de la vida psicológica resueltamente dinamista, que debe ser contem-

plada la teoría de los trastornos negativos (dormir) y de los trastornos positivos (soñar) de las psicosis(12) Un enfoque bastante superficial de las cosas nos haría correr el riesgo de ver en la estructura positiva y negativa de los trastornos una suerte de yuxtaposición de "partes extra partes" reintroduciendo la vieja dicotomía paralelista "psíquico-orgánico".

El *trastorno negativo* está íntimamente ligado al trastorno generador (el proceso nervioso patógeno y el dormir), en y por la noción de disolución. Es ello lo que confiere la estructura original al cuadro clínico, es decir al conjunto sintomático que se presenta a través de la desorganización del campo de la conciencia en tal o cual momento del tiempo... La cinética de la disolución tiene un papel determinante. Su velocidad, su ritmo, la curva de su evolución constituyen caracteres primordiales de la forma de disolución. La *profundidad* de la disolución condiciona el nivel estructural en el cual se organiza la vida psíquica, el grado de la regresión que sufre la actividad psíquica. Estos caracteres se imprimen directamente en la forma misma del cuadro clínico. Toda fenomenología de la obsesión, de una crisis de manía, del pensamiento esquizofrénico, que constituye su característica esencial, apunta a alcanzar esta estructura formal de la psicosis. El *trastorno positivo* es como en el caso del sueño, liberado por el dormir, la

emergencia del mundo de las imágenes y de lo inconsciente contenido en potencia en la trayectoria de la personalidad. Este compromiso más o menos exuberante de lo que estaba normalmente reprimido en la constitución misma de lo vivenciado, anima el material psicótico y lo inviste de valores humanos profundos, de una red viva de significaciones.

El error, la terrible ilusión que hay que evitar consistiría en figurarse un cuadro vacío, un "negativo", una forma, un vacío "llenado" por un contenido positivo, el ser. Es naturalmente necesario proscribir de modo radical semejante concepción de las cosas que reduciría ya sea el trastorno negativo a trastorno positivo (tesis psicogenetista), ya el contenido a una mera contingencia en relación con el continente (tesis mecanicista). ¡No hay una suerte de eje inmutable alrededor del cual se deslizaría un anillo que llenaría la forma de su materia siempre idéntica a ella misma!

Recaeríamos así en una suerte de mecánica inocente y absurda.

Para poder aprehender el sentido que debemos dar a todos los conceptos que utilizamos hay que volver a lo que ya hemos expuesto y a nuestro esquema fundamental de la evolución de la función psíquica.

El trastorno negativo no es más que una modalidad inferior, una anomalía de la integración; y ésta no es una instancia heterogénea que trasciende las funciones integradas! Es la actividad misma de la conciencia que es siempre y necesariamente, conciencia de algo. De tal manera que cierta disolución de la conciencia no se caracteriza por una forma negativa vacía cuyo "contenido" sería *contingente* sino por una cierta manera de ser de la conciencia que en su totalidad estructural no admite ninguna parte heterogénea a su significación y es constituyente generadora y en cierto sentido creadora de su vivencia. El trastorno negativo no es una parte de los síntomas, constituye la forma general que adquiere la vida psíquica en vía de regresión.

El trastorno positivo no está constituido tampoco por una yuxtaposición de partes, de *cosas*. La "parte substistente" es el ser subsis-





tente en la integridad de su resto. Es lo que subsiste de la trayectoria de la personalidad cuando el campo de la conciencia que tiene por misión iniciarlo y erigirlo, y darle forma, se disuelve. Ahora bien, la diferenciación del campo de la conciencia es la del desarrollo de la personalidad; los procesos de identificación y el sistema del ideal del Yo, son absolutamente correlativos. De tal suerte que la imagen sangrante que encontramos en el centro de tal estado oniroide, por ejemplo, no es sino la forma de agresividad del ser al cual está reducida su personalidad. Esta correlación entre el mundo de las imágenes que refleja a la vez el mundo exterior y el instinto, y la estructura de la conciencia es la ley misma de la constitución y de la unidad de la actividad psíquica.

En la actividad psíquica normal, podemos hacer aparecer cierta imagen tomada en la red de nuestra imaginación o de nuestra atención hasta la superficie de nuestra conciencia vigil o reflexiva, pero ella no se presentará más que como una parte del campo, un elemento a partir del cual podemos trabajar... o regocijarnos. Conservará su carácter artificial y anacrónico que le confiere precisamente la actualidad de su "representación". Si nos abandonamos a la ensoñación, nos libraremos a una forma de conciencia que se reunirá con la imagen a medio camino de su asunción y se le incorporará en la misma medida en que nuestro es-

píritu se identifique con ella.

En el dormir y en el soñar, la negatividad de nuestra conciencia coincide con la positividad de lo imaginario por la metamorfosis regresiva que nos hace pasar de una conciencia que piensa sobre la imagen, a una conciencia que se englute en la imagen.

En las psicosis que "relajan" la disolución hipnótica en el tiempo y a profundidades intermedias, observamos este mismo movimiento complejo, más o menos durable, regular o progresivo de un trabajo de proyección que es, en grados diversos y bajo diversas formas, el mismo que en el soñar. Es por ello que, como hemos dicho, *toda psicosis y toda neurosis son delirantes*. La forma del delirio depende del nivel de disolución y de las modalidades de su integración en la personalidad como ya hemos visto. En este sentido las imágenes que lo constituyen, la estructura *fantasmática* de cada psicosis, forma parte integrada de un cierto modo de pensar. El delirio no se reduce al tema que expresa, el delirio no es el tema más que porque el tema corresponde a una cierta organización de la conciencia. El delirio no es sólo "contenido" de la conciencia sino que refleja igualmente la "forma" anormal de la conciencia. En la psiconeurosis obsesiva, para tomar otro ejemplo -al término del análisis formal del pensamiento compulsivo y del análisis comprensivo del mecanismo de la au-

topunición- no se encuentran dos partes del trastorno obsesivo sino el anverso y el reverso de una misma forma de regresión de la conciencia y de la personalidad.

De esta manera son igualmente excluidas las "naïvetés" del mecanicismo y de la psicogénesis en una teoría *psicoplástica* del trastorno psíquico (es decir, una teoría de la formación de sus síntomas). Fue necesario nada menos que penetrar en la intimidad de la estructura de la vida psíquica, para que ella nos libre el secreto de la neurosis y de la psicosis *inmanentes a su naturaleza*, como el soñar que portamos, en nosotros, en el movimiento mismo de nuestra vida.

Estos análisis y reflexiones nos conducen a un último punto: la consideración del sueño es tan esencial para el psiquiatra(13) que busca un hilo de Ariadna en el laberinto psiquiátrico, que podemos decir que la única explicación concebible de los "trastornos mentales", es justamente la referencia constante y sistemática a los diversos aspectos de un mismo hecho. Este "hecho primordial" es alternativamente el de una estructuración *jerarquizada* de nuestro psiquismo, el de un mundo imaginario inmanente a nuestro pensamiento, el de un *Inconsciente contenido* por y en nuestra plena conciencia, y es también el de un inventario de psiconeurosis y psicosis que despliega a *niveles* diversos el mundo de las imágenes, es decir, al fin y al cabo, la POSIBILIDAD DE SOÑAR ■

## Notas

1. Sir Thomas Browne (1605-1682) escribía en su ensayo sobre los sueños: "La mitad de nuestros días la pasamos en la sombra de la Tierra y el hermano de la muerte se arroja una tercera parte de nuestra existencia" (citado por A. Stocker).

2. Págs. 69 y 80 de "Estudio sobre los Sueños"

3. La visualización del sueño no es por lo tanto más que un aspecto y no una cualidad estructural del pensamiento del sueño así como lo demuestran los estudios de los sueños de ciegos (Lucien Belli "El sueño de los ciegos", *Journal de Psychologie* 1932, págs. 20 a 73 y 258 a 309).

4. Wagners Handwortbuch Physiologie, 1846.

5. Baillarger, *Mémoire sur les Hallucinations* (1846), págs. 468 - 470.

6. "Estudio de los sueños" traducción francesa pág. 35.

7. Pág. 563 de la traducción francesa.

8. Es así que citando a Binz Freud señala la frase de este autor que dice "el trabajo aislado de estos grupos de células nerviosas".

9. Maine de Biran, *Nouvelles considérations sur le sommeil, les songes et le somnambulisme*, ed. Causin, París, 1792.

10. En lo que concierne al soñar, la teoría de Bergson (*Matière et Mémoire et Le rêve "Revue Scientifique"*, XV, 1901, P. 703 a 713), es ambigua y bastante paradójica mientras que apela a una regresión general de la actividad psíquica (desinterés, análisis del Yo descom-

puesto del soñante) intenta a continuación dar a los destellos entópticos un papel generador de las imágenes oníricas.

11. Herbart, *Psychologie*

12. La lengua española expresa la profunda unidad del "dormir" ("sommeil") (trastorno negativo) y del "soñar" ("rêve") (trastorno positivo) por medio de una sola palabra "sueño".

13. Y sobre todo para el terapeuta porque ella justifica todas las terapéuticas biológicas que actúan sobre la condición negativa, como los shocks y los tratamientos que actúan sobre la parte positiva, como el psicoanálisis y también la hipnosis que, desde su nacimiento en Francia, sólo conocerá tal vez un interés de actualidad al volver a nosotros desde Norteamérica...





