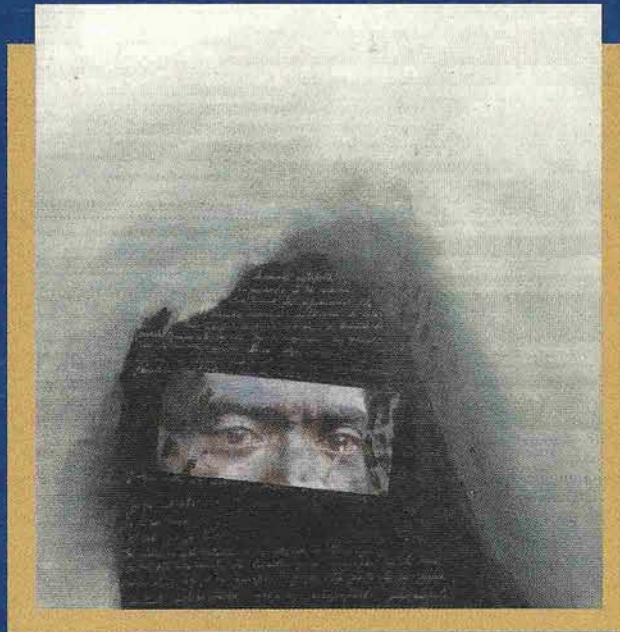




VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

33

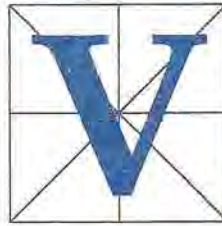


ANSIEDAD Y PANICO

*Herrera / Keegan / Power / Rojtenberg /
Sharp / Swanson / Wikinski*

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

Volumen IX - N° 33 Setiembre - Octubre - Noviembre 1998



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

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremblit (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. Lño (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Secretaría de Redacción:

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

Corresponsales en:

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

Corresponsales en el Exterior:

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

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires
Impreso en:
Chulca Impresora s. a.
Doblas 1753
(1424) Buenos Aires
Tel.: 921-5817 922-4937

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Capital federal, Argentina
Tel./Fax: 381-5291
E-mail: polemoss@minter.com.ar

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. IX N° 33, SETIEMBRE - OCTUBRE - NOVIEMBRE 1998

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Transplantes de órganos en niños y adolescentes", E. Rotenberg de Glozman pág. 165
- "La continuidad de los tratamientos ambulatorios en Salud Mental", F. Triskier y M. Agrest pág. 172

DOSSIER

ANSIEDAD Y PANICO. ASPECTOS CLINICOS Y TERAPÉUTICOS

- El Tratamiento Psicológico y Farmacológico del Trastorno de Pánico y Agorafobia en Atención Primaria
D. M. Sharp, K. G. Power, V. Swanson pág. 178
- La ansiedad en el anciano, J. J. Herrera Mingorance pág. 190
- Trastornos de ansiedad: la perspectiva cognitiva
E. Keegan pág. 197
- Aspectos neurobioquímicos de los Trastornos de ansiedad
Ataque de pánico y Trastorno de angustia
S. Rojtenberg pág. 210
- Tratamiento a largo plazo del trastorno por pánico:
Historia natural, cronicidad y factores asociados
S. Wikinski pág. 214
- Los grupos de Autoayuda en los Trastornos de Ansiedad
Entrevista a Hebe Rodríguez
por M. Nemirovsky y J. C. Stagnaro pág. 219

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- El estrechamiento del campo de la conciencia
por Pierre Janet pág. 225

CONFRONTACIONES

- Intersecciones de la psiquiatría: neurociencias
psicología y subjetividad, R. Courel pág. 229

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 237
- "Señales" pág. 238

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

EDITORIAL

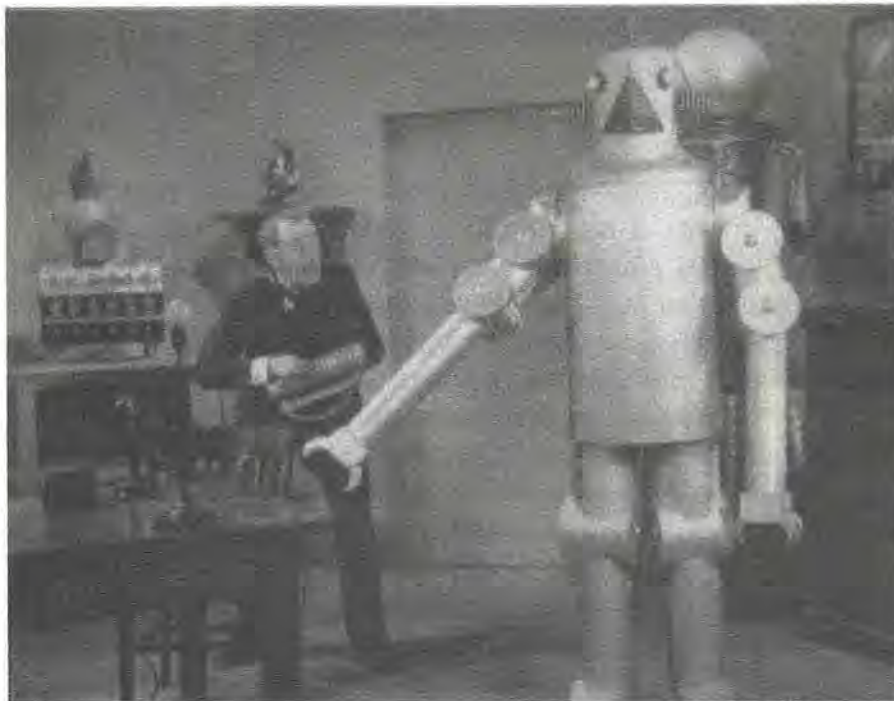
L

a Empresa-Salud es un actor mucho más presente que en el pasado, del paisaje sanitario argentino. Los interrogantes que plantea la absorción del trabajo en la especialidad dentro de los Sistemas Prepagos son numerosos y en los últimos tiempos se han multiplicado Jornadas y Encuentros que ponen de manifiesto la preocupación de los psiquiatras respecto de su práctica profesional. Consultorios en crisis, pacientes de clase media –clásicos usuarios de los mismos– en caída libre de sus ingresos, plazas hospitalarias cerradas para los jóvenes médicos que se incorporan en gran número al mercado de trabajo, constituyen aspectos importantes que tocan las condiciones laborales en nuestra especialidad. Los honorarios por consulta psiquiátrica y psicoterapéutica son la variable de ajuste de los servicios centrados en el lucro. La multiplicación de las horas de trabajo para llegar al salario necesario, la respuesta de los médicos y psicólogos, quienes, dispersos y sin defensa colectiva de sus organizaciones profesionales, buscan laboriosamente escapar a la desocupación. Y cada uno se labra, como puede, un lugar bajo el sol; aun a costa –como eligen algunos– de montarse en la explotación de los colegas.

El resultado esperable es una disminución en la calidad de las prestaciones en Salud Mental; sólo paliada por un incremento del esfuerzo de los profesionales que optan entre sus compromisos éticos y el agotamiento de sus fuerzas. Sin olvidar que el fantasma de la mala praxis amenaza constantemente, privatizando sobre las espaldas de los psiquiatras, sobre todo de los jóvenes, la responsabilidad por las deficiencias del sistema.

Por otro lado, es pertinente recordar que los psiquiatras somos una población particularmente vulnerable a las descompensaciones somáticas y psíquicas. J. C. Pascal en un reciente Editorial de L'Information Psychiatrique enumera una serie de factores que diversos autores han evocado para caracterizar las fuentes de esa vulnerabilidad: la fragilidad particular de la personalidad de muchos sujetos atraídos por la profesión de psiquiatra, la confrontación constante con el sufrimiento psíquico del prójimo, las responsabilidades jurídico-sociales, la exigencia creciente de la sociedad respecto de los resultados terapéuticos, etc. Una situación de riesgo que unida a las penurias económicas y a las mediocres o malas condiciones de trabajo mencionadas debe obligar a una profunda reflexión a quienes nos especializamos en paliar el sufrimiento humano. ¿Sólo el de los otros? En casa de herrero... ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, o de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word para Macintosh 5.1) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.



revista de
experiencias



clínicas y neurociencias

Transplantes de órganos en niños y adolescentes

Eva Rotenberg de Glozman

Lic. en Psicología. Miembro adherente de la Asociación Psiconalítica Argentina (APA).
Ugarteche 3296, 4° "B", Buenos Aires. Tel.: 803-6454 - Telfax: 772-6934

...sostenía que no había que intentarse la curación de unos ojos sin la cabeza, y la cabeza sin el resto del cuerpo; así como tampoco del cuerpo, sin el alma.

Esta sería la causa de que se le escapasen muchas enfermedades a los médicos griegos: se desprecupaban del conjunto, cuando es esto lo que más cuidados requiere, y si ese conjunto no iba bien, era imposible que lo fueran sus partes.

Diálogos de Platón

Objetivos: Mostrar:

1. La importancia del trabajo integrado entre las distintas disciplinas, y en este sentido destaco la diferencia entre consulta, interconsulta y transdisciplina.

2. Que la patología orgánica con riesgo de muerte genera ansiedades que deben ser elaboradas profundamente para que no favorezcan un mayor compromiso somático.

3. El efecto patógeno que se puede generar en el campo creado por el paciente-familia-médicos.

Hipótesis: Se encierran en un enfoque ampliado y en uno focalizado, cada uno contiene diferentes hipótesis.

- La visión ampliada está dada por el concepto de transdisciplina.

- En cuanto a la visión focalizada propongo hipótesis sobre la enfermedad psicosomática, como los factores psíquicos que intervienen en el riesgo somático.

- El mismo hecho de enfermar, cuando se trata de patologías severas, produce un efecto traumático en el enfermo, la familia (mi-

Resumen

El cuerpo humano nunca es solo biológico, en la patología orgánica grave se trabaja con la superposición del cuerpo biológico y del cuerpo fantaseado. En este trabajo se diferencia el concepto de interdisciplina y transdisciplina; el concepto de muerte en las distintas etapas evolutivas y el "conocimiento inconsciente de la propia enfermedad" en el niño. Se estudian las ansiedades que se generan frente a una patología con riesgo de muerte y a un órgano transplantado: en el niño, en la familia y en el equipo médico tratante en casos de patología con riesgo de muerte, subrayando la importancia de éstas, que generalmente se tramitan en silencio, para el pronóstico de aceptación del transplante y de la curación. Se presenta un caso clínico de un niño con transplante de médula.

Palabras Clave:

ORGAN TRANSPLANTATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Summary

The human body is not only biological. As face to severe organic pathology, it appears the biological body altogether the imagined body. Interdisciplinary concept has been differentiated from transdisciplinary concept. The concept of "death" has been studied through the different evolutionary stages as well as the "unconscious knowledge of the child about his own disease". Anxieties been generated out a pathology involving death risk and facing organ transplantation, in child, family and medical team, have been reviewed, stressing their importance for the prognosis of acceptance of transplantation and cure. A clinical history of a child with marrow transplantation is included.

Key Words: Organ transplantation - Anxiety in pediatrics - Interconsult.

cromarco) y el cuerpo médico, y el campo que se genera (macro-marco).

Propongo dos hipótesis terapéuticas que apuntan por un lado al macromarco y por el otro al micromarco.

El cuerpo humano es para la medicina un cuerpo concreto y real. El médico por su formación cada vez más especializada, está acostumbrado a vincularse con un cuerpo parcializado: el estómago, los pulmones... Para el psicoanálisis el cuerpo es simbólico. Es decir que además de la anatomía hay una realidad diferente poblada por las fantasías, por un imaginario, por el inconsciente que se expresa a través de múltiples lenguajes. Hay dos "verdades" que se entrecruzan, la del cuerpo real, que está atravesado por el cuerpo imaginario. Este punto de vista es generalmente más aceptado cuando se trata de ciertas patologías como por ejemplo en las anorexias nerviosas, en las cuales la imagen corporal no coincide con la realidad de la balanza. O en los casos de homosexualidad, travestismo, en los cuales la realidad psíquica puede alterar la realidad biológica; la úlcera...

Pero pareciera que aún en este siglo en el cual se consideran nuevos paradigmas científicos, donde se reconoce que no hay una sola realidad, y que el reconocimiento de la búsqueda de un ideal de conocimiento acabado y cerrado es un imposible, donde la validación de las ciencias llamadas duras no

tiene por qué coincidir con la validación de las ciencias humanas, a los científicos les cuesta dejarse atravesar por otro saber.

Ningún discurso es un Todo. Ningún saber es absoluto; hay múltiples relaciones con la verdad. Desde esta postura ideológica entiendo el acercamiento entre las diversas disciplinas. Lo importante que nos transmite la teoría de la relatividad es que el objeto de estudio ha de ser descripto de acuerdo a la realidad de las condiciones del mundo en que se encuentra; es decir que rompe con el criterio de "universalidad" de Newton. El psicoanálisis es un nuevo paradigma científico, considerando a la realidad psíquica con efectos tan reales como la realidad "objetiva", porque éstos se manifiestan en actos, enfermedades y otros efectos sobre "lo real". Por tratar la medicina con seres que son unidades, universos bio-psico-sociales, hay un importante sector previsiblemente imprevisible. Y no es un juego de palabras, es un campo que escapa al quehacer médico; "se trata de concebir la extraña idea de una predicción de la imprevisibilidad"(3), por ocuparnos de objetos de una complejidad intrínseca, porque al mismo tiempo son sujetos; de este modo comprendo la transdisciplina.

Hasta hace muy poco se consideraba al mundo científico como el del "objeto de estudio objetivo", y a la filosofía y ciencias humanas como las responsables del

estudio del "sujeto y lo subjetivo". A través del reconocimiento *a priori*, de la necesidad de diálogo y del trabajo conjunto entre varias disciplinas, es que podremos llegar a considerar al "paciente como una unidad", como lo proponía Platón; unidad que corresponde al avance científico de este siglo. Integrando el foco de conocimiento objetivo y subjetivo, porque ambos constituyen un aspecto importante de la misma "realidad". El psicoanalista percibe otras demandas del enfermo a las que la medicina no puede responder. El médico entiende la demanda del paciente como deseo de curación; ahora bien, esta demanda a veces puede ser sólo manifiesta porque inconscientemente puede haber un deseo de muerte, o de permanecer como "el enfermo de la familia". Y el órgano enfermo puede ser tratado y atacado por el mismo sujeto, viendo en esta conducta una manifestación del sentimiento de culpabilidad inconsciente, siendo la enfermedad y el sufrimiento como placenteros por la necesidad de castigo. Lo que para el Yo puede ser displacentero y verdadero deseo de curación, para el Superyo puede ser paradójicamente placentero, y tranquilizador el deseo de sufrimiento porque estaría calmando el sentimiento de culpa inconsciente, si se trata de una resolución fallida del complejo de Edipo.

Quiero recordar que si bien en la resolución del Complejo de Edipo,



ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

COORDINACIÓN
GUSTAVO ROSSI
FEDERICO MANSON
GABRIEL PULICE

*Atención en Urgencias - Internación Domiciliaria
Recreación - Traslados - Externaciones y
Rehabilitación*

*Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes con
Trastornos graves - Tercera Edad*

865-9104 / 854-2306 / 823-7431

Revista

TopiA

Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE

Informes: 802-5434

Fax: 943-0968

E-mail: topia@psico.net

hay una identificación con el progenitor del mismo sexo, y una elección con renunciamiento en lo real del progenitor de sexo contrario, el afecto hacia ambos es ambivalente. Mientras más odio sienta el niño (patológico), mayor será el sentimiento de culpa. Si los padres se separan o les sucede algo, el niño puede pensar que él lo ha provocado por la fuerza de su deseo (pensamiento omnipotente infantil). Lilianna, de 10 años, pudo expresar que estaba convencida de que ella a través de su enfermedad iba a "salvar a su familia", porque los padres habían estado cerca del divorcio en el momento del inicio de su enfermedad. En su fantasía, su enfermedad tenía una función reparadora del "daño que creía haber provocado". Si se trata de identificaciones primarias alienantes, es aún más grave, porque el sujeto si quiere "ser" deberá ser de acuerdo a los ideales generacionales, sino no será nada. Me refiero a los casos en que hay un "mandato" de repudio de la realidad, y de las propias percepciones, a una edad en la que lo que se pone en juego es el propio ser. Hay familias que no toleran la individuación y discriminación de los hijos. Esto se complica aún más si consideramos la posibilidad de la escisión del yo y a la inscripción de la desmentida en el funcionamiento psíquico, mecanismo por el cual se conserva por un lado la realidad y por el otro el deseo. Y Freud nos dice en *Más allá del principio del placer*, que el deseo puede estar bajo la primacía de la pulsión de muerte. Como escribí en un trabajo anterior, en la patología orgánica infantil severa se privilegian los deseos "del otro significativo" en tres generaciones. Y una imposibilidad para elaborar duelos, porque los vínculos no son objetalizados sino que son dobles narcisistas. Es decir que en lugar de que la evolución permita al niño el desarrollo de su ser, de su "sí mismo", el niño crece de acuerdo a los deseos de un otro significativo (generalmente la madre), porque su verdadero ser siente que si no "es" de acuerdo a los deseos de aquel otro, la madre o sustituto no lo aceptan, a una edad en que peligraría su existir. Esto interfiere directamente en la capacidad materna de investir al *infans*, de libidinizar al bebé. El niño podrá intentar una alucinación de de-

seos a través de la psicosis, o bien de la psicopatosis. Estoy incluyendo el conflicto psíquico y el conflicto con las demandas del ideal del objeto primario para ser reconocido como sujeto o tener que alienarse para existir, influyendo directamente en la génesis de la enfermedad orgánica. Alterando el sistema perceptivo para poder sobrevivir. Sumado a una sobrecarga del aparato psíquico ya sea por déficit o bloqueo en las estructuras transformadoras de las ansiedades.

Una resolución "posible" será la enfermedad orgánica, un acto de locura en el cuerpo. Un intento de ser catectizado según el ideal de "necesidad", de principio de "vida o muerte" como se da en los primeros momentos de vida, considerando a la preocupación por el cuerpo enfermo como un equivalente de libidinización, una muestra de afecto. Donde no hay lugar para el deseo propio, no se ha desarrollado el "espacio transicional". En este "atrapamiento" y repetición de "aquellas huellas mnémicas ingobernables" (Freud), generalmente también son víctimas los padres. Por este motivo creo fundamental hacer consciente lo inconsciente vincular, los fantasmas heredados. Kaes distingue la transmisión intersubjetiva en la cual se supone la existencia de un espacio transformador de la transmisión, es decir que habría una aceptación de la diferencia, y del ser diferente; en cambio de la transmisión transpsíquica, que supone la abolición de los límites de los espacios subjetivos, en la cual la transmisión se produciría sin modificación de los contenidos psíquicos; habría un foco fosilizado.

El transplante de órganos, si bien por un lado es un gran avance científico que permite prolongar la vida gracias a un magnífico desempeño médico, por otro lado en un "yo" no muy integrado puede ser vivido como una injuria narcisista y ser el disparador de episodios psicóticos, de proyecciones persecutorias en los médicos, de partes del mundo interno vividas persecutoriamente, como si el cuerpo estuviera habitado por fantasmas (el órgano de un muerto, el fantasma de algún miembro de su familia...). Hay casos de rechazo del órgano transplantado porque éste es vivido psicóticamente

—"otro siente por mí", "tengo a alguien dentro mío que me observa y sabe lo que pienso"—removiéndose fantasías persecutorias infantiles. En realidad estaría rechazando estas alucinaciones terroríficas, que como hemos visto en la clínica, producen al mismo tiempo un rechazo corporal del órgano. A su vez el diagnóstico de una patología con riesgo de muerte, produce efectos disruptivos, porque es traumático en sí mismo y puede ser sentido como una bomba. Como si ya fuera una sentencia a muerte decretada. Un diagnóstico de riesgo, produce un impacto tal, que produce una regresión a etapas infantiles de dependencia y, generalmente, promueve en el paciente y su familia, ansiedades catastróficas, ansiedades muy primitivas. Transfiere a la persona del médico un ideal de omnipotencia y, por lo tanto, le concede el poder y le formula una demanda ilimitada: "que sostenga la vida y la capacidad de abolición de la muerte"(4). El daño corporal es vivido como un objeto persecutorio en el propio cuerpo, y se le pide al médico que funcione con un saber omnipotente. La "trampa" en la que se puede incurrir, es sólo conectarse con el deseo de curación y no considerar el deseo de muerte, de desesperanza. El médico está preparado para hacer incisiones, trasplantes de órganos, operar en un cuerpo concreto, etc., pero no está preparado para encontrarse con un cuerpo fantaseado, no está preparado a operar sobre fantasías y menos aún a ser objeto de proyecciones masivas. El mismo se angustia frente a la posibilidad de muerte de sus pacientes, y más aún en el caso de que sean conscientes del riesgo de muerte, sobre todo si se trata de niños y adolescentes. Por esto muchas veces, como defensa inconsciente, intenta huir del paciente sufriente y se ocupa del órgano enfermo como si fuera una parte que se puede desconectar de la totalidad. Intentando poner límite a los sentimientos angustiantes y desbordantes. Cuando una persona trata de suprimir sus sentimientos por sí mismo o porque registra que los que lo rodean no los pueden tolerar, esto suele incrementar una depresión silenciosa, que retarda la curación, incrementa las fantasías persecutorias y los fantasmas que cada uno

tiene de su enfermedad y curación. Y si se trata del médico que se dedica a "casos de riesgo", el desconectarse de sus propios afectos, construyendo un escudo protector, lo lleva generalmente a manifestarlos por otras vías (accidentes, enfermedades, ansiedad, infartos). Y cuanto el médico más se ocupa sólo del "órgano enfermo" el paciente se siente más como "objeto manipulado". Y si se trata de un niño pequeño, mayor la sensación de mutilación y despedazamiento, porque aún no ha podido armar en su mente su esquema corporal. Y si la mirada que le devuelven sus padres, es la de "un cuerpo-órgano enfermo", como órganos que funcionan "adecuadamente o no", su síntesis de la propia imagen corporal quedará imposibilitada de integrar.

El niño siempre sabe más de su enfermedad de lo que le dicen sus padres y médicos. Si escuchamos lo que dicen o tenemos elementos para entender los dibujos o los juegos, podremos oír sus sentimientos, aceptaremos escuchar lo que ellos saben. Muchas veces todos los que rodean al enfermo prefieren creer que el pequeño no sabe lo que tiene, para no sufrir. Siente dolor y lo tratan de manera diferente, le hacen estudios, le sacan sangre. No puede ver a sus amiguitos, no puede jugar como siempre, le limitan la alimentación entre otras indicaciones. Se da cuenta que algo malo le está sucediendo, y si no le dan explicación, puede creer que esto le sucede porque es malo y él lo merece. Esto genera mayor estrés, que recae negativamente sobre el niño, a la manera de un círculo vicioso de retroalimentación negativa, que va generando mayor toxicidad.

Los adultos muchas veces no saben cómo hablar con los niños de un tema tan doloroso como la muerte; y construyen (defensivamente) la idea de que los niños no se dan cuenta de nada. La concepción de qué es "la muerte" va cambiando junto con el desarrollo evolutivo, la maduración, el desarrollo psíquico, la tolerancia a la separación, etc. (por ejemplo, antes de los 5 años está ligado al sentimiento de "ausencia y separación" de los seres queridos). No debemos olvidar que por debajo de una enfermedad de pronóstico

grave generalmente transcurre una depresión esencial, de la cual el mismo individuo quizá no es consciente. Es una depresión que involucra "el ser" de la persona. Sumado al estado depresivo causado por la misma enfermedad, se incrementan las ansiedades confusionales, persecutorias, y la sensación de "caer para siempre". La enfermedad también tiene un sentido dentro de la historia familiar, por lo tanto la posibilidad de metabolizar ansiedades, de contener un proyecto de futuro y de curación también tendrá que ver con esta "placenta extrauterina"(2), que constituye la familia, y que en ciertos casos puede devenir una "placenta tóxica". Para el pronóstico es fundamental el deseo de vivir y de cómo se reponga del impacto emocional producido por el diagnóstico. Cuando se trata de recibir un trasplante de órgano, sumado a las propias fantasías de muerte se le suman las angustias de tener "una parte de otro, de un muerto", éste es un impacto muy fuerte que hay que poder elaborar aunque muchas veces haya poco tiempo. Los mecanismos de recuperación pueden inhibirse por depresión y el rechazo de un trasplante de órgano puede deberse a un "rechazo psicológico inconsciente". Diríamos por los efectos de la defusión pulsional, con un retorno de la agresión contra sí mismo. Las fantasías tienen un efecto tan real sobre el psiquismo como si fueran hechos; actúan como energía tóxica (mas aún si no son puestas en palabras para contrarrestar sus efectos) o bien como energía integradora facilitando la curación, como fusión pulsional al servicio de Eros; utilizando la agresividad ligada a la libido en una actitud activa frente a la enfermedad.

Muchas veces los adultos al ver a un pacientito "que colabora y pone el bracito sin protestar, cuando hay que extraerle sangre", pueden confundirse pensando que es una muestra de "aceptación" de su enfermedad. Y puede ser todo lo contrario, que muestre una dócil apatía. Que esté tan deprimido y desesperanzado que intente "desconectarse afectivamente", pero el proceso de contaminación por los afectos no expresados (culpa, envidia, ira), se tramita en si-

lencio. Este puede ser el motivo por el cual muchos casos -sin explicación desde la medicina- hacen un rechazo masivo y finalmente mueren. Hubo casos en que a partir de poder comprender lo expresado en los dibujos -las fantasías "de no salida, de muerte"- se pudo establecer un mal pronóstico, si ese niño no recibía preparación psicológica antes de la intervención. Los dibujos, así como el juego son el idioma que nos conduce directamente (sabiéndolo interpretar), al mundo interno de esa persona.

Caso clínico: Oscar, de 6 años, estaba internado en pediatría con diagnóstico de leucemia. Los pediatras no tenían intención de presentar su caso porque "no presentaba dificultades" ya que "colaboraba mucho"; los médicos decían "Oscarito está adaptado a la enfermedad y colabora". Estar adaptado a la enfermedad para los médicos estaba connotado positivamente; la ausencia de queja significaba para ellos haber aceptado su enfermedad, ser "fuerte". Cuando le iban a extraer sangre extendía el bracito tranquilamente, quizá se le escapaba alguna lágrima, pero nada más. El resto del tiempo jugaba con los juguetes electrónicos, totalmente desconectado del resto. Pero les llamó la atención los dibujos que hacía y que regalaba sólo a la médica de cabecera. Los otros dibujos los guardaba como un tesoro que dejaba al cuidado de su madre. Salvo esto, no había otras expresiones notables de afectos. Ese día iban a presentar el caso de un adolescente que también había aceptado y "colaborado" con su enfermedad. Hacía dos años que había terminado el tratamiento y lo consideraban "un éxito", cuando repentinamente hizo una recidiva y murió al poco tiempo. Viendo los dibujos de Oscar pude comprender y mostrarles a los pediatras todo lo que el niño estaba expresando en ellos. Su fantasía de muerte, de "no salida", sentimiento de despedazamiento, y lo conectado que estaba con su proceso orgánico. La "adaptación a la enfermedad" desde el psicoanálisis la entendemos como sobreadaptación, es decir como crear un escudo protector "comportándose como si fuera adulto" para protegerse y proteger a sus propios padres,

ocultando su interior que es sentido como totalmente indefenso. El riesgo de dejar oculta una parte de su personalidad, es que no es evidente y no se le brinda ayuda terapéutica; en realidad está haciendo un sobre esfuerzo intentando controlar sus miedos profundos y al mismo tiempo está protegiendo a sus padres.

El silencio es para proteger a sus padres que tanto ama y a los que ve angustiados. Se convierte en "protector", en "padre de sus padres" y no puede recibir todo el cuidado que él precisa. Cuando había que hacerle a Oscar una punción lumbar y conectarle el catéter para la quimioterapia y los médicos se lo explicaban, Oscar con una sonrisa de oreja a oreja, que representaba una máscara caricaturesca, asentía ocultando su afecto que era de dolor, con la intención de proteger a sus padres que estaban evidentemente muy afectados. Es decir que Oscarcito intentaba con su actitud cuidar a sus padres a quienes, por algún motivo, los vivía indefensos. Si nos ocupamos sólo de la patología orgánica, nos estamos ocupando de la mitad del problema y el pronóstico de "curación" o de "aceptación del trasplante" es malo. Se gastan millones en cada trasplante, pero muchas veces se olvida que "lo psicológico" también va a influir en la aceptación o rechazo. A partir del trabajo conjunto, de comprender las ansiedades del niño, los médicos se movilizaron pa-

ra solicitar autorización para un tratamiento de psicoprofilaxis quirúrgica porque se estaba pensando en un trasplante de médula. Lamentablemente el turno del trasplante llegó antes de que se hubiera podido trabajar sobre su mundo interno. La operación fue un éxito desde el punto de vista médico, pero "inesperadamente" a los 10 días, hizo un rechazo masivo, con infiltración medular y falleció.

El estudio de la patología orgánica grave, demuestra cuán sorprendentemente poderosas son las pulsiones tanáticas y las fantasías inconscientes, que actúan impidiendo el desarrollo de las pulsiones libidinosas, interfiriendo el accionar médico. Los médicos, insisto, no tienen porqué ser psicoanalistas, ni los psicoanalistas pediatras; pero sí debemos saber que es fundamental ocuparse del cuerpo real y que también existe el cuerpo del inconsciente, el cuerpo fantaseado, el cuerpo investido por pulsiones libidinales y tanáticas. En el caso de pacientes menores, el médico tiene también otra tarea, poder ayudar a que los padres contengan la angustia del hijo sin sentir culpa; para esta difícil misión, ellos mismos deben tener un ámbito propicio donde elaborar las propias ansiedades normales, y poder trabajar acerca de qué y cómo informar.

Debe haber un espacio para la medicina y un espacio para poner en palabras lo no representado, de

hacer conscientes los deseos y fantasmas inconscientes. Y de hacerse consciente de cuál es la función que cumple "un enfermo" en la familia. El riesgo es que se pueda entender esto como si se estuviera culpabilizando a alguien, y no como intentos de comprender las funciones mentales y vinculares inconscientes que responden a salidas tanáticas. Los médicos no tienen por qué tener formación psicoanalítica, pero sí deben saber que el cuerpo no es sólo una suma de órganos y tejidos. Por supuesto que en un sentido sé que lo saben. Pero fundamentalmente creo que tiene que ver con la diferencia conceptual entre interconsulta y transdisciplina. Entiendo la interconsulta cuando médicos de una especialidad derivan al paciente a otra especialidad en el momento en que necesitan de Otro saber.

Por ejemplo cuando derivan al psicólogo porque notan que el paciente padece una excitación psicomotriz, o rechaza la medicación, o delira... Es decir cuando evidentemente queda en el campo de la psicopatología. Otra postura científica tiene que ver con la aceptación de la complejidad del objeto de conocimiento; a mi entender de esto se trata la transdisciplina, de tener en cuenta que "el saber" nunca es abarcable desde una sola disciplina y que quizá éste sería un posible camino para lograr "una mayor probabilidad de éxitos" si aunamos los conocimientos desde las diferentes espe-



AVRIL
clínica de internaciones breves

Excelencia en Salud Mental

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

cialidades; comprendiendo que ninguna especialidad agota "la verdad acerca de la curación del sufrimiento". Sería entender *a priori* (sin esperar la depresión manifiesta, en casos de tan serio compromiso orgánico), que es necesario el trabajo en equipo desde el momento mismo del diagnóstico.

Desde el psicoanálisis también debe haber una apertura exogámica, sin colocarnos en un nivel en el cual pareciera que el poder comprender "el inconsciente" nos otorga el derecho de estar "por encima" de cualquier otro saber. "Aquel cuya mente esté aprisionada en la metáfora no la puede ver como metáfora. Es simplemente algo obvio"(1). Considerando a "lo obvio" como una convicción, como una certeza que a veces funciona como un muro que obtura el conocimiento, los científicos muchas veces rechazamos todo aporte que cuestione nuestro saber; o bien simplemente un enfoque diferente es cuestionado porque el grado de convicción impide el desarrollo de nuevas representa-

ciones acerca de un conocimiento que en sí es muy complejo.

Como dice Kuhn, los hombres de un mismo campo científico comparten los mismos paradigmas como requisito para la práctica científica; lo que en cierta medida es fundamental, paradójicamente en otro sentido es un obstáculo que limita el conocimiento. La transdisciplina da cuenta del punto donde convergen las diferentes disciplinas.

La omnipotencia científica, finalmente, sólo es una defensa frente al reconocimiento de la incompletud del conocimiento; saber "lo poco que sabemos" frente al gran misterio de la Naturaleza.

Conclusiones

1. El modelo operativo transdisciplinario es fundamental para trabajar con patologías severas, porque la angustia que se genera en el campo que se forma con el paciente, la familia y los agentes de salud intervinientes, crea un estrés que retroalimenta negativa-

mente, ejerciendo una influencia perjudicial en el pronóstico de curación del paciente e inclusive poniendo en riesgo la salud de los propios médicos.

2. Hay indicadores psicológicos que producen riesgo somático en la génesis de la enfermedad, y en el pronóstico:

a. Las ansiedades persecutorias tienen un efecto tóxico.

b. La "sobreadaptación", patología que tiene que ver con una disociación cuerpo-mente, es otro de los indicadores.

c. Un vínculo que no permita la transformación de las ansiedades.

d. Vínculos duales-alienantes en tres generaciones.

Encuadre terapéutico

a. Encuentros con los participantes de todas las disciplinas, generando un espacio de intercambio, contención, y elaboración de las ansiedades del propio sistema tratante.

b. Atención psicológica del niño y su familia desde el mismo momento del diagnóstico ■

Referencias bibliográficas

1. Laing, R., *Lo obvio - La Dialéctica de la Liberación*. Cooper. Siglo XXI ed., México, 1970.
2. Pérez, A., Grupo familiar. La familia como matriz del psiquismo. *Rev. Asociación Escuela Argentina para Graduados*, 1988, N° XV.
3. Prigogine, I., y Stengers, I., *La nueva alianza. Metamorfosis de la Ciencia*. Alianza ed., España, 1983.
4. Raimbault, G., *L'enfant et la mort Privat*, 1975.

Bibliografía general

- Abadi, S., *Transiciones. El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*, Lumen, 1996.
- Aulagnier, P., *El Aprendiz de Historiador y el maestro-brujo*. Amorrortu, 1992.
- Bion, W. R., *Volviendo a pensar*. Horme ed., 1966.
- Curani, A., *La Transdisciplina y la salud*. Paper leído en la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Odontología, 1995.
- Dantzer, R., *L'illusion psychosomatique*. Odile Jacob, 1989.
- Faimberg, H., *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Amorrortu ed., 1996.
- Freud, S., Más Allá del Principio del Placer. El Yo y el Ello. *Conferencia N° 32*.
- Guinsburg, O., *Fenómenos transferenciales en el Paciente agónico*. Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría, N°30, Vol. VIII, Año 1998.
- Kaes, R., *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Amorrortu ed., 1996.
- Kreisler, Fain y Soulé *El niño y su Cuerpo*, Amorrortu, 1990.
- Kuhn, T. S. *La Estructura de las Revoluciones Científicas*.
- LeShan, L. y Margenau, H., *El Espacio de Einstein y el Cielo de Van Gogh*. Gedisa ed., 1985.
- Marty, P., *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Ed. Toray, Barcelona 1984.
- Marucco, N., *Actas del Seminario de Patologías Graves*, APA, 1996.
- Merea, C., Najmanovich, P. y Primavera, E., *Nuevas Realidades y Psicoanálisis*. Rev. APA, 1995, T LII -N.1
- Raimbault, G., Zygoris, R., *L'enfant et sa maladie. "Corps de Souffrance, corps de Savoir"*. Privat ed., France, 1983.
- Rosenfeld, D., *The Psychotic Aspects of the Personality*, Karnac, London, 1992.
- Rotenberg, E., *Transmisión generacional. Patología psicósomática en la infancia*. Monografía APA, 1996.
- Rotenberg de Glozman, E., *Transmisión Generacional. Patología psicósomática en la infancia*, monografía APA, 1996.
- Rother de Hornstein, M., *Psicoanálisis y Complejidad*. Rev. APA, 1995, TLII-N1
- Schnitman, D y otros, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Paidós, 1994.
- Winnicott, D., *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. El Proceso de Maduración en el niño*. Laia, 1958, Barcelona.

La continuidad de los tratamientos ambulatorios en Salud Mental

Fabián Triskier

Médico Psiquiatra Hosp. "P. Piñero", Buenos Aires, Médico de la Clínica Boedo, Lomas de Zamora.
Gurruchaga 2463 1° "C", Buenos Aires. Tel.: 833-2424 E-mail: triskier@satlink.com.ar

Martín Agrest

Psicólogo Clínico, Ex terapeuta de la Clínica Boedo.