## confrontaciones



# ALAIN BADIOU Y EL PENSAMIENTO FILOSOFICO

Raúl J. Cerdeiras

Filósofo. Director de la revista *Acontecimiento*. Cabello 3322 9º, 32. Tel.: 806-4106

Son pocos los filósofos de nuestra época que hayan apostado tan fuertemente al pensamiento y a su defensa como es el caso de Alain Badiou.

Porque es justamente en el pensamiento en donde se decide la problemática de la singularidad humana. Esto quiere decir que a la pregunta que interroga ¿qué es lo que hace que la humanidad pueda devenir humana? se la debe contestar: por la posibilidad que tienen cada uno de los hombres y mujeres, sin excepción, de pensar. Posibilidad abierta para todos pero hoy raramente practicada, y no por pura casualidad.

Ya hace varias decenas de años que la filosofía, uno de los lugares tradicionales del pensamiento, ha declarado su ocaso sin fin y sin futuro. Y tampoco es casual que en esta época el hombre haya decidido representarse a sí mismo como víctima de un Mal al que ha calificado de impensable. Y es comprensible, entonces, que las víctimas, que por definición no piensan, ya que víctima es una categoría propia de los entes vivientes, no tengan otra alternativa que el silencio, la resignación, la pasividad del espectador y que su único interés en juego sea el disfrute desenfrenado de los bienes que se les ofrecen.

¿Qué ha pasado para que reine semejante panorama? El colapso que se produce en los parámetros fundamentales de la modernidad, lejos de haber potenciado nuevos pensamientos ha sumido a la experiencia humana en un nihilismo casi planetario. El agotamiento de la vieja manera de pensar, al no fructificar nada nuevo, ha repuesto viejas y caducas propuestas. Hoy podemos detectar, además del pragmatismo generalizado, una tendencia a plantear al pensamiento como dependiendo de las formas, las estructuras y la sintaxis de los enunciados, para luego abrir la pregunta respecto a lo que "hay" más allá del lenguaje, presentado como la jaula misma del pensamiento. Y es en ese punto en donde se repone la idea de una experiencia esencial, ya sea bajo la forma de un silencio, de un acto, de una espera, de una errancia sin fin, etc., a la que el pensamiento queda, en última instancia, subordinado. ¿Quién no ve aquí la reposición de la trascendencia, de dios, o de la mística?

Hay dos maneras de hacer frente a esta situación. Una, la que hoy domina, es la de ubicarse como *padeciendo* las consecuencias del desfundamiento de los antiguos valores y principios; la

otra es considerar que las cosas no se derrumbaron solas, sino que se produjeron acontecimientos decisivos que provocaron esos efectos. Esta segunda postura, que es en la que se ubica Badiou, tiene como correlato el imperativo de rescatar las fuerzas del pensamiento, es decir, un llamado a la invención de nuevas experiencias apoyándose, justamente, sobre las potencias desestructurantes de los viejos modelos.

Alain Badiou repone vigorosamente el quehacer filosófico afirmando que es un pensamiento que se *funda* sobre sí mismo. Pero, a diferencia de la vieja tradición, no propone a la filosofía como el fundamento de otros saberes u otras prácticas, sino que, por el contrario, dispone que la filosofía es posible porque está *condicionada*. Cuatro experiencias del pensamiento forman estas condiciones: la ciencia, el amor, el arte y la política.

Estas condiciones son radicalmente autónomas, esto quiere decir que se autoconstituyen ellas mismas rompiendo con cualquier idea que pudiera ponerlas en relación con un sentido o con una realidad dada y exterior a su propia inmanencia. Estas condiciones, también llamadas *procedimientos genéricos*, no son estructu-



ralmente necesarias, son invenciones del pensamiento, por lo tanto no siempre existieron y su permanencia depende de una decisión subjetiva y no de una necesidad objetiva.

Estas condiciones son los únicos lugares en que es posible que se produzcan verdades. Una verdad es un procedimiento complejo, pero en su esencia quiere decir la capacidad que un pensamiento tiene de agujerear, interrumpir o desorganizar un saber establecido. O también: la posibilidad de producir rupturas en el interior de un estado de cosas. Para decirlo en un lenguaje más llano, sólo hay sacudones y cambios radicales en el seno de algunas de estas cuatro condiciones.

Condicionada de tal manera, ¿cuál es la tarea principal de la filosofía? La de inventar, producir los conceptos y teorías capaces de construir un cuadro coherente que *posibilite la composición* de las verdades de una época. Así es como la categoría de *Verdad* viene a ser central para reponer al pensamiento filosófico. Pero tendrá que ser una teoría *vacía* de la verdad ya que la filosofía como tal no produce verdades, ellas solamente tienen lugar en sus condiciones (ciencia, amor, arte y política). La filosofía creará la arquitectura formal de una teoría de la verdad que pueda acoger y componer las verdades de los procedimientos genéricos.

Pero una verdad se desencadena a partir de una suplementación incalculable y azarosa en una situación dada. Es lo que nuestro filósofo llama *acontecimiento*. Un acontecimiento, disipado apenas aparece, provoca la apertura de una nueva manera de nominar y pensar la situación de que se trate. Bajo el imperativo del acontecimiento, y para sostenerlo, es necesaria una *fidelidad*, que al ir construyendo una nueva verdad hace que ésta capture al simple humano y lo haga participar en la constitución de un *sujeto*. Esta captura, escinde al simple mortal entre sus intereses propios y las exigencias que esta verdad le provoca en contraposición a su modo habitual de comportarse.

Este es el lugar en que puede pensarse la dimensión de una *ética* como la organización capaz de sostener esta tensión. Su máxima será: ¡Continuar! Continuar en la producción de esa verdad que como toda invención es una *apuesta sin garantías*.

Pero si las invenciones, los cambios y las rupturas son posibles, esto remite a una cuestión, decisiva, que es la cuestión ontológica, o sea, el pensamiento del ser en tanto ser. Sólo una ontología que decida al ser como una teoría del múltiple inconsistente, es decir el múltiple pensado *sin el uno*, un múltiple de múltiples, puede sostener desde una nueva racionalidad este proyecto de pensamiento. Aquí, no deja de ser también radical la intervención de Badiou.

En primer lugar construye una teoría consistente en la que se da cuenta de la esencial inconsistencia del ser. Si lo nuevo en el sentido de lo imposible de ser pensado *dentro* de los parámetros que gobiernan una situación dada, es posible, lo es porque el ser de toda situación en donde está comprometida la singularidad de lo humano, es inconsistente. En segundo lugar, afirma que la teoría axiomática de conjuntos es el pensamiento de este ser como multiplicidad inconsistente. En tercer lugar, *decide* desde la filosofía, que el verdadero objeto de la matemáticas ha sido desde siempre, sólo que recién ahora lo podemos afirmar, la ontología. En efecto, la matemáticas –fuera de su historia puntual ligada a los procedimientos de cálculo– es un pensamiento. Quizás esta opera-

ción que consiste en sacar del campo de la reflexión filosófica a la ontología y remitirla al pensamiento axiomático, sea la espina dorsal de todo su proyecto de pensamiento. Su apuesta más audaz.

Para concluir, diremos que si las subversiones ocurridas en sus condiciones nutren a la filosofía, en cada una de ellas hay un pensador que resulta decisivo y recurrente para tejer la trama del pensamiento de Alain Badiou. Realiza con ellos una operación similar a la famosa "diagonal de Cantor" por la que este matemático demostraba que el conjunto infinito de los números reales era mayor que el conjunto infinito de los números naturales. Para ello construía la ficción de un cuadro ordenado, que se suponía completo, del conjunto infinito de los números reales, y trazando una diagonal sobre el mencionado cuadro que tocaba indefectiblemente una cifra de cada número escrito, y cambiando esa cifra, obtenía al final del trazado un nuevo número del que existía plena certeza de nunca haberlo escrito antes, pese a que se suponía que el cuadro era acabado. Es decir, un *exceso*, una suplementación que implica un pensamiento inventivo y novedoso.

Este cuadro estaría constituido así: en el arte, Mallarmé; en la ciencia, Cantor; en el amor, Lacan; en la política, Marx y en la filosofía Heidegger. Produciendo una torsión creadora en cada uno de ellos, resulta la producción de uno de los pocos pensamientos que hoy pueden aspirar a la dignidad de llamarse filosófico ■

Entre las principales obras filosóficas de Alain Badiou, también novelista y dramaturgo, figuran: *Théorie de la contradiction*, Maspero, 1975; *L'être et l'événement*, Seuil, 1988 (que recapitula su sistema filosófico); *Manifeste pour la philosophie*, Seuil, 1989; *L'éthique*, Hatier, 1993 (hay versión castellana, Revista Acontecimiento N° 8, Octubre 1994) y *Conditions*, Seuil, 1992.



# ETICA Y PSIQUIATRIA\*

Alain Badiou

Médico psiquiatra. Filósofo. Profesor de Filosofía de la Universidad de Vincennes-Saint-Denis. Francia.