Introducción

La continuidad de los tratamientos ambulatorios es un tema relativamente dejado de lado por lo clínicos "psi" y muchas veces relegado a una cuestión meramente administrativa. Sin embargo, además de su innegable valor para la organización de sistemas asistenciales en Salud Mental, la continuidad y la discontinuidad poseen suma importancia clínica y formativa. Muy a menudo se habla de las resistencias de los pacientes (o de los terapeutas) y de las deserciones de los tratamientos. Sin embargo, es menos frecuente hacer alusión a datos más exactos sobre las tasas de continuidad de los tratamientos. En 1995 Goldchluk y otros realizaron un estudio en los Consultorios Externos del Hospital monovalente "J. T. Borda" y evaluaron el porcentaje de pacientes que seguía sus tratamientos al cabo de una, dos, cuatro, ocho, dieciséis, veinticuatro y cincuenta y dos semanas(2). En ese mismo año, Lajonquiere y Chan presentaron en las jornadas internas del Hospital polivalente "P. Piñero" un estudio de similares características para

atender a la deserción de los pacientes (agrupados por patología y motivo de consulta) luego de la entrevista de admisión y a las cuatro sesiones de tratamiento(7).

Ya en 1970, Vera y Thieberger(8) se habían ocupado de este tema y más recientemente Jiménez(4) analizó los motivos por los cuales la gente abandona sus tratamientos. En el campo de la psicoeducación, la deserción de los pacientes bipolares y esquizofrénicos recibió considerable atención en la literatura local (ver, por ej. 6 y 3).

Con estos antecedentes y en el contexto de un Servicio de Psicopatología de una Clínica General del Gran Buenos Aires, decidimos repetir el estudio para caracterizar este fenómeno (parte 1) y observar si había variaciones respecto de los resultados ofrecidos por los hospitales municipales antes mencionados (parte 2).

Parte uno

Método

En mayo de 1994 esta clínica de la zona sur del Area Metropolitana

agregó a las prestaciones que sus afiliados podían recibir, la consulta psicológica y psiquiátrica. Interesados en conocer las características de continuidad de los tratamientos ambulatorios allí ofrecidas, estudiamos qué sucedió con los pacientes que comenzaron a ser atendidos entre el 1° de enero de 1995 y el 31 de mayo del mismo año. Observamos cuántas sesiones/semanas de tratamiento habían usado y quiénes seguían en tratamiento al 31 de mayo de 1996, permitiendo que todos los pacientes contaran con la posibilidad de estar en tratamiento por un lapso no menor a un año (52 semanas).

Consideramos la población mayor o igual a 18 años (los menores de 18 años fueron descartados para homogeneizar la población estudiada).

Es necesario aclarar que los pacientes de la clínica contaban con 20 sesiones sin cargo, debiendo pagar un arancel de \$15 si era indicado o deseaban continuar sus tratamientos con posterioridad. La población de esta clínica está compuesta fundamentalmente por clase media obrera (calificada y no calificada).

Resumen

La continuidad de los tratamientos ambulatorios en salud mental es estudiada comparando los datos de una clínica general del Gran Buenos Aires, el Hospital monovalente "J. T. Borda" y el Hospital polivalente "P. Piñero". Los resultados muestran semejanzas en la escasez de pacientes en tratamiento al cabo de unas pocas semanas/sesiones y permiten sacar conclusiones sobre la organización y capacitación de los profesionales.

Palabras Clave: Tratamientos ambulatorios - Continuidad - Abandono de tratamiento capacitación.

MENTAL HEALTH AND LABOR FLEXIBILIZATION: AN ANTHROPOLOGICAL VIEW

Summary

The paper compares the continuity of mental health outpatient treatments among a private General Clinic from a Buenos Aires district and two public hospital from Capital Federal (the neuropsychiatric "J. T. Borda" and a General Hospital "P. Piñero"). The results show similarities in the scarcity of patients following their treatment after a few weeks/sessions and allow to draw some conclusions upon the organization and education of the mental health workers.

Key Words: Outpatient treatment - Treatment following - Education.

Tabla 1

	Cantidad	Edad prom. (D.E) años
Varones	31(27,9%)	38,4 (17,4)
Mujeres	80 (72,1%)	40,0 (17,3)
Total	111(100%)	39,6 (17,2)

Tabla 2

N° sesiones	N° pacientes	%
1	84	75,7
2	74	66,7
4	65	58,6
8	49	44,1
16	31	27,9
20	21	18,9
24	12	10,8
32	5	4,5
40	3	2,7
52	2	1,8

Se contabilizaron las semanas de tratamiento y las sesiones de cada uno de los pacientes. Como el período de inicio de los tratamientos considerados fue de 5 meses (1° de enero de 1995 al 31 de mayo del mismo año), se tomó el tiempo de tratamiento según la semana de inicio de cada uno.

En los casos de largas interrupciones (más de tres meses), esas semanas de ausentismo no eran consideradas como "semanas de tratamiento". Se contaban las anteriores y las posteriores, sumando ambas y arrojando un resultado total.

Resultados

El número de pacientes admitidos y derivados a tratamiento en el período considerado fue de 111 (sin contar a los menores de 18 años). Distribuidos por sexo, 80 fueron mujeres y 31 fueron varones. El promedio de edad fue de 39,6 años (Tabla 1).

Sobre 111 casos, 27 se ausentaron a la primera entrevista (24,3%). El resto (75,7%) tuvo su primera sesión. Hubo 10 pacientes (9,1%) que no concurren a su segunda entrevista. Es decir que 37 pacientes (33,3%) dejaron de venir al cabo de la admisión y una primera sesión. El resto de la progresión por cantidad de sesiones y por semanas de permanencia en tratamiento se ofrece en las tablas 2 y 3 y en los gráficos 1 y 2.

Discusión

Apenas se observan los resultados llama la atención:

- a) el elevadísimo porcentaje de pacientes que discontinúa su tratamiento al cabo de unas pocas sesiones/semanas;



INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Tempora
Card
Adhiérase

Para una situación difícil Tempora es una Institución confiable

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

Hostal

Residencia Terapéutica Intermedia

Casa de mitad de camino

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

Consultores externos

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

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

Centro de crisis
Hospital de día

b) el escaso porcentaje de pacientes que al cabo de un año calendario (52 semanas) no sólo se mantiene en tratamiento sino que "es continuo o constante" en el mismo;

c) el elevado porcentaje que deja de concurrir antes de comenzar a pagar (en la sesión número 20).

1. No puede dejar de sorprender que el modo de consulta más común (en su sentido estadístico) es la consulta única: luego de la admisión un cuarto de la población no regresó para comenzar su tratamiento. Para el momento de la cuarta semana/sesión, un 40% ya había dejado de concurrir y cuatro semanas más tarde ya quedaban menos de la mitad.

2. Si atendemos al exiguo porcentaje que tuvo constancia durante un año calendario y permaneció en tratamiento al cabo de las 52 semanas (6%), o concurrió a un promedio de una consulta por semana a lo largo de todo el año (2%), veremos que los tratamientos continuos y prolongados no son la regla en forma alguna. De cada 100 pacientes, sólo 6 seguirán su tratamiento al año y sólo 2 con una frecuencia semanal. Son cuatro veces menos los pacientes que a las 52 semanas se siguen tratando que los que dejan de venir luego de la admisión.

3. Existiendo la variable del pago, nos fijamos de qué modo estaba influyendo el arancel en la deserción de los pacientes. Suponíamos que muchos pacientes dejaban sus tratamientos al tener que comenzar a pagar. Sin embargo, la progresión de los abandonos/finés de los mismos no muestra ninguna particularidad al momento de la sesión 20. Es muy similar la cantidad de gente que deja de tratarse entre la sesión 16 y la 20 que la que deja entre la 20 y la 24.

Es cierto que nuestro trabajo no discrimina los motivos del fin de los tratamientos: en algunos casos la situación queda resuelta y en otros (por motivos que, a veces, desconoce-

Tabla 3

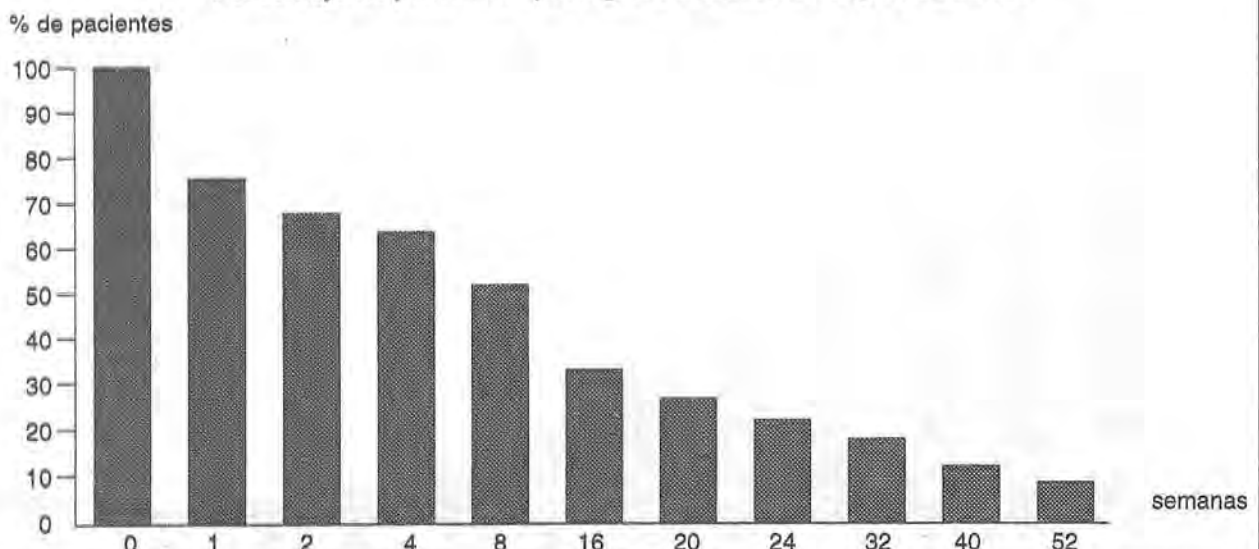
N° semanas	N° pacientes	%
1	83	74,8
2	74	66,7
4	67	60,4
8	55	49,5
16	34	30,6
20	28	25,2
24	22	19,8
32	17	15,3
40	10	9,1
52	7	6,3

Tabla 4

N° semanas	Hosp. "J. T. Borda"	Clínica Privada
	%	%
1	91	75
4	73	60
8	60	50
16	47	31
20	44	25
24	39	20
32	33	15
40	29	9
52	26	6

Gráfico 1

Porcentaje de pacientes que siguen tratamiento según semanas



mos) el paciente deja de concurrir. Desde ya sabemos que el hecho de que no continúe tratándose no es equivalente a la resolución del problema por el que consulta ni al fracaso del tratamiento.

Parte dos

Tratándose de una clínica privada, quisimos comparar estos resultados con los que mostraban dos hospitales públicos de la Capital Federal, uno polivalente y otro monovalente. En 1995 se realizaron dos estudios, uno en el Servicio de Psicopatología del Hospital "P. Piñero" y otro en el Hospital "J. T. Borda", que abordaron esta misma temática. Si bien desgraciadamente uno y otro no usaron el mismo método (el primero tuvo en cuenta la cantidad de pacientes que dejaron de concurrir luego de la admisión y al cabo de 4 sesiones; el segundo consideró las semanas –en vez de las sesiones– a intervalos regulares hasta llegar al año de tratamiento). Las comparaciones entre el Hospital "Borda" y la clínica se presentan en la Tabla 4 y el Gráfico 3; la comparación con el Hospital "Piñero" se observa en la Tabla 5.

Discusión

Entendemos que existen dos modalidades para evaluar la conti-

N° de sesiones	Clínica privada	Hosp. Polivalente
	%	%
1	76	92
4	59	42

nuidad de los tratamientos ambulatorios. Una de ellas es atender a las fechas del calendario y ver cuántos de los pacientes que iniciaron los tratamientos en un determinado período, lo siguen haciendo. Si en el medio ellos abandonaron y retornaron esta modalidad no le otorga importancia; sólo se atiende al número de pacientes de la muestra considerada que permanezca concurrendo al servicio. Otra modalidad es obtener el número de semanas/sesiones de cada paciente y luego observar quiénes acumulan la cantidad de semanas/sesiones que queremos averiguar (por ej., 4 ó más, 8 ó más, etc.). El trabajo del Hospital "Borda" eligió el primer método; el del Hospital "Piñero" eligió el segundo, y en nuestro caso usamos ambos, para, al mismo tiempo, poder compararlos.

Es posible que el neuropsiquiátrico cuente entre sus pacientes una mayor cantidad de pacientes más graves y en los tiempos de tratamiento necesariamente deban prolongarse. Sin embargo, la falta de datos sobre los diagnósticos en

ese estudio (tanto como en el nuestro) no permiten cotejarlo. Al momento de aparecer el trabajo de Goldchluk y su equipo parecía muy significativo el escaso porcentaje de pacientes que permanecían en tratamiento al cabo de las semanas. Pero el estudio de la clínica privada enseñó porcentajes aún menores. Sobre todo se nota una sensible disminución en la primera consulta, a diferencia de lo que mostraron tanto el estudio del "Borda" como el del "Piñero". Mientras estos dos hospitales sólo perdieron algo menos de 10% entre la admisión y la primera entrevista, en la clínica considerada la pérdida llegó al 24%. La progresión que resulta de comparar el neuropsiquiátrico y la clínica enseña notables similitudes si se tiene en cuenta el 15% de diferencia en la consulta posterior a la admisión.

Por el contrario, el hospital polivalente, que mostraba similares porcentajes a los del "Borda" en la primera entrevista, tenía el descenso más marcado en la continuidad al llegar a la cuarta sesión.

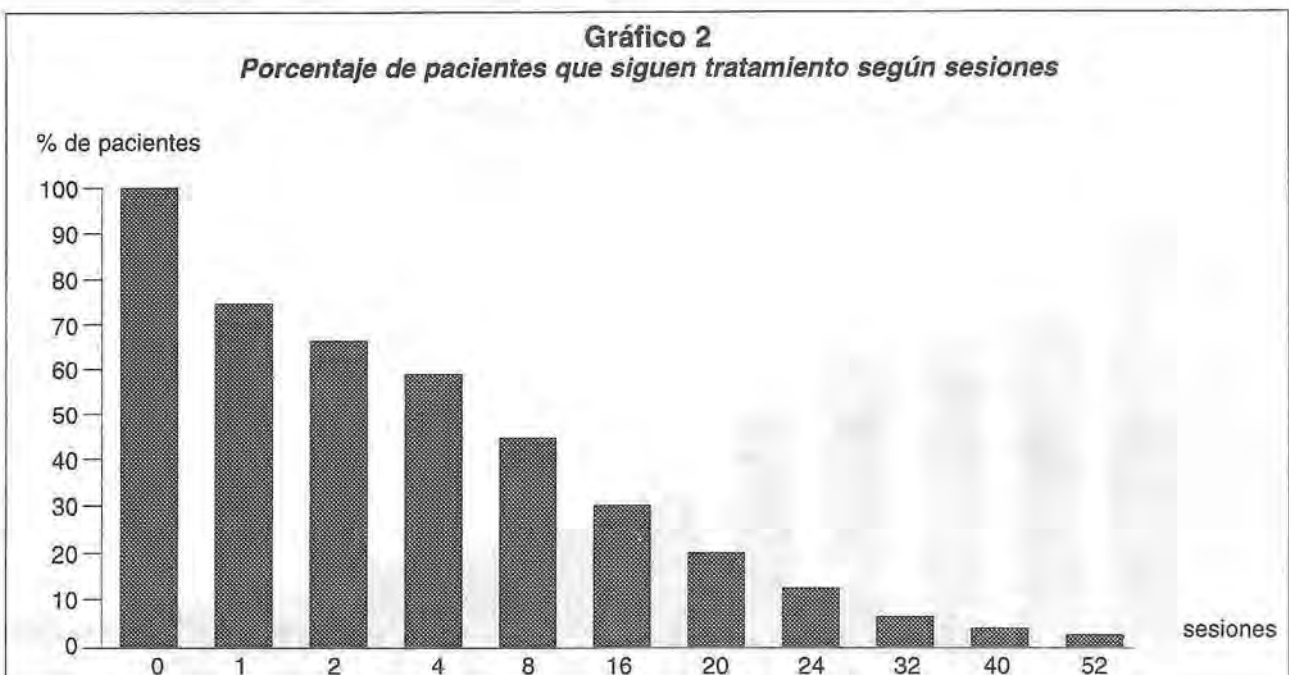
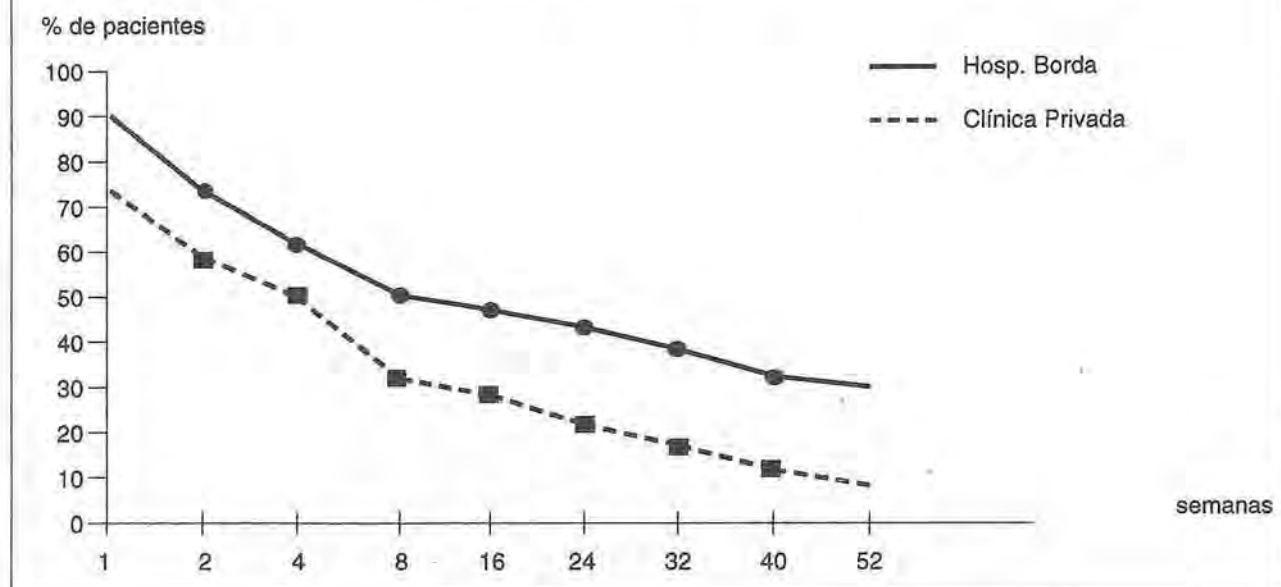


Gráfico 3
Comparación de los porcentajes de pacientes en tratamiento según semanas



Por otra parte, su discriminación por diagnósticos permitía ver que los pacientes con diagnóstico de neurosis dejaban de concurrir más frecuentemente que los que tenían diagnóstico de psicosis.

Conclusiones

La habitual preparación de los terapeutas para llevar adelante largo tratamientos se condice poco con los resultados hallados. Ya lo decía Jiménez(4): "alrededor del 99% de los pacientes que se someten a un tratamiento de corte psicoanalítico están menos de 50 sesiones en terapia, es decir, menos de un año" (p. 24). La ilusión del clínico (descrita por Cohen y Cohen para el psiquiatra y el médico

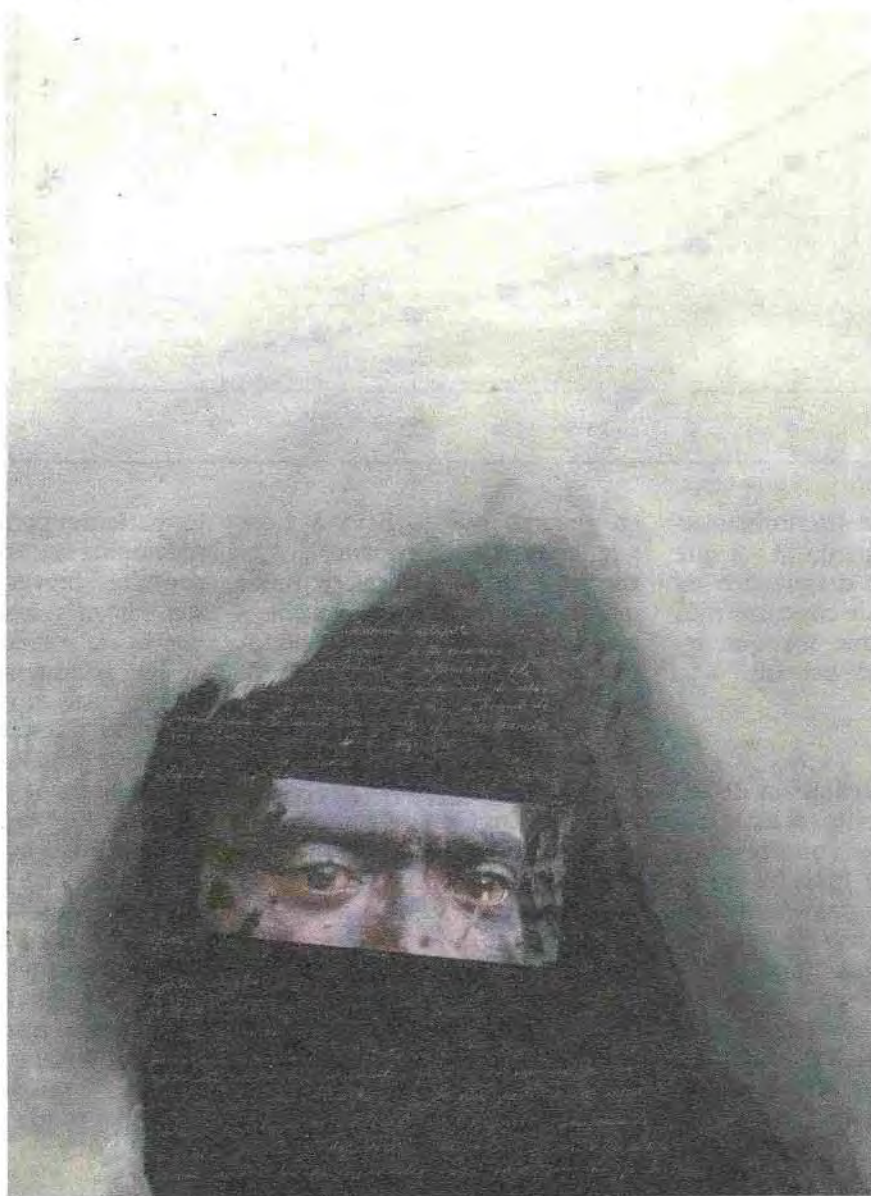
en general) que lo lleva a creer que, como tiene ocupado la mayor parte de su tiempo en tratamientos prolongados, los pacientes suelen atenderse largos períodos continuamente, no es más que eso: una ilusión(1). Los pacientes no suelen permanecer tratándose con un profesional por mucho tiempo. Kordy y Kaechele citan un estudio norteamericano que mostraba que el 44% de los que tomaban un turno con un especialista en salud mental concurría menos de 4 veces y que sólo el 16% tenía 24 o más entrevistas(5).

Cuando los terapeutas y las instituciones discuten los plazos de tratamiento rara vez incluyen estos datos entre sus consideraciones. Unos y otras dan por supuesto que

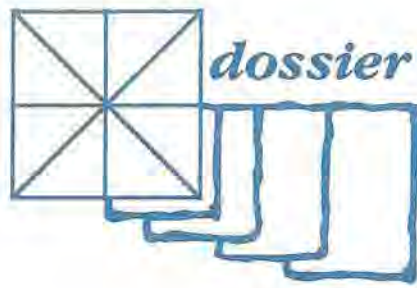
los pacientes permanecerán indefinidamente sin darse cuenta que las consultas breves (y ultra breves) son las más frecuentes. Curiosamente, la capacitación de estos profesionales tampoco hace hincapié en este tipo de cuestiones. Aprender a resolver y orientar los casos que probablemente sólo concurren unas pocas consultas, o a intentar retener los pacientes que de no continuar sus tratamientos podrían internarse o empeorar su estado, debiera ser seguramente prioritario. Antes de saber cómo trabajar con pacientes que estarán años en tratamiento (unos pocos de cada 100 que consultan) ¿no sería importante saber algo más de lo que pasa y qué hacer con la abrumadora mayoría restante? ■

Referencias bibliográficas

- Cohen, P. y Cohen, J. (1984), The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41: 1178-1182.
- Goldchluk, A., Amenta, M., Dates, L. (1993), Continuidad hallada en tratamientos ambulatorios, *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 5(18): 245-251.
- Hidalgo, R., Lagomarsino, A. (1997), Cómo navegar sin brújula: Taller para familiares de pacientes bipolares. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 8(29):170-175.
- Jiménez, J. (1995), El Psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En *Psicoterapia focal: intervenciones psicoanalíticas con objetivos y tiempo definidos*, Defey, D., Elizalde, J., Rivera, J. (comp.), Montevideo, Roca Viva.
- Kordy, H., Kaechele, H. (1996), Investigación de resultados en psicoterapia y psicopatología, *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 7(26): 280-288.
- Lagomarsino, A. (1990), Psicoeducación para familias de esquizofrénicos. *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.* 36 (1-2): 73-80.
- Lajonquiere, C., Chan, M. (1995), Problemática de la admisión en un Servicio de Psicopatología de un Hospital General, mimeografiado (trabajo presentado en Jornadas Internas del Hospital "P. Piñero").
- Vera, L., Thieberger, J. (1970), Un estudio sobre deserción de pacientes. Experiencia de residentes en consultorios externos de un hospital psiquiátrico, *Acta Psiquiát., Psicol., Am., Lat.* 16(1): 57-61.



Elisa Raffaele
Técnica Mixta
sobre tela
1997
130x0.90 cm.



Ansiedad y Pánico Aspectos Clínicos y Terapéuticos

Desde que el escocés William Cullen utilizó en 1769 el término *neurosis* –para designar al conjunto de perturbaciones de los sentimientos y de los movimientos, sin fiebre y sin lesión orgánica localizada demostrable sino ligada a una afección más general del sistema nervioso– hasta nuestros días, los llamados estados neuróticos constituyen uno de los segmentos más polémicos de la patología mental. P. Pinel, quien se inspiró ampliamente en Cullen, acuñó el concepto de etiología moral, (hoy diríamos: causas psicológicas) para las neurosis, aludiendo a los efectos sobre el sujeto de las emociones, la personalidad predisponente, la soledad, la inactividad o el exceso de trabajo intelectual.

Más de medio siglo después, aunque fracasó en su intento de probar el sustrato neurológico de la histeria, J. M. Charcot, abrió un nuevo campo de interés médico e influyó fuertemente en varios de sus discípulos que hicieron aportes fundamentales al tema. Entre ellos se destacaron E. Raymond, creador del término *psiconeurosis*; P. Janet quien, defendiendo la etiología psicológica de las neurosis (en oposición a la organicidad de las psicosis), aplicó su teoría del automatismo psicológico a la histeria y creó el término de *psicastenia* (en competencia con el de *neurastenia* creado por el norteamericano G. Beard) y S. Freud cuyos aportes, huelga decirlo, han marcado indeleblemente la reflexión psicopatológica sobre las neurosis hasta nuestros días.

Diversos autores alemanes se interesaron en el tema desde las observaciones de R. Krafft-Ebing hasta los abordajes fenomenológicos de K. Jaspers o K. Schneider, más preocupados, estos últimos, en arribar a una descripción exhaustiva de los trastornos neuróticos, que a develar sus causas. Coincidentemente las teorías del comportamiento dejaron fuera del campo de estudio las razones profundas de la aparición de los síntomas neuróticos para centrarse en el análisis de las alteraciones de los mecanismos de aprendizaje y reforzamiento responsables de la instalación de conductas inadecuadas. Las técnicas cognitivo-comportamentales de psicoterapia se desprendieron de esas investigaciones, particularmente desarrolladas en los países anglosajones.

Y, precisamente, en EE.UU., con el surgimiento del DSM-III en 1980, comenzó un desmembramiento del concepto de neurosis en diversos trastornos de dicha clasificación redistribuyendo la nosografía freudiana en varios capítulos de la misma. El correspondiente a los Trastornos de ansiedad agrupa las Crisis de angustia (*panic attack*), el Trastorno de angustia con o sin agorafobia y el Trastorno de ansiedad generalizada como los equivalentes de la neurosis de angustia; la Agorafobia sin historia de Trastorno de angustia, las Fobias específicas y las Fobias sociales como los de la neurosis fóbica mientras que la neurosis obsesiva y traumática están representadas en el Trastorno obsesivo-compulsivo y el Trastorno por estrés postraumático. La histeria constituye un caso aparte al haber sido desmembrado el cuadro clásico entre los Trastornos somatoformes, los Trastornos de ansiedad y los conversivos.

Pero estos cambios nosográficos, so capa, de objetividad y ateoricismo tienen implicancias en las concepciones teóricas y etiológicas subyacentes de los autores que las proponen.

Una importante producción científica intenta, en los últimos años, dar soporte a estas conceptualizaciones creando una interpelación sumamente interesante al viejo edificio freudiano. Este Dossier pretende hacer aportes a esa discusión a través de ilustrar sobre las hipótesis etiológicas y los métodos terapéuticos más recientes en el tema ■

J. C. S.

El Tratamiento Psicológico y Farmacológico del Trastorno de Pánico y Agorafobia en Atención Primaria

D. M. Sharp, K. G. Power, V. Swanson

Anxiety and Stress Research Centre, Department of Psychology, University of Stirling, Stirling, FK9 4LA. U.K.



Introducción

El trastorno de pánico con agorafobia, demostrablemente el trastorno de la ansiedad que se ve más frecuentemente en la práctica clínica, arroja estimaciones de prevalencia de entre el 4 y el 6%(21). El trastorno de pánico sin agorafobia es el trastorno relacionado, pero menos común, en el que el paciente experimenta ataques de pánico pero no por ello evita situaciones. Ambas variantes del trastorno de pánico son altamente penosas y desorganizadoras, efectuando quienes las padecen una gran demanda a los servicios de tratamiento(22, 20).

El trastorno de pánico ha demostrado ser tratable tanto mediante tratamientos farmacológicos como psicológicos(24). Muchos estudios han investigado las eficacias relativas y/o combinadas

de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el trastorno de pánico y agorafobia. Desgraciadamente, estas investigaciones sufren de una serie de defectos metodológicos que comprometen sus resultados(19). Muchos estudios no controlan los tratamientos concurrentes, recibiendo los sujetos tratamientos farmacológicos y psicológicos adicionales junto con el tratamiento del estudio. La presencia de tales tratamientos concurrentes hace que la interpretación de los resultados del estudio sea en extremo difícil(16). En segundo lugar, ningún estudio que compare un tratamiento psicológico con uno farmacológico para el trastorno de pánico, dentro de un marco de trabajo controlado por medio de placebo, ha empleado un grupo que solamente recibiera tratamiento psicológico, habiendo utilizado todos los estudios anteriores tratamiento

Resumen

Se trataron ciento noventa pacientes que sufrían de trastorno de pánico con o sin agorafobia (DSM III-R) en el marco de la atención primaria. Se los asignó al azar a los distintos tratamientos: con fluvoxamina (fluvoxamine); con placebo; con fluvoxamina y terapia conductista cognitiva; con placebo y terapia conductista cognitiva; o con terapia conductista cognitiva únicamente. Ciento cuarenta y nueve pacientes completaron el tratamiento. Se informa aquí de los resultados de los tratamientos en términos de cambio tanto estadística como clínicamente significativo según la Hamilton Anxiety Scale, según una medición tomada por el terapeuta del nivel de ansiedad general al final del tratamiento, y en un seguimiento a los 6 meses de finalizado el tratamiento. También se registró el número de pacientes sin ataques de pánico mayores. Todos los grupos con tratamiento activo mostraron ventajas estadísticamente significativas por sobre los que recibieron placebo, con una ventaja particular mostrada en términos de significación clínica para los grupos que fueron tratados con terapia conductista cognitiva.

Palabras Clave: Estrés - Ansiedad - Trastorno de pánico - Agorafobia.

THE PSYCHOLOGICAL AND PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA IN PRIMARY CARE Summary

One hundred and ninety patients suffering from DSM m-R panic disorder with or without agoraphobia were treated in the primary care setting. Patients were randomly allocated to treatment with either, fluvoxamine; placebo; fluvoxamine plus cognitive behavior therapy; placebo plus cognitive behavior therapy; or cognitive behavior therapy alone. One hundred and forty nine patients completed treatment. Treatment outcome results are reported here in terms of both statistically and clinically significant change on the Hamilton Anxiety Scale, a therapist rated measure of general anxiety level taken at treatment end point and 6-month follow-up. Number of patients free from major panic attacks at treatment end point was also recorded. All active treatment groups showed statistically significant advantages over placebo with particular advantage being shown in terms of clinical significance for those groups employing cognitive behavior therapy.

Key Words: Stress - Anxiety - Panic disorder - Agoraphobia.



psicológico y placebo para representar a este grupo. Se argumenta(8) que una comparación adecuada de una droga con un tratamiento psicológico requiere de cinco grupos de tratamiento, específicamente: droga; placebo; droga más tratamiento psicológico; placebo más tratamiento psicológico; y tratamiento psicológico solamente. Un tercer problema de los estudios comparativos ha sido la falta de control del contacto con el terapeuta. Al comparar un tratamiento relativamente largo (terapia conductista cognitiva) con un tratamiento, comparativamente, rápidamente administrado (medicación), es esencial intentar balancear los tratamientos en cuanto se refiere al tiempo de contacto con el terapeuta. Esto es esencial para controlar la influencia del contacto del terapeuta sobre los resultados de los tratamientos. Por último, mientras se reconoce que la mayor parte de la morbilidad en los trastornos de la ansiedad se encuentra en la práctica general(1,11), los estudios anteriores sobre los resultados de los tratamientos en el trastorno del pánico y agorafobia han sido llevados a cabo en los consultorios de los especialistas o en el marco hospitalario. Esto ha llevado a algunos (23) a cuestionar que estos trabajos anteriores sean aplicables a la mayoría de los pacientes, que no accede al encuadre hospitalario especializado.

El presente estudio intenta corregir estos problemas metodológicos mediante

a. el requisito de que ningún paciente hubiese recibido tratamiento psicológico en los 6 meses previos a su admisión al estudio, y que no recibiese ninguna medica-

ción psicotrópica concurrente durante la fase de tratamiento del estudio (a los pacientes derivados al estudio que estaban tomando medicación psicotrópica concurrente les fue requerido someterse a un período de abstinencia de medicación (*wash-out*) de 28 días antes de su admisión al estudio);

b. el empleo de una metodología de 5 grupos, incluyendo un grupo que recibió tratamiento psicológico solamente;

c. el asegurar que se realiza el intento de equilibrar el tiempo de contacto con el terapeuta en todos los grupos; y

d. la conducción de la investigación dentro del encuadre de la atención primaria. El estudio comprende la asignación al azar a los grupos de tratamiento y es conducida doble ciego para la medicación. Este estudio es también el primero en comparar las eficacias relativas y combinadas de la terapia conductista cognitiva y del IRSS fluvoxamina dentro de un marco de trabajo controlado de 5 grupos, y entraña una comparación de fluvoxamina (FL), placebo (PL), fluvoxamina más terapia conductista cognitiva (FL + TCC), placebo más terapia conductista cognitiva (PL + TCC), y terapia conductista cognitiva (TCC).

Método

Sujetos

Los pacientes fueron reclutados vía derivación de los médicos generalistas y lo fueron aquellos a los que se consideró aptos para tratamiento farmacológico y/o psicológico. Todos los pacientes fueron vistos, en todas las citas, en

los consultorios de sus médicos generalistas locales. Luego de la evaluación inicial realizada por el médico generalista y de la derivación, los pacientes eran vistos por un Psicólogo Clínico en entrevistas semi-estructuradas para averiguar las características del paciente, el estado actual y la gravedad de la enfermedad. Se emplearon los siguientes criterios de admisión.

Criterios de Inclusión

a. Pacientes que se presentaron con trastornos de pánico con o sin agorafobia que se ajustaban al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised criteria*(4);

b. pacientes con un puntaje mínimo de 15 en la *Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)*(7) tanto a la entrada (día -7) como después de una semana de inmersión (*wash-in*) (día 0);

c. duración del problema mayor o igual a 3 meses;

d. pacientes entre 18 y 70 años de edad inclusive;

e. pacientes dispuestos a, y capaces de, dar por escrito un consentimiento responsable de participación.

Criterios de Exclusión

a. Pacientes que recibían cualquier medicación psicotrópica concurrente; a todos los pacientes se les requirió someterse a 4 semanas de abstinencia de medicación psicotrópica (*wash-out*) concurrente antes de la admisión, si era necesario;

b. pacientes que sufrían de un trastorno depresivo mayor;

c. pacientes que sufrían de un trastorno obsesivo-compulsivo, de un trastorno de

personalidad paranoide, de esquizofrenia, de un trastorno esquizoafectivo, de un trastorno maniaco o de otra psicosis no especificada;

d. pacientes con una enfermedad somática concurrente grave, particularmente deterioro de la función hepático-renal, o enfermedad cardíaca de importancia clínica significativa;

e. pacientes con evidencia de epilepsia, enfermedad cerebral orgánica, u otro déficit neurológico grave;

f. pacientes que eran alcohólico-dependientes o drogadependientes, o que mostraban un riesgo de dependencia;

g. pacientes que presentaban un alto riesgo de suicidio;

h. pacientes mujeres embarazadas, o que estaban amamantando, o las que no estaban utilizando métodos anticonceptivos adecuados;

i. pacientes que padecían de una discapacidad física con movilidad severamente restringida;

j. pacientes que habían recibido tratamiento psicológico por trastornos de pánico y agorafobia dentro de los 6 meses previos a la admisión;

k. pacientes que se atendían con otros terapeutas, fuesen legos o profesionales.

Durante un período de 3 años un total de 238 pacientes fue derivado por los médicos generalistas para su inclusión en el estudio. De éstos, 45 no fueron incluidos por los siguientes motivos: 8 pacientes no concurren a la evaluación, 5 desistieron de participar en la primera cita, 14 fueron clasificados como trastornos distintos del pánico y agorafobia, 5 no cumplían los criterios de clasificación del DSM III-R, 5 obtuvieron menos de 15 puntos en la HAM-A, 5 desistieron de discontinuar la medicación psicotrópica concurrente por el período prescrito de abstinencia (*wash-out*), 2 presentaban alto riesgo suicida, y 1 paciente sufría de una enfermedad concurrente (epilepsia). Por lo tanto, un total de 193 pacientes ingresó al estudio.

Procedimiento

El día -7 los pacientes fueron asignados al azar al grupo de TCC (terapia conductista cognitiva) o al grupo de medicación. Los pacientes del grupo de medicación recibían 1 semana de medicación placebo simple ciego, a razón de una pastilla de placebo por día, (desde el día -7 hasta el día 0). Se empleó este procedimiento para controlar el efecto de los que respondían tempranamente al placebo sobre los resultados en el grupo de medicación. Todos los pacientes con puntajes por debajo del mínimo establecido de 15 en la Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) debían ser excluidos el día 0. No se hizo ninguna exclusión según este criterio. Tres pacientes fueron excluidos de la prueba durante la semana de inmersión (*wash-in*), un paciente utilizaba medicación psicotrópica, un paciente se rehusó a seguir participando, y un paciente no volvió para continuar el tratamiento. El día 0 todos los pacientes del grupo de medicación que seguían satisfaciendo los criterios de admisión fueron asignados al azar a uno de los 4 grupos que recibían medicación, es decir, FL, PL, FL+TCC o PL+TCC. Los pacientes del grupo que recibía sólo TCC no recibieron el placebo simple ciego durante la inmersión (*wash-in*). Ningún paciente del grupo de TCC fue excluido durante este período (día -7 a día 0). Un total de 190 pacientes, por lo tanto, fue ingresado a la fase de aleatorización del estudio el día 0. Todos los pacientes fueron vistos el mismo número de sesiones y durante la misma cantidad de tiempo, durante cada sesión un máximo de 60 minutos y un mínimo de 30. Un único psicólogo clínico (DS) veía a todos los pacientes. Se realizó una evaluación inicial el día -7 y el día 0. Después de las citas del día -7 y del día 0, todos los pacientes fueron vistos para su evaluación y tratamiento el día 7, el día 14, el día 28, el día 42, el día 56, el día 70 y el día 84, en el que se realizó la



evaluación final. También se realizó un seguimiento a los 6 meses. En cada sesión se le pedía a todos los pacientes que informaran acerca de cualquier medicación tomada desde la última visita. Se les avisaba a los pacientes a su ingreso al estudio que el uso de medicación psicotrópica no indicada en el estudio resultaría en que no seguirían participando del mismo. Los pacientes que no pudieron completar todo el estudio –por haber sido eliminados del mismo debido a una temprana efectividad o ineffectividad– que recibieron al menos 42 días de tratamiento, y que proveyeron datos adecuados sobre la finalización, fueron incluidos en el análisis final como “cumplidores definidos” (“*defined completers*”). Un total de 149 cumplidores (*completers*) y de cumplidores definidos del grupo de ingreso de 190 fue incluido en el análisis final. (Ver Tabla 1).

Tratamientos

Medicación

Después de una semana de placebo simple ciego, los pacientes de los grupos FL y PL recibieron 12 semanas de fluvoxamina o de place-



bo. Los pacientes que recibieron fluvoxamina recibieron una dosis inicial de 50 mg/día de fluvoxamina el día 0, ésta fue aumentada a 100mg/día el día 7, y a 150mg/día el día 14. A partir de entonces la dosis fue mantenida en 150mg/día durante las restantes 10 semanas del período que duró el estudio. La medicación fue suspendida el día 84 sin una disminución gradual. Se proveía la medicación en pastillas de 50mg, dándosele a los pacientes que recibían placebo un número equivalente de pastillas en cada cita, manteniéndose así la condición de doble ciego. A los pacientes que no toleraban la dosis máxima de medicación se les redujo la dosis de tres a dos pastillas/día (es decir, de 150mg a 100mg/día para el grupo de fluvoxamina). La reducción fue necesaria en 8 pacientes, (FL= 2 pacientes, PL + TCC= 2 pacientes, FL + TCC= 4 pacientes). Se evaluaba el cumplimiento mediante el recuento de las pastillas devueltas, no se realizó ninguna medición formal de niveles de droga en plasma. El contenido de la sesión para los grupos de FL y PL se focalizaba en la evaluación del estado actual y del progreso. Los pacientes estaban al tanto de que el psicólogo/asesor no daría ningún consejo terapéutico, y no se dio ningún consejo directo sobre el manejo de la ansiedad. El énfasis en estos grupos estaba en la provisión de una relación terapéutica empática sin la provisión de consejos terapéuticos activos. Esto era similar al enfoque utilizado por Power y sus colegas(15) en su estudio con una metodología de 5 grupos y con contacto del terapeuta equilibrado en el tratamiento del

trastorno de ansiedad generalizada.

Terapia Conductista Cognitiva

Se empleó una terapia conductista cognitiva que enfatizaba tanto las técnicas de gran exposición como las técnicas conductistas de manejo del pánico, como factores que contribuyen al procesamiento de las emociones(5) y, de este modo, a reducir el miedo. Las áreas a las que se apuntaba en el tratamiento fueron aquellas esbozadas por Barlow y colaboradores(2, 25) y abarcaban

- a. las tendencias a la acción asociadas con el pánico,
- b. la sensación de falta de control, y
- c. estrategias de procesamiento de información evitativas e hipervigilantes.

Las primeras 2 sesiones del tratamiento (día -7 y día 0) estuvieron dedicadas a la evaluación. Los pacientes detallaban tanto grandes evitaciones, ejemplos de situaciones, como conductas de evitación y de control más sutiles utilizadas en un intento de controlar los ataques de pánico, tales como el aferramiento a apoyos o las técnicas de distracción conductistas y cognitivas. También se investigó la comprensión personal del paciente de sus ataques de pánico, incluyendo cualquier temor de desenlace catastrófico. El día 7 se daba una explicación completa de las causas probables, del curso y de la naturaleza del trastorno de pánico del paciente. Se dieron instrucciones de acuerdo con las metas esenciales de cambio arriba sugeridas. El tratamiento enfatizaba la importancia de que los pacientes se confrontaran con sus ataques de pánico e intentaran reem-

plazar las respuestas de evitación, tanto conductistas como cognitivas, por acciones más centradas en el acercamiento. De este modo se capacitó a los pacientes para que pudieran apreciar que sus peores miedos no se realizaban y que si no se apoyaban en sus acciones de evitación, sus ataques de pánico se disipaban y se estabilizaban gradualmente con el transcurso del tiempo. La exposición tradicional que requiere de un retorno a las situaciones evitadas fue presentada como un medio útil y ecológicamente válido de encontrarse con los ataques de pánico y de este modo presentar un escenario para el cambio. En la cita del día 7, todos los pacientes con TCC recibían un manual de tratamiento estandarizado. Todas las sesiones siguientes (días 14-84) estuvieron dedicadas a revisar el progreso, a la discusión de cualquier posible problema en el tratamiento, y a la identificación de metas futuras para exposición y cambio. Se presentó el tratamiento como un esfuerzo intenso conducido por el paciente, y los esfuerzos entre sesiones eran vistos como un componente esencial del cambio. Los pacientes del grupo tratado sólo con TCC no recibieron ninguna medicación durante el tratamiento.

Tratamientos combinados

Los pacientes que recibían ya sea fluvoxamina + terapia conductista cognitiva (FL + TCC) o placebo + terapia conductista cognitiva (PL + TCC) recibieron la medicación según protocolos idénticos y terapia conductiva cognitiva según protocolos idénticos a los que se detallaron arriba. En los grupos de tratamiento combinado se enfatizó que la

medicación era auxiliar y complementaria de la terapia conductiva cognitiva, en un intento de lograr en estos grupos un igual compromiso con la terapia conductista cognitiva.

Terapeutas

Todos los pacientes fueron tratados por el mismo autor (DS), un psicólogo clínico con una experiencia de 15 años. Un segundo psicólogo clínico (KGP), con una experiencia de 18 años, fue quien realizó las evaluaciones independientes al final de los tratamientos y quien cubría las ausencias del primer autor.

Mediciones

Se empleó una variedad de mediciones de los procesos de tratamiento y de los resultados, por ejemplo, la *Escala de autoevaluación de la ansiedad* de Kellner & Sheffield, el *Marks & Mathews Fear Questionnaire* para la evaluación de la evitación agorafóbica, y el *Goldberg General Health Questionnaire*; sin embargo, en beneficio de la brevedad,

sólo se informan aquí las mediciones con la *Hamilton Anxiety Scale*(7), los datos de los ataques de pánico y las mediciones de las mejoras tomadas por el terapeuta al final del tratamiento. Resultados más detallados de las otras mediciones mencionadas arriba se encuentran en Sharp et al.(17, 18).

Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)(7)

Esta escala, en la que el terapeuta hace la evaluación fue completada utilizando un sistema de puntaje más estructurado que el usado originalmente por Hamilton(7), se basa en la frecuencia, la gravedad y la duración de los síntomas (*Hamilton Anxiety Glossary*)(15). La HAM-A fue aplicada por todos los grupos los días -7, 0, 7, 14, 28, 42, 56, 70, 84 y en un seguimiento a los 6 meses.

Los ataques de pánico fueron evaluados mediante la inspección de los diarios de pánico de los pacientes, que eran completados por períodos de 7 días todo a lo largo de la fase de tratamiento de la prueba. Se proveyó a los pacientes de la lista de síntomas de pánico



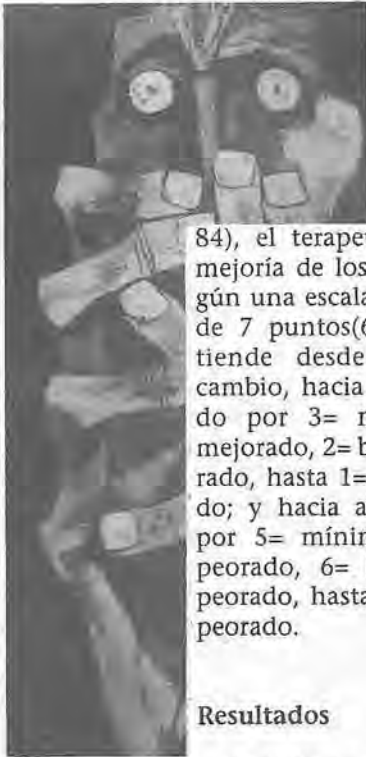
del DSM III-R y se les pidió que identificaran aquellos que habían ocurrido durante cualquier ataque de pánico, y que hicieran una evaluación general de intensidad y una estimación de la duración de cada ataque de pánico. En este informe, para abreviar, sólo se informará el porcentaje de pacientes sin pánico al final del tratamiento.

Al final del tratamiento (día

Tabla 1

Características de la muestra por grupo, según número de pacientes asignados al azar, número de cumplidores, número de cumplidores definidos, número de pacientes excluidos del análisis, número de desertores, número incluido en el análisis de los cumplidores y proporción de la muestra de cumplidores con evaluación final independiente.

	FL	PL	FL+TCC	PL+TCC	TCC
N° de asignados al azar	36	37	38	36	43
Excluidos/deserciones	7	9	9	3	13
Cumplidores	24	20	27	32	30
Cumplidores definidos	5	8	2	1	0
N° incluido en el análisis de los cumplidores	29	28	29	33	30
N° (%) de pacientes en el análisis de los cumplidores con evaluación final independiente	19 (65.5%)	16 (57.1%)	15 (51.7%)	26 (78.8%)	22 (73.3%)



84), el terapeuta evaluó la mejoría de los pacientes según una escala de medición de 7 puntos(6) que se extiende desde 4= ningún cambio, hacia arriba pasando por 3= mínimamente mejorado, 2= bastante mejorado, hasta 1= muy mejorado; y hacia abajo pasando por 5= mínimamente empeorado, 6= bastante empeorado, hasta 7= muy empeorado.

Resultados

La Tabla 1 muestra una lista de las configuraciones de la muestra de cada grupo. Los grupos mostraban alguna diferencia en cuanto a la reducción del número de sus integrantes, mostrando el grupo PL + TCC la tasa más baja de deserción/exclusión y el Grupo TCC la más alta. Sin embargo las tasas de deserción/exclusión no eran estadísticamente diferentes entre grupos ($\chi^2= 5.99$, $df= 4$, n.s.). La proporción de cumplidores definidos difería significativamente entre grupos ($\chi^2= 16.604$, $df= 4$, $p < 0.05$), teniendo el grupo PL el número más alto de cumplidores definidos ($n= 8$). Los motivos de deserción o de exclusión fueron los siguientes: 1 paciente del grupo FL, 2 del grupo PL, 3 del grupo FL + TCC, 2 del grupo PL + TCC, y 8 del grupo TCC no regresaron para el tratamiento. Se descubrió durante el tratamiento que un paciente del grupo FL, 1 del PL, 1 del PL + TCC y 3 del TCC no habían cumplido con los criterios de admisión, ya fuera por la emergencia de una condición contraindicada (por ejemplo, abuso de alcohol) o por el uso de medicación psicotrópica concurrente. Estos

pacientes fueron excluidos del análisis. Un paciente del grupo FL y uno del grupo TCC adujeron falta de efectividad como motivo para la deserción. Un paciente del grupo TCC se rehusó a continuar con el tratamiento después de tres sesiones. La preocupación por el cumplimiento con la medicación del estudio o el fracaso obvio en cumplir con el régimen de medicación condujo a que 1 paciente del grupo FL y 3 pacientes del grupo PL fuesen excluidos del análisis. Un paciente del grupo PL y uno del grupo FL + TCC fueron excluidos debido a errores administrativos, especialmente por fracaso en completar adecuadamente las evaluaciones de los cuestionarios. Las tasas de deserción que se alegó se debían a efectos colaterales de la medicación fueron $n= 3$ (8.3%) para el grupo FL, $n= 2$ (5.4%) para el grupo PL, $n= 0$ para el grupo PL + TCC y $n= 5$ (13.1%) para el grupo FL + TCC. Esto arroja una tasa de deserción atribuida a efectos colaterales de $n= 8$ (10.8%) para los pacientes que recibían Fluvoxamina.

Se estableció una fuerte correlación entre un estudio previo(15) (Pearson $r= 0.86$) y las evaluaciones hechas según la escala HAM-A por el personal en el presente estudio (KGP, DS). Como otra forma de verificación, se calcularon las correlaciones entre los puntajes según HAM-A en el día 70 y los puntajes según HAM-A en el día 84 de todos los pacientes que recibieron una evaluación final independiente, para toda la muestra y para cada grupo de tratamiento individualmente. Las correlaciones obtenidas fueron: para Toda la Muestra $r= 0.82$; para FL $r= 0.77$, para PL $r= 0.87$, para FL + TCC $r=$

0.61, para PL + TCC $r= 0.90$, para TCC $r= 0.85$.

Análisis Estadístico

Los grupos eran comparables en las principales mediciones dependientes previas al tratamiento activo y posteriores a la semana de inmersión (*wash-in*).

Los principales efectos del tratamiento fueron investigados utilizando análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) con el grupo de tratamiento como el factor entre sujetos y el tiempo de evaluación como el factor dentro de los grupos. Se realizaron F-tests para los efectos simples para cada evaluación, y las diferencias entre grupos específicas fueron ilustradas utilizando los tests de Scheffe post-hoc. El test de Scheffe fue elegido como un criterio conservador que minimizara el riesgo de error de tipo I. Dentro de los grupos, los cambios en los puntajes fueron investigados mediante la comparación de los puntajes a la entrada vs. los puntajes al final utilizando t-tests relacionados.

Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)

La Tabla 2 muestra una lista de los puntajes promedio según HAM-A para cada grupo en cada momento de evaluación.

El análisis de varianza de dos factores (grupo de tratamiento y tiempo de evaluación) en los puntajes según HAM-A finalizada la fase de inmersión (*wash-in*) (día -7 a día 0) reveló un efecto significativo para el tiempo ($F(1,144)= 71.74$, $p (0.001)$) y un efecto de la interacción ($F(4,144)= 4.15$, $p (0.005)$)

que indica una reducción diferencial en HAM-A al finalizar la inmersión (*wash-in*), entre grupos. Los F-tests de los efectos simples revelaron una reducción significativa en el puntaje según HAM-A finalizada la inmersión (*wash-in*), para FL ($F(1,28)=30.13$, $p(0.001)$), PL ($F(1,27)=14.72$, $p(0.001)$), FL + TCC ($F(1,28)=18.85$, $p(0.001)$) y PL + TCC ($F(1,32)=31.31$, $p(0.001)$) pero no para TCC ($F(1,29)=0.10$, n.s.).

El análisis entre grupos dio un tiempo de grupo significativo ($F(4,144)=4.56$, $p(0.002)$) y ($F(8,1152)=270.39$, $p(0.001)$) y un efecto de la interacción ($F(32,1152)=4.89$, $p(0.001)$) que indica cambios diferenciales a través de los grupos.

Los datos de la Tabla 2 se ilustran en la Figura 1.

El análisis de la varianza en un solo sentido, entre grupos, en cada momento de evaluación, mostró que no emergieron diferencias significativas entre grupos hasta el día 28, cuando el grupo PL y el grupo FL + TCC difirieron ($p(0.01)$). Esta diferencia persistió y se acrecentó a lo largo del período de tratamiento. Para el día 42 todos los otros grupos de tratamiento (FL, FL + TCC y TCC) difirieron significativamente de PL ($p(0.05)$ y más), siendo mantenidas estas diferencias en niveles variables de significación a lo largo del período de tratamiento. En ningún momento los grupos de tratamiento activo mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre ellos.

Dentro de los grupos, el análisis reveló una reducción significativa en los puntajes en HAM-A para todos los grupos. Las comparaciones entre los puntajes de HAM-A pre-(día 0) y post- (día 84) tratamiento reveló una reducción significativa para FL ($t=10.993$, $df=28$, $p(0.0001)$), PL ($t=4.09$, $df=27$, $p(0.001)$), FL + TCC ($t=15.28$, $df=28$, $p(0.0001)$), PL + TCC ($t=14.45$, $df=32$, $p(0.0001)$) y TCC ($t=13.88$, $df=29$, $p(0.0001)$).

Ataques de pánico

El número y porcentaje en cada grupo de tratamiento que no sufrió ataques de pánico el día 84 fueron: FL: $n=20$, 68.9%; PL: $n=17$, 60.7%; FL + TCC: $n=24$, 82.7%; PL + TCC: $n=25$, 75.7%; TCC: $n=21$, 70.0%.

Significación Clínica de los Resultados

Hasta aquí los resultados han sido descriptos enteramente en términos de significación estadística del cambio en el tratamiento. Se ha argumentado(9, 10) que resultados estadísticamente significativos pueden tener, sin embargo, escasa relevancia clínica. Jacobson y sus colegas argumentaban en favor de ampliar el análisis de los datos resultantes en términos de la significación clínica del cambio y sugieren criterios de evaluación. Jacobson y Ravensdorf(9) recomiendan establecer un puntaje límite para el cambio clínicamente significativo. El punta-



je de un paciente que hubiera alcanzado tales cambios caería por fuera del rango de la población disfuncional por dos desvíos estándar de la media de la población antes del tratamiento, en dirección a la funcionalidad. Este criterio fue empleado con la HAM-A, donde se estableció un criterio de gravedad moderada (puntaje límite de 12 o menos).

La Tabla 3 informa acerca del número de pacientes que, en cada grupo de tratamiento, logró cambios clínicamente significativos el día 84 según HAM-A. Todos los grupos de tratamiento activo (FL, FL + TCC, PL + TCC, y TCC) tenían una gran proporción de pacientes que logró cambios clínicamente significativos según HAM-A. El grupo PL mostró la proporción menor de pacientes

Tabla 3
Número (%) de pacientes por grupo que alcanzó el criterio "cambio clínicamente significativo" en HAM-A.

	FL n = 29	PL n = 28	FL+TCC n = 29	PL+TCC n = 33	TCC n = 30
Día 84					
Cambio clínicamente significativo según HAM-A	24 (82.8%)	25 (46.4%)	29 (88.2%)	28 (87.8%)	13 (93.3%)



que logró cambios clínicamente significativos.

Mejoría al final del tratamiento

La Tabla 4 muestra las mediciones del terapeuta de la mejoría de los pacientes en cada grupo de tratamiento. Había diferencias significativas entre grupos de tratamiento en las evaluaciones de la mejorías de los pacientes. El terapeuta evaluó un 85-89% de pacientes en los grupos TCC como "bastante mejorados/muy mejorados" comparados con el 75% para FL y 35% para PL.

Seguimiento

Datos de seguimiento significativos pueden ser difíciles de obtener y evaluar, particularmente en el encuadre de la Atención Primaria, ya que los pacientes pueden requerir o recibir un tratamiento posterior, entre la evaluación final y la evaluación de seguimiento. Por lo tanto, es esencial excluir de cualquier análisis de seguimiento a aquellos pacientes que hayan recibido un tratamiento posterior durante la fase de seguimiento.

A todos los pacientes se les pidió concurrir a una cita de

seguimiento a los 6 meses de finalizado el tratamiento del estudio. Se consideró que los pacientes que hubiesen tomado alguna medicación psicotrópica, en la cantidad que fuera, o que hubiesen acudido a alguna cita con un psicólogo o psiquiatra, o hubiesen tenido cualquier otra derivación secundaria de salud mental durante el período de seguimiento, habían recibido tratamiento de seguimiento.

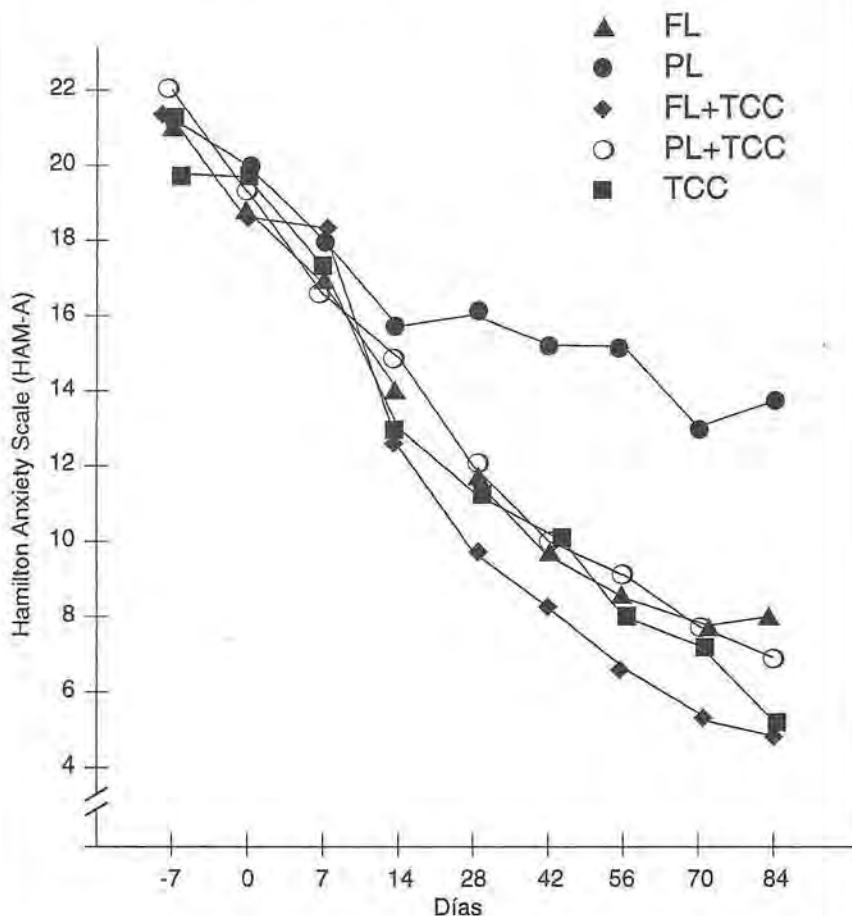
La Tabla 5 ilustra el número, en cada grupo de tratamiento, que no había recibido ningún tratamiento de seguimiento según este criterio estrictamente definido. Este número era mayor para el grupo FL + TCC. También se dan las cifras para la cantidad de pacientes que no acudió al seguimiento, esta proporción era mayor para el grupo TCC. Como no existía ninguna información disponible sobre los que no acudieron, éstos no pudieron ser incluidos en el análisis del seguimiento.

La Tabla 6 ilustra el número (y porcentaje) de pacientes en cada grupo de tratamiento que no recibió ningún tratamiento interviniente y que continuó logrando cambios clínicamente significativos según HAM-A, SRT y FQ-AG a los 6 meses de seguimiento. En líneas generales, la proporción de pacientes que logró cambios significativos en cada grupo es menor que al final del tratamiento (día 84). Obviamente, esto se debe en parte debido a la exclusión de los pacientes que recibieron tratamiento interviniente y de los que no concurrieron.

Se observa un patrón consistente: aquellos grupos que recibieron tratamiento psicológico (FL + TCC, PL + TCC, y TCC) mostraron una mayor conservación de los cambios

Figura 1

Puntajes promedio según HAM-A para cada grupo de tratamiento en cada etapa de evaluación



clínicamente significativos al final de la fase de seguimiento que aquellos que recibieron medicación solamente (FL y PL).

Discusión

En la evaluación final, todos los grupos de tratamiento activo (FL, FL + TCC, PL + TCC, y TCC) mostraron una mejoría estadísticamente significativa. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos de tratamiento activo durante el tratamiento. Por lo tanto, la impresión general es la de una mejoría equivalente al finalizar el tratamiento ya sea con fluvoxamina solamente, fluvoxamina o placebo en combinación con la terapia conductista cognitiva, o con terapia conductista cognitiva solamente. Este patrón de igual eficacia entre los tratamientos activos ya fue notada en estudios anteriores(12). Sin embargo, los niveles de cambios clínicamente significativos indican diferencias cualitativas entre grupos en la respuesta al tratamiento y en el seguimiento. El grupo de placebo (PL) mostró cambios estadísticamente significativos en el tratamiento, según HAM-A, con un 60.7% de este grupo sin ataques de pánico el día 84. Esta reducción en la ansiedad evaluada por el terapeuta y en la frecuencia del pá-

nico indica una respuesta al placebo relativamente fuerte en este estudio y es con esta respuesta que se compara estadísticamente la mejoría de los grupos de tratamiento activo. Sin embargo, cuando se considera la significación clínica, el grupo de placebo evidenció las más baja proporción de pacientes que logró un cambio clínicamente significativo en la HAM-A. Este cuadro de resultado clínico pobre es además reforzado por los resultados del seguimiento, donde el grupo de placebo mostró el número más bajo de pacientes que no habían recibido ningún tratamiento adicional durante el período de seguimiento, y también mostró la proporción más baja de pacientes evaluada como bastante mejorada/muy mejorada al final del tratamiento.

Los pacientes que recibieron fluvoxamina (FL) mostraron progresos significativos según HAM-A en las mediciones pre y post-tratamiento. Estos progresos fueron significativamente diferentes, estadísticamente, de los de los pacientes que recibían placebo, según HAM-A, a partir del día 42 en adelante. De los pacientes del grupo de FL, el 67% (n= 20) no tuvo ataques mayores de pánico al final, día 84. La droga fluvoxamina fue, por lo tanto, más efectiva que el placebo en el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia,



y esta ventaja apareció a partir de la mitad del tratamiento (día 42), según HAM-A. Estos hallazgos de la significación estadística son reforzados además cuando se considera la significación clínica. El grupo FL mostró una alta proporción de pacientes (82.8%, n= 24) que logró un cambio clínicamente significativo según HAM-A. Los resultados del seguimiento del grupo FL mostraron que el 41.4% (n= 12) de los pacientes de este grupo no había recibido ningún tratamiento adicional durante la fase de seguimiento. Esta cifra fue más alta que la del grupo PL (28.6%,

Tabla 4
Evaluaciones del psicólogo de las mejoría de los pacientes después del tratamiento (Día 84).
Número (%) de pacientes

	FL n = 28	PL n = 28	FL+TCC n = 29	PL+TCC n = 33	TCC n = 30
Evaluaciones del Psicólogo					
1. Muy mejorado	11 (39)	4 (14)	21 (72)	14 (46)	16 (53)
2. Bastante mejorado	10 (36)	6 (21)	5 (17)	13 (39)	10 (33)
3. Mínimamente mejorado	3 (11)	10 (36)	3 (10)	3 (9)	4 (13)
4. Sin cambio	3 (11)	6 (21)	—	1 (3)	—
5. Mínimamente empeorado	1 (4)	—	—	—	—
6. Bastante empeorado	—	2 (7)	—	1 (3)	—
7. Muy empeorado	—	—	—	—	—
		$\chi^2 = 48.281$	df = 20	p < 0.001	



n= 8) pero más baja que la de los grupos que recibieron ya sea fluvoxamina o placebo más TCC (FL + TCC, PL + TCC) o TCC solamente. Se observó un patrón similar en las evaluaciones de los terapeutas de la mejoría al final del tratamiento.

Los pacientes que recibieron terapia conductiva cognitiva solamente (TCC) mostraron una mejoría estadísticamente significativa según HAM-A en las mediciones pre y post-tratamiento. Estas mejorías fueron, estadísticamente, significativamente diferentes de las del grupo placebo (PL), según HAM-A, desde el día 42 en adelante. Al final (día 84) el 70.0% (n= 21) del grupo TCC no tenía ataques de pánico mayores. Estos resultados dan prueba de la eficacia en general de este tratamiento psicológico utiliza-

do sin ninguna medicación psicotrópica auxiliar en el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia. Este hallazgo es significativo, dada la escasez relativa de estudios sobre tratamientos psicológicos para los trastornos de pánico llevados a cabo en poblaciones que no tomen medicación(16).

La significación estadística de las mejorías en el grupo TCC es nuevamente reforzada por los hallazgos de la significación clínica del cambio. El grupo TCC logró la más alta proporción de pacientes (93.3%, n= 28) que logró un cambio clínicamente significativo en la HAM-A. El tratamiento de TCC mostró, sin embargo, una tasa más alta de deserción (32.2%, n= 13) que los otros grupos de tratamiento. Dado que la mayoría de los pacientes con TCC perdidos

para el tratamiento no regresaron para la evaluación de la terminación del tratamiento, no podemos estar seguros de los motivos de su deserción. Sin embargo, se encontraron tasas de deserción similares (alrededor de 20-25%) de los tratamientos psicológicos en los pacientes con trastornos de pánico en una serie de estudios de Michelson y colegas(13, 14), quienes utilizaron una exposición graduada asistida por el terapeuta y una práctica programada, y por Black y colegas(3), quienes utilizaron terapia cognitiva. De modo interesante, éstos son los únicos otros informes de tasas de deserción de tratamientos psicológicos ocurridas en ausencia controlada de medicación psicotrópica concurrente.

Los pacientes del grupo PL + TCC mostraron mejo-

Tabla 5

Número (%) de pacientes por grupo que concurrió al seguimiento y número (%) que recibió tratamiento con posterioridad al estudio durante los 6 meses de seguimiento.

	FL	PL	FL+TCC	PL+TCC	TCC
Muestra de cumplidores n=	29	28	29	33	30
Nº de concurrentes al seguimiento	23 (79.3)	21 (75.0)	24 (82.8)	30 (90.9)	28 (93.3)
Nº de concurrentes al seguimiento sin tratamiento posterior	12 (41.4)	8 (28.6)	18 (62.1)	20 (60.0)	15 (50.0)

Tabla 6

Número (%) de concurrentes al seguimiento por grupo, sin tratamiento posterior y que continúan logrando un cambio clínicamente significativo según HAM-A en el seguimiento a los 6 meses

	FL	PL	FL+TCC	PL+TCC	TCC
Seguimiento a los 6 meses Cambio clínicamente significativo según HAM-A	11 (37.9)	8 (28.6)	18 (62.1)	18 (54.5)	15 (50.0)

rías estadísticamente significativas en las mediciones pre y post-tratamiento, según la HAM-A. Estas mejorías eran, estadísticamente, significativamente diferentes de las del grupo placebo (PL) a partir del día 42 en adelante. Al final (día 84) un 75.7% (n= 25) del grupo de PL + TCC no tuvo ataques de pánico mayores. En el seguimiento, el grupo PL + TCC mostró una proporción de pacientes que no recibió ningún tratamiento luego del estudio, la que, con un 60.6 % (n= 20) era similar a la del otro grupo de tratamiento combinado FL + TCC, (62.1%, n= 18). La proporción de pacientes que logró un cambio clínicamente significativo según HAM-A y que se mantuvo durante los 6 meses de seguimiento sin un tratamiento posterior fue también similar a la de los otros grupos que recibieron TCC (TCC y FL + TCC) y más alta que la de los grupos que recibieron medicación sin tratamiento psicológico activo (FL, PL). Los grupos que recibieron TCC también mostraron la mayor proporción de pacientes evaluados por el terapeuta como bastante mejorados/muy mejorados al final del tratamiento. Esto sugiere que la terapia conductista cognitiva, ya sea utilizada sola o en combinación con fluvoxamina o placebo, mejora la respuesta al tratamiento y realza la conservación de la mejoría obtenida en el tratamiento a los 6 meses de seguimiento.

Como con todos los otros grupos de tratamiento activo, el grupo FL + TCC mostró una mejoría estadísticamente significativa según la HAM-A pre-post. Esta mejoría fue, estadísticamente, significativamente diferente de la del grupo PL. El grupo FL + TCC mostró diferencias estadísticamente significativas con el placebo antes que cualquier otro grupo, siendo las diferencias según HAM-A significativas a partir del día 28 en adelante. Al final, el

82.7% del grupo FL + TCC no tuvo ataques de pánico mayores, la proporción mayor de todos los grupos de tratamiento. Así, puede observarse que el tratamiento combinado activo, FL + TCC, produjo los progresos más firmes en el tratamiento, notándose los progresos más tempranamente en el tratamiento que en los otros grupos de tratamiento activo. El Grupo FL + TCC también mostró algunas ventajas por sobre otros grupos de tratamiento en términos de cambio clínicamente significativo. Estos hallazgos se trasladaron al seguimiento, teniendo el grupo FL + TCC la mayor proporción de pacientes que evidenció no haber requerido tratamiento posterior (62.1%, n= 18). Es razonable concluir, por lo tanto, que el tratamiento activo combinado, FL + TCC, produjo la respuesta más firme al tratamiento, mostrando las diferencias significativas más tempranas con el grupo PL.

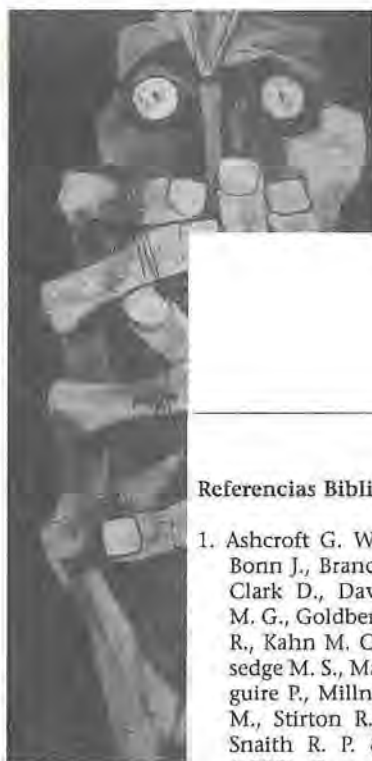
En líneas generales, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento activo (FL, TCC, PL + TCC, FL + TCC) inicialmente sugirió equivalencia terapéutica. Sin embargo, cuando se investigaron la significación clínica y la evaluación del resultado por el terapeuta y se las comparó con las del grupo placebo (PL), emergieron diferencias entre los grupos de tratamiento que sugerían una potencia terapéutica diferente, mostrando el grupo de tratamiento FL + TCC la respuesta al tratamiento más consistente más tempranamente en el tratamiento.