Digámoslo abruptamente: la doctrina de los derechos humanos, marco de todas las reflexiones contemporáneas sobre la ética, tropieza, para el filósofo, según Kant, con un interrogante que por oscuro merece todos los esfuerzos del pensamiento. El interrogante: ¿Qué es el hombre? ¿Qué es ese sujeto cuyos derechos quieren asegurarse? ¿En qué reconocemos a un hombre? ¿Qué es lo que lo distingue de esos otros seres vivientes que nuestra especie carnívora, rapaz, gozadora y cruel, extermina por millones en sus mataderos, gallineros o barcos-factorías de pesca industrial? ¿Cuál es el criterio absoluto que autoriza la distinción entre la vida, preciosa y protegida por el derecho, de un representante de la especie humana, y aquella prometida a la carnicería o al cautiverio, de un animal? ¿Podemos, debemos acaso decir solamente que el hombre es una especie animal particular, legítimamente preocupada por su propia supervivencia, y que fija así egoístamente sus normas vitales? Lo que se traduce en: esclavitud, terror y exterminio de lo que es necesario para nuestra alimentación y esparcimiento. Respeto jurídico siempre refinado para con los representantes de nuestra especie.

Pero entonces, ¿los derechos humanos no serían acaso, tal como pensaba Nietzsche, un simple ardid de la vida? Nada nos impide ver en ellos un dispositivo ingenioso para que nuestra animalidad soberana ejerza su dominio por sobre lo que no es ella misma, a través de la violencia industrializada, y por sobre lo que ella misma es a través de la regla y la Ley.

Y en este caso, no es necesario, es incluso confuso, hablar de ética. Hablemos simplemente de dominio vital. Ya que tenemos –tendencialmente– los medios para asegurar a cada representante de la especie dominante una vida, si podemos decir máxima, organicemos pues racionalmente esta posibilidad. Protejamos a cada uno contra los excesos inútiles o bárbaros de la crueldad latente de la vida; obtendremos así los derechos humanos. Dirijamos nuestra energía hacia el exterior, hacia la domesticación del planeta y de todos los seres vivientes no-humanos que lo habitan. Obtendremos así la economía conquistadora, la ley del mercado.

En esta decepcionante visión de las cosas, la ética es un arreglo puramente negativo de la vida colectiva. Busca lo que es preciso impedir: que la especie humana se inflija a sí misma tormentos inútiles. La declaración de la Comisión de Ética de los psiquiatras belgas subraya con toda razón que el único principio absoluto es: "Nadie puede ser sometido a la tortura ni a penas o tratamientos inhumanos o degradantes". Evidentemente estoy en total acuerdo con esta prohibición absoluta y la apoyo. Pero la filosofía es exigente. La filosofía cuestiona los enunciados más evidentes. Llamo la atención sobre el hecho de que este principio absoluto utiliza el adjetivo "inhumano". Vuelve así la lacerante pregunta: ¿qué es lo inhumano? ¿Cuál es la frontera entre lo humano y lo inhumano? Piensen ustedes, a partir de vuestra clínica, en el *status* ambivalente de la angustia, que es a la vez una tortura inhumana, quizás la peor de todas, y también, en ciertas circunstancias, una función de lo humano que hay que atravesar para experimentar lo real.

Me pregunto si el postulado de la doctrina negativa de los dere-

chos humanos no es el siguiente: lo que es propiamente humano es difícil de definir, porque la humanidad se inventa a sí misma en el tiempo; pero, por el contrario, lo que es inhumano se reconoce inmediatamente. De este modo, la ética sería necesariamente negativa, ya que su principio más fundamental sería que discierne lo que es bárbaro o inhumano, pero en general es incapaz de discernir o de definir lo humano. Los derechos humanos serían en realidad derechos contra lo inhumano. Y por consiguiente, el hombre del que se trata en los derechos humanos sería en primer lugar y ante todo, la víctima. La víctima potencial de lo inhumano, del tratamiento degradante.

Digamos que el sujeto humano sería tal que lo que le sucede de malo es aquello de lo que la ética se ocupa. El Mal sería la verdadera determinación de la ética, su apuesta, su principio. El imperativo ético se ejercería así al contemplar el Mal, y su única función sería el remediarlo. Pienso en la hermosa fórmula de Paul Ricœur: "El sufrimiento obliga". La ética sería la meditación de las obligaciones que devienen del hecho de que el sufrimiento es un dato cierto. Tal es en efecto el principio tanto de las legislaciones cuanto de las intervenciones humanitarias en los lugares donde la guerra y la tiranía devastan la vida y la dignidad de las personas. Y entonces, ¿quién se atrevería a levantarse contra estas claras máximas?

No obstante, si lo inhumano ordena lo ético, el interrogante sobre su evidencia permanece y se agrava. ¿Podemos identificar al hombre de manera esencialmente negativa, a través del conjunto de males que se le pueden infligir? Es en este punto que se impone la referencia al trastorno mental, a la locura, a la psiquiatría ya que, si es la experiencia de lo inhumano

\* Conferencia pronunciada en la Société Belge de Psychiatrie en ocasión de su 125 aniversario en 1994, y enviada por el autor para su publicación exclusiva en lengua castellana en Vertex.



no la que es clara, y la de lo humano la que es oscura; si es en definitiva lo inhumano lo que delimita el punto de aplicación de los derechos humanos; si lo humano es una doble negación (lo que no es inhumano); entonces la locura plantea al pensamiento ético un terrible problema.

Quiero emplear aquí, en toda su milenaria resonancia, las bellas palabras: locos, locas, locura. No entraré en el tecnicismo de los nombres. No diré "el psicótico", o "el paranoico", o "el maniaco depresivo". Estoy consciente de que la cuestión de la clasificación nosográfica preocupa gravemente a los psiquiatras. Sé que ella misma acarrea serios problemas éticos. Los nombres generales que se aplican a sujetos ¿pueden acaso ser inocentes? Pero hablando en filosofía, que tiene que ver inevitablemente con la razón, asumiré ante ustedes el término "locura".

Para nosotros el problema es el siguiente: si es lo inhumano lo que da todo su peso de evidencia y de experiencia a los derechos humanos, ¿no corremos el riesgo de repetir el gesto de exclusión cuyo poder fuera demostrado por Foucault en su historia de la locura? Si fue necesario, para constituir la idea misma de razón universal, pasar por la negación de la locura, ¿no es acaso por que ya la razón era negativa? El sujeto humano racional poseía esta estructura de doble negación de la que más tarde Hegel haría una ley del pensamiento dialéctico. El sujeto humano racional era el que sabía negar en sí mismo las quimeras de la imaginación y el vagabundeo del delirio. En este último tiempo, en su libro "La locura en la razón pura", Monique David-Ménard demostró cómo la teoría kantiana del conocimiento apuntaba ante todo a prohibir el delirio especulativo, la locura teorizadora, de la cual Swedenborg encarnaba para Kant un modelo fascinante y aterrador.

Si entonces lo humano es negación de lo inhumano, ¿no es de temer acaso que la locura entre en el campo de lo que lo humano no puede sostener? Más generalmente, y he aquí a mi entender el punto difícil de nuestra discusión, ¿qué relación hay entre la locura y la experiencia de lo inhumano?

Toda la historia de la psiquiatría muestra que aquí nos hallamos en un camino muy estrecho.

En efecto, o bien tal como una ética mínima de la relación con los locos parece imponerlo, hay que reconocer que son hombres -pero como en ellos el pensamiento es lo que se encuentra afectado, y a veces hasta el extremo de su desorganización, habrá que renunciar a sostener que es el pensamiento actuante y claro el que define la humanidad del hombre-. ¿Esto no nos vuelve a llevar a una definición puramente biológica y específica? ¿Y la locura misma no se reduce entonces a un callejón sin salida de los arduos y dominios de la vida?

O bien planteamos que la locura es, en el hombre, un eclipse de su humanidad. Y entonces, qué límite fijar al tratamiento de esta inhumanidad? El aterrador exterminio nazi de los enfermos mentales demostró hasta dónde podía llegar la preocupación higienista que pretende conducir a la humanidad a una estricta definición normativa, construida a su vez sobre cierta idea de lo inhumano.

No estoy citando este ejemplo extremo por comodidad. Un filósofo francés, Philippe Lacoue-Labarthe, produjo un gran escándalo hace unos años cuando declaró que el nazismo había sido un humanismo. ¿Qué quería decir con esto? Que la política nazi definía explícitamente lo humano a partir de lo inhumano; que para ella sólo había un éxito racial ariano como contrapartida de la sub-humanidad judía; que la vida creadora y digna del alemán normal sólo existía como contrapartida de la vida oscura y vana del loco. Los nazis llevaron al paroxismo la convicción de que lo humano no se afirma más que a través de la negación, en la humanidad, de lo que tiene ella de sub-humano, o de inhumano. Al tratarse de la locura, sacaron las consecuencias asesinas de una teoría presente en la razón clásica: que ya que la vida del loco es inhumana, debe ser tratada como tratamos a todo lo que es inhumano, a través del dominio puro, el encierro o la masacre.

No basta con decir que los nazis definían arbitrariamente lo inhumano. Desde luego, declarar

inhumano al judío era una construcción a la vez irracional y criminal. Pero en un segundo plano, persistía el esquema de la doble negación: afirmar lo humano contra lo inhumano, afirmar la razón normal contra la locura.

En mi opinión, debemos terminar con este esquema. Es preciso determinar el campo de la meditación ética con una definición positiva de la humanidad del hombre, que no sea por ello una definición biológica.

Iré más lejos: es necesario que esta definición le dé un lugar a lo inhumano mismo, a lo que está más allá del animal humano. De esta forma la locura, aun considerándola una enfermedad, debe ser considerada al mismo tiempo como una dimensión posible de la experiencia humana. Como aquella verdad ciega y cegadora de la cual Edipo, en el final de la obra de Sófocles, es el testigo principal.