En resumen, el presente estudio sugiere que la fluvoxamina efectivamente produce progresos en el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia comparada con el placebo. Existe, sin embargo, una caída de estos progresos en el seguimiento. La terapia conductista cognitiva también produce progresos en el tratamiento



que son mejor conservados en el seguimiento. Los progresos producidos por la terapia conductista cognitiva utilizada sola, en ausencia controlada de medicación psicotrópica concurrente tardaron más, sin embargo, en emerger que los del grupo que recibía la combinación de tratamiento activo de fluvoxamina más terapia conductista cognitiva. En todos los casos, ninguna mejoría significativa por sobre el placebo se hizo evidente hasta después de cuatro semanas de tratamiento, sugiriendo esto que los tratamientos empleados en este estudio requerían de algún tiempo para producir un cambio significativo.

Clínicamente, los resultados de este estudio sugieren que la terapia conductista cognitiva provee un tratamiento efectivo para el trastorno de pánico y agorafobia, que puede ser realizado mediante el agregado del inhibidor de la recaptación de serotonina selectiva fluvoxamina. El mecanismo exacto subyacente al cambio clínico en estos tratamientos, utilizados ya sea solos o en combinación, sigue sin estar claro, pero debería ser el foco de una investigación futura ■



Referencias Bibliográficas

1. Ashcroft G. W., Beaumont G., Bonn J., Brandon S., Briggs A., Clark D., Davison K., Gelder M. G., Goldberg D., Herrington R., Kahn M. C., Lader M., Lipsedge M. S., Macdonald A., Maguire P., Milln P. T., Murray R. M., Stürton R. F., Sims A. C., Snaith R. P. & Wheatley D., (1987) Consensus statement: Panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 150, 557-558.
2. Barlow D H & Cerny J. A., (1988) *Psychological Treatment of Panic*. Guilford Press. New York.
3. Black D. W., Wesner R., Bowers W. & Gabel J., (1993) A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 44-50.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: III-R (1987) American Psychiatric Association. Washington D. C.
5. Foa E. B. & Kozak M. J., (1986) Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
6. Guy W. (1976) ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. U.S. Government Printing Office. Washington DC.
7. Hamilton M., (1959) The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
8. Hollon S. D. & De Rubies R. J., (1981) Placebo-psychotherapy combinations: Inappropriate representations of psychotherapy in drug-psychotherapy comparative trials. *Psychological Bulletin*, 90, 467-477.
9. Jacobson N. S. & Ravenstorf D., (1988) Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: issues, problems and new developments. *Behavioural Assessment*, 10, 133-145.
10. Jacobson N. S. & Truax P., (1991) Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
11. Katemdahl D. A. & Realini J. P., (1995) Where do panic attack sufferers seek care? *Journal of Family Practice*, 40, 237-243.
12. Kazdin A. E. & Bass D., (1989) Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
13. Michelson L., Mavissakalian M. & Marchione K., (1985) Cognitive and behavioural treatments of agoraphobia: Clinical behavioural and psychophysiological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 913-925.
14. Michelson L., Marchione K., Greenwald M., Glanz L., Testa S. & Greenwald N., (1990). Panic disorder: Cognitive behavioural treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 141-151.
15. Power K. G., Simpson R. J., Swanson V., Wallace L., Feistner A. T. & Sharp D. M., (1990) A controlled comparison of cognitive behaviour therapy diazepam and placebo in the treatment of generalised anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 267-292.
16. Power K. G. & Sharp D. M., (1995) Keep taking the tablets? Inadequate controls for concurrent psychotropic medication in studies of psychological treatments for panic disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 9, 70-71.
17. Sharp D. M., Power K. G., Simpson R. J., Swanson V., Moodie E., Anstee J. A. & Ashford J. J., (1996) Fluvoxamine placebo and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 219-242.
18. Sharp D. M. & Powa K. G., (1997) Treatment outcome research in panic disorder: Dilemmas in reconciling the demands of pharmacological and psychological methodologies. *Journal of Psychopharmacology*, 11, 377-384.
19. Sharp D. M., Power K. G., Simpson R. J., Swanson V. & Anstee J. A., (1997) Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder in primary care. *British Journal of General Practice*, 47, 150-155.
20. Simpson R. J., Kazmierczak T., Power K. G. & Sharp D. M., (1994) Controlled comparison of the characteristics of patients with panic disorder. *British Journal of General Practice*, 44, 352-356.
21. Weissman M., (1988) The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns. *Journal of Psychiatric Research*, 22, 99-114.
22. Weissman M., (1991) Panic disorder: Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 6-9.
23. Wilkinson G. & Lewis G., (1990) The public health impact of panic. In D Goth & N Goeting (eds) Panic: Symptom or Disorder? *Duphar Laboratories Ltd.*, Southampton.
24. Wolfe B. E. & Maser J. D., (eds) (1994) Treatment of Panic Disorder: A Consensus Development Conference. *American Psychiatric Press*, Washington D. C.
25. Zinbarg R. E., Barlow D. H., Brown T. A. & Hertz R. M., (1992) Cognitive behavioural approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. *Annual Review of Psychology*, 43, 235-267.

La ansiedad en el anciano

Julio J. Herrera Mingorance

Unidad de Psiconeurogeriatria, Facultad de Medicina U. N. C.
Pedro Molina 249, 1° 2. (5500), Mendoza. Tel.: (061) 25-7256



Introducción

La ansiedad corresponde a una emoción que delimita o significa un estado afectivo de presentación habitualmente aguda, producto muchas veces de un estímulo situacional externo y acompañada de un correlato psicofisiológico manifiesto y evidente.

Decimos que en la emoción el acento se pone sobre el correlato vegetativo consecutivo y en cambio en el afecto sobre la impresión que produce, es decir, sobre su impacto. Esto obliga a estudiarla desde dos puntos de vista: por una lado como correspondiente al capítulo psicológico de la expresión y, por otro, como correspondiente al capítulo de las correlaciones fisiológicas o somáticas que acompañan a dichos fenómenos. Es común que las palabras angustia y ansiedad se utilicen como sinónimos, aunque lo habitual es que solamente se mencione a la segunda.

Caracterización clínica

El primero que habló de la angustia, elevándola a la categoría psicológica y filosófica, fue S. Kierkegaard, contraponiendo su teoría a la postura racionalista de la época encabezada por Hegel.

Este síntoma, como dijimos, posee dos dimensiones principales: una subjetiva y específica y otra somática cuya característica varía según el individuo afectado.

Desde nuestra perspectiva fenomenológica haremos una breve caracterización de angustia y ansiedad.

En la ansiedad el tiempo se vive afanosamente. El sujeto deglute el tiempo, como si le fuera a faltar. Vive la acción anticipadamente. Esta inquietud revela un modo de vivir, el cual es rápido, fugaz, dirigido al futuro, por eso el presente se resuelve en la pura posibilidad, casi sin darse cuenta. Para el ansioso todo es posible, y por consiguiente todo es futuro, hasta tal punto, que queda menguada la so-

Resumen

En este artículo se analizan las distintas presentaciones de la ansiedad en el anciano. Se describen los cuadros clínicos, detallando la sintomatología y la epidemiología. También se estudia el duelo normal y la depresión y se hace su diagnóstico diferencial con los trastornos de ansiedad.

Palabras Clave: Ansiedad en el anciano – Depresión y ansiedad – Duelo y ansiedad.

ANXIETY IN OLD PEOPLE

Summary

This work analyses the different presentations of anxiety in old people. The clinical pictures are described, detailing symptomatology and epidemiology. It also studies the normal bereavement process and depression and makes a differential diagnosis of anxiety disorders.

Key Words: Anxiety in old people – Depression and anxiety – Bereavement process and anxiety.



lidez del presente. La existencia puntual del Yo, aquí y ahora, está amenazada de disolución en el futuro.

En la angustia, por el contrario, el miedo se siente respecto a algo, a un peligro real. Surge en medio de lo inexplicable, donde el peligro es vago e indefinido. Se siente algo que no se puede explicar y justamente eso angustia más. En medio de ello, hay incertidumbre y se llega a desear el peligro como realidad palpable. Se siente también como consecuencia de alguna situación o de algún conflicto, es decir, motivada.

Los filósofos hablan de una angustia ontológica, que puede sentir en algunas ocasiones el hombre normal ante el mundo.

Semiológicamente, la angustia corresponde a una localización más profunda, con una sensación más limitada al corazón: de opresión precordial o de "nudo" en la garganta, con cierto dolor que constriñe el epigastrio. El sujeto se siente coartado, con tendencia a la inmovilización, adopta una postura que generalmente es de reclinarse sobre el pecho mientras dure la crisis.

La *ansiedad* se relaciona más con el aparato respiratorio. Se tiene la sensación de ahogo, que falta el aire para la vida, se produce disnea, etc. El sujeto se sobresalta asustado, tratando de buscar una solución al peligro, jugando un papel importante el plano motor. Por eso la mayoría de las veces el individuo se mueve con cierto desorden, va de acá para allá, como desconcertado, en busca de una liberación posible.

Podríamos decir que en la

ansiedad, se esboza un poco el principio de un esfuerzo para vencer el peligro y encontrar una salida. Sólo cuando se llega a límites intolerables los pacientes acuden en busca de ayuda.

Frecuencia

Los sujetos ansiosos son usuarios asiduos de los sistemas de salud y constituyen del 10 al 15% de los pacientes que concurren a consultorios externos de clínica médica y cardiología.

Estudios epidemiológicos recientes, indican que los desórdenes de ansiedad son los más frecuentes de los trastornos mentales de hasta un mes de duración. La prevalencia entre los adultos es del 7.3%.

En los mayores de 65 años, la frecuencia de estos síntomas es algo menor, como lo demuestran la mayoría de los trabajos, en donde el porcentaje cae al 5.5. Dentro de este grupo, los Trastornos fóbicos son los más comunes (4.8%), seguidos por los obsesivo-compulsivos (0.8%) y los de pánico (0.1%). Existen escasos reportes definitivos en cuanto a Trastornos de ansiedad generalizada, probablemente por las dificultades para diferenciarlos sintomatológicamente de los estados de ansiedad orgánica, causados por diferentes enfermedades y/o por sus tratamientos.

Es evidente también que la ansiedad es un síntoma prominente en una gran cantidad de patologías psíquicas propias de la vejez: reacciones de adaptación, demencias, trastornos del ánimo y psicosis tardías.

Por lo tanto, al examinar

un paciente ansioso, debemos considerar primero si este cuadro es una respuesta apropiada a la situación que lo provocó, o si realmente conforma una entidad patológica determinada. A partir de aquí la prioridad estará destinada a averiguar el origen psíquico u orgánico del mismo.

Enfoque biológico

Existe una respuesta hormonal al stress: aumento del Factor Liberador de Corticotrofina (FLC), que tiene de por sí efectos ansiógenos, de ACTH, Cortisol, Noradrenalina (producida por el sistema simpático) y de la Adrenalina (secretada por la médula suprarrenal). Otros Neurotransmisores, también se encuentran comprometidos: GABA y Serotonina.

A nivel estructuras cerebrales, el procesamiento se realizaría en el sistema septo-hipocámpico el cual se encarga de recibir, elaborar y responder a los diferentes estímulos displacenteros intra y extracorporales. Posee conexiones importantes con el L. Coeruleus e Hipotálamo, proyecciones ascendentes colinérgicas, destinadas a facilitar el análisis de los estímulos y proyecciones ascendentes serotoninérgicas destinadas a informar si el estímulo está asociado al castigo.

Sintomatología

Es frecuente que los ancianos no se encuentren particularmente preparados para quejarse sobre el estrés o reconocer sus efectos, por lo tanto no es común que lo asocien con un trastorno

determinado. Lo viven más como características propias de la edad. Lamentablemente esto confunde al clínico, motivando una serie de estudios o evaluaciones complejas y totalmente innecesarias para lograr un diagnóstico correcto.

En general, a los síntomas se los encuadra dentro de tres áreas principales: *Tensión motora*, *Hiperactividad autonómica* y *Expectación aprehensiva con estados de alerta*. Mencionaremos los más comunes de cada una:

Tensión motora: temblores, contracturas o sacudidas, tensión muscular, malestares o dolores musculares, fatigabilidad fácil.

Hiperactividad autonómica: Sensación de sofocación o disnea, palpitaciones o taquicardia, sudoración, manos húmedas y frías, sequedad de boca, vértigo o vahído, náuseas, diarrea u otras molestias abdominales, sofocación o escalofríos, micción frecuente o imperiosa, molestias en la deglución o nudo en la garganta.

Expectación aprehensiva con estados de alerta: sensaciones de excitación o impaciencia, respuesta exagerada de alarma, dificultad en la concentración o mente en blanco, insomnio primario, pesadillas o dificultad para mantener el sueño, irritabilidad.

Es común que las primeras consultas se realicen al internista, justamente porque tanto la sintomatología aguda como crónica, emerge a través de diferentes trastornos somáticos, mimetizando una gran variedad de patologías clínicas.

Otras veces el origen es consecuencia de un trastorno somático mínimo específico, que evoluciona en forma exagerada a partir de ella, que puede terminar provocando o desencadenando por último una disfunción orgánica específica.

Describiremos ahora, las características más comunes de estos cuadros en la tercera edad.

Ansiedad situacional o reactiva

La presentación es similar a las de otras edades, las causas productoras en su mayoría también; por ejemplo, las que provocan vivencias de incertidumbre, expectativa o desconocimiento: ir al médico, subirse a un avión, sufrir accidentes. En todo caso, en los mayores, podríamos hablar de circunstancias especiales, que habitualmente implicarán una situación de estrés intenso, por ejemplo: conflictos relacionados con su pasar económico, problemas con la pareja, jubilación, ausencias, divorcios o enfermedades de familiares o personas afectivamente muy cercanas, mudanzas (aunque sean en el mismo barrio), internaciones o traslados (de una habitación a otra en su vivienda o de una institución geriátrica a otra), nuevas enfermedades.

Trastorno de pánico

Las crisis de angustia (*panic attack*), sobre todo si aparecen por primera vez, generan la convicción, tanto en los familiares como en los médicos, de que se encuentran ante un probable trastorno cardíaco (IAM), neurológico (un T.I.A.) u otro tipo de episodio de características u origen orgánico.

Recién después de un severo ataque, acompañado por una analítica negativa, el médico re-considera la situación y solicita o aconseja la interconsulta psiquiátrica.

Así todo, a los familiares y al propio paciente, les cuesta aceptar que esta crítica experiencia pueda tener un origen psíquico y merezca ser evaluada por el psiquiatra. A partir de ello, lo más probable es que surja el temor porque el abuelo se está perdiendo o desquiciando.

Aquí, el papel de la ansiedad anticipatoria es fundamental, y quizás sea el cuadro en el que con más facilidad el anciano puede llegar a describirla.



Las estadísticas hablan de que el suicidio es la causa de muerte en el 20% de los pacientes con Trastornos por angustia; en ellos *las crisis preceden o coinciden con la tentativa en el 88%* de los casos.

Distimias

Se conoce que cerca de 2/3 de los distímicos nunca buscan ayuda y que esta enfermedad genera déficit crónicos.

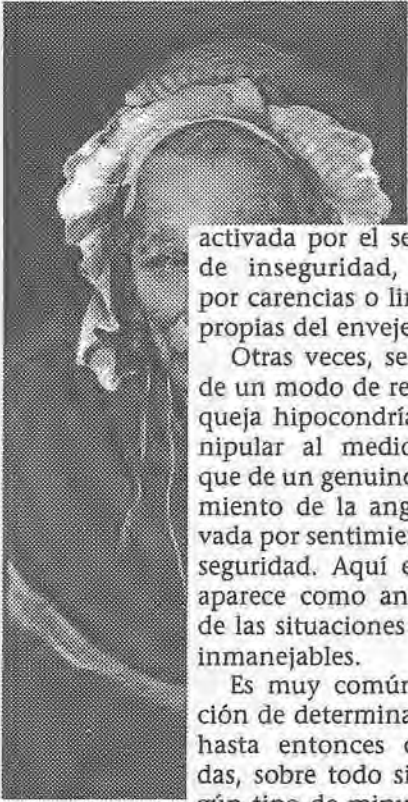
Puede presentarse como cualquiera de los Trastornos por ansiedad. Aunque el inicio precoz es mucho más común, existen casos de inicio tardío.

Suelen comenzar insidiosamente, con síntomas similares; las diferencias están dadas por la gran somatización, que llega a enmascarar el cuadro.

Ansiedad fóbica

Es común que tenga una evolución fásica. Por lo general, la edad avanzada tiene un efecto particularmente favorable, ya que los síntomas especialmente dolorosos para el sujeto, se van atenuando, permitiéndole encontrar cierta calma.

Con frecuencia representan una localización de la angustia,



activada por el sentimiento de inseguridad, generado por carencias o limitaciones propias del envejecimiento.

Otras veces, se trata más de un modo de reforzar una queja hipocondríaca, o manipular al medio familiar, que de un genuino desplazamiento de la angustia activada por sentimientos de inseguridad. Aquí el síntoma aparece como anticipatorio de las situaciones temidas o inmanejables.

Es muy común la aparición de determinadas fobias hasta entonces desconocidas, sobre todo si existe algún tipo de minusvalía física: miedo a bajar escaleras, a caer en la calle, o de salir a la calle. Respondiendo frente a ello con una excusa banal "me fatigo al caminar", "no veo bien", "estoy débil".

Por ejemplo, podemos encontrarnos con un anciano que en sus habituales caminatas, intenta dar un rodeo para evitar un accidente del terreno, y en realidad es una "táctica" que ensaya frente al miedo invencible de envenenar a sus amigos transportando sustancias en las suelas de sus zapatos.

A veces cuando estos cuadros aparecen por primera vez, el temor puede llegar a parecer razonable. Por ejemplo: cuando dejan de juntarse para jugar a las cartas o a las bochas, "por temor a ser incapaces de realizarlo adecuadamente o de que puedan sufrir un episodio de incontinencia". Así, la familia o el médico lo interpretan como algo racional o natural, quedando oculta la verdadera evitación fóbica.

Por fin, también podemos encontrarnos con exacerbaciones de fobias pasadas.

Trastorno obsesivo-compulsivo

El comienzo tardío es muy raro; a veces nos encontramos con ancianos que tuvieron el trastorno desde hace mucho tiempo y sólo se detecta a partir de una depresión sobreagregada, una demencia, o gracias a una minuciosa evaluación psíquica. Esto se da fundamentalmente en aquellos cuadros donde los rituales compulsivos comenzaron siendo verosímiles y por lo tanto egosintónicos, no cambiaron a través del tiempo ni tampoco se exacerbaron. Aquí es muy importante una exploración retrospectiva del trastorno, para lograr aclararlo.

Generalmente, cuando comenzaron durante la juventud, la mitad de ellos suelen atenuar la sintomatología con los años. Pero como lo decía Ajuriaguerra "la sedación se opera por fuerza del tiempo y no de la vejez".

Las construcciones neuróticas pierden su ligereza. Las ideas, compulsiones y ritos, que comúnmente son los mismos desde hace años, se empobrecen al repetirse. Podríamos decir que el obsesivo envejecido, siente de manera menos dolorosa el antagonismo entre sus tendencias y, por otro lado, también es justo reconocer que las exigencias de una adaptación forzada a la vida también disminuyen.

En algunos casos se da lo opuesto: una ritualización progresiva de la existencia, con restricción de los intereses, junto a una obstinada y excesiva búsqueda del orden, aunque totalmente estéril, que atestigua un refuerzo de las defensas. El anciano se aísla lentamente, disminuyendo sus intereses por el

mundo que le rodea. Se instala un compromiso hecho de treguas prolongadas, amparadas en rituales inamovibles, dando un aspecto exterior de sedación del sufrimiento neurótico.

Las pérdidas (bastante comunes a esta edad), suelen provocar descompensaciones en este precario equilibrio, gatillando además un intenso síndrome depresivo.

El envejecimiento no otorga rasgos característicos, aunque serían más frecuentes las preocupaciones por la propiedad y el orden.

Histeria o trastorno de conversión

Evoluciona por crisis de conversión o ansiedad, con persistencia o agravación de los síntomas.

En la vejez, privados de público, se encuentran "desocupados" o desarrollando una patología ansiosa difícil de contener y muchas veces menos sensible con el tiempo a los medicamentos y psicoterapia. La característica "mala respuesta a los medicamentos" se da fundamentalmente por la exagerada crítica que sistemáticamente realizan o por la pseudoaparición (o actuación) de efectos secundarios.

Esta distimia con los años, es común que se mezcle con un síndrome depresivo, lo cual hace más dificultoso el diagnóstico.

Hipocondría

Unida a la depresión, es el síntoma más frecuente que encontramos en las personas de edad.

El cuadro emerge desde una preocupación exagerada por el cuerpo. El paciente se queja de malestares en diver-

sas zonas corporales, de dolores o incapacidades relacionadas a la edad. El miedo a contraer una enfermedad grave es muy frecuente. Con frecuencia las preocupaciones se localizan en el aparato digestivo, obligando al clínico, a la búsqueda de un *substratum* lesional que las genere.

Las quejas de este tipo, responden tanto a una preocupación exagerada por el cuerpo, como a un reclamo de atención hacia el entorno y derivan directamente del temor a la muerte.

Trastorno de ansiedad generalizada o neurosis de angustia

No es tanto la angustia la que la define, sino la aptitud para amplificarla en un fondo de ansiedad.

El anciano manifiesta la espera de un peligro, el futuro le inquieta y desconcierta. Se siente débil, abandonado a su suerte, temeroso y vulnerable. Le es imposible responder adecuadamente a las demandas del entorno, aunque dirige hacia ello sus peticiones de ayuda, oponiendo a la vez su rechazo. Estas quejas recuerdan a las de los niños gruñones.

Hay Trastornos del sueño, se quejan de que no duermen o lo hacen pocas horas. Aparecen hipersensibles a las críticas, con un humor inestable, acompañado de variaciones vasomotrices rápidas e intensas y quejas de espasmos digestivos.

Al examen, aparecen perplejos, desmoralizados, inquietos, irritables, hasta coléricos. Sobre este fondo permanente, sobrevienen crisis, con un abanico de trastornos funcionales o neurovegetativos siempre presentes.

La ansiedad es más difusa que en la crisis de angustia y se expresa prácticamente de manera permanente; el miedo a la enfermedad amplifica el mínimo síntoma somático.

Sea lo que fuere la depresión siempre está presente, sólo cambia su intensidad. Entre un 35 a un 91% la presentan en algún momento de su vida, siendo la media del 50 al 22%. Este proceso depresivo sobreañadido empobrece el funcionamiento mental, hasta darle una apariencia de tipo deficitario.

Habitualmente este cuadro, tiene una evolución continua o ligeramente oscilante, sin desaparición completa de la sintomatología en la mayor parte de los casos, pero como vimos en otros casos, con cierta tendencia a la atenuación por efecto de la edad, sobre todo en los síntomas ansioso-fóbicos.

La angustia puede desembocar también en abuso de sustancias psicoactivas autorrecetadas o en un alcoholismo.

Luto o duelo

Si bien no lo catalogamos como enfermedad mental, lo mencionamos como un motivo frecuente de consulta, donde la angustia y/o ansiedad, junto con los trastornos del sueño, ocupan un lugar destacado en el resto de la sintomatología.

Dado que la situación en ancianos, sobre todo varones, conlleva un marcado riesgo de muerte por patología cardiovascular, es prioridad la contención y pronto alivio del cuadro.

Ansiedad y depresión

La depresión en mayores de 65 años se presenta con una frecuencia del 14-15%, que se divide en 4% Depresión Mayor; 6,5% Trastornos Disfóricos (secundarios a otros problemas) y 4,5% Disforia Simple o senil.

No caben dudas de que estos cuadros en la vejez tienen un perfil clínico característico, que asienta en el trípode Tristeza-Hipocondría-Ansiedad.

El comienzo de un cuadro con ansiedad, síntomas agorafóbicos,



hiperventilación, quejas de agitación, inquietud o irritabilidad en un viejo, merece la consideración de un síndrome depresivo y por lo tanto profundizar el interrogatorio específicamente sobre sintomatología clásica.

Ansiedad orgánica

En los ancianos con enfermedades clínicas, es frecuente que se produzcan ansiedad y Trastornos del estado de ánimo. Si bien estos síntomas pueden generarse como manifestación de una patología psiquiátrica primaria, con frecuencia aparecen en forma secundaria a enfermedad clínica o al tratamiento prescripto para la misma.

En muchos mimetiza los rasgos de la ansiedad por desórdenes psíquicos o funcionales y su diagnóstico sólo se concreta a través de una cuidadosa historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio o estudios específicos.

Muerte

Además de la ansiedad provocada por las tres angustias primarias del hombre (K. Schneider): la de la salud del cuerpo, la de la sa-



lud del alma y la de los bienes materiales, dificultades propias de la vida, podemos aislar otro tipo de ansiedad originada o provocada por el miedo a la muerte. Este miedo, siempre generador de angustia, se verbaliza con frecuencia en estas etapas de la vida; el mismo puede ser interpretado (según Thomas) como un temor al sufrimiento agónico, un miedo al más allá o el horror al aniquilamiento existencial. Todo ello dependiendo de las fantasías gestadas durante el período en que se concibe la idea de la muerte (Piaget lo identifica recién en la adolescencia).

Como decía Voltaire "La especie humana es la única que sabe que debe morir". Así es, el hombre sabe positivamente que ha de morir, conocimiento que no poseen los animales.

Se suele decir que es un conocimiento basado en la experiencia.

Se ha discutido mucho esta cuestión y hay diversas opiniones. En definitiva, el hombre tiene noticias de la muerte por experiencia adquirida y por algo íntimo que puede ocurrir en él.

El individuo en la senectud, tiene detrás suyo una extensa experiencia de vida, pero se aproxima a la muerte. Ha adquirido una posición social y ya no se encuentra confrontado a las mismas dificultades psicológicas que antes.

Como señala López Ibor, sólo se siente angustia ante la muerte cuando ésta se vive como presentimiento, como angustia ante la nada, presentimiento al que se puede llegar desde trastor

nos orgánicos, vitales o por determinadas situaciones.

Sobre el presentimiento de la nada están montadas todas las creencias sobre la supervivencia. Desde el punto de vista psicológico, es una arquitectura mental para defenderse de la angustia de la muerte ante la nada.

Cuando se vive el cuerpo como el ámbito en el que se cristalizarán esos temores, no será de extrañar que surjan ideas, que como las hipocondríacas, objetivan el centro de la problemática inconsciente.

En síntesis, el miedo a la muerte es una de las principales causas de angustia del envejecimiento que puede llevar incluso a manifestaciones depresivas. Tienen la particularidad de ser móviles y verbalizadas con una gran cantidad de calificativos descriptivos, donde una astenia física se acompaña de insomnio, constituyendo el telón de fondo de un síndrome neurasteniforme.

La amenaza de aniquilamiento existencial o el no poder "llegar a ser" pueden tornar penosa la experiencia vital y proporcionar conductas patológicas, como el suicidio y la adicción a las drogas.

Por último, debemos recordar que el abordaje terapéutico difiere según los distintos trastornos. Esto nos conduce a inferir la existencia de bases neurobiológicas diversas y hace imprescindible realizar un diagnóstico diferencial preciso antes de comenzar el tratamiento, ya que terapéuticas especialmente efectivas para un tipo de trastorno pueden ser totalmente ineficaces para otro

■

Bibliografía

- Ajuriaguerra, J. de Rego, A., Richard, A., *Psychologie en psychometrie du vieillard. Confrontations psychiatriques*. N° 5, 1970.
- Ajuriaguerra, J. de, Richard, J. et Tissot, R., *Maladies psychiatriques*. En E. Martin et J. P. Junot. *Précis de Gériatrie*. Masson Ed., París, 1973.
- Anxiety: New insights and Treatments. *International Simposium*, Brussels, December, 1989.
- Bertoldi, A. M., *El envejecimiento y las enfermedades mentales de la edad senil. El trastorno Obsesivo Compulsivo*. Ed. I & M S. A., Bs. As., 1994.
- Blazer D. G., Generalized anxiety disorder and panic disorder in the elderly: a review. *Harv. Rev. Psychiatry*, May-Jun 1997, 5 (1) p.18-27.
- Brown, C. S., Rakel, R., Wells, B. G., Actualización práctica sobre trastornos de la ansiedad y su tratamiento farmacológico. *Arch. Intern. Med.*, 151: 873-884, 1991.
- Cape R., *Geriatría*. Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
- Cía A., *Trastorno Obsesivo-Compulsivo y síndromes relacionados*. Tomo I. E. Sigma S. R. L. Bs. As., 1995.
- Cía A., *Trastorno Obsesivo-Compulsivo y síndromes relacionados*. Tomo II. E. Sigma S. R. L., Bs. As. 1995.
- Cía, A. H., *Ansiedad, Estrés, Pánico, Fobias*. Estudio Sigma S. R. L., Bs. As., 1994.
- Dingemans J., Haussler J., Hering W., Ihmsen H., Albrecht S., Zell M., Schwilden H., Schuttler J., Pharmacokinetic-pharmacodynamic modelling of the EEG effects of Ro 48-6791, a new short-acting benzodiazepine, in young and elderly subjects. *Br. J. Anaesth* (England), Nov 1997, 79 (5) p. 567-74.
- Good W. R., Vlachonikolis I., Griffiths P., Griffiths R. A., The structure of depressive symptoms in the elderly. *Br. J. Psychiatry*, Apr. 1987, 150 p. 463-70.
- Hagglin C., Berggren U., Hakeberg M., Ahlqvist M., Dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden. A study of oralstate, utilisation of dental services and concomitant factors. *Gerodontology*, Jul. 1996, 13 (1) p. 25-34.
- Hodgson C., Higginson I., McDonnell M., Butters E., Family anxiety in advanced cancer: a multicentre prospective study in Ireland. *Br. J. Cancer*, 1997-76, (9) p. 1211-4.
- Kroenke K., Jackson J. L., Chamberlin Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *J. Am. J. Med.*, Nov 1997, 103 (5) p. 339-47.
- Lehr, U., *Psicología de la senectud. Biblioteca de Psicología*, Ed. Herder, Barcelona, 1980.
- López Ibor, J. J., *Estilos de vivir y modos de enfermar*. Ed. Ateneo, Madrid, 1954.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV, Ed. Masson, Barcelona, 1995.
- Mayer-Gross, W., Tomo II., Edit. Paidós, 1974, p. 315-327.
- Neutel C. I., Patten S. B., Risk of suicide attempts after benzodiazepine and/or antidepressant use. *Ann. Epidemiol.*, Nov 1997, 7 (8) p. 568-74.
- Rodney J., Prior N., Cooper B., Theodoros M., Browning J., Steinberg B., Evans L., The comorbidity of anxiety and depression. *J. Psychiatry*, Oct 1997, 31 (5) p. 700-3.
- Ronalds C., Creed F., Stone K., Webb S., Tomenson B., Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *Br. J. Psychiatry*, Nov 1997, 171 p. 427-33.
- Saletu B., Saletu-Zyhlarz G., Anderer P., Brandstatter N., Frey R., Gruber G., Klosch G., Mandl M., Grunberger J., Linzmayer L., *Nonorganic insomnia in generalized anxiety disorder. 2. Comparative studies on sleep, awakening, daytime vigilance and anxiety under lorazepam plus diphenhydramine (Somnium) versus lorazepam alone, utilizing clinical, polysomnographic and EEG mapping methods*. Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Vienna.
- Simposio Internacional. *Actualización en Clínica y Terapéutica de Depresiones, Desórdenes por Pánico y Agorafobia*. Buenos Aires, Junio de 1995.
- Simposio Internacional. IV Congreso Argentino de Psiquiatría. *Nuevos desarrollos en Trastornos del Espectro Obsesivo compulsivo*. Buenos Aires, Octubre de 1997.
- Simposio Internacional. XII Congreso Argentino de Psiquiatría. *"Pánico"*. Tucumán, Abril de 1996.
- Touriz, H., Bianchi Saus, A., Aspectos Psiquiátricos y Psicológicos de la involución y la vejez. *4° Curso de Perfeccionamiento para psiquiatras del Cono Sur*. Editado por Puppo, 1981.
- West R., Hajek P., What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am. J. Psychiatry*, Nov. 1997 154 (11) p. 1589-92.
- XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría *Actualizaciones en el trastorno de Pánico*. APAL, Mar del Plata, 1997.
- Yaryura Tobías, J. A., Neziroglu F., *La epidemia oculta*. Ed. Cangrejaj, Bs. As., 1994.



Trastornos de ansiedad: la perspectiva cognitiva

Eduardo Keegan

Psicólogo. Prof. Adjunto Regular, Fac. de Psicología, U. B. A. Prof. Titular, Carrera de Psicología,
Univ. Hebrea Argentina Bar-Ilán. British Council Scholar, Institute of Psychiatry, University College London.
Avda. Santa Fe 5089, 7° depto. 16, (1425), Buenos Aires, Argentina.
Telfax (54 1) 771-9328. E-mail: ekeegan@psi.uba.ar



Introducción

El paradigma cognitivo en el campo de la psicopatología y la psicología académica comienza a vertebrarse hacia mediados de la década de los '60. En el terreno de la psicología académica, aparece como relevo del hasta entonces hegemónico paradigma conductista, llevando el centro del interés hacia fenómenos –atención, memoria, resolución de problemas y otros– que reciben el genérico calificativo de *cognitive* (cognoscitivos). El cada vez más frecuente uso de este adjetivo llevó a hablar de una *psicología cognitiva*.

En el campo de la psicopatología comenzaron a gestarse diversas teorías que enfocaban los fenómenos mórbidos como alteraciones en la cognición, concebida bajo el modelo del procesamiento de la información. Estos procesos históricos son a menudo evocados bajo el nombre de *revolución cognitiva*.

La premisa central de las teorías

cognitivas es que diversos trastornos psicopatológicos –no todos, naturalmente– pueden ser considerados como alteraciones idiosincráticas y características de la cognición. *Cognición* es aquí el nombre genérico con el que designamos los procesos de recolección, procesamiento y recuperación de la información por medio de los cuales aprehendemos y construimos la realidad en la que estamos inmersos.

La génesis del paradigma cognitivo en el campo de la psicología académica suele atribuirse al agotamiento del enfoque conductista y a las serias anomalías detectadas en el intento de Frederick B. Skinner por dar un explicación conductista del lenguaje. En el campo de la psicoterapia, las limitaciones de la terapia comportamental y del tratamiento psicoanalítico parecen haber generado un campo propicio para la emergencia de un nuevo modelo terapéutico. Por otro lado, este proceso tuvo lugar algunos

Resumen

La terapia cognitiva ha tenido un enorme desarrollo en la última década. El artículo reseña el origen de la teoría y terapia cognitiva en el campo de la depresión y su posterior aplicación a la comprensión y tratamiento de los trastornos de la ansiedad. En primer lugar se enuncian los conceptos fundamentales de la teoría cognitiva de A. Beck. Luego se enuncian las características generales de los tratamientos cognitivos. Se presenta en forma sucinta los modelos teóricos y tratamientos propuestos para el trastorno de pánico, la fobia social y la ansiedad generalizada desde la perspectiva cognitiva. Por último, se consideran las relaciones entre tratamiento psicofarmacológico y cognitivo de los trastornos de la ansiedad.

Palabras Clave: Terapia cognitiva – Trastornos de la ansiedad – Crisis de angustia – Fobia social

ANXIETY DISORDERS: COGNITIVE PERSPECTIVE

Summary

Cognitive therapy has had a huge development in the last decade. The article summarises the origin of cognitive theory and therapy in the domain of depression and its eventual application to the understanding and treatment of anxiety disorders. Firstly, the fundamental concepts of A. Beck's cognitive theory are enunciated. Then, the general tenets of cognitive therapy are listed. A succinct presentation follows of the theoretical and proposed treatment for panic disorder, social phobia and generalised anxiety from the cognitive perspective. Finally, the relationship between psychopharmacological treatment and cognitive therapy for anxiety disorders is considered.

Key Words: Cognitive therapy – Anxiety disorders – Panic attack – Social phobia.

años antes de la eclosión de la revolución psicofarmacológica.

Hoy existen al menos veinte modelos diferentes de terapia cognitiva. Si bien el paradigma compartido es esencialmente el mismo, existen divergencias teóricas y terapéuticas significativas. Con todo, la personalidad y el legado teórico y terapéutico de Aaron Tim Beck ocupan un sitio preferencial en un campo en el que también se han destacado Albert Ellis, Martin Seligman, Albert Bandura, Richard Lazarus, Michael Mahoney y Donald Meichenbaum. David Clark(17) atribuye este hecho a la conjunción de diversos factores, destacando entre ellos el inagotable entusiasmo de Beck, su habilidad para descubrir y alentar a jóvenes investigadores, su tendencia a ignorar a sus críticos antes que polemizar con ellos y el haber puesto el foco de interés inicial en la depresión y no en la ansiedad. El factor principal radicaría, a juicio de Clark, en el hecho de no sólo haber generado ideas originales sobre el papel de la cognición en los trastornos emocionales, sino también haber delineado una concepción general de la investigación en psicoterapia que parece particularmente adecuada para identificar procedimientos terapéuticos eficaces.

Los cinco aspectos fundamentales de esta concepción serían:

1. la especificación de un modelo clínico simple que pone a la cognición como centro del trastorno,
2. la investigación experimental del modelo,
3. un minucioso relevamiento de los factores que impiden el cambio cognitivo en ausencia de tratamiento,
4. la cuidadosa elección de procedimientos terapéuticos que apuntan a actuar específicamente sobre los factores que impiden el cambio cognitivo y
5. la realización de estudios controlados destinados a evaluar la eficacia de la terapia implementada.