Para esto, debemos en primera instancia romper con la concepción victimaria del hombre y de sus derechos. Debemos dejar de pensar que la figura humana se dibuja sólo entre la de la víctima y la de la compasión por la víctima. El estado de víctima, de animal sufriente, de moribundo descarnado, lleva al hombre a su subestructura animal, a su pura y simple identidad de mortal. Es cierto, la humanidad es una especie animal. Es mortal y cruel. Pero ni la mortalidad, ni la crueldad pueden definir la singularidad humana en el mundo de los vivos. Como verdugo, el hombre es una abyección animal. Pero hay que tener el coraje de decir que como víctima, en general no es mucho mejor que eso tampoco. Todos los relatos de torturados y refugiados lo prueban con fuerza: si los verdugos pueden tratar a sus víctimas como a animales, es que las víctimas se han transformado en efecto en esos animales. El verdugo se encargó de hacer lo que era necesario para eso. Sin embargo, algunos son todavía hombres, y dan pruebas de ello. Pero justamente, se trata siempre de un increíble esfuerzo. Existe en ellos una resistencia de lo que no coincide con la identidad de víctima. He allí al Hombre: en lo que hace que se obstine en permanecer como lo que es. Es decir, precisa-



mente, algo diferente a una víctima, algo distinto a un ser-para-la-muerte, y por lo tanto: algo más que un mortal. Un inmortal: eso es lo que el Hombre es en realidad en las peores circunstancias.

Si existen "derechos humanos", no son de seguro en primer lugar los derechos de la vida contra la muerte, o los derechos de sobrevivir a la miseria. Son los derechos de lo inmortal, que se afirman por ellos mismos. Son los derechos de lo inmortal frente a la contingencia, al sufrimiento y a la muerte. El derecho del Hombre es ante todo el derecho de la resistencia humana. Al final morimos todos y no queda más que polvo. Sin embargo existe una identidad del Hombre como inmortal, en el instante en el que afirma lo que es contra el querer-ser-un-animal al que lo expone la circunstancia. Cada hombre, es sabido, es capaz de ser este inmortal, en grandes o pequeñas circunstancias, por una verdad importante o secundaria, no importa. En todos los casos, la subjetivación es inmortal, y hace al Hombre. Fuera de ello, existe sólo una especie biológica carente de singularidad alguna. ¿Diremos entonces que la locura es aquella dimensión de la experiencia humana donde la subjetivación es imposible? El loco sería aquél en el que la posibilidad de lo inmortal está bloqueada por una irremediable insistencia del ser-para-la-muerte. ¿O por el contrario, diremos, en una visión romántica y casi heroica de la locura, que se trata de una subjetivación paroxística, una inmortalidad interior rigidizada, donde lo que está afectado es la capacidad para la vida ordinaria del mortal humano? En cualquier caso, de lo que se trata es de la humanidad, frente a la prueba de la subjetivación. La locura circula, como toda experiencia, entre los intereses ordinarios del animal humano, y los intereses extraordinarios del inmortal en que este animal puede transformarse, cuando la circunstancia lo desafía a sobrepasarse. Digamos que la locura es un desarreglo de esta circulación paradójica, paradójica que constituye la subjetivación misma.

¿Este desarreglo es una enfermedad? Tal vez. Una enfermedad de lo que, en el animal humano,

autoriza su transformación en sujeto. La ética a partir de aquí nos impulsa a considerar la enfermedad, no como lo que hace una excepción del volverse-sujeto donde lo humano culmina, sino como un proceso singular que, o bien obstaculiza, o bien exacerba esta transformación. La locura será entonces un límite de la experiencia, y no su negación. Ya sea un límite inferior, por bloqueo y estancamiento repetitivo, ya un límite superior, por exceso y fijación en el exceso.

Lo que debemos conservar a toda costa es la idea de una subjetivación siempre posible, de la que la locura no es más que una simple imposibilidad contingente. Debe ser, en la gran tradición clínica, teoría del proceso mórbido y tentativa insistente de interrumpir su curso. En cuanto al sujeto humano como posibilidad de lo inmortal en lo mortal, de eternidad en el tiempo, la psiquiatría debe ostentar simplemente la certeza de ello como un axioma intangible. De este axioma, la psiquiatría no es ni el origen, ni la guardiana privilegiada. Se atiene a sus efectos, como debe atenerse toda práctica en la que se trata de lo mortal y de lo inmortal, del animal y del sujeto, de lo posible y de lo imposible.

Uno de los enunciados de la Comisión de ética psiquiátrica belga se centra en este punto un poco equívoco. Este enunciado declara que el psiquiatra debe apasionarse, no por la enfermedad, sino por el enfermo. Confieso que no estoy seguro de esto pues, ¿qué es un enfermo si no un animal humano atrapado en el proceso mórbido? ¿Qué es un loco, si no un sujeto en el que la subjetivación no funciona? ¿Qué quiere decir apasionarse por un enfermo, si no considerarlo, justamente no como un enfermo, sino como alguien, en relación con el axioma de humanidad —la capacidad de ser un inmortal—, que está separado provisoriamente, y por razones contingentes, de sus propias capacidades?

En una frase célebre, el profesor Hamburger decía que el enfermo no necesitaba de la compasión del médico, sino sólo de su competencia. Yo entiendo así esta máxima: El médico no es un especialis-

ta de la humanidad de los hombres, y no debe hacer concesiones a la figura del sacerdote, hacia la que toda nuestra época lo impulsa. No existe un especialista de la humanidad, pues es el juicio ordinario y general el que asegura la posibilidad de todo animal humano de transformarse en sujeto. Tal como el doctor Winter lo proclamara con su acostumbrada sequedad, "los enfermos", no existen, no deben existir. Sólo hay "alguienes", todos ellos singulares e infinitos, cuya posible subjetivación se declara axiomáticamente idéntica, y que están afectados interiormente por un proceso de barrera u obstáculo ante esta posibilidad. El médico debe tratar situaciones y no almas. La ética no puede más que coincidir en este punto con la clínica. Si el proceso mórbido de barrera o de exceso termina cediendo, tenemos una situación nueva, sobre la cual el médico no tiene ninguna autoridad particular. Aceptemos que un "curado" es alguien para quien el médico, en tanto médico, ya no es nada. Esto no es posible a menos que, anteriormente, el médico no tuviera tampoco sobre el alguien como tal, autoridad o derecho alguno en particular. Esto significa que en definitiva, no es con el enfermo que el médico se relaciona, sino con la enfermedad como situación contingente que afecta en alguien sus derechos a lo inmortal. No porque sea indiferente a la humanidad, sino por el contrario, porque asume su existencia de manera absolutamente inicial, sin privilegio particular en este punto, y porque su objeto propio es, en el devenir humano del hombre, una figura intrínseca de lo inhumano, bajo la forma de un obstáculo mortal o de un exceso estereotipado.

El médico, y más precisamente el psiquiatra, es especialista no de la humanidad afirmativa del hombre, es especialista de una dimensión inhumana de esta humanidad. Por lo tanto, es necesario que la pasión de su pensamiento se dirija a la enfermedad, a la situación confusa que ésta provoca, a los medios, ya fueran químicos, quirúrgicos o interpretativos, no importa, que puedan disminuir la distancia que la enfermedad abre entre un animal



humano y su capacidad de subjetivación. La ética psiquiátrica plantea evidentemente la igualdad absoluta de las personas, en términos de subjetivación posible. En particular, la igualdad de los locos y los no-locos. Pero esta igualdad de los posibles trasciende la competencia particular del psiquiatra, competencia que consiste en examinar una situación de imposibilidad contingente, y en operar, por todos los medios a su alcance, para transformarla.

El imperativo del médico, claramente fijado por Hipócrates, es simple. Dice: "Haz todo lo que puedas para que aquello que es provisoriamente imposible, y sin embargo de lo que todo humano es capaz axiomáticamente, vuelva a ser posible". Y si es verdad que el psiquiatra alcanza los límites internos de la subjetivación, su imperativo propio será: "Haz todo lo que puedas para que se disuelva la excesiva rigidez, o la fijación regresiva, que bloquean en este animal humano la humanidad afirmativa de la que es capaz".

En esta lógica, los psiquiatras tienen hoy en día una responsabilidad inmensa. Pues nuestro tiempo es cruel. Tiene su propia medida de las capacidades, que no es la de la afirmación subjetiva. Gusta de las capacidades que yo llamaría operatorias, y por ende animales, en el sentido de la competencia y de la supervivencia. Gusta de la eficiencia en la prosecución de los intereses. El loco y el anciano, hay que reconocerlo, no se adaptan a estas crueles normas. El psiquiatra es quizás ante todo el custodio y el defensor de una idea crucial: la de la locura como límite interior de la capacidad humana. La verdad que la locura, a su modo, pone de manifiesto, he allí lo que exige el pensamiento y la acción del psiquiatra. Que esta exigencia sea combativa y clínica no debe disimular que se basa en un bien muypreciado hoy día: una definición máxima de la humanidad del hombre, incluyendo sus propios límites inhumanos. El psiquiatra nos dice, porque lo sabe en su vida cotidiana: el loco está entre nosotros, como signo a veces desesperado, imagen inver-

tida, pero necesaria, de aquéllo de lo que todos somos capaces.

Los románticos vieron a menudo a la locura como un signo de elección. Ustedes que conocen su terrible miseria, su angustia indecible, su sufrimiento mortífero, ustedes no pueden aceptar una imagen tan complaciente del estupor mental.

No obstante, es cierto que toda ética de la locura afirma la singularidad mórbida de la misma sin exceptuarla jamás de las posibilidades subjetivas de la humanidad. Su imperativo, como ya dijimos, es trabajar caso por caso, loco por loco, en la posibilidad reencontrada de esta posibilidad, pues el campo en el que interviene el psiquiatra es sin duda el de la posibilidad de lo posible.

Cuentan que Lacan, cuando era un residente en psiquiatría, había escrito en las paredes de la sala de guardia: "No se vuelve loco el que quiere". Comprendamos que la locura, si bien es una posibilidad del sujeto, no es accesible por su voluntad.

La ética psiquiátrica debe medir todos los días la distancia entre lo que puede un sujeto y lo que, de este poder, es capaz de querer. Es entonces necesario no ceder nunca, en nombre de la impotencia de la voluntad, frente a la posibilidad de lo posible. El enemigo del psiquiatra es la idea del loco definitivo, del por siempre incurable, proscrito del pueblo. Así como el enemigo del geriatra es la idea del anciano irreversiblemente impotente y condenado. Si la enfermedad es una situación, la ética es no renunciar nunca a detectar una posibilidad que no se percibía anteriormente, por más ínfima que fuera. Y requerir, para darle valor, de todos los medios intelectuales y técnicos disponibles.

Hay ética sólo si el médico se concibe como aquél que, día tras día, confrontado a las apariencias de lo imposible, no deja por ello de ser un creador de posibilidades. Esto me hace pensar, dado que es justo hablar de locura en el seno de la potencia creadora "normal", en la *Elegía de Marienbad*, tal vez el más bello poema de

Goethe. El ya muy anciano Goethe debió renunciar razonablemente a un amor violento por una muy joven muchacha. Se halla en el estado que Lacan llama estado de des-ser, que es semejante a una locura, a la fusión paralizada y despótica de las voces del mundo y de sí mismo. Se trata de la locura del alma como cierre, como camino sin retorno:

"La mirada se fija, atormentada,  
en un oscuro sendero  
vuelve hacia atrás y la  
puerta se ha cerrado,  
el corazón ahora se ha  
encerrado en sí mismo".

El psiquiatra se dirige a este sujeto no apto para la subjetivación, cuyo corazón se ha encerrado en sí mismo, y que se halla en un oscuro sendero. Se trata de mantener hasta el final, en estas condiciones, con este loco que se ha encerrado a sí mismo, el principio de lo posible. Contra la fijación, la mortal unicidad, el psiquiatra pone su ciencia al servicio del más ínfimo movimiento, de la más fina multiplicidad. Nunca desespera por la vida afirmativa. Intenta captar y señalar, en la situación más precaria, un lugar, una falla, un pliegue, del cual poder decir, como el poeta:

"Es allí donde la vida se mueve  
con formas cambiantes  
allí se modifica, única, en  
muchas, mil veces,  
y se torna siempre  
más valiosa".

Para ser este guía, que realiza contra el proceso mórbido el trayecto que lleva de la angustiante desestructuración a algunas posibilidades múltiples, el psiquiatra tendrá que tener el valor de enfrentar la inhumanidad de lo imposible; deberá tener el arte de discernir los lugares más tenues de lo posible; y deberá guardar, a la sombra de la ley de un axioma igualitario que no inventó él, frente a las tentaciones de poder, la mayor de las reservas.

Valor, discernimiento y reserva: he aquí las virtudes del psiquiatra ■



# EL PSICOANÁLISIS MAS ALLA DEL CONSULTORIO

Graciela Bazán

*Graciela Bazán, corresponsal de Vertex en San Luis y actualmente Directora del Hospital Psiquiátrico de esa provincia, forma parte del equipo de la Clínica de Psicoterapia Psicoanalítica de la capital puntana y nos relata aquí una experiencia de psicoanálisis aplicado que realiza junto a sus colegas G. Amaya, E. Blanda, L. Domingo, N. Rodrigo, M. G. Samper, A. Samperisi, M. de Samperisi, N. Scardino, G. Sosa, A. Tabora, E. Toranzo y N. Vila.*

**E**l Psicoanálisis nos permitió el conocimiento de los factores inconscientes que intervienen en la comunicación directa con el otro; especialmente en la relación particular que se establece entre el terapeuta y el paciente.

Esta comunicación se caracteriza, a veces, por ruidos, interferencias y distorsiones producidas por los procesos conscientes e inconscientes, que serán objeto de la tarea del analista, quien tendrá por finalidad descifrar, señalar, interpretar y reconstruir—decodificando— el contenido manifiesto para encontrar el verdadero sentido de lo comunicado, logrando así integrar lo inconsciente a lo consciente, uniendo sentimientos, pensamientos y acciones, “resignificando”.

Según Bleger, “posiblemente el único procedimiento que enseña, en cierta medida, a comprender, pensar y descubrir, sea el Psicoanálisis”.

Las relaciones interpersonales en psicoanálisis, son un diálogo que incluye la totalidad de ambos participantes, sus mentes y sus cuerpos. Es un diálogo con una estructura particular y no un diálogo cualquiera, en el que no sólo “se dice” con la palabra, sino también con los gestos, las actitudes corporales, tono de voz, etc. Todo esto constituye un sistema de signos que sostienen la comunicación, pudiendo mantener o hacer fracasar el mensaje que se desea transmitir. Esto es así, tanto para el Psicoanálisis, como para las teorías de la comunicación.

Luego de reflexionar sobre las posibilidades que nos brinda el Psicoanálisis, nos pareció importante llevarlo más allá del consultorio,

promoviendo la difusión y el conocimiento psicoanalítico hacia un sector más amplio de la población que, tradicionalmente, no accedía al conocimiento de esta ciencia, con el objetivo de prevenir en Salud Mental.

Los medios masivos de comunicación permiten ampliar los campos de investigación y aplicación del Psicoanálisis. Al respecto es útil aclarar que no existen “fenómenos psicoanalíticos”, sino que en todo suceso intervienen seres humanos y por lo tanto se puede utilizar el Psicoanálisis para su interpretación.

El hecho de que un Congreso Nacional de Psiquiatría se ocupe primordialmente de los “Medios Audiovisuales y Salud Mental”, nos habla de la importancia que estos han cobrado en la sociedad actual.

En estos momentos es una temática que nos ocupa y nos preocupa: el cómo utilizarlos en pro de la Salud Mental de la población.

En la ciudad de San Luis, a través de un programa emitido por T.V. por cable, nuestro equipo de trabajo decidió empezar a difundir el conocimiento psicoanalítico. En un principio se realizó a través de pequeñas intervenciones de profesionales en distintas emisiones, para luego lograr la realización de un programa propio.

Esto se concretó hace aproximadamente 3 años con la emisión de “Desde San Luis conversando con Mauricio Abadi”, todos los martes a las 22 y con una duración aproximada de una hora.

En un primer momento se exponía el video del programa (del Dr. Abadi) que a modo de disparador, nos permitía después abordar las problemáticas planteadas encarán-

dolas desde una perspectiva regional. La dinámica del programa consistía en un diálogo entre los profesionales de nuestra Clínica, y era coordinado y presentado por un miembro estable de la misma. Al mismo tiempo se invitaba a los televidentes a que efectuaran preguntas, expresaran sus impresiones o críticas telefónicamente, las que eran tratadas en ese o en el programa siguiente. Actualmente nuestra actividad se presenta de la siguiente manera: se emiten dos programas completos del Dr. Abadi y el tercero se arma con la participación de algunos miembros de la Clínica y el personal del cable privado.

Creímos que una forma más rica y participativa de integrarnos a la comunidad y cumplir en nuestro medio con los objetivos propuestos, era entrevistar a personas vinculadas a los temas centrales de cada programa: educación, creación en general, literatura, pintura, informática, historia, etc., que posteriormente era abordada por nosotros desde nuestro marco conceptual.

El intercambio permanente que se hace posible en una ciudad de 150.000 habitantes, nos ha permitido ir conociendo las necesidades de la Comunidad Puntana; sus interrogantes e inquietudes acerca del Psicoanálisis, e ir adecuando nuestro mensaje, sin perder el rigor científico, y a la vez siendo lo suficientemente claros como para que los destinatarios accedan a su comprensión.

No sólo nos planteamos lograr un objetivo cultural y educativo sino también contribuir a que el ser humano pueda ponerse en contacto con sus emociones, conflictos y problemática cotidiana, proporcio-



nándole un instrumento que le permita reflexionar sobre sí mismo sin necesidad de recurrir a soluciones mágicas que lo alienen.

Este programa de televisión es el fruto de un largo proceso de intercambio con la Comunidad, iniciado hace varios años a través de nuestra participación en charlas debate en entidades intermedias: colegios, clubes, programas radiales, cine-debate y publicaciones en revistas científicas y de divulgación, etcétera.

Desde su ámbito, la teoría de la comunicación afirma que "todo medio informativo es al mismo tiempo persuasivo, ya que la información -y sobre todo la nueva información- influye en los procesos psicológicos de las personas induciéndolas a un cambio, cambio dinámico que hace posible la asimilación del mensaje" (Baggaley, J. y Duck, S., Análisis del mensaje televisivo).