Sobre este último punto, es importante destacar que el manual de tratamiento *Terapia cognitiva de la depresión*(8) fue publicado después de haberse dado a conocer los resultados –favorables– de un importante estudio sobre la eficacia de ese tratamiento manualizado(33).

Beck ha sido indudablemente influyente tanto en la comunidad académica como entre los clínicos; la terapia cognitiva es hoy probablemente el modelo de psicoterapia más vigorosamente desarrollado en todo el mundo.

Conceptos fundamentales de la teoría cognitiva

Como se sabe, el interés central de Beck a inicios de los '60(5) era el de corroborar las hipótesis psicoanalíticas mediante estudios empíricos que satisficieran los rigores metodológicos de la psicología experimental. La apelación no fue sólo metodológica; Beck también echó mano de algunos conceptos centrales de la psicología académica del siglo XX, entre ellos el concepto de esquema.

El concepto de esquema cumple un papel sustantivo en las teorizaciones del psicólogo británico Frederick Bartlett sobre el recuerdo(4) y las de su colega suizo, Jean Piaget, sobre la inteligencia.

Bartlett apela al concepto de esquema para refutar la clásica teoría que consideraba a la memoria como un proceso de recuperación de registros alojados en un depósito. La teoría de Bartlett sostiene que el ser humano desarrolla esquemas, que son estructuras relativamente estables que permiten el procesamiento de los estímulos así como el recupero de los registros dejados por esos estímulos. La memoria deja de ser un proceso de recuperación de representaciones quiescentes para ser un proceso activo de evocación determinado por el esquema. La memoria, por otra parte, muestra

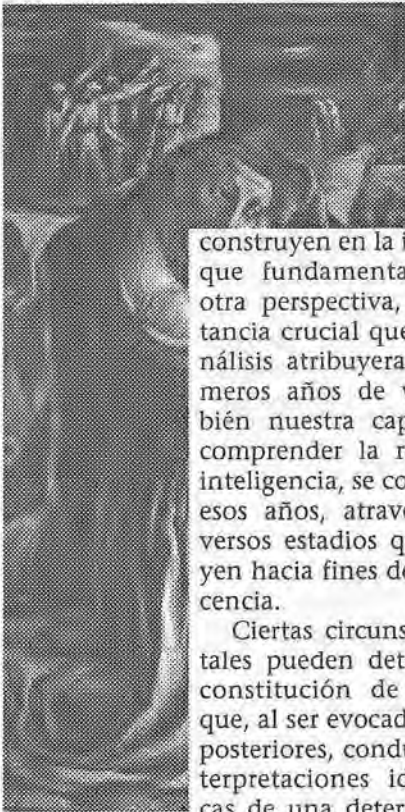


una selectividad que apunta a establecer una congruencia entre el contenido ideativo y la actitud o contenido emocional que lo acompaña.

Jean Piaget, por su parte, desarrolló una psicología de la inteligencia en la que apela al concepto de esquema, considerándolo como una pieza clave de la construcción del mundo y de las estructuras intelectuales solidarias. El esquema se construye sobre el fondo biológico provisto por los reflejos, sirviendo como una suerte de criba categorial que permite construir y conocer al mundo y al propio sujeto.

Beck(5) señala la existencia de conceptos similares en los escritos de Rapoport(32), que habla de "herramientas conceptuales", en Postman(31), que habla de "categorías", en Kelly(24), que habla de "constructos personales", en Bruner(14), que habla de "sistemas de codificación", en Sarbin(37) y en Harvey(23), que habla de "conceptos".

Beck sostiene que en el desarrollo normal de todo ser humano deben constituirse esquemas por medio de los cuales procesamos e interpretamos las situaciones que nos toca vivir. Esos esquemas se



construyen en la infancia, lo que fundamentaría, desde otra perspectiva, la importancia crucial que el psicoanálisis atribuyera a los primeros años de vida. También nuestra capacidad de comprender la realidad, la inteligencia, se construye en esos años, atravesando diversos estadios que concluyen hacia fines de la adolescencia.

Ciertas circunstancias vitales pueden determinar la constitución de esquemas que, al ser evocados en años posteriores, conduzcan a interpretaciones idiosincráticas de una determinada situación o clase de situaciones, generando pensamientos que conducen a emociones y luego a conductas que identificamos como patológicas. Esta idea reconoce dos claras fuentes. Por un lado, la teoría de los dos tiempos del síntoma enunciada por Freud(22) así como el carácter infantil del síntoma neurótico. Por el otro, los estadios que identificó Piaget en la construcción de la inteligencia.

Esto permite a Beck enunciar una teoría cognitiva de la depresión(5, 7) según la cual este trastorno resultaría de la activación de esquemas disfuncionales generados en la infancia, gatillados por una circunstancia específica en la adolescencia o la adultez. La activación de los esquemas disfuncionales depresogénicos se manifestaría en la aparición de ciertas características idiosincráticas del pensamiento depresivo. Estas características mostrarían una alteración prototípica del procesamiento de la información en la persona deprimida, a saber, la abstracción selectiva, la minimización de lo

positivo y la maximización de lo negativo, el pensamiento catastrófico, la opción todo o nada, la generalización exagerada, la inferencia arbitraria. Beck ha comparado el pensamiento depresivo con la estructura del pensamiento infantil tal como la ha descrito Piaget(8).

De acuerdo con Beck, no sería el ánimo decaído el centro del síndrome depresivo. Esto sería más bien el efecto de la activación del esquema depresogénico. Al activarse, el pensamiento se rigidiza y adquiere las características idiosincráticas descritas anteriormente. Surgen los llamados *pensamientos automáticos negativos*, breves pensamientos que usualmente ocurren en forma rápida y sin percatación por parte del sujeto. Beck los denominó *automáticos* para enfatizar que se le imponen al sujeto. Estos pensamientos, a su vez, determinan la aparición de la emoción característica de la depresión: el estado de ánimo decaído.

Es un axioma básico de la teoría cognitiva el sostener que la emoción sigue al pensamiento. Ambos se cristalizan posteriormente en comportamientos. Esta piedra angular de la teoría, inspirada en la filosofía estoica de Epicteto, supone que pensamiento, emoción y comportamiento se hayan ligados en esa secuencia; modificando el pensamiento –reestructurando la cognición– es posible lograr un cambio en el estado de ánimo y en el comportamiento. Esto ha llevado a algunos teóricos a hablar del *paradigma de normalización* del paciente; esto consiste en comunicarle al paciente que cualquier persona que tuviese esos pensamientos (automáticos negativos o an-

siosos, según el caso) tendría que sentirse profundamente desanimado, pesimista, desalentado o bien amenazado, preocupado y presa de gran excitación. Esto apunta a enfatizar que esos pensamientos pueden haber sido funcionales, o bien serlo hoy en otras situaciones. Lo que caracteriza al trastorno es su activación ante situaciones en las que claramente resulta disfuncional. La conducta de fuga, por ejemplo, puede ser altamente funcional ante un peligro inminente que no podemos controlar de otro modo. Un activación disfuncional es aquella que tiene lugar en ausencia de peligro.

Características generales de la terapia cognitiva

Como se indicó anteriormente, no es posible hablar de un único tipo de tratamiento cognitivo, no sólo por las divergencias técnicas o teóricas, sino porque el tipo de tratamiento varía sustancialmente de trastorno a trastorno. Con todo, hay ciertas generalidades compartidas por los tratamientos cognitivos. Nos referiremos esencialmente al modelo beckiano de tratamiento, en virtud de la difusión que ha alcanzado por los motivos expuestos en la introducción de este artículo. Se trata de un tratamiento activo, directivo, estructurado, de duración limitada. Esto ha facilitado su manualización, lo que redundó en la posibilidad de establecer protocolos de tratamiento con relativa sencillez.

Hay ciertos pasos básicos en el tratamiento cognitivo. En primer lugar, debe establecerse un diagnóstico que permita determinar la natu-

raleza del trastorno y la elegibilidad del paciente para la terapia cognitiva. A esto debe sumarse la administración de una serie de instrumentos de evaluación —muchos de ellos generados por Beck y su equipo y de gran difusión actual— capaces de estimar confiablemente la severidad del cuadro y sus características específicas.

Si el paciente es elegible para terapia cognitiva, se busca su consentimiento informado para dar inicio al tratamiento. Esto supone un paso psicoeducativo, en el que se le explica al paciente tanto las características del tratamiento como los elementos básicos de la teoría cognitiva sobre el trastorno que lo aqueja. Para esto se utiliza material psicoeducacional específico, tal como el que desarrollaran Beck y Greenberg para la depresión(10).

El terapeuta debe realizar una *conceptualización del caso*; por tal se entiende el conjunto de hipótesis acerca del origen y naturaleza del problema que aqueja al paciente. Allí se incluyen las experiencias infantiles relevantes, las dificultades primarias y secundarias que presenta el paciente, la identificación de las creencias nucleares o esquemas y de los patrones de comportamiento del paciente, los *stressors* a los que se ve sometido y los factores biológicos en juego.

La relación con el paciente en terapia cognitiva ha sido definida como *empirismo colaborativo*; paciente y terapeuta toman el rol de "científicos" colegas que buscan corroborar o desconfirmar hipótesis. Esta actitud apunta a fomentar en el paciente el abandono de cogniciones rígidas, así como a desarrollar capacidad de evaluar el valor de realidad de su creencia. Nótese que el terapeuta tampoco puede tomar sus intervenciones como realidades palmarias, sino que debe proceder del mismo modo que el paciente, ofreciendo evidencia que corrobore sus asertos.

El primer paso del tratamiento

propriadamente dicho consiste en centrar la atención del paciente en la identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos o imágenes disfuncionales. Esto se hace esencialmente como tarea durante los intervalos entre sesiones.

El segundo paso en el tratamiento es buscar que el paciente puede reconocer la relación entre pensamiento, emoción y conducta consecuente. Esto se explica brevemente como parte de la teoría cognitiva en el paso psicoeducacional y debe ser considerado una hipótesis —ya que lo es— hasta tanto se pueda tomar alguna situación de la vida del paciente en la que esta hipótesis se muestre congruente con los hechos y poseyendo cierta capacidad predictiva.

El tercer paso del tratamiento apunta a evaluar la razonabilidad de los pensamientos automáticos, siendo esta la característica por excelencia de la terapia cognitiva.

A continuación, como cuarta etapa, el paciente debe lograr producir interpretaciones alternativas a las propuestas por los pensamientos automáticos.

El último paso consiste en el relevamiento de postulados subyacentes y, a través de estos, identificar y modificar las creencias nucleares. El tratamiento sólo puede considerarse totalmente exitoso si la reestructuración cognitiva alcanza a los cimientos mismos del trastorno, esto es, los esquemas idiosincráticos disfuncionales.

La teoría cognitiva de la ansiedad

La idea central del modelo beckiano de la emoción radica en afirmar que las emociones son experimentadas como resultado del modo en que una situación es interpretada o valorada. *Es la significación de los hechos lo que gatilla las emociones más que los hechos mismos.*

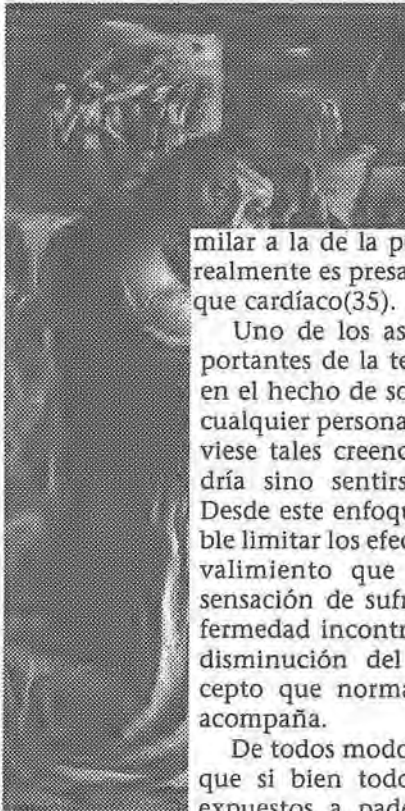
La apreciación de los hechos



dependerá tanto del contexto en el que tiene lugar el hecho como de las experiencias pasadas de la persona y el estado de ánimo de esa persona al momento de enfrentar el hecho en cuestión.

Es importante resaltar la implicancia terapéutica de esta hipótesis: la terapia cognitiva no apunta necesariamente a desarrollar interpretaciones más racionales de las situaciones (lo cual sería bastante complejo y controvertido) sino a que el paciente reconozca que hay múltiples interpretaciones posibles de un mismo hecho. Una vez alcanzado ese objetivo, el tratamiento apunta a que el paciente pueda valorar los méritos e incongruencias de cada interpretación posible.

La teoría cognitiva sostiene que la gente que padece ansiedad *cree* estar expuesta a una amenaza física o social. El que la amenaza esté objetivamente presente o no es irrelevante para la *experiencia* de la ansiedad. Lo esencial en la experiencia de esta emoción es la interpretación de la situación o del estímulo como signo de amenaza personal. En este sentido, la experiencia de una persona presa del pánico, que cree erróneamente sufrir un ataque cardíaco, es muy si-



milar a la de la persona que realmente es presa de un ataque cardíaco(35).

Uno de los aspectos importantes de la teoría reside en el hecho de sostener que cualquier persona que sostuviese tales creencias no podría sino sentirse ansioso. Desde este enfoque, es posible limitar los efectos de desvalimiento que genera la sensación de sufrir una enfermedad incontrolable y la disminución del auto-concepto que normalmente la acompaña.

De todos modos, es obvio que si bien todos estamos expuestos a padecer ansiedad —y esto es crucial para nuestra supervivencia— no todos quedamos atrapados en interpretaciones que conducen a la reiteración de niveles invalidantes de ansiedad.

Hay dos clases de factores que intervienen para dar lugar a interpretaciones ansiógenas idiosincráticas: los que llevan a que determinadas personas experimenten niveles mayores de ansiedad y aquellos que determinan el mantenimiento de niveles elevados de ansiedad. Nos referiremos en primer lugar a los factores que hacen al incremento de la ansiedad.

La teoría cognitiva de la depresión postuló oportunamente que debían existir experiencias infantiles que determinasen la constitución de esquemas que hicieran que una persona fuese posteriormente más vulnerable

a interpretaciones depresogénicas de ciertas situaciones. En esa línea, Beck afirmó posteriormente que las personas más vulnerables a la ansiedad debían haber atravesado ciertas experiencias infantiles que las condujesen a sostener ciertas creencias o postulados que los llevasen luego a exagerar la peligrosidad de ciertas situaciones. Beck(7) da ejemplos de algunos de estos postulados: "es importante estar siempre perfectamente calmo", "si no soy precavido corro el riesgo de descontrolarme", "no debo demostrar mis emociones", "si no me preocupo por todo las cosas me van a ir mal".

Estas son creencias generales; las diferencias entre las distintas formas de los trastornos de la ansiedad estarían determinadas por la existencia de creencias específicas en las personas afectadas por pánico, fobia social, etc.

Del mismo modo en que fue postulado para la teoría cognitiva de la depresión, se afirma que ciertos eventos vitales o situaciones críticas activan estas creencias. Esto comienza a generar pensamientos automáticos que van ocupando paulatinamente el pensamiento del paciente, determinando que en forma más o menos continua la persona distorsione el grado de amenaza que entrañan ciertas situaciones.

Otro factor que interviene en la producción de excesiva

ansiedad es la particular apreciación de la amenaza en sí. Se tiende a pensar que el modelo cognitivo sostiene que la gente que sufre de ansiedad tiende a sobrestimar la probabilidad de que una amenaza se materialice. No es que esto sea falso, sino que sólo es un aspecto del problema. Beck, Emery y Greenberg han dado una visión bastante más amplia de la cuestión en su libro de 1985, *Anxiety Disorders and Phobias*(9). La probabilidad de amenaza percibida por la persona que sufre de ansiedad interactúa con la significación que esa persona asigna al peligro en cuestión. Por ejemplo, una persona puede creer que es probable que se desmaye, pero no se va a sentir excesivamente ansioso a menos que crea que eso va a generar rechazo en los otros (peligro social) o que puede causar su muerte (peligro físico). Estos dos factores, percepción de la probabilidad y significación atribuida, actúan en forma sinérgica.

Esta idea ha sido representada algebraicamente mediante la ecuación de la Figura 1.

Esto también permite explicar la situación en la que la persona siente que está expuesta a una situación cuya probabilidad de ocurrencia es mínima, pero cuyos resultados son tan temidos que debe ser evitada a toda costa. Este modelo sería aplicable a ciertas obsesiones o a la hipochondriasis(36).

La ansiedad también varía, según lo muestra la ecuación, en función de la capacidad que la persona cree tener para afrontar y sobrellevar el peligro si éste llegara a materializarse. La ansiedad también variará en función de factores ajenos a la perso-

Figura 1

$$\text{Ansiedad} = \frac{\text{probabilidad percibida de amenaza} \times \text{costo percibido} \text{ o } \text{grado de espanto}}{\text{capacidad percibida de lidiar con el peligro} \times \text{factores de "rescate" percibidos}}$$

na que podrían cumplir funciones de "rescate", por ejemplo, la presencia de personas dispuestas a ayudar al sufriente.

Pasemos ahora a los factores que hacen al mantenimiento de la ansiedad.

De acuerdo con la teoría cognitiva, el mantenimiento del pensamiento negativo y la ansiedad responde a tres factores: *la atención selectiva, el cambio fisiológico y las conductas evitativas o de búsqueda de seguridad*. Los tres factores constituyen otros tantos círculos viciosos que colaboran en el mantenimiento de la ansiedad.

La *atención selectiva* alude al conocido hecho de que quienes se creen en peligro tienen una mayor sensibilidad a estímulos congruentes con el peligro percibido. Esta hipervigilancia hace que la persona afectada por una fobia a las cucarachas, por ejemplo, escudriñe los rincones más recónditos de una habitación en busca de algún movimiento rápido. Los hipocóndriacos tienden a leer libros médicos y a ilustrarse en la identificación de signos y síntomas patológicos. Al notar una mayor cantidad de signos de peligro, concluyen erróneamente que el peligro ha aumentado, por lo que se incrementa su preocupación, reforzando esta interpretación negativa de los hechos.

El *cambio fisiológico* es evidente en la ansiedad, con la que mantiene vínculos directos e indirectos. El considerar que uno se encuentra en peligro lleva a una descarga de adrenalina, la cual genera una serie de sensaciones. De acuerdo con la teoría de Clark(17, 18) si la fuente de peligro es asociada con ciertas sensaciones corporales esto da lugar a una elevación de la percepción de peligro, lo que genera una espiral que lleva al ataque de pánico. La persona que sufre ansiedad ante la interacción social suele temer que los otros perciban esta ansiedad y los tomen por idiotas, y como efecto de esta idea pueden comenzar a sonrojarse,

transpirar y temblar. Pueden darse ejemplos similares para otras formas clínicas de la ansiedad, pero el patrón común es el incremento de la percepción de peligro.

Nótese que la aparición de síntomas fisiológicos es perfectamente congruente con la teoría de los esquemas de Beck (5, 7, 12), que incluye una dimensión fisiológica en el esquema, además de la cognitiva, la emotiva y la comportamental.

Los *cambios en el comportamiento* se manifiestan fundamentalmente en la aparición de conductas evitativas del peligro percibido, las que constituyen el tercer círculo vicioso que determina el mantenimiento de la ansiedad de acuerdo a este modelo teórico. Este último factor ha sido tradicionalmente interpretado desde una perspectiva comportamental como un problema de extinción ante la falta de reforzamiento. En consecuencia, la estrategia terapéutica ha sido la exposición gradual y sistemática al estímulo, a los efectos de lograr una desensibilización progresiva.

En años recientes, sin embargo, el llamado "grupo de Oxford" de investigadores en terapia cognitiva, ha puesto énfasis en las conductas evitativas. De acuerdo con esta conceptualización, la persona que sufre de ansiedad cree que ha evitado el resultado temido (ataque cardíaco, ser víctima del escarabajo, perder el control, etc.) porque ha puesto en práctica "justo a tiempo" una conducta evitativa o de refugio ante el peligro. Esto es perfectamente razonable y esencial ante un peligro real que no podemos combatir, por ejemplo, un tumulto o una catástrofe natural. El problema es que cuando la percepción de peligro resulta de una interpretación distorsiva de la situación, la conducta evitativa tiene, como efecto secundario adverso, la propiedad de impedir que la persona ansiosa aprenda que su preocupación no tiene fundamento material.

Podemos identificar tres tipos

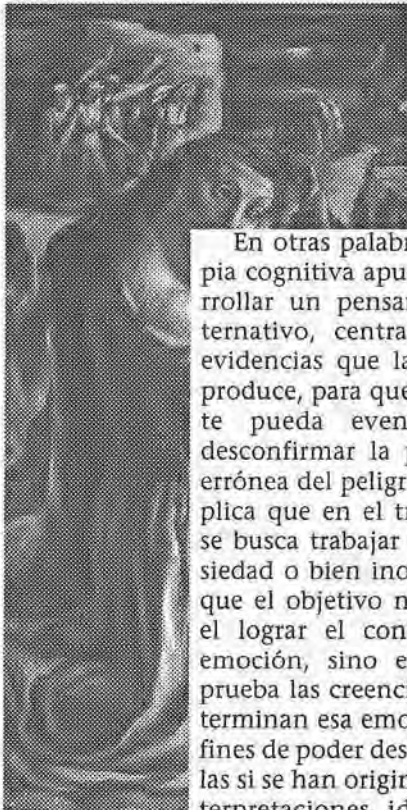


de conducta evitativa: las que procuran evitar situaciones en las que el paciente cree que podría sufrir un ataque de pánico, el escapar de una situación cuando comienza a tener lugar un ataque de pánico, y, finalmente, las que llevan a prevenir la ocurrencia de la catástrofe tan temida.

De este modo, la persona ansiosa concluye que "se ha salvado por un pelo", y por ello no aprende a desconfirmar la percepción de peligro errónea.

Una implicación importante de esta teoría es la preferencia por métodos que tienen por objetivo la reestructuración cognitiva antes que la desensibilización sistemática por medios comportamentales, ya que suele observarse que los pacientes desarrollan sutiles conductas evitativas durante la realización de estrategias de reducción de ansiedad por exposición gradual y sistemática.

Beck(8) ha señalado que terapia comportamental y terapia cognitiva se diferencian en que la primera apunta al cambio de la conducta *per se*, mientras que la segunda puede apelar a técnicas de modificación de la conducta, pero sólo como medio para la modificación de la cognición.



En otras palabras, la terapia cognitiva apunta a desarrollar un pensamiento alternativo, centrado en las evidencias que la situación produce, para que el paciente pueda eventualmente desconfirmar la percepción errónea del peligro. Esto implica que en el tratamiento se busca trabajar con la ansiedad o bien inocularla, ya que el objetivo no es tanto el lograr el control de la emoción, sino el poner a prueba las creencias que determinan esa emoción, a los fines de poder desconfirmarlas si se han originado en interpretaciones idiosincráticas. Esto puede ser particu-

larmente dificultoso en aquellos cuadros en los cuales la situación temida está muy alejada en el tiempo (por ejemplo, en la ansiedad por problemas de salud), por la dificultad inherente en desconfirmar la ocurrencia del peligro temido.

Las conductas evitativas pueden, a veces, aumentar los síntomas. Cualquier persona que quiera evitar pensar en hipopótamos, verá que las imágenes e ideas relativas a esos animales se hacen más frecuentes durante el tiempo en que nos proponemos evitarlas. Esto es bastante característicos en las personas que sufren trastornos obsesivo-

compulsivos. Paul Salkovskis(36, p. 53) ha representado gráficamente los tres círculos viciosos antes descritos (figura 2).

Teoría y terapia cognitivas del trastorno de angustia

La gente que sufre crisis de angustia (*panic attacks*) en forma recurrente tienen, de acuerdo con la teoría cognitiva, una tendencia perdurable a interpretar ciertas sensaciones corporales de modo catastrófico. En general, las sensaciones distorsionadas en sentido catastrófico son aquellas que acompañan las respuestas normales de ansiedad, tales como las palpitaciones, la falta de aliento, los mareos y las parestesias, aunque también pueden aparecer otras.

La distorsión determina que estas sensaciones sean consideradas mucho más peligrosas de lo que en realidad son. Además, esta distorsión lleva a la persona a pensar que está al borde de algún tipo de catástrofe física o psíquica. Así, la temporaria falta de aliento puede ser interpretada como el prolegómeno de la muerte por asfixia y las palpitaciones como la antecámara de un ataque cardíaco.

Clark(19, 18) representó gráficamente la secuencia de hechos que tienen lugar durante un ataque de pánico mediante el esquema de la Figura 3.

Los ataques pueden ser precedidos por una elevación de la ansiedad o pueden aparecer de la nada, de acuerdo con el relato del paciente. La teoría de las sensaciones distorsionadas se sostiene en ambos casos; en el segundo tipo de ataque, las sensaciones distorsionadas son pro-



ducidas por otro estado de ánimo o por hechos tales como tomar mucho café, hacer ejercicios violentos, etc. Los pacientes no pueden distinguir las sensaciones que disparan el ataque del pánico subsiguiente, por lo que tienden a pensar que el ataque aparece de la nada.

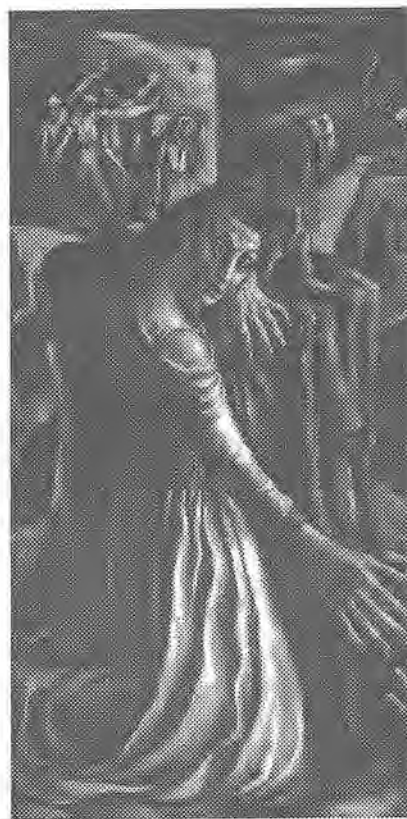
Las investigaciones en psicología cognitiva básica indican que la memoria de las personas que sufren depresión exalta el recuerdo de hechos negativos, en tanto que las que sufren de pánico muestran una memoria exaltada para el recuerdo de palabras amenazantes.

Es particularmente relevante para la teoría cognitiva la diferencia entre la persona que sólo ha sufrido una crisis de angustia en su vida y aquella que los sufre en forma reiterada. La prevalencia de lo segundo es mucho menor, y es explicado en virtud de que estas personas desarrollarían una tendencia perdurable a la interpreta-

ción idiosincrática de las sensaciones corporales. Clark(20) sugiere que esto puede estar relacionado con experiencias aprendidas con anterioridad al primer ataque o bien con las reacciones que los otros significativos del entorno del paciente tuvieron en relación a la crisis de angustia.

De hecho, y en concordancia con lo expuesto anteriormente, las personas que sufren ataques de pánico muestran una hipervigilancia de las sensaciones corporales, algo corroborado por investigaciones destinadas a evaluar el modelo cognitivo(21).

De acuerdo con la teoría, el tratamiento cognitivo del pánico debería apuntar a ayudar al paciente a identificar y cambiar las interpretaciones distorsionadas de sus sensaciones corporales. Como se mencionó antes, existen varios modelos de tratamiento cognitivo. En lo que hace al tratamiento del pánico, mencionaremos el

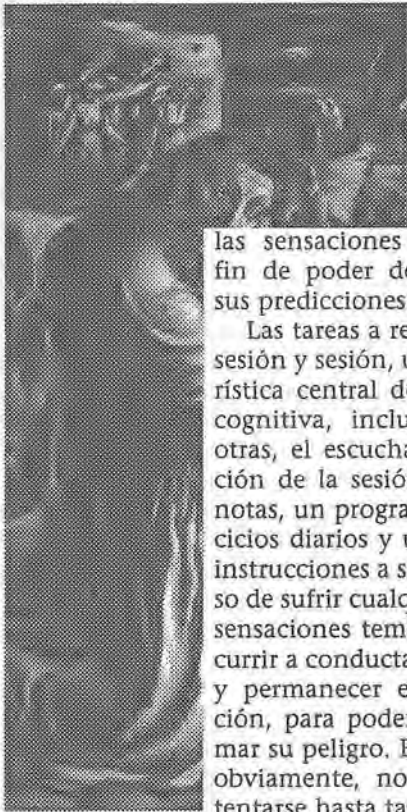


Cognitive Therapy Package desarrollado en Oxford por Clark, Salkovskis, Beck, y otros.

Las técnicas cognitivas empleadas son: la revisión de un ataque de pánico reciente, de modo de poder extraer el modelo del círculo vicioso, identificar y cuestionar las interpretaciones distorsivas, sustituyéndolas con interpretaciones más realistas, así como la reestructuración (cognitiva) de imágenes. Esto último es particularmente importante, ya que la naturaleza de la experiencia de ansiedad hace que con frecuencia el paciente no pueda decir qué pensamientos cruzan su mente durante esos momentos, pero habitualmente recuerda con facilidad y nitidez las imágenes que aparecen en esos instantes.

Entre las técnicas comportamentales se cuentan la inducción de las sensaciones temidas (por hiperventilación, por centramiento de la atención en el cuerpo, o bien leyendo pares de palabras referidas a sensaciones temidas) destinada a mostrar al paciente cuál es la verdadera causa de los síntomas. También se recurre a la suspensión de las conductas que pretenden garantizar la seguridad del paciente; el paciente debe experimentar





las sensaciones temidas a fin de poder desconfirmar sus predicciones negativas.

Las tareas a realizar entre sesión y sesión, una característica central de la terapia cognitiva, incluyen, entre otras, el escuchar la grabación de la sesión tomando notas, un programa de ejercicios diarios y una lista de instrucciones a seguir en caso de sufrir cualquiera de las sensaciones temidas: no recurrir a conductas evitativas y permanecer en la situación, para poder desconfirmar su peligro. Esto último, obviamente, no puede intentarse hasta tanto se haya logrado algún progreso en la identificación y cuestionamiento de las interpretaciones catastróficas.

C. Padesky y D. Greenberger(28) han resumido el protocolo de tratamiento de Clark en los siguientes cuatro pasos:

1. identificar los temores catastróficos ligados a las sensaciones;
2. inducir las sensaciones para probar el círculo vicioso, someter a prueba a los temores catastróficos e identificar interpretaciones alternativas no catastróficas para esas mismas sensaciones;
3. recurrir a experimentos comportamentales para corroborar cuál interpretación, la catastrófica o la no catastrófica, es la que mejor explica la ocurrencia de las sensaciones;
4. realizar experimentos comportamentales destinados a la suspensión de las conductas evitativas, a fin de posibilitar la desconfirmación de lo temido.

Es importante recordar que este protocolo está diseñado sólo para pacientes que sufren trastorno de angustia (*panic disorder*) pero

que no reúnen los criterios para el diagnóstico de cualquier otro trastorno de ansiedad. Para esos trastornos se han desarrollado tratamientos diferentes.

Cinco estudios(13, 15, 27, 3, 26) han evaluado la eficacia del tratamiento cognitivo del pánico, con resultados favorables. Tomando el conjunto de los estudios, entre 74% y 94% de los pacientes estaban libres de síntomas y seguían bien al momento del seguimiento. Esto parece ocurrir más allá de las diferencias culturales. La comparación con el tratamiento con imipramina, incluida en uno de los estudios(15), fue favorable al final del tratamiento y al seguimiento luego de un año.

Terapia cognitiva de la fobia social

Es importante recordar las diferencias establecidas por el manual DSM-IV en relación a las fobias, al distinguir la fobia social específica de la forma generalizada de fobia social. Las personas que sufren la segunda de las formas tienen mayores posibilidades de deprimirse, están más afectadas por el trastorno y obtienen peores resultados en el tratamiento.

Estos trastornos, en particular la forma generalizada, suelen presentar la complicación de la comorbilidad con la distimia u otros trastornos de la ansiedad. La comorbilidad más común es con el trastorno de la personalidad por evitación; de hecho, son tantos los puntos en común entre ambos cuadros que es cuestionable su diferenciación. Algunos autores han considerado al trastorno de la personalidad

por evitación como una forma extrema de fobia social generalizada.

Esto es importante a los fines del tratamiento, ya que A. T. Beck, Arthur Freeman y otros (11) han desarrollado un modelo de tratamiento para el trastorno de personalidad por evitación que es diferente del que se aplica a la fobia social. El diagnóstico diferencial, por lo tanto, conlleva una elección de tratamiento.

En su publicación de 1985, Beck y Emery(9) sugieren que el núcleo de la fobia social es el temor de ver los defectos propios expuestos ante los demás, el ser sujeto a escarnio. Las personas que sufren de fobia social son hipersensibles a la posibilidad de ser sometidos a evaluación, por lo que desarrollan un patrón cognitivo hipervigilante ante cualquier indicio de rechazo.

Al sentirse vulnerables a la amenaza de fracaso ante los "evaluadores", los fóbicos sociales se quedan helados o en blanco ("tildados"), en lo que constituiría una acción inhibitoria refleja. Paradójicamente, esta clase de respuesta no hace sino aumentar la probabilidad de que el desempeño de la persona se vea afectado, con lo cual se crea un círculo vicioso. Por último, pueden llegar a evitar las situaciones sociales, a fin de reducir al mínimo las posibilidades de ser evaluados y rechazados, con lo cual pierden la posibilidad de someter a juicio la validez de sus creencias.

Las personas que sufren fobia social muestran una fuerte discrepancia cognitiva entre el modo en que se perciben a sí mismos y el modo en que creen que deberían ser. Así, en la interacción so-

cial, sus pensamientos son con frecuencia dominados por la idea de fracaso en alcanzar lo que ellos consideran estándares aceptables de desempeño (el *deber ser*). Estas expectativas negativas no sólo se refieren a las interacciones presentes, sino que son proyectadas hacia las interacciones futuras. De este modo, el fóbico social anticipa el fracaso en situaciones sociales futuras.

Tiende a evaluarse a sí mismo en forma más negativa de lo que lo hacen los demás. Con todo, hay que reconocer que es frecuente que el desempeño de una persona que padece fobia social esté más afectado que el de una persona libre de ansiedad, por lo que no puede decirse que en este punto su observación sea necesariamente irrealista o distorsiva.

Ahora bien, dado que los esquemas son constructos hipotéticos no observables, se ha tratado de probar indirectamente la existencia de un esquema específico en relación a la amenaza social en esos pacientes. Para esto se ha recurrido a la investigación básica en procesos cognitivos, que muestra tiempos de reacción más prolongados para pacientes con fobia social expuestos a la experiencia de Stroop utilizando palabras amenazantes. Se ha interpretado que este mayor tiempo podría obedecer a una reacción de paralización frente al estímulo amenazante, más que a la dedicación de mayor atención al estímulo. Esto sería congruente con la teoría de Beck y Emery, que sugiere que la respuesta de parálisis frente a indicios sociales de carácter negativo es característica de los fóbicos sociales.

En función de estas observaciones, Chambless y Hope(20) sugieren que el tratamiento cognitivo debería centrarse en las percepciones iniciales de sí mismos y de las situaciones sociales que les toca vivir, y en el modo en que característicamente tienden a centrarse en los aspectos más amenazantes

de una situación social dada. El terapeuta debe tener en cuenta que el paciente en cierta medida tiene razón cuando considera que no se desempeña bien en presencia de otros, precisamente por su tendencia a centrar la atención en los aspectos amenazantes de la situación. Esto plantea una dificultad que no existe en el tratamiento del pánico: mientras que es evidente que la expectativa de una muerte inminente resulta claramente desconfirmada en el caso de una crisis de angustia, es posible que un fóbico social tenga razón cuando dice que una persona se ha dado cuenta de su ansiedad y sus dificultades para desenvolverse en una situación dada.

Una vez más, existen varios modelos distintos de tratamiento cognitivo comportamental para la fobia social. Entre los que han sido evaluados se encuentran el *Entrenamiento Auto-instructivo* (SIT; Meichenbaum, 1975), la *Terapia Emotiva Racional* (RET; Ellis, 1962), el *Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad* (AMT; Suinn y Richardson, 1971) y la *Terapia Cognitiva de Beck y Emery*(9) desarrollada específicamente para la fobia social por Heimberg y otros (Heimberg, 1991).

La evaluación de estos modelos muestra un nivel adecuado de eficacia. Se supone en general que la naturaleza de la fobia social hace deseable el tratamiento grupal, lo que al menos desde el punto de vista práctico tiene la ventaja de facilitar la realización de tareas de exposición y de entrenamiento en habilidades sociales. Hay que destacar, sin embargo, que en las investigaciones que se han realizado hasta el momento el tratamiento individual se muestra tan eficaz como el tratamiento grupal.