Desde el Psicoanálisis entendemos que el efecto del mensaje televisivo se debe a los procesos de identificación proyectiva que se ponen en juego desde el inicio de la vida en todas las relaciones humanas.

Estos procesos, fundamentales de las relaciones bipersonales, se extienden al ámbito de las comu-

nicaciones masivas y son los que nos permiten participar y gozar de un espectáculo, aprender de la experiencia ajena, compartir sentimientos.

La identificación proyectiva facilita que el sujeto "se apodere" de los atributos del otro, se ubique en el lugar de los personajes, se apropie del mensaje que transmiten.

Este mecanismo descrito por Freud al estudiar las neurosis histéricas, en las que se encuentran núcleos aislados de "identificación imitativa" es el que se utilizaría comúnmente ante el televisor; lo que lo diferencia de la patología es que somos conscientes de la situación ficticia en la que nos encontramos y, sin embargo, podemos identificarnos con los personajes de las series, empatizar con algunos, rechazar otros, participar de la trama.

La tarea de difundir el Psicoanálisis por los medios masivos de comunicación se inició quizás en Francia, con Françoise Dolto, mediante sus programas radiales.

En nuestro país, el Dr. Florencio Escardó fue un pionero en esto de poner el conocimiento teórico psicoanalítico al alcance de una población más amplia. En la actualidad, es común recurrir ante situa-

ciones de crisis, hechos conmovedores o dolorosos, a la participación radial o televisiva de distintos psicoanalistas que, con su aporte, contribuyen a la comprensión de los fenómenos humanos.

De este modo, el Psicoanálisis ha ido paulatinamente abandonando el círculo hermético y cerrado de su ambiente inicial, circunscripto al consultorio, para cumplir una función socio-cultural, con características educativas y preventivas.

Esta es la concepción en que se basa nuestra tarea, emprendida como equipo de trabajo en la televisión de San Luis. Sabemos que el hombre es un ser de comunicación, y todo aquello que favorezca el entendimiento y el acercamiento entre las personas es un hacer para la Salud Mental.

Nuestro equipo de trabajo está constituido por un grupo de numerosos profesionales, formado por psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos y asistentes sociales. Este grupo se mantiene a lo largo de los años sin cerrarse en su propio saber psicoanalítico gracias al trabajo constante de ir reflexionando sobre sí mismo, lo que le brinda persistencia y cohesión, y al mismo tiempo le permite enriquecerse con otros aportes ■



Pte. Perón 1730, 4º 58  
(1037) Buenos Aires, Argentina  
Tel.: 49-8301 - Fax: 394-8179  
Internet: russell@pccp.com.ar

Base de datos Russell 2.0: 25.000 referencias bibliográficas psicoanalíticas en castellano, francés e inglés.  
Investigación Bibliográfica Asistida: búsquedas en bases de datos y provisión de libros, revistas y trabajos.  
Organizador bibliográfico: para informatizar su biblioteca.  
Catalogación de bibliotecas: personales e institucionales.  
Cursos de capacitación a domicilio: básicos y avanzados.

**Abonos para usuarios con y sin PC desde \$10 mensuales**

Revista

Cinco Años de

TopiA

Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE

Informes: 802-5434 / 785-5873

Fax: 943-0968 / 784-1967

Correo Electrónico: TOPIA@PSICONET-SATLINK-NET



# NUESTRA HOSPITALIDAD

Guillermo Aristegui

Psicólogo. Jefe de Residentes. Hospital "D. Paroissien", Pcia. de Buenos Aires.

*Como anunciáramos en el número pasado continuamos, en este espacio, con la publicación de los trabajos premiados en las Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana. Los restantes artículos serán publicados en nuestra próxima entrega.*

Algún equilibrio, rutinario en sus movimientos y constancias, sufre un desvío. Alguna conducta, hasta el momento, *standard* y bien adaptada se tensa y deja de ser funcional. Crispa la personalidad, que parece ahora consagrada a la novedad de difundir mensajes aberrantes sobre sí misma. Lo insólito del comportamiento en trance de ser significado como patológico, se presenta como desafío al grupo que tácitamente convalidaba sus antecedentes y que se ve sorprendido, confrontado con lo heterogéneo surgido, sin embargo, del ciclo regular de sus interacciones. Los recursos tendientes a recuperar al individuo devenido "fenómeno" se organizan en torno a la pauta de intervención desde afuera. El experto convocado emerge desde zonas de prestigio inestable: la magia, la religión, la ciencia. Según cuál sea la referencia que el grupo primario resuelva activar se sucederán un número de acciones incluidas en el repertorio que la inercia de la historia de cada una de aquellas prácticas (es decir, sus aspectos más ligados al hacer) conforma y prescribe.

La primera línea de circunvalación del individuo (familiares, amigos íntimos) amortigua el impacto que la conducta bizarra (sea positivamente extravagante o eminentemente deficitaria) produce en su periferia social: trabajo, vecinos, etc.

En sentido inverso al que, según muestran los etólogos, algunos colectivos animales adoptan raleando a sus integrantes enfermos o mutilados, la comunidad humana (al menos la de la provincia de Buenos Aires) espesa la red de contención en torno al individuo problema. El pacto que vincula a la familia con el experto

potencia la eficacia de este último, probada en situaciones que se quieren equiparables, segregando una envoltura de atenciones extraordinarias que mantendrán al individuo en el centro de una pequeña turbulencia. La coreografía agitada en que se ha transformado su entorno cotidiano le confirma el dramatismo que deriva de su situación. Si el sujeto no era nadie antes de su trastorno, puede descontar que será recordado por su arrebatado de diferenciación. Lamentablemente, en su retorno a los rendimientos promedio, difícilmente podrá sustraerse al pasaje por las formas compulsivas de la manipulación esotérica, la reorganización deudora de lo sobrenatural o la compensación de su medio interno vía acción farmacológica.

Suponiendo despejado el camino que conduce al sujeto al estatuto de paciente, es decir, rechazadas las ofertas alternativas a la atención médico-psicológica, el grupo primario alcanzará las puertas de la guardia hospitalaria. En este contexto, el dispositivo profesional drenará un flujo de información que, siguiendo una sola dirección —de la familia al "doctor"— posibilitará diseñar dos cortes, uno histórico y otro actual que, según su peculiar articulación (violentas incongruencias o desvíos sintomáticos "benignos") funcionarán como regla de distribución: hacia el tratamiento intensivo de la sala de internación, o rumbo a las intermitencias terapéuticas de los consultorios externos.

Estos respectivos compartimentos desatarán los rituales que los constituyen; lo que sea del paciente de ahora en más resultará del cruce de numerosas variables que, por el momento, situaremos

dentro de los límites de una imaginaria caja negra

Mientras tanto, ante los ojos de la pequeña sociedad-testigo del eclipse del individuo, un proceso médico-institucional ha sido puesto en marcha. La ausencia consecutiva a la declaración oficial de la enfermedad será entendida como la fase crítica en la que distintas fuerzas y saberes trabajan en la incertidumbre del resultado final. Las reapariciones del paciente en calidad de convaleciente o ya en el tiempo de gracia de la reinserción laboral serán seguidas por un tumulto comedido de miradas que, fatalmente indiscretas, situarán al individuo en el centro de una cruzada diagnóstica. Las expectativas de aquéllos que controlan el tiempo y la calidad de la producción material del paciente pronto se ajustarán a los indicadores normales, establecidos en períodos de rendimientos libres de enfermedad.

Así, las fuerzas envolventes del grupo familiar y las de la normatividad laboral actuarán de consuno procurando disolver el cógulo que representa el individuo todavía ligado a un pasado que lo cuestiona radicalmente, pero ya promovido a la reasunción de sus responsabilidades sociales.

En el intersticio que la piedad de la familia conformó como zona protegida, suspendidas transitoriamente las exigencias "razonables" que en tiempos de "normalidad" regulan su conducta, el paciente encuentra, si las cosas salen mal, el lugar exacto donde acomodar su deserción. El andarivel de la cronicidad se adivina balizado por el agotamiento de los plazos que comprenden las respuestas terapéuticas positivas y por el deslizamiento hacia ese estado donde se desanudan la



construcción de una historia y la contención medicamentosa, en provecho de esta última.

Son las clases populares las que alimentan este tránsito arriesgado hasta el hospital, donde se pondrá a prueba la capacidad restitutiva de la asociación profesionales-familia, amenazada por la eventual pérdida del paciente, succionado por el aparato de marginación y encierro.

La comprensión generalizada de todos los ámbitos ligados a la actividad económica reduce el espacio de maniobra del individuo que, a fin de sobrevivir, se ve obligado a multiplicar la velocidad de sus respuestas adaptativas. Simultáneamente, las opciones reales para su inserción laboral se esfuman, toda vez que es una masa de desocupados la que es repelida hacia las fronteras del sistema, confiriéndole a la palabra "recesión" la dimensión siniestra que oculta el lenguaje de las estadísticas.

La doble tenaza del mensaje neo-liberal y el retroceso objetivo de las condiciones de vida, promueven al individuo, víctima de una ofensiva ideológica que lo encuentra sin alternativas claras, a la repetición autoinvalidante del discurso que lo ubica como espectador pseudo-beneficiario de su propia ruina. Así, el odio del sistema contra sus hijos menos favorecidos encuentra en las políticas económicas su cauce criminal.