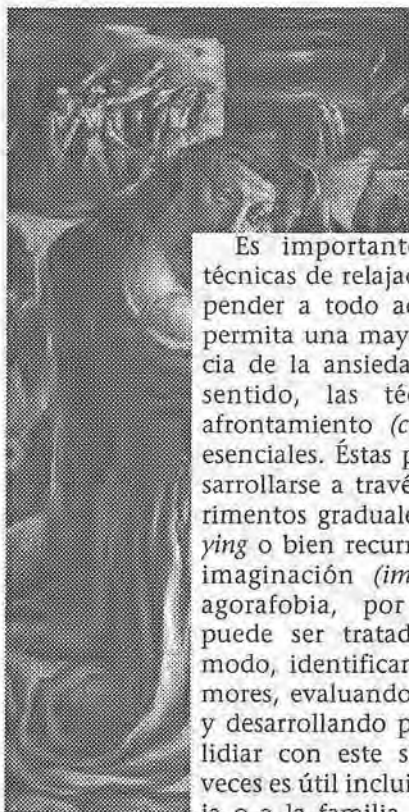
Heimberg desarrolló un modelo de tratamiento de 12 (mínimo 6, máximo 14) sesiones de duración que ha mostrado ser muy superior a la falta de tratamiento, al fin de éste y a los cinco años de seguimiento. Las sesiones tienen una



duración de entre una hora y media y dos horas. Como es habitual, se inicia el proceso con un paso psicoeducacional donde se da información sobre la timidez y la ansiedad social, donde se presta particular atención a evitar toda situación que haga sentir al paciente como objeto de una evaluación o juicio negativos. Aquí es particularmente útil apelar al paradigma de normalización, diciéndole al paciente que cualquier persona que pensase lo que él piensa se sentiría tenso en las interacciones sociales y probablemente se desempeñaría por debajo de sus posibilidades.

Aún no hay datos concluyentes en comparación con el tratamiento comportamental por exposición, el que, como se señaló antes, puede ser un recurso o una parte del tratamiento cognitivo pero no su totalidad.

Las estrategias centrales en el tratamiento consisten en el registro de pensamientos automáticos e imágenes (temidas) destinadas a identificar la o las situaciones temidas por el paciente. Una pregunta útil para guiar este proceso es: *¿qué es lo peor que podría pasar?*, lo que nos lleva a las distintas "capas" de temores.



Es importante enseñar técnicas de relajación y propender a todo aquello que permita una mayor tolerancia de la ansiedad. En este sentido, las técnicas de afrontamiento (*coping*) son esenciales. Éstas pueden desarrollarse a través de experimentos graduales, *role-playing* o bien recurriendo a la imaginación (*imagery*). La agorafobia, por ejemplo, puede ser tratada de este modo, identificando los temores, evaluando el peligro y desarrollando planes para lidiar con este síntoma. A veces es útil incluir a la pareja o a la familia, ya que la creencia disfuncional puede ser sostenida no sólo individualmente, sino sistémicamente. Esto puede expresarse en familias muy aisladas socialmente, que no han dado al paciente la oportunidad de desarrollar buenas habilidades sociales(38).

Es importante lograr la descentración del paciente; los fóbicos sociales tienden a centrar su atención sobre su propio desempeño, con lo que lo entorpecen y realimentan el círculo vicioso. Es necesario hacer notar al paciente que cualquier persona que centre la atención sobre el propio desempeño tiende a afectarlo. Se promueve, además, toda actividad que lo coloque en lugar de observador, antes que de objeto de la observación.

Terapia cognitiva de la ansiedad generalizada

Dos tipos de pensamiento sostienen el trastorno por ansiedad generalizada: la sobrestimación del peligro y la subestimación de la capacidad propia para afrontar estas situaciones. Una vez

más, el tratamiento apunta a la identificación de pensamientos ansiógenos y a la detección de imágenes. Como es habitual en la terapia cognitiva, el paciente completa un registro de pensamientos –usualmente semanal– donde debe establecer la naturaleza de la situación, el estado de ánimo que la acompañó (con una estimación de intensidad), los pensamientos automáticos e imágenes que aparecieron poco antes del inicio del estado de ánimo en consideración (subrayando el más "potente" de ellos), la evidencia en favor y en contra de esos pensamientos. Luego debe consignar si pudo lograr una interpretación alternativa y por fin volver a evaluar el estado de ánimo al fin del proceso.

Como se dijo anteriormente, resulta útil utilizar preguntas como *¿qué pasaría si...?* para poder identificar los distintos niveles de temor padecidos por el paciente. El entrenamiento en sopesar la evidencia diluye la certeza en la ocurrencia de la catástrofe, normalmente disminuye la estimación de peligro y eleva la confianza en la capacidad para afrontar esas situaciones (*coping*). Una técnica destinada a desarrollar estas capacidades consiste en preguntar al paciente *¿y entonces qué pasaría o qué haría?* una vez que se han identificado los eventos funestos temidos. Es importante que el terapeuta colabore con el paciente en la confección de planes para afrontar las situaciones temidas.

Por último, en pacientes con una larga historia de ansiedad generalizada debemos suponer la existencia de creencias nucleares que sostienen y generan ciertos postulados implícitos y un nú-

mero de pensamientos automáticos disfuncionales.

Otros trastornos

Por razones temáticas y de espacio, este artículo no se referirá a la teoría y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, del trastorno por estrés postraumático, a las obsesiones referidas a la salud y a trastornos mixtos. Además, sólo se ha hecho una breve mención al problema de la comorbilidad; existen protocolos de tratamiento específicos para casos en los que se registra comorbilidad con depresión o algún trastorno de personalidad.

Terapia cognitiva y meditación en los trastornos de ansiedad

De acuerdo con la teoría cognitiva, la modificación de los esquemas puede hacerse desde su costado psicológico o cognitivo, o bien desde su costado fisiológico o biológico. Una de las ventajas de la teoría cognitiva es, precisamente, su capacidad de explicar por qué distintos tipos de tratamientos –psicológicos, físicos, químicos– pueden ser eficaces para un mismo trastorno.

En lo que hace a la depresión, Beck(8) sugirió que la terapia cognitiva era indicada cuando se había intentado tratamiento con al menos dos antidepresivos, a dosis y plazo adecuados, con escasos o nulos resultados. El tratamiento cognitivo incluye, además, un pequeño protocolo de trabajo con los pensamientos automáticos del paciente acerca de la medicación, intentando favorecer la observación (*compliance*) del

tratamiento químico. Esto es particularmente importante cuando se trata de pacientes bipolares, donde la terapia cognitiva es un aditamento al tratamiento central con estabilizadores del estado de ánimo.

La situación es un tanto diferente en los trastornos de ansiedad. En primer lugar, los medicamentos ansiolíticos tienen efecto en poco tiempo, por lo que pueden ser utilizados por el paciente en forma sistemática cada vez que enfrenta una situación ansiógena, con lo que se ve dañada su capacidad de aprender a afrontar la ansiedad. Por otra parte, muchos ansiolíticos generan tolerancia, por lo que el curso del trastorno puede llevar al uso de dosis crecientes. A esto debe sumarse el riesgo de la automedicación, que es virtualmente nulo en los antidepresivos, debido al período de latencia que precede a la manifestación de su efecto.

El desempeño de los ansiolíticos en la prevención de recaídas parece distar del ideal; esto puede interpretarse desde la teoría cognitiva como el resultado de que impide al paciente lograr la desconfirmación de sus expectativas funestas. Más aún, la medicación puede funcionar como una medida de seguridad más (por ejemplo, que evita que se vuelva loco).

Esto no impide, empero, la conducción de tratamientos combinados. Más aún, en los casos en los que la ansiedad es muy elevada, la medicación puede ser la condición de posibilidad del tratamiento psicoterapéutico, que sería inviable con un paciente desquiciado por una ansiedad elevada.

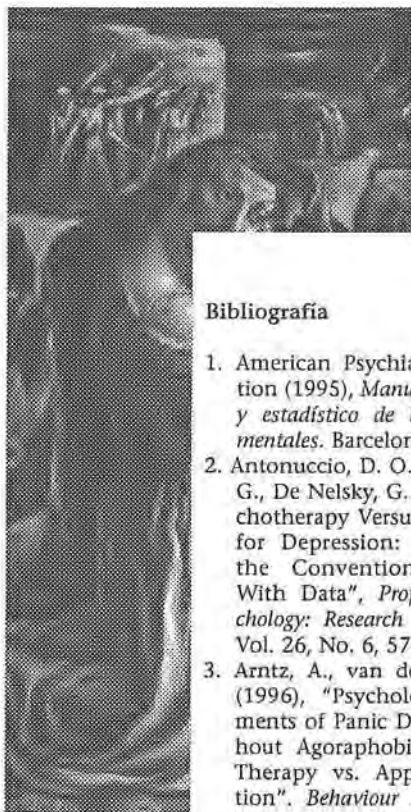
Es indispensable que los profesionales a cargo de los tratamientos trabajen en equipo; la persona a cargo de la terapia cognitiva puede, por ejemplo, acordar con el profesional a cargo de la medicación una reducción de la dosis habitual a los fines de evaluar los avances del paciente en materia de capacidad de afrontar la ansiedad.

Es indispensable evaluar las creencias del paciente acerca de la medicación: un paciente que cree que su ansiedad es algo muy peligroso y descontrolado que sólo puede ser contenido por la acción de un medicamento no podrá poner en práctica con convicción la evaluación de sus pensamientos ansiógenos.

Conclusiones

La terapia cognitiva es un instrumento terapéutico eficaz y suficientemente validado para su aplicación a los trastornos de ansiedad. Se muestra muy superior en eficacia a la ausencia de tratamiento y a la administración de placebo. Tiene una eficacia comparable con el tratamiento psicofarmacológico; las investigaciones realizadas al presente sugieren una aparente superioridad de la terapia cognitiva en lo que hace a la prevención de las recaídas. Puede ser el tratamiento de elección en pacientes que adoptan una actitud activa en lograr su recuperación o en aquellos que por diversas razones no son elegibles para tratamiento farmacológico ■





Bibliografía

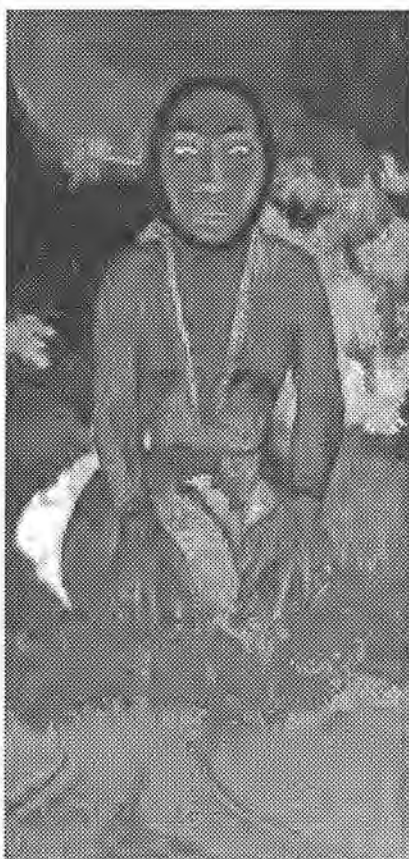
1. American Psychiatric Association (1995), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
2. Antonuccio, D. O., Danton, W. G., De Nelsky, G. (1995), "Psychotherapy Versus Medication for Depression: Challenging the Conventional Wisdom With Data", *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 26, No. 6, 574-585.
3. Arntz, A., van den Hout, M. (1996), "Psychological Treatments of Panic Disorders Without Agoraphobia: Cognitive Therapy vs. Applied Relaxation". *Behaviour Research and Therapy*, 34: 113-121.
4. Bartlett, F. (1929), *Remembering*, Oxford University Press, Oxford.
5. Beck, A. T. (1967), *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York, Harper and Row.
6. Beck, A. T. (1967), *Depression. Causes and Treatment*. Philadelphia University Press, Philadelphia.
7. Beck, A. T. (1976), *Cognitive Theory and the Emotional Disorders*. International Universities Press, New York.
8. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, New York.
9. Beck, A. T., Emery G. y Greenberg, R. L. (1985), *Anxiety Disorders and Phobias*. Basic Books, New York.
10. Beck, A. T., Greenberg, R. I. (1974), *Coping with Depression*. Institute for Rational Living, New York.
11. Beck, A. T., Freeman, A., et al (1995), *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, Paidós, Buenos Aires.
12. Beck, A. T. (1996), "Beyond Belief: A Theory of Modes, Personality and Psychopathology" en Salkovskis, P.M. (ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York, Guilford Press. 1-26
13. Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, B., Right, F. (1992), "Focused Cognitive Therapy of Panic Disorder: A Crossover Design and a One-year Follow-Up", *American Journal of Psychiatry*, 147: 778-783.
14. Bruner, J., Goodnow, J. J., Austin, G. A. (1956), *A Study of Thinking*, New York, Wiley.
15. Clark, D. A., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., Gelder, M. (1994), "A Comparison of Cognitive Therapy, Applied Relaxation and Imipramine in the Treatment of Panic Disorder". *British Journal of Psychiatry*, 164: 759-769.
16. Clark, D. A., Steer, R. A. (1996), "Empirical Status of the Cognitive Model of Anxiety and Depression" en Salkovskis, P.M. (ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York, Guilford Press. 75-97
17. Clark, D. M. (1996), "Panic Disorder: From Theory to Therapy", *ibidem*. 318-344.
18. Clark, D. M. (1988), "A Cognitive Model of Panic". En S. Rachman y J. Maser (eds.). *Panic: Psychological Perspectives*, Hillsdale, Erlbaum.
19. Clark, D. M. (1986), "A Cognitive Approach to Panic" en *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-70
20. Chambles, D., Hope, D. (1996), "Cognitive Approaches to the Psychopathology and Treatment of Social Phobia" en *Frontiers of Cognitive Therapy*, op.cit., 345-382.
21. Ehlers, A., Breuer, P. (1992), "Increased Cardiac Awareness in Panic Disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 371-382.
22. Freud, S. (1895/1971), *Estudios sobre la histeria*. Madrid, Biblioteca Nueva, Vol. 1.
23. Harvey, O. J., Hunt, D. E. y Schroder, H. M. (1961), *Conceptual Systems and Personality Organization*, New York, Wiley.
24. Kelly, G. A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, New York, Norton, vol. 1.
25. López-Alonso, J. C., Gómez-Jarabo, G. (1998), *Trastornos de pánico. Un azote de la mente. Manual práctico para su tratamiento*, Promolibro, Valencia.
26. Margraf, J., Schneider, S. (1991, Nov. 26), "Outcome and Active Ingredients of Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder" Trabajo presentado en la Conferencia Anual de la Association for the Advancement of Behaviour Therapy, New York. Citado por Clark, D. M., (1996), op. cit., p. 343.
27. Öst, L. G., Westling, B. (1995), "Applied Relaxation vs. Cognitive Therapy in the Treatment of Panic Disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 25: 411-424.
28. Padesky, C., Greenberger, D. (1995), "Using Mind over Mood in Anxiety" en *Mind over Mood*, New York, Guilford Press, 81-106.
29. Piaget, J. (1969), *El nacimiento de la inteligencia en el niño*, Madrid, Aguilar.
30. Piaget, J. (1948), *The Moral Judgment of the Child*, Illinois, Free Press.
31. Postman, L. (1951), "Toward a General Theory of Cognition", en *Social Psychology at the Crossroads*, Rohrer, J. H. y Sherif, M. (eds.), New York, Harper.
32. Rapoport, D. (1951), *Organization and Pathology of Thoughts*. New York, Colombia University Press.
33. Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. y Hollon, S. (1977), "Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Imipramine in the Treatment of Depressed Outpatients", en *Cognitive Therapy and Research*, 1:17-37.
34. Sacco, W., Beck, A.T. "Cognitive Theory and Therapy" en Beckham, E.E. y Leber, W. R. (eds.), *Handbook of Depression*. New York, Guilford Press, 329-351.
35. Salkovskis, P. M. (1996), "Cognitive Therapy and Aaron T. Beck" en *Frontiers of Cognitive Therapy*, op.cit., 533-539
36. Salkovskis, P. M. (1996), "The Cognitive Approach to Anxiety: Threat Beliefs, Safety-Seeking Behavior, and the Special Case of Health Anxiety and Obsessions", *ibidem*. 48-75.
37. Sarbin, T. R., Taft, R. y Bailey, D. E. (1960), *Clinical Inferences and Cognitive Theory*, New York, Holt.
38. Sidicaro, L. (1996), "Tratamiento grupal focalizado de la fobia social" en Baringoltz, S. *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia*, Buenos Aires, Editorial de Belgrano. 173-186.

Aspectos neurobioquímicos de los Trastornos de ansiedad

Ataque de pánico y Trastorno de angustia*

Sergio Rojtenberg

Médico psiquiatra. Miembro de la Asoc. de Psiquiatras en Argentina (Apsa), Miembro de la Asoc. Psicoanalítica de Bs. As. (APDEBA), Docente del Depto. de Salud Mental. Fac. de Medicina. UBA, Ex docente del Departamento de Farmacología. Fac. de Medicina. UBA, Cabildo 957, 12 "D", Buenos Aires. Tel.: 782-9719 E-mail: sroitenberg@roche.com.ar.



* Se ha utilizado la nomenclatura del DSM-IV de la APA en su versión castellana, traduciendo como en ella *Panic disorder* como Trastorno de angustia.

Hablar de los Trastornos de ansiedad es un tema complejo y difícil ya que se engloban en el DSM-IV una cantidad de cuadros de diferente etiopatogenia, clínica (más allá de la presencia del síntoma ansiedad), evolución y pronóstico.

Así, el DSM-IV refiere como Trastornos de ansiedad a las Crisis de angustia, el Trastorno de Angustia (TA) la Agorafobia, la Angustia con/sin agorafobia, la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, la Fobia específica, la Fobia social, el Trastorno obsesivo-compulsivo, el Trastorno por estrés post-traumático, el Trastorno por estrés agudo, la Ansiedad generalizada, los Trastornos debidos a enfermedad médica y los inducidos por sustancias.

Esta dificultad se hace extensiva (¿se globaliza?) a los aspectos neurobioquímicos de los mismos.

Así, limitaré esta producción a los elementos neurobioquímicos del cuadro que considero como uno de los paradigmas de los Trastornos de ansiedad: el (TA).

Inicialmente, los primeros modelos sobre la patofisiología del TA

se focalizaban en una estructura neuronal o sistema neurotransmisor, resultando útiles como hipótesis especulativas, pero limitados, tanto en su explicación de los hechos como respecto de su poder predictivo.

Modelos más actuales se refieren a sistemas neuronales diferentes e interactuantes, en forma funcional e integrada

En este sentido podemos referir conceptos de la neuroanatomía funcional de estructuras del S.N.C. involucradas (modelos "sólidos") como a modelos que se refieren a perturbaciones neuroquímicas ("húmedos").

Eventos de la vida diaria, que puedan ser decodificados como estresantes, y el evento traumático en sí mismo pueden generar mecanismos neurales de sensibilización del comportamiento para la cronicidad de la enfermedad y recurrencia en ciertos casos de TA.

Los desarrollos de D. Charney, un autor con importantes aportes al estudio neurobiológico de la ansiedad, apuntan a la amígdala y al locus coeruleus como estructuras implicadas y a la noradrenalina, serotonina, GABA, lactato,

Resumen

Este trabajo revisa las bases neurobioquímicas de los Trastornos de ansiedad a partir del estudio del Trastorno de angustia. Se detallan investigaciones que involucran estructuras anatómicas como la amígdala y el locus coeruleus y también diversos sistemas de neurotransmisores. Una profundización de estas investigaciones puede conducir a una clínica diferencial y a una terapéutica más racional

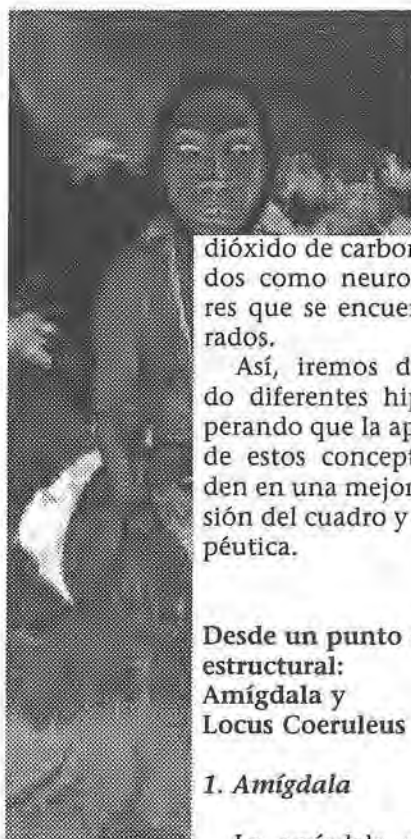
Palabras Clave: Trastornos por ansiedad - Trastornos de pánico - Neurobioquímica de la ansiedad.

NEURAL BIOCHEMISTRY OF ANXIETY DISORDERS

Summary

This work reviews the neurobiochemical basis of anxiety disorders by the study of the panic disorder. Researches involving anatomical structures are detailed, like amygdala and locus coeruleus, and also different neurotransmitters systems. The deepening of this investigation may led to a deferential clinic and a more rational therapeutic.

Key Words: Anxiety disorders - Panic disorder - Neural biochemistry of anxiety.



dióxido de carbono y péptidos como neurotransmisores que se encuentran alterados.

Así, iremos desarrollando diferentes hipótesis esperando que la aprehensión de estos conceptos redunden en una mejor comprensión del cuadro y de su terapéutica.

**Desde un punto de vista estructural:
Amígdala y
Locus Coeruleus**

1. Amígdala

La amígdala es una estructura que se encuentra en el lóbulo temporal.

Recibe importantes aferencias desde la 1. Corteza sensorial y asociativa con neurotransmisión aminoácido excitatoria, 2. Tálamo, 3. Hipotálamo, 4. Núcleos monoaminérgicos (locus coeruleus, núcleos del rafe y núcleos dopaminérgicos), 5. Núcleos parabraquiales. Así, la amígdala recibe un importante cúmulo de información sensorial que le permitiría recibir e interpretar el sentido de una eventual "amenaza".

Por otra parte, emite importantes eferencias a: 1. la corteza sensorial, 2. la corteza prefrontal, 3. el hipocampo y la corteza olfatoria, 4. el estriado ventral (incluyendo el núcleo accumbens) y 5. el núcleo basal de la estría terminal.

Importantes proyecciones, que salen del núcleo central de la amígdala, alcanzan el núcleo motor del vago (control cardiovascular), el núcleo parabraquial, (regulación respiratoria), el locus coeruleus (central de la inervación noradrenérgi-

ca) y los núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10.

Este múltiple interjuego de aferencias y eferencias permite, desde una perspectiva anatómica, pensar a la amígdala como una estructura central para coordinar los componentes cognitivos, afectivos, neuroendócrinos, cardiovasculares, respiratorios y musculoesqueléticos de las respuestas del miedo y la ansiedad.

2. Locus coeruleus

Por los vínculos que establecen y por algunos resultados obtenidos con la terapéutica es dable relacionar el locus coeruleus, principal núcleo noradrenérgico del SNC., con la respuesta al estrés, y con aquellos estímulos que generan miedo.

El neuropéptido Y (NY) (hay una referencia posterior) y la galanina también se encuentran en ese núcleo y se supone que pueden actuar como neuromoduladores de la función noradrenérgica.

Al igual que la amígdala la cualidad de sus aferencias y eferencias permiten establecer que el locus coeruleus tiene cierto grado de vinculación con los trastornos de pánico.

La información interoceptiva es canalizada a través de las aferencias que llegan del núcleo paragigantocellularis y del hipogloso.

La información exteroceptiva llega a través de aferencias corticales, particularmente la insular, la orbital, y la infralímbica

Por otra parte, emite eferencias hacia la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo, la corteza y la médula espinal.

Existen otras estructuras implicadas en estos trastornos pero su desarrollo exce-

dería el espacio propuesto para este segmento. Vayan como mención el hipocampo, el tálamo, el área gris periacueductal y la corteza orbitofrontal.

Neurotransmisores

Benzodiazepinas y Acido Gama-Aminobutírico

Las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados en la terapéutica de los trastornos de ansiedad.

Estos fármacos generan inhibición neuronaral, vía modulación alostérica del ácido gama-aminobutírico (GABA), que regula el flujo del Cl a través de canales iónicos.

Esto lleva a una variedad de efectos farmacológicos, incluyendo ansiolisis, relajación muscular y sedación.

Los antagonistas de las benzodiazepinas ocupan el sitio receptor de benzodiazepinas sin producir efectos farmacológicos, mientras que agonistas inversos, tales como ciertas beta-carbolinas, son ansiogénicos y proconvulsivos.

Benzodiazepinas de alta potencia, tales como alprazolam y clonazepam, han registrado efectos antipánico y son considerados farmacoterapias estándares para el tratamiento del TA.

El antagonista de benzodiazepinas, flumazenil, resultó ser panicogénico en pacientes con TA, mas no en sujetos de control saludables.

Así, es probable que pacientes con TA puedan tener una anomalía intrínseca (¿subsensibilidad?) del receptor de benzodiazepinas o una deficiencia de un agente ansiolítico endógeno.

Con respecto al GABA mismo, la inhibición de la síntesis del GABA en el hipotálamo dorsomedial de las ratas las sensibilizó a ansiedad inducida por lactato en un modelo de laboratorio de TA.

Hasta ahora, ningún defecto específico en el funcionamiento del GABA se ha identificado en pacientes con TA.

Noradrenalina, receptor Alfa₂ y antidepresivos

Anormalidades del adrenoreceptor Alfa₂ presináptico en el TA han sido identificadas en estudios conducidos con el antagonista Alfa₂ yohimbina y el agonista Alfa₂ clonidina. Pacientes con TA son anormalmente sensibles a los efectos de la yohimbina, experimentando una alta tasa de ataques de pánico acompañados de incremento de los niveles de plasma del metabolito de la noradrenalina 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG).

La sensibilidad a la yohimbina es relativamente específica para el TA, siendo una notable excepción el Trastorno por estrés post-traumático.

Por otra parte, los pacientes con TA tienen también respuestas anormales a la clonidina. Exhiben mayor hipotensión, MHPG del plasma disminuido y menor sedación que sujetos de control en la respuesta a la clonidina, sugiriendo una hipersensibilidad del receptor Alfa₂ en el TA.

Una anomalía intrínseca del adrenoreceptor Alfa₂, o una desregulación en otros sistemas neuronales aferentes que controlan el funcionamiento del adrenoreceptor Alfa₂, pueden tomarse en cuenta para estos datos.

También existe evidencia de subsensibilidad de adrenoreceptores Alfa₂ postsinápticos en el TA, basada en la observación de la respuesta plana de la hormona de crecimiento para la clonidina. No obstante, dicha anomalía es poco específica ya que la compar-

te con la depresión, el Trastorno de la ansiedad generalizado y la Fobia social.

Algunos investigadores, encontrando que los pacientes con TA son sensibles al isoproterenol, han propuesto una hipótesis de incrementada sensibilidad periférica del adrenoreceptor Beta.

La posibilidad de otras pruebas de cambio, tales como de cafeína y dióxido de carbono, para gatillar pánico en pacientes susceptibles puede ser, en parte, una función de su habilidad para influenciar el funcionamiento del sistema de noradrenalina.

La noradrenalina también se halla implicada en la respuesta terapéutica positiva de pacientes con TA al tratamiento con tricíclicos e inhibidores de la monoamino oxidasa, agentes que modulan directamente su funcionamiento.

Serotonina, agonistas e ISRS

Existen algunas evidencias sobre el rol de la serotonina en la patogénesis de la ansiedad.

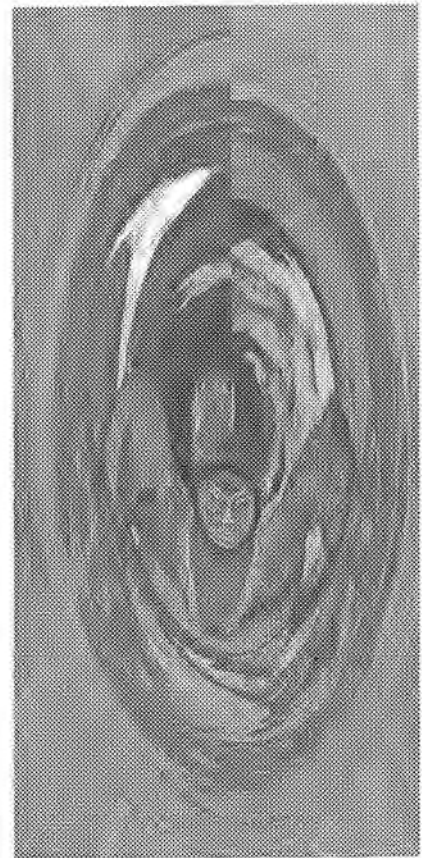
Así, la fenfluramina, agente liberador de la serotonina, es ansiogénico en pacientes con TA, pero tiende a incrementar ansiedad anticipatoria o generalizada más que verdadero pánico.

La evaluación de la función receptora de la serotonina postsináptica en el TA con el agonista-antagonista serotoninérgico m-CPP (m-clorofenilpiperazina) ha producido resultados equívocos. Así, la hipótesis acerca del TA sobre supersensibilidad del receptor de serotonina postsináptico requiere un examen más completo.

Varios subtipos de receptores de serotonina han sido implicados en el TA. Así, sabemos del efecto ansiolítico por el bloqueo del receptor 5HT₂.

Sin conclusiones firmes aún, el antagonista selectivo 5HT₃, ondansetron, puede resultar una farmacoterapia efectiva para el tratamiento de tal enfermedad.

La creciente evidencia de la efi-



cacia clínica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para el tratamiento del TA puede sugerir se deba a las interacciones de noradrenalina y serotonina.

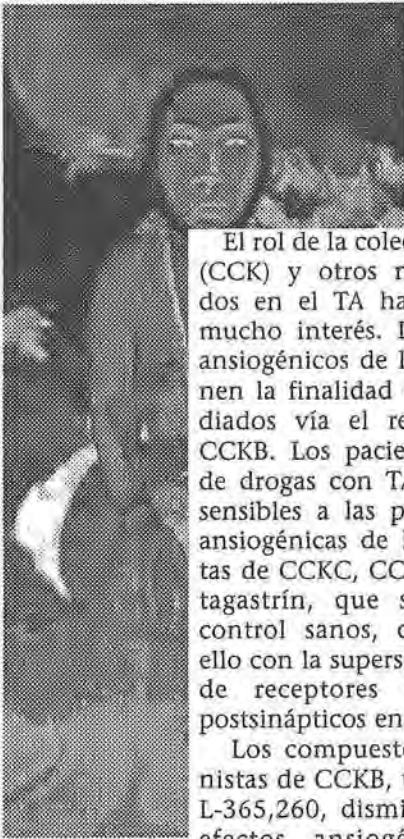
Lactato y dióxido de carbono

Son numerosos los datos sobre los efectos panicogénicos del lactato y dióxido de carbono en el TA. No obstante, los mecanismos biológicos que subyacen estos efectos permanecen en la obscuridad. El pánico inducido por lactato, específico del TA, es bien replicado y atenuado por farmacoterapias antipánico. Cambios agudos en el dióxido de carbono del plasma también pueden precipitar pánico en pacientes susceptibles.

Por ejemplo, la hiperventilación voluntaria causa hipocapnia e induce síntomas de pánico.

También, la hiperventilación produce un desproporcionado aumento de lactato cerebral en pacientes con TA, pre-existente en su mecanismo de alarma de sofocación.

Péptidos



El rol de la colecistokinina (CCK) y otros neuropéptidos en el TA ha suscitado mucho interés. Los efectos ansiogénicos de la CCK tienen la finalidad de ser mediados vía el receptor de CCKB. Los pacientes libres de drogas con TA son más sensibles a las propiedades ansiogénicas de los agonistas de CCKC, CCK-4 y pentagastrín, que sujetos de control sanos, consistente ello con la supersensibilidad de receptores de CCKB postsinápticos en el TA.

Los compuestos antagonistas de CCKB, tales como L-365,260, disminuyen los efectos ansiogénicos de CCK-4. Sin embargo, el hecho de que los antagonistas de CCKB tengan eficacia clínica en el TA es aún incierto.

Otro neuropéptido de interés en el TA es el neuropéptido Y.

Material reciente indica que los niveles de neuropéptido Y en plasma son anor-

malmente elevados en el TA, quizá reflejando una respuesta compensatoria con respecto a la sobreactividad del sistema de noradrenalina. Los agonistas receptores de neuropéptido Y-1 constituyen un objetivo promisorio para el desarrollo de drogas ansiolíticas.

Se requerirá una evaluación más completa acerca de los neuropéptidos y sus interacciones con los sistemas de neurotransmisores clásicos en el TA.

Conclusiones

La posibilidad de desarrollar un tratamiento integrado del TA abre buenas y nuevas expectativas para un tratamiento efectivo.

Así, las psicoterapias pueden trabajar sobre los condicionantes internos y externos de la ansiedad, tanto en su representación mental como en su existencia externa.

Esto puede tener repercu-

siones a nivel molecular alterando la expresión del gen relacionado con el estrés y la síntesis proteica, o influenciando mecanismos –como ser la potenciación a largo plazo– que resultan implicados en el aprendizaje y adquisición de memoria en las estructuras neuronales relacionadas con la ansiedad.

También, un abordaje farmacológico exitoso del TA puede provenir de una desarrollada comprensión de la neuroanatomía funcional y de los neurotransmisores implicados en los mecanismos del miedo y la ansiedad.

En el futuro, el desarrollo de drogas puede centrarse en péptidos o neurotransmisores más allá de los sistemas clásicos ya implicados en el TA.

Los esfuerzos pueden dirigirse a desarrollar drogas altamente selectivas que tengan como objetivo estructuras anatómicas, tales como la amígdala o el locus coeruleus, altamente implicadas

Bibliografía

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th Ed. Washington DC. *American psychiatric association*. 1994.
- Bandelow B., Sievert K., Rothemeyer M., Hajak G., Ruther E., What treatments do patients with panic disorder and agoraphobia get? *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 1995; 245(3): 165-71
- Barbee J. G., Memory, benzodiazepines, and anxiety: integration of theoretical and clinical perspectives. *J. Clin. Psychiatry*, 1993 Oct., 54 Suppl. (86-97).
- Cooper A., *The Biochemical Basis of Neuropharmacology*. Oxford University Press, 1991, 6a. Ed.
- Charney, D. et al., The neurobiological basis of anxiety and fear. Circuits, mechanisms and Neurochemical interactions. Review. Part I & II. *The Neuroscientist*, Williams & Wilkins, 1998.
- DeLorey T. M., Olsen R. W., Gamma-aminobutyric acid A receptor structure and function. *J. Biol. Chem.*, 1992; 267: 1674-1675.
- Estes, J. W., The road to tranquility: the search for selective anti-anxiety agents. *Synapse*, 1995 Sep., 21(1):10-20.
- Gardner C. R., A review of recently-developed ligands for neuronal benzodiazepine receptors and their pharmacological activities. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 1992; 16: 755-781.
- Petersen E. N., Benzodiazepine receptor pharmacology: New vistas. *Drugs of the Future* 1987; 12: 1043-1053.
- Schatzberg, A., Neemeroff, Ch., *Textbook of Psychopharmacology*. American Psychiatric Press, 1998.
- Stahl, S., *Essential Pharmacology. Drug treatments for Obsessive, Panic and Phobic disorders*. Cambridge University Press, 1996.
- Uhlenhuth E. H., Balter M. B., Ban T. A., Yang K., International study of expert judgment on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: III. Clinical features affecting experts' therapeutic recommendations in anxiety disorders. *Psychopharmacol Bull.*, 1995, 31 (2): 289-96.

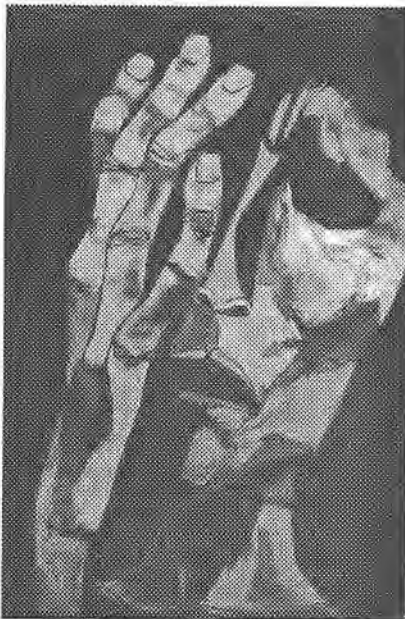
Tratamiento a largo plazo del trastorno por pánico: Historia natural, cronicidad y factores asociados

Silvia Wikinski

Médica especialista en Psiquiatría. Miembro de la Carrera de Investigador Científico (CONICET).

Jefe de Trabajos Prácticos de la 1era. Cátedra de Farmacología, Fac. Medicina, UBA.

Azuénaga 1038, 9° "C", Buenos Aires. Tel.: 824-5634.



El trastorno de pánico es un síndrome con tres componentes principales: los ataques de pánico propiamente dichos, la ansiedad anticipatoria y la conducta evitativa. El éxito terapéutico en la fase aguda del tratamiento tiene por objetivo principal aumentar el tiempo libre de ataques y atenuar su intensidad. Recién entonces están dadas las condiciones para disminuir o eliminar la ansiedad anticipatoria y las conductas evitativas, que son en gran medida las responsables del deterioro de la calidad de vida del paciente.

Desde la descripción original de Klein(8), el abordaje farmacológico del trastorno de pánico en su fase aguda ha sido objeto de exhaustivo estudio. Así, después de comprobarse la eficacia antipánico de la imipramina, se demostró igual propiedad para otros antidepressivos tricíclicos y más recientemente para los inhibidores selecti-

vos de la recaptación de serotonina, en especial la paroxetina y la fluvoxamina(9). El desarrollo de benzodiazepinas de alta potencia, como el clonazepam y el alprazolam, añadió dos herramientas farmacológicas a las ya disponibles dado que estas drogas tuvieron, en ensayos comparados, eficacia comparable a la de la imipramina en la prevención de los ataques de pánico(26, 6). Hoy en día se ha logrado disminuir significativamente la sintomatología del trastorno de pánico al cabo de 6 a 12 semanas de tratamiento y esto dio lugar a nuevos interrogantes: ¿cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento? ¿el tratamiento es capaz de modificar el curso natural de la enfermedad? ¿las dosis de mantenimiento son iguales a las de la fase aguda? ¿hay predictores clínicos de recaída? El objetivo del presente trabajo es examinar estos aspectos del tratamiento a largo plazo del trastorno de pánico.

Resumen

Este trabajo revisa el tratamiento farmacológico a largo plazo del trastorno de pánico. Diversos estudios epidemiológicos y clínicos han demostrado que esta es una patología crónica, lo que a su vez justifica que su tratamiento sea prolongado. Aunque no hay un consenso acerca de la duración del mismo, los trabajos analizados proponen períodos de más de un año y, muchos de ellos, de 2 o más años. Durante la fase de mantenimiento (una vez sofocados los síntomas) la dosis de medicación puede disminuirse, aunque esta disminución suele ser más exitosa con los antidepressivos que con las benzodiazepinas de alta potencia. La combinación de farmacoterapia con distintas estrategias psicoterapéuticas augura una mejor evolución.

Palabras Clave: Trastorno de pánico - Tratamiento a largo plazo - Farmacoterapia.

LONG-TERM TREATMENT OF PANIC DISORDER: NATURAL HISTORY, CHRONICITY AND ASSOCIATED FACTORS

Summary

This work reviews the long-term pharmacotherapy of Panic Disorder. Several epidemiologic and clinical studies have demonstrate that Panic Disorder has a chronic course which justifies in turn a prolonged pharmacological treatment. Although no consensus has been achieved concerning its duration most of the authors suggest a period ranging from one to two or even more years. Maintenance phase may be conducted with lower doses than those used during acute phase of the treatment, but this diminution would be more secure if antidepressants are prescribed instead of high potency benzodiazepines. Combined pharmacotherapy and psychotherapy predict a better outcome.

Key Words: Panic disorder - Long-term treatment - Pharmacotherapy.



El trastorno de pánico es un padecimiento crónico

La edad de comienzo del trastorno de pánico está situada entre los 20 y los 35 años(23). Sin embargo es frecuente observar que dicho inicio está precedido de antecedentes que se remontan a la infancia. Los enfermos relatan haber experimentado angustia de separación, terrores nocturnos, fobias y otras alteraciones de ansiedad desde los primeros años de la vida. Estas observaciones naturalísticas han sido corroboradas por gran cantidad de autores en estudios retrospectivos. Varios trabajos(1, 2, 3, 17, 18, 19), Aronson, han señalado que un número significativo (20 al 60%) de los pacientes adultos sufrió trastornos de ansiedad en la primera o segunda década de la vida. Por otro lado la frecuente comorbilidad con trastornos de personalidad o con trastornos de la esfera

afectiva, como la depresión, contribuye al curso crónico del padecimiento. De hecho, una vez que el trastorno de pánico se hace presente, su duración es prolongada. En el estudio ECA, por ejemplo(23), la duración media fue de 7.1 años para los pacientes que reportaron remisión, pero en el 81% de los pacientes no se pudo computar el tiempo de duración ya que el trastorno estaba activo al momento de la evaluación. De estos hallazgos clínicos y epidemiológicos surge naturalmente la consideración de que el tratamiento deberá también ser prolongado a riesgo, de no ser así, de que se presenten recaídas.

¿El tratamiento farmacológico es capaz de modificar el curso crónico del padecimiento?

En la tabla 1 se sintetizan los resultados obtenidos en diversos estudios de segui-

miento a largo plazo de pacientes tratados farmacológicamente. Puede observarse que un porcentaje importante de pacientes continúa usando medicación al momento del seguimiento, varios años después de comenzado el tratamiento. Aún así, porcentajes variables aunque significativos, continúan sintomáticos. Pareciera, por lo tanto, que el tratamiento con drogas produce mejorías clínicas sustanciales pero que éstas dependen en gran medida de la continuidad del mismo. De hecho Noyes y cols.(13) señalaron que el 64% de los pacientes que recibían alprazolam no pudieron suspender la medicación, y un 60% reportó que la supresión indujo la reaparición de síntomas de ansiedad iguales o peores a los del inicio de la enfermedad. Estos hechos, que podrían ser adjudicados a la dependencia a agentes ansiolíticos, no pudieron ser evitados aún cuando las

Tabla 1
Estudios de seguimiento a largo plazo en el tratamiento farmacológico del trastorno de pánico

Referencia	n	Tratamiento/s	Tiempo de Seguimiento (años)	% Pacientes con síntomas residuales	%Pacientes con medicación
Noyes y cols.(1989)	107	Bz /I	1 a 4	75	60
Rickels y cols.(1993)	48	A/I/P	2	25	50
Katsching y cols.(1989)	367	A/I	2.6	61	50
Schweizer y cols.(1993)	106	A/I/P	1	30	50
Pollack y cols.(1993)	49	A/I	1.5	40	75

Referencias: n= número de pacientes incluidos; Bz= benzodiazepinas de alta potencia; A= alprazolam; I= imipramina; P= placebo

benzodiazepinas administradas eran de vida media prolongada y el esquema de supresión fue gradual(24). Aunque en algunos estudios comparativos la supresión de benzodiazepinas se acompañó de mayores dificultades que la de los antidepresivos(22), la interrupción del tratamiento antidepresivo también se acompaña de recaídas. Noyes y cols.(14) observaron que de aquellos pacientes que obtuvieron mejoría moderada con tricíclicos y que intentaron suspender el tratamiento, un porcentaje mayoritario sufría una recaída dentro de los dos meses posteriores a la suspensión. Sólo el 25% de los pacientes que discontinuaron el tratamiento antidepresivo continuaron libres de fármacos dos años después.

En conclusión, las evidencias hasta el momento sugieren que si bien la medicación antipánico mejora la condición del paciente, esta mejoría es dependiente de la continuidad del tratamiento en un porcentaje mayoritario de casos. Esta dificultad para abandonar el tratamiento no parece deberse a la dependencia a las benzodiazepinas administradas, ya que también se presenta con antidepresivos tricíclicos.

¿Cuánto tiempo debe sostenerse el tratamiento farmacológico antes de intentar una supresión?

Muskin y Fyer(12) señalaron que en un grupo de pacientes fueron necesarios 3 a 9 meses para que desaparecieran los ataques de pánico y 14 a 26 meses para que cediera la ansiedad anticipatoria. Los intentos de supresión de imipramina se acompañaron de un 80% de recaídas cuando éstos se llevaron a cabo seis meses después de iniciado el tratamiento y de sólo un 25% cuando fueron llevados a cabo un año más tarde(10). Por lo tanto, pareciera que la prolongación del tratamiento farmacológico augura mejor respuesta a la supresión.

¿La dosis de mantenimiento es la misma que la del tratamiento agudo?

Algunos autores señalan que la dosis de mantenimiento con antidepresivos puede ser menor que la de la fase aguda. De hecho Mavasilian(11) reportó que, una vez obtenida una respuesta clínica satisfactoria (disminución o desaparición de los ataques de pánico) puede reducirse gradualmente la dosis de imipramina a la mitad sin que se pierdan los beneficios obtenidos durante la fase aguda. Estos datos son coincidentes con los reportados por Pollack y cols.(20), quienes hallaron eficacia clínica sostenida con una dosis media de 74 mg diarios de imipramina, dosis significativamente menor a la recomendada en la fase aguda.

Por otro lado, el desarrollo de tolerancia inducido por las benzodiazepinas puede ser motivo de preocupación. Sin embargo, se ha observado reiteradamente en seguimientos a largo plazo, que los pacientes tratados con benzodiazepinas de alta potencia no requieren aumentos de dosis para mantener el beneficio terapéutico(20, 25). En sentido contrario, así como no parece ser necesario aumentar las dosis para garantizar el beneficio terapéutico, en el caso de las benzodiazepinas, la disminución de la dosis efectiva parece augurar una peor evolución y la tendencia a la cronicidad(21).

¿Se cuenta con predictores clínicos de buena respuesta a la supresión del tratamiento farmacológico?

Pollack y Smoller(21) señalan que los predictores de una buena respuesta a la supresión del tratamiento de mantenimiento son: 1) episodios de pánico limitados en el tiempo; 2) pocos síntomas de ansiedad en la infancia; 3) comorbilidad baja o ausente.

Por otro lado, una buena respuesta clínica al tratamiento far-



macológico aumenta las posibilidades de éxito al intentar la suspensión de las drogas.

¿Contribuye al éxito a largo plazo el tratamiento psicoterapéutico combinado?

Muchos trabajos señalan que la eficacia a largo plazo depende en gran medida de cambios cognitivos. Las estrategias psicoterapéuticas que han sido motivo de escrutinio sistemático en trabajos de investigación incluyen la exposición in vivo, las técnicas de relajación y la psicoterapia cognitivo-conductual. Prácticamente no hay trabajos sobre la eficacia de psicoterapias orientadas psicoanalíticamente o psicoterapias de corte interpersonal, que son las que con más frecuencia se utilizan en nuestro país. Sería interesante evaluar de manera sistemática la contribución que estas estrategias psicoterapéuticas hacen al alivio del trastorno de pánico.

En lo que se refiere a las técnicas antes mencionadas, la evidencia acumulada a la fecha permite afirmar que los pacientes que recibieron una combinación de fármaco y psicoterapia tuvieron una evolución significativamente mejor que



los que sólo recibieron drogas. En un interesante meta-análisis publicado por Bakker y cols.(2), se evaluaron 68 estudios realizados con 106 condiciones terapéuticas diferentes y que incluían a 1346 pacientes en total. Se comparó la eficacia a largo plazo de seis tratamientos distintos: benzodiazepinas de alta potencia, antidepresivos, manejo psicológico de la ansiedad, exposición en vivo, antidepresivos más exposición en vivo y manejo psicológico más exposición en vivo. Todos los tratamientos fueron efectivos en la evaluación inmediatamente posterior al fin del tratamiento y los pacientes en su mayoría se mostraban asintomáticos en el seguimiento, pero no se reporta qué sostén fármaco o psicoterapéutico recibieron los enfermos entre uno y otro punto del ensayo. A pesar de este aspecto, es interesante señalar la eficacia comparable que tuvieron las estrategias psicológicas y farmacológicas en el manejo a largo plazo del trastorno de pánico.

Dados los efectos de las benzodiazepinas sobre la memoria cabría preguntarse si el tratamiento combinado de benzodiazepinas y psicoterapia no conspira contra la eficacia de esta última.

Oei y cols.(16), evaluaron el efecto recíproco del tratamiento farmacológico en 106 pacientes bajo psicoterapia cognitivo conductual. Compararon la evolución a largo plazo (media 3.2 años, rango 1 a 6.2 años) en cuatro grupos de pacientes sometidos todos a psicoterapia cognitivo conductual: un grupo sin medicación, otro con ansiolíticos, otro con antidepresivos y un cuarto con antidepresivos y ansiolíticos. Observaron que no hubo diferencias entre los grupos ni en la evaluación pre-tratamiento ni en el seguimiento a largo plazo. Los que no usaban medicamentos continuaron en su mayoría (80%) sin recibirlos. De los que tomaban medicación el 44% había podido suspenderla al momento del seguimiento. El tratamiento farmacológico no perjudicó ni mejoró el resultado de la terapia conductual. De estos datos se desprende la conclusión de que la psicoterapia ya sea cognitiva-conductual o las técnicas de exposición *in vivo* mejoran sustancialmente la evolución y favorecen el bienestar del paciente durante períodos más prolongados. Quedaría por conocer el beneficio que reportarían otras técnicas psicoterapéuticas.

Conclusiones

Hemos visto que el trastorno de pánico es de evolución crónica y que ello condiciona la duración de los tratamientos prescritos. De hecho en los estudios a largo plazo se observa un porcentaje importante de pacientes que, aún habiendo obtenido una remisión total de síntomas requiere la continuidad del tratamiento para sostener la mejoría. También es de señalar que hay un porcentaje grande de pacientes que no logra una mejoría completa aún durante el tratamiento farmacológico. Las dosis de mantenimiento pueden ser menores si el fármaco administrado es un antidepresivo, pero difícilmente se puedan disminuir las dosis de benzodiazepinas durante esta segunda fase del tratamiento. Son predictores de una buena respuesta a la supresión del tratamiento farmacológico los trastornos de pánico con ataques limitados en el tiempo, pocos antecedentes en la infancia y ausencia de comorbilidad. La administración de psicofármacos debe acompañarse de un tratamiento psicoterapéutico ya que éste potencia y prolonga el beneficio de las drogas antipánico ■

Bibliografía

1. Aronson, T., Logue C. (1987), On the longitudinal course of panic disorder; Developmental history and predictors of phobic complications. *Compr. Psychiatry* 28; 344-355.
2. Bakker A., van Balkom A. J., Spinhoven P., Blaaw B. M., van Dyck R. (1998), Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *J. Nerv. Ment. Dis.* 186: 414-419.
3. Ballenger J., Lydiard B., Turner S. (1995), Panic disorder and agoraphobia. En: *Treatments of Psychiatric Disorders*. Gabbard, G. (ed.). Págs. 1421-1452. *American Psychiatric Press*. Washington.
4. Berg, I. (1976), School phobia in the children of agoraphobic women. *Br. J. Psychiatry* 128: 86-89.
5. Berg, L., Marks I., McGuire R. (1974), School phobia and agoraphobia. *Psychol. Med.* 4: 428-434.
6. Fyer A., Mannuzza S., Coplan J. (1995), Panic disorders and agoraphobia. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Págs. 1191-1204. Williams and Wilkins. Baltimore.
7. Katsching H., Stolk J., Klerman G. L. (1989), Long-term follow-up of panic disorder, I: Clinical outcome of a large group of patients participating in an international multicenter clinical-drug trial. Trabajo presentado en el 27th Annual Meeting of the American college of Neuropsychopharmacology. San Juan, Puerto Rico.
8. Klein, D. F. (1964), Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacol.* 5: 397-408.
9. Lecrubier Y., Judge, R. (1997), Long-term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder. Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators. *Acta Psychiat. Scand.* 95: 153-160.
10. Mavissakalian M., Perel J. (1992), Protective effects of imipramine maintenance treatment in panic disorder with agoraphobia. *Am. J. Psychiatry* 149: 1053-1057.
11. Mavissakalian M., Perel J. (1995), Imipramine treatment of panic disorder with agoraphobia: Dose ranging and plasma level-response relationships. *Am. J. Psychiatry* 152: 673-682.
12. Muskin P. R., Fyer A. J. (1981), Treatment of panic disorder. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1: 81-90.
13. Noyes, R., Garvey, M., Cook B. (1988), Benzodiazepine withdrawal: a review of the evidence. *J. Clin. Psychiatry* 49: 382-389.
14. Noyes R., Garvey M. J., Cook B. L. y cols. (1989), Problems with tricyclic antidepressant use in patients with panic disorder or agoraphobia: results of a naturalistic follow-up study. *J. Clin. Psychiatry* 50: 163-169.
15. Noyes R., Garvey M. J., Cook B. L. y cols. (1991), Controlled discontinuation of benzodiazepine treatment for patients with panic disorder. *Am. J. Psychiatry* 148: 517-523.
16. Oei T. P., Llamas, M., Evans, L. (1997), Does concurrent drug intake affect the long-term outcome of group cognitive behaviour therapy in panic disorder without agoraphobia? *Behav. Res. Ther.* 35: 851-857.
17. Otto M. W., Pollack M. H., Rosenbaum J. F. y cols. (1994), Childhood history of anxiety in adults with panic disorder: Association with anxiety sensitivity and comorbidity. *Harvard Review of Psychiatry* 1: 288-293.
18. Pollack M. H., Otto M. W., Rosenbaum J. F. y cols. (1990), Longitudinal course of panic disorder: Findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J. Clin. Psychiatry* 51: 12-16.
19. Pollack M. H., Otto M. W., Rosenbaum J. F. y cols. (1992), Personality disorders in panic patients: Relationship to childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity and chronicity. *Compr. Psychiatry* 33: 78-83.
20. Pollack M. H., Otto M. W., Tesar G. E. y cols. (1993), Long-term outcome after acute treatment with clonazepam and alprazolam for panic disorder. *J. Clin. Psychopharmacol.* 13: 257-263.
21. Pollack M. H., Smoller J. W. (1995), The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Anxiety Disorders: longitudinal course and treatment. Psych. Clin. North America*. Pp. 785-801.
22. Rickels K., Schweizer E., Weis S. y cols. (1993), Maintenance drug treatment for panic disorder: II. Short- and long-term outcome after drug taper. *Arc. Gen. Psychiatry* 50: 61-68.
23. Robins, L., Regier, D. A., eds. (1991), *Psychiatric disorder in America*. New York: Free Press.
24. Schweizer E., Rickels K., Case W. G. y cols. (1990), Long-term therapeutic use of benzodiazepines: Effects of gradual taper. *Arc. Gen. Psychiatry* 47: 908-915.
25. Worthington J. J. 3rd, Pollack M. H., Otto M. W., McLean R. Y. y cols. (1998), Long-term experience with clonazepam in patients with a primary diagnosis of panic disorder. *Psychopharmacol. Bull.* 34(2): 199-205.



Los grupos de Autoayuda en los Trastornos de Ansiedad

Entrevista a Hebe Rodríguez

por Martín Nemirovsky y Juan Carlos Stagnaro

En una casa del barrio de Palermo tiene su sede la Asociación Civil "Ayuda" para el Tratamiento y Recuperación de los Trastornos de Ansiedad. Además de prestar atención a personas con esos trastornos, desarrollar actividades de difusión pública sobre el tema y ofrecer formación a profesionales de la Salud Mental en las técnicas específicas que proponen para el tratamiento de los mismos, "Ayuda" fomenta la creación de grupos de autoayuda y prepara a los Coordinadores de los mismos. En sus locales entrevistamos a Hebe Rodríguez una de la personas que trabaja voluntariamente en la red de grupos que se ha formado para tal fin.



Vertex: ¿Cuándo y cómo surgió la Asociación Civil "Ayuda"?

Hebe Rodríguez: La Asociación es pionera en el país. Surgió a raíz de la necesidad de la gente, porque esta enfermedad es bastante poco conocida. Los que la sufren hacen recorridos muy grandes por todos los especialistas. Como tienen manifestaciones a nivel físico la gente tiene pilas de análisis y radiografías; visita endocrinólogos, cardiólogos, se los investiga desde la punta de los dedos hasta el último de los pelos. Eso produce un cansancio tremendo y uno termina por querer que le encuentren algo porque se dice que así lo van a curar. Un día una paciente contó lo que hacía aquí por televisión y llegó un aluvión de llamadas. Entre esas personas que llamaron estuve yo, que estaba casi presa en casa, encerrada durante cuatro meses. En la agorafobia es como si uno estuviera sentada en una silla de ruedas invisible. De la única forma que se sale a la calle es acompañada por una persona a la que uno le tenga confianza. Es triste no poder cruzar al almacén

de enfrente. Yo igual tuve que trabajar porque no podía dejar mi negocio. Bueno, sin saber qué más hacer, de última, me comuniqué a la televisión y me dieron con esta gente que atendía, al principio cada uno en su consultorio individual. Con sacrificio se acomodó la casa, trabajaron todos, hasta los pacientes pintando la planta baja. De hecho teníamos un lugar chiquitito para trabajar con los grupos, después hicimos una sala grande. Es agradable ver que ya la institución puede hacer estadísticas propias. Antes trabajaba sobre la base de estadísticas de Estados Unidos pero ya hace las propias. Y es la institución que tiene la mayor cantidad de gente recuperada y la menor cantidad que abandona el tratamiento. Desgraciadamente mantener una estructura cuesta. Los precios son los más, digamos, económicos (sonríe); yo soy muy doméstica para hablar. Lo que pretendo ahora es transmitir cómo yo pude hacer para salir del espacio de la enfermedad.

Vertex: ¿Cómo funcionan los grupos?

Rodríguez: El grupo tiene muy buena aceptación entre la gente porque como todos los enfermos mentales, aunque no se les note, son muy marginados. Yo siempre digo que si uno está en un almacén y dice: apúrese

por favor que tengo turno con el cardiólogo, nadie lo mira, pero si se le ocurre decir tengo turno con el psiquiatra... todos se dan vuelta para ver quién es el loco.

La gente se siente acompañada en los grupos porque ni la familia los puede comprender. Hay familias que podrían acompañar a un enfermo de cáncer, a un enfermo de sida porque está eso de que "a mí también me puede pasar", pero decir: "yo puedo ser loco", ¡no! ¡jamás! Entonces se van separando. Los amigos abandonan, no comprenden, no se sabe muy bien si es omnipotencia, miedo al contagio...

Una de las cosas que más le preocupa a la gente cuando llega a los grupos es el mito de los remedios. A mí me dicen: "Si voy a un psiquiatra y me da un remedio voy a estar dormido todo el día" ... " Me puede producir una adicción" y yo les explico -más que como Coordinadora como ser humano, como mujer-: mirá si vos tomás por tu cuenta algo para calmarte y te sentís un poco mejor y lo seguís tomando seis o siete o diez años no lo vas a poder largar porque eso sí va a producir a la larga una adicción. Pero un tratamiento como la gente, digamos, un tratamiento que empieza y termina, es algo que te va a servir y va a llegar un momento en que las pastillas en un lapso de un año o un año medio se van a dejar. Y yo sinceramente empleo la parte doméstica para todo, porque a veces las personas piensan que el cerebro no se enferma, como si fuera más que algo material, algo, qué se yo, como eso de que "porque me hicieron algo de chico, porque me trataron bien o mal" y yo siempre digo: si ustedes abren una vaca y miran los pulmones, el cerebro o el estómago, verán que todo se puede enfermar de la misma manera y todo podría curarse de la misma manera. El psiquiatra cumple el rol de lo que sería un hepatólogo con la pastilla para curar. Pero si nosotros seguimos con una conducta de vida de comer un huevo frito todos los días no nos vamos a curar y ahí se necesita el cambio de conducta, de hábito en la comida; de eso se ocupa el psicólogo y de enseñar a cocinar los alimentos, el grupo.

Vertex: O sea que inicialmente los primeros grupos que se formaron eran pacientes de profesionales que los atendían en sus consultorios

Rodríguez: Sí, efectivamente.

Vertex: ¿Cuál es el estatus de esta Asociación?

Rodríguez: Es un Asociación sin fines de lucro que brinda asistencia con honorarios bajos; los grupos son gratuitos.

Vertex: ¿Para pertenecer a los grupos hay que estar en tratamiento con los profesionales de la institución, o se puede venir de afuera y participar sólo en ellos?

Rodríguez: Se viene de afuera. Al principio eran grupos cerrados, pero después no. Los grupos no son de

ninguna manera un nexo entre los médicos de la institución y los pacientes. Alguien puede venir sólo a los grupos y no estar en tratamiento aquí.

Vertex: Ud. es Coordinadora de grupos ¿En qué consiste su rol?

Rodríguez: Además de Coordinadora -y lo soy desde 1995- yo tengo que ser también participante del grupo. Soy una compañera más, porque si tengo algún tipo de problema también lo puedo manifestar y bajarlo en el grupo.

El rol de la Coordinadora es poner un poco de organización, marcar los tiempos de comienzo y finalización y explicarle a la gente qué es lo que le está pasando. Es muy importante para una persona saber que no se va a morir de un ataque de pánico. Que no se va a morir, no se va a desmayar, no va a perder el control, que no se va a volver loco. Que se lo diga otra persona que lo pasó y que ya no lo sufre es muy importante. Además es útil encontrarse con un montón de gente que tiene el mismo problema; porque las patologías no se mezclan, los grupos son heterogéneos en cuanto al sexo y edad pero homogéneos en cuanto a la enfermedad. Todos los miembros tienen el mismo trastorno, los que tienen trastornos por pánico están con los que tienen trastornos por pánico, los que tienen fobia con los que tienen fobia, los que tienen trastorno obsesivo compulsivo... el que yo coordino es el de la enfermedad que yo tuve, es decir, agorafobia y ataque de pánico.

Vertex: O sea que circula mucha gente por esos grupos.

Rodríguez: Sí. Tan es así que la institución sigue formando Coordinadores. Hace poquito terminó un curso para Coordinadores. El Coordinador trabaja en forma voluntaria y se encarga de conseguir otros lugares para reunir la gente.

Vertex: Cómo hace Alcohólicos Anónimos.

Rodríguez: Exactamente. Yo coordino acá los martes el grupo que llamamos Palermo y Once-Congreso. También alquilamos un salón de fiestas infantiles y cada uno pone un poquito, 2,50 ó 3 pesos, para pagar el lugar.

Vertex: ¿Cuántos grupos hay en funcionamiento?

Rodríguez: En este momento están Palermo, Once, Congreso, Villa Luro, Parque Saavedra y Quilmes y hay otro grupo en Salta.

Vertex: ¿Cuánta gente participa en esos grupos?

Rodríguez: Más o menos alrededor de 30 personas en cada uno.

Vertex: ¿Y hay actividades intergrupo o los Coordinadores se relacionan entre sí?

Rodríguez: Sí, nosotros estamos casi todos conectados. Al que nos llama se le pregunta en qué zona vive y se lo ubica. En realidad sería ideal que se pudieran hacer más grupos. Pero el Coordinador necesita un entrenamiento; eso lleva horas de trabajo y todo se hace en forma voluntaria.

Vertex: ¿Qué es lo que los impulsa a Ud. y a los otros Coordinadores a hacer todo ese esfuerzo?

Rodríguez: Yo sufrí mucho con esta enfermedad. Cuando empecé a salir y me di cuenta de que estaba mejor se propuso formar Coordinadores, es como si me hubieran dado realmente un título grande y me dije: "yo voy a hacer todo lo posible para que otra persona no pase lo que pasé yo". Porque es tristísimo.

Vertex: ¿Cuál había sido la reacción de su familia cuando Ud. tenía la enfermedad y cuál es su actitud ahora?

Rodríguez: Mi familia me apoyó mucho cuando estaba enferma. Mi hijo adolescente, que es bastante difícil, me acompañó los primeros tiempos a terapia. En esto le estoy muy, muy, agradecida. Pero la reacción de la familia es bastante rara. Tratan de que la persona se cure, salga, pero ellos ya están acostumbrados a que tienen permanentemente a su familiar en la casa, y cuando se producen esas salidas empieza a haber cambios en la familia. Cuando yo inicié el tratamiento pesaba 15 kilos más, andaba en zapatillas, con un pulloverón grande. Me cortaba el pelo cortito y me hacía la permanente porque estar en el sillón de la peluquería era muy difícil. Luego mejoré y empecé a salir, a caminar, a andar y cambié.

Vertex: ¿Qué es lo que caracteriza para Ud. a las fobias?

Rodríguez: El miedo a la muerte, a las enfermedades, a la muerte de familiares...

Vertex: ¿Cómo es que en algunas personas se originan esos miedos y en otras no?

Rodríguez: Bueno, por lo que nosotros sabemos en esto hay algo genético y también conductas adquiridas. Por lo general los fóbicos tenemos parientes, o ansiosos, o fóbicos. Se detectaron cuatro generaciones de fóbicos en una familia. En el grupo de Congreso tengo dos hermanos, mujer y varón, y los dos son agorafóbicos; y qué pasa en una casa de cuatro o cinco hermanos si el papá o la mamá les dicen cuando salen: ¡cuidado al cruzar la calle! seguro que el que algún día va a desarrollar una fobia es el que presta más atención al cuidado. Al hablar en los grupos encontramos que tenemos muchas cosas en común: miedos de chicos de no poder dormir más que con la luz prendida, o agarrados de la mano de la mamá, o de no poder largarse de toboganes muy altos. Es decir, es como si ya hubiera pequeñas señales en algún momento de la vida...



Vertex: Uds. interpretan que siempre estos problemas tienen base hereditaria, genética...

Rodríguez: No siempre, pero en la mayoría de los casos.

Vertex: Ud. también dijo adquiridas... A veces podrían ser adquisiciones tan tempranas en la vida que parecen hereditarias...

Rodríguez: Algunas sí son adquiridas. Vuelvo a lo doméstico, ninguna plantita nace bien si no está bien abonada la tierra. Yo creo que soy fóbica de primera cepa porque la predisposición la he tenido, he tenido padres miedosos, he tenido familia de pegoteo; cuando se enferma uno sufren todos, cuando entra en deuda uno entran en deudas todos y...

Vertex: ¿Qué experiencia tiene la gente de los grupos con los tratamientos psicoanalíticos de sus fobias?

Rodríguez: No, para nosotros el psicoanálisis acá no va. La gente que llega a los grupos ha recorrido por lo menos 8 ó 10 médicos y han hecho años de análisis, nos dimos cuenta de que la terapia convencional no funciona sino que preferimos la cognitivo-conductual. Lo nuestro es cambio total de la forma de vida, cambio de la conducta.

Vertex: ¿Siempre la asocian con psicofármacos o puede funcionar sola?

Rodríguez: No, puede funcionar sola, pero digamos que da mucho más trabajo. Sobre todo depende de la cantidad de años que la persona haya estado enferma.

Vertex: Y cuando la gente llega a los grupos ¿Uds. la estimulan para que consulten ya sea a un psicólogo o un psiquiatra, para que acceda a una terapia tanto farmacológica como cognitivo-conductual?

Rodríguez: Bueno, nosotros lo que decimos es que el grupo es un complemento del tratamiento. Que lo ideal sería psiquiatra, psicólogo y grupo. Convengamos que en este momento no están dadas las condiciones económicas y que desgraciadamente en los hospitales municipales o en las Obras Sociales no se brinda una cosa ideal para esto.

Vertex: Sabemos que los actualmente llamados Trastornos de ansiedad pueden ser puros o también presentarse asociados a otros cuadros patológicos que pueden ser graves; por ejemplo, se observan reacciones fóbicas en pacientes esquizofrénicos. Cuando viene alguien de afuera que ha hecho un

cierto recorrido pero que no tiene un terapeuta en ese momento y presenta signos de un problema ansioso ¿En qué se basan Uds. para decirle quedátele con nosotros o esto no es para vos andá a tal otro lado a consultar? ¿quién decide eso?

Rodríguez: Bueno, en la Institución las evaluaciones profesionales son totalmente gratuitas. O sea que si se llega a tener alguna duda se pide un turno, se le hace una evaluación y se le dice: no, no puede ir más a un grupo o lo suyo es otra cosa. Pero hay características típicas de los fóbicos. La diferencia, por ejemplo, entre un fóbico y un depresivo es que el fóbico tiene ganas pero no puede, mientras que el depresivo no tiene ganas. El fóbico sale a la calle con miedo a situaciones, a lugares de desprotección. Digamos por otra parte, que las personas con paranoia o algo por el estilo dicen: "Salgo a la calle y me miran, parece que me siguieron o me están observando y yo sé quién me observa". El fóbico no reacciona así. Pero ante la menor duda se hace una evaluación.

Vertex: *Ud. es capaz de hacer una clínica diferencial...!*

Rodríguez: No, no puedo hacer eso. (ríe).

Vertex: *Volvamos a su tarea como Coordinadora ¿Cuánto tiempo trabajan en los grupos y cada cuanto se ven?*

Rodríguez: Una vez por semana, una hora y media.

Vertex: *Y durante el resto de la semana si alguien necesita más ayuda o quiere volver a ver a gente del grupo ¿cómo hace?*

Rodríguez: Hay un camino telefónico. En los grupos se anota a la gente que quiera dar su número de teléfono para los otros compañeros y se especifica que si uno llama a otro y éste no está en condiciones de atenderlo, le puede decir: mirá llamá a otra persona porque yo no puedo. Y eso debe ser respetado. Pero por lo general, pasa algo que es bastante curioso: si algún compañero del grupo se siente mal y por casualidad lo llama otro que también se siente mal parece que al ayudarse los dos llegan a sentirse mejor.

Vertex: *¿Qué le diría Ud. a un paciente que es fóbico y que por su propia fobia no puede salir y no puede venir hasta aquí? ¿Cómo podría ayudar a esa persona?*

Rodríguez: Tengo un compañero del grupo a quien no conozco personalmente, que es de San Juan. El me llamaba los domingos a la noche y yo le pasaba, más o menos, las técnicas que podía implementar. Su psiquiatra se conectó con un profesional de aquí por teléfono, se le indicó todo y este hombre después de estar cuatro años sentado en un sillón, empezó a salir en bicicleta y ya recorre el centro de su ciudad y va a los bancos.

Vertex: *¿Ese señor era un agorafóbico?*

Rodríguez: ...y con ataques de pánico. Le expliqué que sus crisis son una cosa que dura aproximadamente quince minutos, que se inician, tienen un pico donde se van a sentir absolutamente todos los síntomas y ceden. Que por más que eche mano a una pastilla o algo por el estilo, no hay nada que actúe tan rápido. El ataque de pánico, así como aparece espontáneamente, cede espontáneamente.

Las recomendaciones que yo doy son las que yo aprendí, es decir, tratar de pensar: que no me voy a morir, pedir socorro, si se está en la calle entrar a un negocio y pedir un vaso de agua, mentir un poco, porque no se puede irrumpir diciendo soy fóbico. Empezar a respirar más lento, que el aire entre por la nariz y salga despacito por la boca, eso produce una ... sensación de alivio, hay que tener caramelos siempre a mano en el bolsillo. Somos grandes consumidores de caramelos como recurso para facilitar que la saliva fluya más, porque la boca queda absolutamente seca. El caramelo además obliga a respirar por la nariz. Lo primero que tenemos que pensar es que tenemos que ablandar la lengua y que descansa tranquila en el maxilar inferior. Y cambiar el pensamiento, porque realmente se puede cambiar el pensamiento. Yo les digo a las chicas que si un ser humano salió de la enfermedad tiene que haber otro que también salga, y otro, y otro, y que se haga la cadena.

Vertex: *¿Ud. fue descubriendo estas técnicas sola o formaron parte de su preparación como Coordinadora?*

Rodríguez: No, no, estas técnicas fueron parte de mi propia curación

Vertex: *¿Qué pasa en el horario del grupo? ¿Hablan entre ellos, cada uno cuenta su experiencia, escuchan las instrucciones que Ud. da?*

Rodríguez: Una cosa que repetimos siempre –haya gente nueva o no haya gente nueva– es lo de que de esto no se muere nadie... es fundamental. Y se van marcando pequeños tiempos; se pregunta primero quién es el que más necesidad de hablar tiene y después cuenta qué le pasó, qué no le pasó y lo que vamos dando son pequeñas tareas. Salir a la calle de nuevo de a poquito, siempre de a poquito. Es como si empezara a caminar de nuevo, a gatear, después se para y camina. Las personas que están encerradas no deben desconectarse socialmente, tienen que llegar aunque sea hasta la puerta de calle. Después media cuadra. Las salidas en colectivo lo mismo. Si se toma un colectivo, se hace una parada o a lo mejor se le puede pedir a un familiar o a otro compañero del grupo que lo esté esperando en la otra parada del colectivo.

Vertex: *¿Hacen experiencias en la calle juntos fuera de los grupos?*

Rodríguez: Sí, sí.

Vertex: ¿Se arreglan entre ellos?

Rodríguez: Sí, se arreglan y los grupos también hacen lo que se llama pequeños afrontamientos. El afrontamiento a mí me parece que da más resultado si se hace entre dos personas y que cada uno vaya haciendo lo suyo. El trabajo para entrar en un supermercado es ir en una hora que no haya mucha gente, comprar un solo producto o el primer día ir a ver desde afuera, es lo mismo que en los bancos. Las colas de los bancos son tremendas, el fóbico no aguanta ningún tipo de cola en ningún lado ni ningún tipo de espera. Nosotros proponemos que vayan, por ejemplo, un domingo y que vean cómo es el banco. Al otro día ir temprano y estar un rato, es decir, incorporarse de a poquito en la vida.

Vertex: ¿Cuánto tiempo concurre la gente a los grupos?