Un empuje de orientación descendente presiona sobre el grueso de la población pero es en algunos individuos, a los que se obsequiará con la categoría de "estresados", donde la psicopatología, infiltrada por consideraciones sociológicas, creará encontrar la prueba de la indefensión del psiquismo frente a la desmesura de las exigencias cotidianas. Forzando apenas la metáfora se puede hablar de nubes tóxicas de angustia sobrevolando las ciudades de la provincia; sin embargo, las ciencias *psi* deberían interrogarse acerca de lo que ganan y pierden cuando, a riesgo de debilitar su coherencia, dan entrada en su proyecto explicativo a variables originadas en la consideración del hombre y el medio.

Pero ¿qué ocurre mientras tanto con los profesionales designa-

dos para el tratamiento de las enfermedades mentales?

Bien, algunos de éstos han sido bautizados "residentes" y representan la vanguardia de un ejército sub-ocupado, derrotado año tras año en un examen surrealista por lo limitativo. Aquellos profesionales que no logren atravesar la barrera del *choice* recibirán una segunda oportunidad, sin duda menos relevante, con la oferta de una concurrencia que, al tornarse numerosa y renovable, se eternizará como fuerza de trabajo eficaz y gratuita, desalentando una eventual política de nombramientos.

Si el residente arrastra tras de sí un pasado de queja por los años universitarios, donde el contacto con un paciente podía ser considerado excepcional, pronto se verá resarcido. Ninguna experiencia con el dolor humano le será ahorrada. De los libros a la realidad de una práctica que lo encuentra como último garante, verá saltar una multiplicidad de síntomas que reclaman una intervención no prescriptible por el ejercicio de la lectura. La soledad del residente, mitigada por la compañía de otros residentes llegados antes y, como veremos, destinados a marcharse antes también, parece ser efecto de una estructura que descuida a la par tanto el sostén del trabajo de asistencia como el de transmisión del saber. A título de instrucción, los clásicos de la psicología serán revisitados, pero esta vez, al

hacerlo fuera del contexto académico que los legitimaba, el residente, que habrá aprendido a desconfiar, pondrá una y mil veces en duda la pertinencia del conglomerado pedagógico llamado "formación". La otra cara de la famosa "autonomía relativa" de las residencias es la retirada en masa de los profesionales más experimentados o, en todo caso, su participación contingente. Ventajas de lo impuesto: sólo cabe esperar lo que las mismas residencias propicien.

Quizás resulte esclarecedor el punto de vista del residente pronto a emigrar. Sabe, demasiado bien, que sus días en el hospital están contados y se pregunta ¿cómo es que la provincia se deshace de sus profesionales una vez llegados éstos a un nivel, digámoslo de algún modo, de excelencia terapéutica?

La respuesta, quizás, deba buscarse en la consideración de las prioridades del sistema, dentro de las cuales, la salud de las clases populares ocupa un lugar meramente declamatorio. De todos modos, la sencilla penetración de los valores de la ideología en cualquier definición de salud hace recomendable no esperanzarse con el contenido de políticas sanitarias estatales.

Como vemos, las múltiples presiones que imponen sus límites a la actividad de los residentes parecen estar lejos de ceder. Sería alentador pensar que la residencia también ■

## L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

*Cahiers de psychologie clinique et de  
psychopathologie générale fondés en 1925*

*Rédacteur en chef: Yves Thoret*

**4 Números por año**

Solicitar informes y suscripción en la redacción de Vertex  
49-0690 de 10 a 16 horas





## LECTURAS

**Lucía Rossi. Psicología en la Argentina, Capítulos olvidados de una historia reciente.** Ed. Tekne. Buenos Aires, 1994, 163 páginas.

Lucía Rossi, Profesora Asociada Regular de la segunda cátedra de "Historia de la Psicología" de la Fac. de Psicología de la UBA reúne en este volumen una serie de capítulos de su autoría, la mayoría de la obra, junto a otros de C. Miceli, R. Falcone, U. Kirsch y L. F. García de Onrubia. A los mismos, en los que se plasman resultados de investigaciones originales y sumamente necesarias del pasado de la Psicología en Argentina, se agregan apéndices documentales en los que se reproducen *in extenso* materiales indispensables para comprender el texto y útil fuente para otras investigaciones.

Para culminar con la cristalización de la carrera de Psicología, el texto que se inicia con una presentación de esa problemática, recorre desde las controversias de principio de siglo que involucraron a Jakob, Mouchet y Alberini, la inspiración en el método de Ribot y su impacto en nuestro país, la emergencia de la psicología experimental y el humanismo antipositivista de Korn hasta la obra de Aníbal Ponce. Luego analiza la polémica desatada en el Congreso de Filosofía de 1949, alrededor de la pertinencia de la Psicología experimental, su abolición, por decreto, y la evolución de la especialidad en los años '50 con énfasis especial en el Primer Congreso de Psicología de 1954.

Este texto cuyo andamiaje con-

ceptual debe rastrearse en otros (como por ejemplo *Historia de la Psicología*, Tekne, Bs. As., 1994, y *Para una historia de la Psicología*, Ed. Lugar, Bs. As., 1990, ambos también de Lucía Rossi) ofrece una documentación imprescindible para introducirse en la historia de la profesión que en nuestro país ha dado el mayor número de agentes del campo de la Salud Mental. Lejos de quedarse en la crónica su lectura sirve para hacer, al decir de Castel, una Historia en Presente capaz de aportar elementos que nos ayuden a comprender nuestra situación actual y proyectar un futuro mejor a los conflictivos tiempos que vivimos en el campo de la Salud Mental en el país.

• Vertex

**George M. Burnell. Elección final. Vivir o morir en la era de la tecnología médica.** Ed. Científica Interamericana. Buenos Aires, 1994, 359 páginas.

Centrando en los aspectos éticos, legales y clínicos que se plantean en la atención de pacientes que van a morir, Burnell, psiquiatra, Jefe del Centro Médico Kaiser y prof. auxiliar en Psiquiatría Clínica en la Fac. de Medicina J. A. Burns de Honolulu, Hawaii, presenta un texto que por práctico no hace concesiones en lo que concierne a su fundamentación teórica.

El concepto de "muerte digna" es tratado sin ocultamientos así como la estrategia terapéutica en pacientes terminales y los documentos oficiales que se deben preparar para registrar los últimos deseos de un paciente entre otros varios temas fundamentales en estas situaciones clínicas. La voluntad de dejar lugar respetuosamente a la expresión de la subjetividad del enfermo hasta sus últimos límites campea en toda la obra. Una posición ética fundamental

frente al avasallamiento que la ciencia hace más frecuentemente que lo deseable al sujeto en un momento en que debilitado puede ser despojado de su dignidad.

J. C. S.

## SEÑALES

### "Segundas Jornadas del Cono Sur de Terapia Cognitiva posracionalista"

El Centro de Terapia Cognitiva Posracionalista organiza estas jornadas del 22 al 25 de agosto de 1995 en la Biblioteca Nacional, Agüero 2502, Salón J. L. Borges, con el siguiente programa:

• **Días 22 y 23:**

#### **Seminario Pre-Jornadas.**

"La última frontera: psicoterapia cognitiva de los trastornos psicóticos". A cargo de Vittorio Guidano.

• **Días 24 y 25:**

#### **Jornadas (9 a 18h)**

**Expositores:** Héctor Fernández Alvarez (AIGLE, Centro de Estudios Humanos); Juan Balbi (Centro de Terapia Cognitiva Posracionalista). **Invitados:** Vittorio Guidano (Centro de Terapia Cognitiva de Roma); Humberto Maturana (Univ. de Chile); Michael Mahoney (Univ. of North Texas at Denton, EE.UU.); Leslie Greenberg (York Univ., Canadá).

**"Epistemología y psicoterapia"**  
**Invitados:** Gregorio Klimovsky, Denise Najmanovich, Raúl Serroñi Copello.

**"Caja negra o cognitivismo"**  
**Invitados:** Hugo Hirsch, Martín Wainstein.

**Informes e Inscripción:** Librería Paidós, Av. Las Heras 3741, Local 31. 1425 Capital Federal. Tel.: 801-2860.



# Índice alfabético de autores

## Volumen V - 1994

- Agrest, M., López, G., Nemirovsky, M., y Rosenberg F., *Factores asociados a las reinternaciones de los pacientes psiquiátricos*, N° 17, pág. 167.
- Amenta, M. ver Goldchluk, A.
- Azorin, J. M. y Dassa D., *Las ventajas de los neurolépticos de acción prolongada en la prevención de las recaídas delirantes*, N° 16, pág. 124.
- Bassotto, J., ver Donnoli, V. F.
- Belaga, G., *¿Qué hay de la parafrenia?*, N° 17, pág. 204.
- Bermann, G., *Psicogénesis de la "locura moral"*, N° 18, pág. 294.
- Bizouart, P., ver Bonin, B.
- Bonin, B., Vandel, S., Sechter, D. y Bizouart, P., *Mecanismos de acción de los neurolépticos*, N° 16, 133.
- Bordigoni, I., ver Donnoli, V. F.
- Bronstein, C., *El intento de suicidio en la adolescencia*, N° 15, pág. 27.
- Cabral, C. A., *Controversias históricas: psiquiatras clásicos y psicoanalistas*, N° 16, pág. 148.
- Caruso, C. E., *Acerca de los tecnópatas*, N° 18, pág. 290.
- Cichello, D., ver Donnoli, V. F.
- Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro. Departamento de Salud Mental, *Residencia interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria*, N° 17, pág. 231.
- Cordess, Ch., *Un psicoanalista en psiquiatría forense*, N° 16, pág. 94.
- Corsaro, B., *El adolescente borderline en la clínica actual*, N° 15, pág. 43.
- Crocce, P. A., *La familia del consumidor*, N° 15, pág. 33.
- Dassa D. ver Azorin, J. M.
- Dates, L., ver Goldchluk, A.
- Di Segni de Obiols, S., *Adolescente-adulto ¿Adulto-adolescente?*, N° 15, pág. 22.
- Donnoli, V. F., Bassotto, J., Bordigoni, I., Cichello, D., Oliva, D., Saez, G., y Ventura, A., *La psicomotilidad en la clínica psiquiátrica: incorporación de parámetros cualitativos en su estudio*, N° 16, pág. 87.
- Fasolino G. H. ver Higa, O.
- Feldman, N., *Para pensar una nosografía*, N° 17, pág. 178.
- Fernández Bruno, M., ver Gabay, P. M.
- Fitó, J. L., *La locura en Córdoba. Desde la Colonización a la Organización Nacional*, N° 18, pág. 305.
- Gabay, P. M., Mangone, C. A. y Fernández Bruno, M., *Nosografía del síndrome demencial*, N° 17, pág. 197.
- Gallego Lluesma, O. y Morini, S. A., *Sociedad actual y personalidad "como si"*, N° 18, pág. 276.
- Godoy, M., Menon, S. y Miozzo, R., *Algunas consideraciones acerca del SIDA*, N° 15, pág. 68.
- Goldar, J. C., *El concepto de Catatonia*; N° 15, pág. 7.
- Goldchluk, A., Amenta, M. y Dates, L., *Continuidad hallada en tratamientos ambulatorios*, N° 18, pág. 245.
- Gomel, S. K. de., *El psicoanálisis de familia en el fin de siglo*, N° 16, pág. 152.
- Gómez Fernández, R., *Hay sobreadaptaciones y sobreadaptaciones*, N° 18, pág. 310.
- Guelfi, *Entrevista por P. Eche y D. Wintrebert*, N° 17, pág. 182.
- Higa, O. y Fasolino G. H., *Catatonia*, *Entrevista*, N° 16, pág. 121.
- Iaria, A. P. y Zuluaga, J. P., *Acerca de lo traumático*, N° 15, pág. 75.
- Izquierdo, I., *Mecanismos de la memoria*, N° 16, pág. 98.
- Kahlbaum, K., *La heboidofrenia*, N° 15., pág. 61.
- Kamienny de Boczkowski, D., *Avatares de la erotomanía. Del amor patológico al 'amor muerto'*; N° 15, pág. 15.
- Koldobsky, N. M., *La personalidad, estado actual de la nosología y la nosografía*, N° 18, pág. 268.
- Kraepelin, E., *Las formas fenoménicas de la locura*, N° 17, pág. 215.
- Kuasñosky, S. y Szulik, D., *Juventud, pobreza y exclusión social. Un estudio de caso*, N° 18, pág. 252.
- López, G., ver Agrest, M.
- Maleval, J-C., *El desencadenamiento de la psicosis en el período post-pu-beral*, N° 15, pág. 48.
- Mangone, C. A. ver Gabay, P. M.
- Massei, H. y Vasen J. C., *Programa Cuidar-Cuidando: Pasado Presente y futuro*, N° 15, pág. 38.
- Mata, E. A., *Aspectos biológicos del tipo "A" de personalidad*, N° 18, pág. 286.
- Menon, S., ver Godoy, M.
- Merson, M. H., *El SIDA y los adolescentes, una población de riesgo*, N° 15, pág. 31.
- Miozzo, R., ver Godoy, M.
- Morini, S. A. ver Gallego Lluesma, O.
- Nemirovsky, M., ver Agrest, M.
- Neziroglu, F. A. ver Yaryura-Tobias, J. A.
- Oliva, D. ver Donnoli, V. F.
- Quemada, N., *Entrevista por P. Eche y D. Wintrebert*, N° 17, pág. 209.
- Reca, M. y Tremine, Th., *Estados ansiosos acaecidos durante la mejoría de episodios psicóticos agudos*, N° 16, pág. 106.
- Rojas, D. R., *Psicosis atípicas*, N° 17, pág. 189.
- Rojtenberg, S. L. y Zieher, L. M., *Abordajes psicofarmacológicos. Esquizofrenia, clozapina y nuevos desafíos*, N° 16, pág. 102.
- Rosenberg F., ver Agrest, M.
- Saez, G., ver Donnoli, V. F.
- Sechter, D. ver Bonin, B.
- Séglas, J., *La demencia paranoide*, N° 16, pág. 143.
- Szulik, D. ver Kuasñosky, S.
- Tremine, Th., ver Reca, M.
- Vandel, S., ver Bonin, B.
- Vasen J. C., ver Massei, H.
- Ventura, A., ver Donnoli, V. F.
- Ventura, A., ver Donnoli, V. F.
- Weis, S., *De duelos y duelistas*, N° 15, pág. 72.
- Yaryura-Tobias, J. A. y Neziroglu, F. A., *Trastorno de dismorfia corporal. Una revisión*, N° 18, pág. 260.
- Yunes, R., *La hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en la ciudad de Buenos Aires*, *Entrevista*, N° 15, pág. 36.
- Zieher, L. M., ver Rojtenberg, S. L.
- Zuluaga, J. P. y Iaria, A. P., *Acerca de lo traumático*, N° 15, pág. 75.



## Suplemento N° 1 al Volumen V

Nazar, J., *Apertura*, pág. 3.

Panel 1, **Entre guardapolvos y divanes: la Psicopatología y el Psicoanálisis**, **Coordinador Fernando Linares**.

Capponi M., R., *Aportes del psicoanálisis a la fenomenología descriptiva*, pág. 5.

Gutiérrez, B., *El método descriptivo*, pág. 8.

Olagaray, J., *Sobre la dicotomía "Fenomenológico-descriptivo"/ "Dinámico-interpretativo"*, pág. 10.

Vilapriño, J. J., *Psicopatología y terapéutica*, pág. 13.

Panel 2, **De neuronas y fantasías: Neurofisiología y Psicoanálisis**, **Coordinadora Teresita Suárez**.

Gabay, J., *Psiconeuroinmunología*, pág. 15.

Issaharoff, E. B., *El cerebro que sueña y la realidad interna*, pág. 19.

Luco Valenzuela, J. y Rodríguez Echandía, E. L., *La plasticidad del*

*sistema nervioso a través del pensamiento*, pág. 22.

Rodríguez Echandía, E. L. ver Luco Valenzuela, J.

Stagnaro, J. C., *Aspectos psicodinámicos del tratamiento psicofarmacológico*, pág. 27.

Zieher, L. M., *Niveles de acción de psicofármacos y psicoterapias como modelo de la integración neurofisiológica-psicoanalítica*, pág. 31.

Panel 3, **Sobre palabras y moléculas: Psicoterapia y Psicofarmacología**, **Coordinador Arturo Sabez**

Epstein, R., *La integración de lo biológico, lo psiquiátrico y lo psicoanalítico: Un desafío*, pág. 37.

Grinberg, F., *Cierre*, pág. 52.

Grinberg, V. F., *Psicoanálisis y psicoterapia analítica*, pág. 40.

Linares, F., *Reflexiones sobre algunas bases teóricas de la terapia cognitiva*, pág. 44.

Nazar, J., *Abordaje terapéutico integral Psicoterapia y Psicofármacos*, pág. 50.

## Suplemento N° 2 al Volumen V

Baringoltz de Ruiz Garasino, C., *Depresión en la vejez*, pág. 23.

Gross, G. ver Huber, G.

Huber, G. y Gross, G., *Acerca del diagnóstico y diagnóstico diferencial de las Depresiones*, pág. 14.

Linares, F., *Personalidad pre-depresiva*, pág. 37.

Nazar, G. D., *La hipertensión arterial como síntoma depresivo*, pág. 36.

Nazar, J., *Apertura*, pág. 4.

Pelegrina Cetrán, H., *Fundamentos de la psicoterapia antropológica en ansiedad y pánico*, pág. 5.

Pessino, O. L., *Genética y Depresión*, pág. 27.

Rodríguez Echandía, E. L., *Sistema serotoninérgico y Depresión*, pág. 31.

# AUTOMATISMO MENTAL PARANOIA

Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT

presentación de  
Paul Bercherie

En este libro, de reciente edición, se publican por primera vez en castellano, los siguientes trabajos de Clérambault:

- Coexistencia de dos delirios: persecución y erotomanía (1920);
- Los delirios pasionales: erotomanía, reivindicación, celos (1921);
- Erotomanía pura. Erotomanía asociada (1921);
- Condiciones de aparición, desarrollo y duración de los estados pasionales (1923);
- Automatismo mental y escisión del yo (1920);
- Las psicosis alucinatorias crónicas (1923);
- Las psicosis alucinatorias crónicas. Análisis. Patogenia (1924);
- Folie à deux (1923);
- La cuestión de los delirios colectivos está estrechamente ligada a la de los mecanismos generadores de las psicosis (1924);
- Sobre un "mecanismo automático" radical de ciertos delirios interpretativos: la pseudo constatación espontánea incoercible (1933).

# AUTOMATISMO MENTAL PARANOIA

presentación de Paul Bercherie



Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT

polemos  
EDITORIAL