Rodríguez: Puede ser más o menos un año. A veces los que se van yendo concurren una semana sí una semana no, eso lo va determinando cada uno. Lo que nosotros no queremos es que se conviertan ni en grupos sociales ni en grupos de encuentros; también se trabaja solamente con el nombre de las personas sin los apellidos por todo el compromiso que puede traer. Que sean más o menos puntuales en el horario. Al fóbico mucho no se le puede pedir porque a veces tiene que tomar un colectivo, bajarse y tomar otro. En otras oportunidades a las personas que todavía no viajan en colectivo les cuesta llegar a fin de mes porque pagar un remise o tomar un taxi es más caro y no les alcanza el dinero.

Vertex: ¿Hay gente que no tiene tratamiento y sólo va a los grupos?

Rodríguez: Sí, no le queda otra porque no tiene recursos

Vertex: ¿Y le basta con eso para recuperarse?

Rodríguez: Sí, no es que se recupere pero, ¿qué pasa? puede llegar a buscar algún tratamiento en un hospital, puede animarse y llegar al hospital. El grupo le da ese impulso.

Vertex: No es común que en nuestros hospitales haya terapeutas entrenados en terapias cognitivo-conductuales.

Rodríguez: Claro, pero psiquiatras sí.

Vertex: O sea que en el hospital tendrían por lo menos el aspecto psicofarmacológico.

Rodríguez: Exactamente.

Vertex: ¿Cuál es la edad promedio de la gente en los grupos?

Rodríguez: Esta es una enfermedad que aparece o se activa entre los 26 y 27 años que es cuando la gente tiene que dejar la familia y hacer muchas cosas solo. Lo que encontramos ahora es que se incorporaron

Datos estadísticos

En la Argentina, comenzamos a generar las primeras estadísticas que permitieron comparar las poblaciones clínicas de nuestro medio y ver las similitudes con las de otros países. De esas primeras observaciones, surgidas de un trabajo realizado en 1994 con 75 pacientes con Trastorno de Pánico, se observa que: de 75 pacientes con un promedio de edad de 36 años, el 78.7% era de sexo femenino y el 21.3%, de sexo masculino.

Severidad de la enfermedad

- Leve: 5.3%
- Moderada: 32%
- Grave: 62.7%

• Porcentajes de profesionales consultados:

- Médicos clínicos: 25.3%
- Médicos cardiólogos: 13.8%
- Médicos neurólogos: 14.1%
- Médicos psiquiatras: 19%
- Otros médicos: 9.5%
- Psicólogos: 1.8%

• Clase de profesionales consultados por primera vez:

- Médicos clínicos: 73.3%
- Médicos cardiólogos: 5.3%
- Médicos neurólogos: 9.3%
- Médicos psiquiatras: 4%
- Otros médicos: 4%
- Psicólogos: 4%

• Evaluación del tratamiento de psicoterapia (50 casos)

- 94%: malo/regular,
- 4%: bueno
- 2%: muy bueno

• Respecto de los diagnósticos recibidos previamente

- 8%: ningún diagnóstico,
- 38.7%: diagnóstico equivocado,
- 33.3%: diagnóstico aproximado,
- 20%: diagnóstico correcto

• Calidad de vida

- no cambió nada: 1.3%
- cambió mucho: 74.7%
- se modificó bastante: 24%

Tomado de: Asoc. Civil "Ayuda" (Doc. de trabajo)

muchos más hombres y hay gente de todas las edades. Hay tanto chicas universitarias como señoras de 70 y pico de años y hombres también bastante grandes que recién ahora empiezan a saber lo que tienen.

Vertex: ¿Reciben consultas de niños y adolescentes? ¿Hay grupos de niños?

Rodríguez: No, sería bastante difícil porque tendrían que ser grupos terapéuticos.

Vertex: ¿Aplican los modelos norteamericanos de los grupos de autoayuda?

Rodríguez: Sí.

Vertex: ¿Alguno en particular?

Rodríguez: Nosotros usamos un manual editado por la Asociación "Ayuda" que escribió Daniel Bogiaizian y colaboradores y lo enviamos a quien lo solicite en todo el país ■

"Hay que cuidar a la gente"

El Lic. Daniel Bogiaizian comenzó, a partir de su preocupación por la soledad de los pacientes con Trastorno de ansiedad, a reunirlos. Allí comenzó un camino organizativo e institucional que relató a Vertex durante nuestra visita a la Asociación "Ayuda". Simple en sus explicaciones, directo y asertivo, Bogiaizian transmite una gran convicción en las técnicas que aplica y en los resultados que obtiene.

Vertex: *Hebe nos hablaba de AATA, de la Asociación "Ayuda", de los grupos, ¿Cómo es la relación de todo esto? ¿Cómo se dio históricamente? ¿Cuándo empezó?*

Bogiaizian: El fenómeno empieza informalmente en los años 1991-92 y el primer grupo de autoayuda que se reúne en Argentina lo hace convocado por mí. Fueron unos 15 pacientes en mi consultorio. Eran pacientes individuales a los que convoqué; tengo filmada esa primera sesión.

Vertex: *¿Vos lo iniciaste espontáneamente desde tu consultorio?*

Bogiaizian: Me preocupaba la sensación de soledad que tenían los pacientes que padecían este problema y la idea generalizada que tenían de que eran los únicos que lo sufrían. Entonces para romper con ese mito los invité a que asistiesen y se conociesen entre ellos. Y tuvo un efecto de impacto tremendo por el hecho de poder compartir experiencias similares. La mayoría de ellos traía muchísimos años de padecimiento.

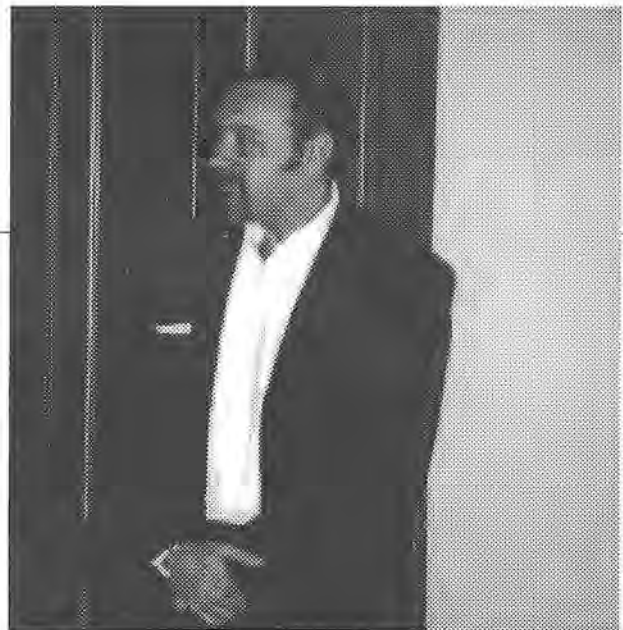
Vertex: *¿Tu formación inicial fue cognitivo-conductual o tuviste otro tipo de formación?*

Bogiaizian: Empecé en mis orígenes con el psicodrama. No tenía una formación psicoanalítica y a partir de eso me formé en la terapia cognitivo-conductual. Fundamentalmente por las necesidades....

Vertex: *¿Del psicodrama a la terapia cognitivo-conductual?*

Bogiaizian: Sí, así fue. Psicodrama grupal, de ahí para mí la importancia que tiene la cuestión grupal; trabajar con grupos tiene un poder muy especial.

Los grupos son un instrumento muy poderoso que puede ser muy dañino. Esto es una cuestión importante; así como podemos hacer bien podemos hacer mal. Nosotros tenemos muchísimo cuidado



antes de decirle a alguien que se incorpore a los grupos de autoayuda. Los Coordinadores, como Hebe, están advertidos y se cuidan en este sentido. Si a algún participante lo que escucha le resulta demasiado impactante, se forma un subgrupo dentro del mismo grupo en otro horario para personas que están menos mal. Hay que cuidar a la gente.

Vertex: *Entonces vos empezaste con ese grupo en tu consultorio...*

Bogiaizian: Empezamos a trabajar en equipo con el Dr. Cia; yo me ocupaba de la parte psicoterapéutica y él de la farmacoterapia y a partir de eso se fue incorporando gente al equipo porque la demanda cada vez era mayor y por fin decidimos formalizarlo. Entonces creamos "Ayuda", en 1994, y a partir de allí se armaron los grupos de autoayuda satélite.

Vertex: *¿Y con la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad qué relación tienen?*

Bogiaizian: Desde "Ayuda" somos los fundadores. Las primeras cien cartas para los profesionales que querían incorporarse al proyecto de crear una Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad, las mandamos nosotros; les propusimos plegarse al proyecto, fuimos juntando a la gente que había empezado a trabajar aisladamente en el tema y los convocamos acá, nos reunimos e iniciamos los trámites para crear la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad en 1996; yo soy el Tesorero y ya tiene un listado de 800 profesionales que concurren y/o adhieren a la Jornada que organizamos el año pasado. Actualmente estamos dictando el primer curso sobre especialización en Trastornos de ansiedad al cual están asistiendo 130 ó 140 profesionales.

Vertex: *Para terminar ¿cuál hubiera sido el destino de Juanito con terapia cognitivo-conductual?*

Bogiaizian: Y...no se hubiera hecho tan famoso ■



El estrechamiento del campo de la conciencia*

Pierre Janet

Pierre Janet (1859-1947) filósofo, médico y estudioso de la psicología experimental presentó en 1889 en la Sorbona su tesis sobre "El Automatismo Psicológico" con la que ganó un gran reconocimiento y le valió la entrada a la Salpêtrière en el Servicio de J. M. Charcot, quien le confió en 1890 el Laboratorio de Psicología. La prolífica obra psicopatológica de Janet se centró en las nociones de tensión y fuerza psicológicas.

Su tesis, de la cual se extrae el texto que presentamos, constituyó una de las primeras tentativas de abordar el inconsciente como un objeto científico.

J. C. S.

Hasta ahora, en nuestros estudios sólo hemos considerado la calidad de los fenómenos que ocupan a la conciencia; pero es probable que las existencias psicológicas puedan presentar otras diferencias además de las que resultan de la naturaleza de las imágenes auditivas, visuales y táctiles. Sin hablar de la intensidad propia de cada imagen, lo que nos parece una característica poco clara, ¿no es posible acaso que, por una parte, haya también diferencias en la cantidad, en el número de los fenómenos psicológicos que pueblan estas distintas conciencias; y por otra, que todos los hombres no sean igualmente ricos desde este punto de vista y dispongan, en un tiempo determi-

nado, de una cantidad de ideas muy diferente? Nos parece que esta es una suposición que puede explicar muy bien las características de las anestias que hemos señalado. Tratemos en primer lugar de exponerla en sí misma y de mostrar que es inteligible y verosímil, luego veremos cómo puede explicar los fenómenos que estudiamos.

"Los fenómenos que son el objeto de la fisiología, escribía Herbert Spencer¹, se presentan con la forma de una cantidad inmensa de series reunidas todas juntas. Los que constituyen el objeto de la psicología, sólo se presentan con la forma de una simple serie". En efecto, es una opinión muy difundida el que la conciencia de un hombre encierra sólo un único fenómeno en un momento dado, y que, por consiguiente, la vida psicológica está constituida por una sucesión de fenómenos que se siguen unos a otros, formando una

larga serie que se prolonga durante toda la vida del individuo, pero donde cada uno queda aislado, sin estar acompañado por otros hechos simultáneos. Tal vez tenemos una buena idea de la coexistencia e incluso la noción de los objetos diseminados en el espacio; pero esta noción, lejos de ser primitiva, derivaría de la noción de sucesión y de la idea del tiempo. Es sabido cómo Spencer pretende formar la relación de coexistencia uniendo dos relaciones de secuencia, y cómo, desde Stuart Mill, la escuela inglesa se dedicó a demostrar que "el tiempo es el padre del espacio". Si adoptamos esta opinión en su totalidad, como parece hacerlo Taine —quien ve a la conciencia como un centro inextendido, una suerte de punto matemático— puede que nos parezca singular seguir hablando de la cantidad de fenómenos psicológicos en la conciencia en un momento dado, ya

* Extraído de *L'Automatisme Psychologique*, Thèse, París, 1889. Reed. facsim. Société Pierre Janet, París, 1989.

que, en todo momento, esta cantidad debe ser la unidad. Sin embargo, podríamos tener algunas reservas: tal como lo mostraron los excelentes trabajos de Wundt y de sus alumnos sobre la duración de los fenómenos psíquicos, estos fenómenos no siempre se suceden con la misma rapidez, y además, dos individuos podrían presentar una cantidad muy diferente de imágenes mentales en un tiempo dado.

Pero no creemos que se pueda adoptar sin restricciones la hipótesis de Stuart Mill y de Spencer y reducir así la extensión de la conciencia. No nos parece posible, a pesar de las curiosas demostraciones de los psicólogos ingleses, que la noción de espacio surja de la noción de tiempo y la relación de coexistencia, de la relación de sucesión. La idea de espacio, que es una idea original, deriva en realidad de la sensación de extensión que nos da la coexistencia real de un gran número de sensaciones simultáneas del sentido de la vista o del tacto². Por otra parte, la observación de nosotros mismos no nos muestra a la conciencia así reducida a la unidad. Mientras estoy escribiendo esta página y pensando en las diferentes opiniones de los filósofos sobre la extensión de la conciencia, estoy viendo el papel, mi lámpara, mi cuarto y al mismo tiempo oigo el sordo ruido de una reunión en la casa vecina, lo que no deja de causarme una impresión desagradable. Todo esto existe al mismo tiempo en mi mente; no digo que mi trabajo resulte beneficiado con ello, no, mejor sería tal vez pensar sólo en él; pero en fin, mi trabajo avanza tal cual es, a pesar del zumbido de sensaciones y de imágenes que se chocan en este momento en mi conciencia. Por otro lado, ¿sería posible que fuera de otro modo? Un solo acto, el de escribir, requiere varios fenómenos conscientes: la visión del papel, de la pluma, de los trazos negros, la imagen sonora o muscular de las palabras, la expresión hablada de las ideas, etc. Si tuviera en mente una sola imagen, tal vez la expresaría perfectamente, pues se traduciría a través de todo mi cuerpo, pero en cambio ya no me movería, no pensaría más, sería como una estatua, como los catalépticos que hemos estudiado.

Así es, en la catalepsia existe la unidad casi absoluta de la conciencia, es decir, al comienzo del regreso

de la conciencia, al salir de una especie de aniquilamiento, cuando la mente casi exhausta es incapaz de concebir varias sensaciones a la vez. Subsiste una única sensación: ésta vive su propia vida y les da a los sujetos esa apariencia de autómatas humanos. Quizás también, en el otro extremo del desarrollo intelectual, cuando la vida de la inteligencia totalmente perfecta le permita a la mente abarcar en una vasta síntesis todas las imágenes, reunir en una sola idea las de una relación muy general, todas las sensaciones que experimenta o cuyos recuerdos acuden a la memoria, quizás entonces, si este estado es posible, hallaremos la unidad intelectual que los grandes genios plasman por un momento en un pensamiento elevado. Pero la vida común del pensamiento no cae tan bajo y no llega tan alto: se mantiene a una altura media en la que las imágenes que se presentan en la mente son muchas y donde su sistematización está lejos de ser completa. Es lo que Dumont³ comprendía tan bien cuando decía: "En cada momento hay en nosotros un grupo de muchas sensaciones coexistentes... el yo es a la vez serie y grupo; es una serie de grupos", y más recientemente un magnetizador muy psicólogo⁴, cuando nos dice: "En el estado de vigilia, a pesar del monoideismo aparente que sedujo a varios psicólogos, nuestro pensamiento siempre es muy complejo; tenemos simultáneamente una cantidad de sensaciones que luchan entre sí y una cantidad de recuerdos que intentan desembarazarse de la presión de las ideas dominantes".

Por otra parte, hay que reconocer que esta es la opinión a la que Spencer se refiere, en la práctica, todas las veces que debe explicar un fenómeno real. "La conciencia del sueño es como la del anciano o la del hombre indolente, los elementos son menos coherentes y *menos abundantes*... La reducción del *área de la conciencia* se ve en la ausencia de esos *incalculables pensamientos colaterales* que las escenas sucesivas provocan comúnmente..."⁵. Y más adelante: "Aunque los fenómenos de la conciencia forman una serie, hay *cambios simultáneos*: el campo visual no está absolutamente reducido a un punto, hay una vaga conciencia de los puntos aledaños... En la trama de la conciencia hay varios hilos; los externos son flojos y se adhieren poco,

pero en el interior, hay una serie de cambios cuyo tejido es apretado y que forma lo que podemos llamar la conciencia propiamente dicha"⁶. Esta última restricción es exacta; este pequeño grupo de fenómenos más conocidos que los otros, constituye la parte de la atención, de la apercepción –como diría Wundt después de Leibniz– que no se extiende tanto como la conciencia misma; pero el autor no deja de reconocer que la conciencia humana, clara o no, en general llega muy lejos, abarcando un gran número de imágenes colaterales y coexistentes.

Spencer nos da así un término excelente, muy preciso y útil que conservaremos: el área o el campo de la conciencia. En efecto, conocemos lo que se llama campo visual; "toda la extensión del espacio desde donde podemos recibir una impresión luminosa, con el ojo inmóvil y la mirada fija"⁷. ¿No podríamos llamar también campo de la conciencia o extensión máxima de la conciencia, a la mayor cantidad de fenómenos simples o relativamente simples que pueden presentarse a la vez en una misma conciencia, reservando, como propone Wundt⁸, el término de "punto de mirada interior" para esa parte de los fenómenos de la conciencia hacia la que se dirige la atención? En mi opinión, sería de la mayor importancia para la psicología experimental poder determinar el campo de la conciencia, aunque más no fuera de una manera aproximada, así como se mide el campo visual con un campímetro o un perímetro. Wundt es el único, a nuestro entender, que intentó establecer una determinación experimental de este tipo⁹. Desafortunadamente, utiliza procedimientos y razonamientos que no nos parecen claros, ni certeros, y trata con gran rapidez este punto tan difícil. Su conclusión es que "estaremos autorizados a considerar doce representaciones simples como la extensión máxima de la conciencia". A primera vista, y tal vez erróneamente, me parece que este número es demasiado bajo. El campo visual binocular –que es, no obstante, sólo una pequeña parte del campo total de la conciencia– encierra, evidentemente, mucho más de doce fenómenos visuales simultáneos; la conciencia, que contiene además las otras sensaciones e imágenes, debe contener entonces muchos más. Pero aquí

hay que plantear toda una serie de consideraciones sobre el sentido de las palabras, sobre la idea que se tiene de una representación simple, que hacen de este problema uno de los más delicados de la psicología experimental, aunque en mi opinión sigue siendo uno de los más importantes.

A pesar de estas dificultades y de nuestra imposibilidad aquí, lamentablemente, de aportar medidas precisas, nos parece que de todos modos hay un punto fácil de establecer. El campo de la conciencia como el campo visual puede variar; no es el mismo en todos los individuos, ni en todos los momentos de la vida en una misma persona. Entre un individuo

te cinco; ¿no debemos concluir que hay cinco fenómenos que el segundo no puede sentir, al menos en ese momento, y que en cierta medida está momentáneamente anestésico? Así también, cuando una persona como Lucía sólo puede oír a una persona por vez, supongo naturalmente que el campo de la conciencia es pequeño, que es como un recipiente lleno de líquido, en el que no puede entrar ni una gota más. Es sólo una suposición, pero da cuenta muy bien de los hechos.

Pero, me dirán, la anestesia no es una prueba de la reducción del campo de la conciencia, pues las imágenes que dan los demás sentidos pueden ser muy numerosas de por sí y

maneras los sentidos que le quedan se ven disminuidos y sólo tiene nociones muy confusas de los objetos que ve. En ella la anestesia, aun cuando es momentánea y se debe a la distracción, es una pérdida sin compensación.

Otra prueba de esta reducción del campo de la conciencia en las personas sugestionables debe extraerse de los fenómenos que se producen al bloqueárseles los únicos sentidos que les quedan. Todos los autores mencionan el embrutecimiento, la obliteración de la inteligencia y de la memoria que se dan de forma súbita en una histérica anestésica cuando se le cierran los ojos y se le pone algodón en los oídos¹⁰. Pare-



cataléptico que, tal como mostramos, sólo tiene una imagen a la vez, y un director de orquesta que oye simultáneamente todos los instrumentos, que ve a los actores y sigue, gracias a la memoria o a la lectura, la partitura de la ópera, existen todos los grados posibles. Los grados inferiores nos interesan más en este momento, pues es sencillo mostrar que los individuos sugestionables, poseen un campo de conciencia muy reducido y que esta característica tiene un papel muy importante en las modificaciones de su voluntad.

La reducción del campo de la conciencia, dado que no podemos medirla directamente, debe manifestarse de una manera un tanto indirecta tal vez, pero muy cierta a través de las anestias. Consideremos en un momento dado a dos individuos que tienen campos de conciencia diferentes; cuando uno de ellos siente diez fenómenos, el otro sólo sien-

compensar la pérdida de los otros sentidos. Es verdad que a veces sucede de este modo: en los ciegos de nacimiento, por ejemplo, los sentidos que subsisten se agudizan y se perfeccionan y a veces pueden llenar el vacío dejado por las sensaciones visuales; un hombre que presta atención a un objeto puede no ver otros, pero tendrá acerca de este objeto sensaciones más vivas y más numerosas que le impedirán a su campo de conciencia verse verdaderamente disminuido. Todo esto es verdad, pero las cosas no suceden así en la anestesia histérica. La pérdida de un sentido no lleva a una agudización de los otros, muy por el contrario; la concentración de la conciencia en un objeto no hace que las sensaciones relativas a ese objeto sean más numerosas, como en la atención. Una histérica piensa pocas cosas, pero lo poco que piensa, no por ser poco lo conoce más, pues de todas

cería que las imágenes visuales o auditivas que pudieran subsistir no bastasen para formar una vida psicológica: la pequeña luz que subsistía aún parece apagarse y toda conciencia desaparece en un sueño completo. Es cierto que aquí hay una gran diferencia entre la histérica y el idiota o el epiléptico. Mientras que éstos, si se les suprimieran sus pobres medios de pensar, permanecerían estúpidos tal como lo comprobé en R..., aquélla toma partido rápidamente y, ya que se le destruye su existencia psicológica ordinaria, empieza una segunda. Quizás éste sea todo el secreto de la fácil hipnosis en las histéricas por oclusión de los párpados. Dejemos de lado la segunda existencia que puede ser idéntica o superior a la primera, ¿este sueño, esta destrucción de la vida ordinaria que se produce súbitamente al cerrarles los ojos, no muestran acaso que el campo de la

conciencia era muy pequeño y estaba compuesto casi únicamente por estos fenómenos que les quitamos?

¿Quiénes cumplen con esta condición, quiénes tienen una conciencia de este tipo y, por consiguiente, serán sugestionables? Deberíamos responder a este interrogante con hechos y estadísticas que no puedo establecer; indicaré tan sólo lo que me parece verosímil. A mi entender, los individuos cuyo campo de la conciencia está restringido de manera anormal forman dos grupos: son enfermos o niños. En unos, parecería que una suerte de cansancio o debilidad restringe la cantidad de fenómenos que pueden entrar en una misma conciencia, ya que en la mayoría de las enfermedades debilitantes hallamos estos síntomas psicológicos: distracción, todo el pensamiento absorbo en un punto, olvido de la gente a su alrededor, sugestionabilidad, tan manifiesta en particular en ciertas formas de fiebre tifoidea. En los otros, la conciencia parece poco desarrollada en todos los sentidos, es igual de restringida en su extensión que en naturaleza y variedad; los actos impetuosos de los niños, sus ingenuas creencias, sus enojos y lágrimas pasajeros, todo lo prueba con facilidad.

Pero no hay que concluir, al menos es lo que pienso, que los niños son hipnotizables, no es lo mismo. La sugestión utiliza de manera refleja un mecanismo de la conciencia que ya existe y que actúa por sí mismo y azarosamente durante todo el día; el hipnotismo, para llevar al estado sonambúlico, debe perturbar la orientación actual del pensamiento para darle otra. Ahora bien, los niños, afortunadamente, no suelen tener la inestabilidad mental y las anestias que permiten esta perturbación. Un sonambulismo verdadero que se produjera fácilmente en

un niño me parecería la marca de una tara hereditaria y de una neurosis incipiente. Así pues, no debemos decir, como tanto se ha repetido, que "la madre es la primera hipnotizadora" —lo que sería muy desafortunado— sino que la madre es la primera en dirigir las creencias y los actos del niño, lo que es totalmente natural, pues ella posee el juicio y la voluntad que él no tiene.

¿Por qué entonces los individuos puestos en estado de sonambulismo tienen a veces, en esta nueva existencia, un campo de conciencia muy reducido y una gran sugestionabilidad? Porque esta segunda existencia suele parecerse a la de los enfermos y a la de los niños. Los sujetos en sonambulismo pierden a veces la sensibilidad, al menos al comienzo; presentan, nos dice Richet, una hiperexcitabilidad muscular que los hace análogos a los histéricos¹¹. Como todos mis sujetos eran ya tan histéricos y enfermos en el estado de vigilia que no podían serlo más, lo que me sorprendió sobre todo fue la segunda característica, la analogía entre el sonambulismo y la infancia. El hecho se verifica desde hace tiempo; "el inicio de la mensambulancia (sonambulismo) —nos dice un magnetizador, el conde de Réderm— es una especie de infancia que exige una verdadera educación"¹². Entre los modernos, Fontan y Ségard insistieron sobre este punto¹³. En efecto, no hay nada más curioso que ver a mujeres de treinta años, serias y frías en el estado de vigilia, adoptar conductas de bebé una vez en sonambulismo, gesticular, jugar sin cesar, reír por todo, hablar ceceando, reclamar que se las llame Nichette o Lili, y en realidad tomar toda la apariencia de niñas muy pequeñas. Tal vez, como he notado, el regreso del sentido muscular que

predomina durante la infancia tiene algo que ver con esta característica, pero me parece que lo principal es la formación de una nueva forma de existencia sin muchos recuerdos ni experiencias propias. El sonámbulo puede tener, si se le pide, los recuerdos de la víspera, pero los evoca poco espontáneamente; para él son como recuerdos expresados en un idioma extraño que sólo comprende con cierto esfuerzo. O bien, conserva los recuerdos, pero los tiene poco en cuenta, como si fueran experiencia de otro. "Eso molestaría mucho a la otra, decía Léonie 2, pero a mí me da lo mismo." Estas asociaciones tal vez son hipotéticas, pero hay algo cierto: el verdadero sonambulismo comienza con una detención de la conciencia normal —la pequeña muerte de Felida, como decía Azam— tras lo cual la conciencia renace poco a poco; comienza con forma de catalepsia, que es un "monoideismo" casi completo; se presenta luego naturalmente con un campo bastante restringido, hasta que, en su desarrollo perfecto, llega muy lejos y ya no hay ninguna sugestionabilidad. No es en razón del sonambulismo que este estado favorece la sugestión, es porque la segunda existencia se asemeja por su estrechez a las existencias reducidas de los enfermos o de los niños.

Por ende, en cada momento de la vida, la conciencia puede extenderse en un campo más o menos vasto; cada vez que vemos en una persona *obediencia a la sugestión*, o mejor aún, los olvidos y las distracciones a los que lleva esta disposición, verificamos al mismo tiempo en ella una *importante reducción del campo de la conciencia* y una disminución manifiesta de la cantidad de fenómenos simultáneos que pueden ocupar la mente a cada instante ■

Notas bibliográficas

1. H. Spencer. *Principes de psychologie*. Trad. I, 419. V. Ribot. *Psychologie anglaise*, 207.
2. Ver Rabier. *Leçons de philosophie*, I, 227.
3. L. Dumont. *Théorie scientifique de la sensibilité*, 85, 87.
4. L. Ochorowicz. *Suggestion mentale*, 502.

5. H. Spencer. *Principes de psychologie*, I, 645.
6. Id. *Ibid.*, I, 426.
7. Dr. Chauvel. *Précis théorique et pratique de l'examen de l'oeil et de la vision*, 1883, 69.
8. Wundt. *Eléments de psychologie physiologique*. Trad. 1886, II, 231.

9. Id. *Ibid.*, II, 241.
10. Binet et Féré. *Archives de physiologie*, 1887, II, 373.
11. Richet. *L'homme et l'intelligence*, 512.
12. Citado por Perrier. *Journal du magnétisme*, 1854, 69.
13. Fontan et Ségard. *Médecine suggestive*, 1887, 55.



Intersecciones de la psiquiatría neurociencias, psicología y subjetividad*

Raúl Courel

Psicólogo (orientación clínica). Prof. Psicoanálisis Escuela Francesa, Fac. Psicología (UBA). Decano Fac. de Psicología (UBA).
E-mail: rcourel@psi.uba.ar

Partamos de que la psiquiatría es, como se dice usualmente, una profesión del campo de la Salud Mental: una especialidad médica que se ocupa de las enfermedades mentales. Como profesión, es un campo de aplicación de saberes que tienen distintas procedencias y que son de diferentes tipos.

En estos tiempos, la casi totalidad de los conocimientos que se aplican en las profesiones, en general –aquellos explícitamente reconocidos como conocimientos– provienen de las ciencias. Sin embargo, no todos los saberes que se aplican en las prácticas profesionales son científicos, ni tampoco todos están explícitamente formulados como saberes, principalmente porque no todos están escritos y porque incluso algunos no podrían ser escritos. Por ejemplo: las actitudes, que estudia la psicología y que no son saberes, tienen importancia clave en el éxito o fracaso del accionar profesional.

Además de la diferencia entre,

por un lado, las profesiones –en este caso la psiquiatría– y los saberes que la nutren, hay que subrayar que el profesional no es un mero vehículo o aplicante neutro de conocimientos, métodos, técnicas o criterios preformados, sino que él mismo, necesariamente, efectúa una reelaboración singular de esos saberes en la que cooperan elementos que, a su vez, son de distintos órdenes y procedencias. En lo que termina siendo la índole concreta de una práctica profesional real –el perfil profesional real, digámoslo así– intervienen entonces factores muy heterogéneos entre los que no es para nada menor lo que cada profesional aporta o agrega de sí a la formación recibida. En aquello que él hace, elige o construye cuenta incluso el factor creativo o inventivo que necesariamente tiene su lugar.

Al decir “neurociencias, psicología y subjetividad” referimos disciplinas o temáticas (como es el caso de la subjetividad) que hoy se destacan por sus incidencias en la psiquiatría. Pero no interesan sólo en la psiquiatría, se puede decir que no están menos presentes en el amplio conjunto de disciplinas que involucran de distintas maneras lo psíquico, sus perturbaciones y características en general.



* Conferencia dictada en el XIV Congreso Argentino de Psiquiatría de la APSA, el 25 de abril de 1998, derivada de la investigación sobre “Función de exclusión del sujeto en producciones científicas contemporáneas” (UBACYT N°) dirigida por su autor.



Los mundos profesionales actuales tienden a la hiperespecialización, a la vez que se incrementa la búsqueda de cooperación y complementación interdisciplinaria. Al mismo tiempo se acentúa el reconocimiento de que los objetos reales y concretos de trabajo poseen una índole altamente compleja y multidimensional. Mientras la especialización –se piensa– fragmenta las realidades, se espera de la cooperación entre distintos especialistas la posibilidad de un abordaje integral de los objetos de trabajo, reconocidos, cada vez más claramente, como multidimensionales y complejos. Sobre esta simple idea se sostiene la frecuencia con que se habla de interdisciplinaria. Las tres características, hiperespecialización de las profesiones, búsqueda de interdisciplinaria en los contextos laborales y complejidad de los objetos de trabajo, son entonces coexistentes y cooperantes unas con otras.

Una cuarta característica es la aceleración del desarrollo de sistemas, intersistemas y redes de sistemas. Como dato general destaquemos

que el tipo de desarrollo socioeconómico y cultural que vivimos induce conexiones entre diversos sistemas que hasta ahora han podido funcionar relativamente separados unos de otros. Crece la búsqueda de articulaciones y complementaciones, por ejemplo, entre los sistemas prestacionales de salud, los sistemas de profesionalización, los sistemas educativos y los sistemas de producción científica. Se avanza hacia la constitución de una inmensa red intersistémica de la que ese intersistema que es Internet ofrece una imagen aproximada o primer modelo.

Refiero un quinto factor, que es la mayor focalización de la a-sistematicidad como problema. Llamo a-sistematicidad a la disfunción, a lo desregulado, a lo imprevisto, al desorden, al desperdicio, es decir: a todo aquello que no encaja, que no es útil o fecundo en cualquier sistema que se quiere armónico y productivo. Esta a-sistematicidad interesa especialmente porque permite incluir a la subjetividad, ya que una sexta característica a tener en cuenta será la extensión que adquiere en esta época la identificación de

la subjetividad como foco de problematización.

En esta especie de "cibercultura" en que se convierte nuestro mundo, la teleinformática parece ofrecer un medio privilegiado para hacer posible y operable una sistemática universal, de tipo reticular, en la que las interconexiones puedan potenciarse al límite. Una de las consecuencias es que el mapa del que forman parte las profesiones, las disciplinas, las ciencias, las diferentes prácticas sociales, etc., ya no se puede representar como un plano en superficie en el cual las diferentes regiones se localizan próximas o alejadas unas de otras. La novedad esencial es ahora que ningún lugar queda demasiado lejos de cualquier otro. Esto significa, lisa y llanamente, que cada uno de nosotros se encuentra situado de hecho, lo perciba o no, ante entrecruzamientos inéditos de ideas provenientes de esferas hasta hace poco completamente aisladas o lejanas entre sí.

El neologismo "hipertexto" refiere precisamente esta posibilidad, inmediata y extremada, de que las conexiones interteóricas e inter-



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PRIVADA MODELO DEL SOL

Director: Dr. William David Moreno

Asistencia
Docencia
Investigación

Comunidad Terapéutica

Psiquiatría Dinámica

*Consultores Científicos: Dr. Gustavo Lipovetzky
Dr. Luis Córdoba*

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

disciplinarias estén al alcance de la mano o, mejor dicho, de nuestra percepción y conciencia. Esta conciencia, agreguemos, no está naturalmente preparada para representarse las cosas de otra manera que al modo en que vemos una superficie: como un cuadro, que es un plano de dos dimensiones, o como una serie lineal de elementos, como es el caso de un texto común. Por otra parte, la contracara de la hipertextualidad es la torre de Babel, que en la Biblia es caracterizada como confusión de las lenguas y que se produce como consecuencia de la ambición de llegar al cielo, metafóricamente, de abarcarlo todo.

Uno de los resultados de esta "Babel intertextual" o "intertextualidad babélica" en la que estamos inmersos, es que la extensión y variedad de relaciones temáticas entre ámbitos diversos del pensamiento llevan, por ejemplo, a que el sentido de los términos de una disciplina se mezcle más fácilmente con los sentidos que esos mismos términos reciben en otras. Tanta "riqueza interactiva", que según se suele suponer permite facilitarnos trabajo, no impide que éste se nos complique. Elementalmente: que la biblioteca universal quede al alcance de los ojos no equivale a que esté cabalmente a disposición de nuestro discernimiento, de modo que, por más rápido que ande nuestra computadora, no se puede acelerar de igual manera nuestro ingenio para compaginar el cúmulo de elementos que se nos pone delante.

Vivimos entonces en un macrosistema universalizante que, por una parte, potencia las interconexiones y, por otra, introduciendo y haciendo circular los pensamientos por distintos sistemas simbólicos, los aligera de sus significaciones originarias. Ello hace a la "desaparición de las significaciones, evanescencia casi com-

pleta de los valores", señalados por Castoriadis, que afirma lo que él llama el "culto de lo efímero" y que deja como único valor en pie al dinero. Es también la desaparición actual de lo verdaderamente exótico, la pérdida de exotividad, observada por el antropólogo Marc Augé(1), asociada a una fragilización de los vínculos sociales. Esta aligeración del peso de los símbolos en cualquier subsistema parece correlativa de esta inclusión en la gran red donde todo se conecta con todo.

Estas observaciones tienen especial valor en las profesiones y disciplinas que llamamos "psi" (psicología, psiquiatría, psicoanálisis, neurología, psicoterapias, etc.), en las que siempre tenemos particulares dificultades para definir perfiles profesionales y disciplinarios específicos. Uno de los puntos que merece ser tenido en cuenta ha sido notado por Hameline a propósito de la psicología. Este autor ha señalado lo siguiente: "Nadie disputa al físico sus átomos, ni sus sinapsis al neurofisiólogo: no son realidades de uso corriente. En cuanto al psicólogo, no tiene esa ventaja, él sólo puede hablar de cosas sobre las que todo el mundo pretende tener conciencia"(5). Efectivamente, la práctica empírica de la psicología entendida como arte de la vida cotidiana, la "psicología de la peluquera", según se dice, nace y se desarrolla completamente ajena a la psicología propiamente científica. René Zazzo sugería, en este mismo sentido, que "somos psicólogos antes de ser psicólogos"(13). Esta particularidad, evidentemente, tampoco es ajena a los psiquiatras o a los neurólogos que, además de médicos, se puede decir que también son psicólogos antes de ser psiquiatras o neurólogos.

Estas peculiaridades de nuestras profesiones, sumadas a las de los mundos que

vivimos, forman parte de las complejidades de nuestro campo. Aquí confluyen y coliden discursos diversos, configurando este contexto multifacético y polémico, ámbito rico y conflictivo en el que las tentativas, por un lado epistemológicas y por otro organizativas, de diferenciar y complementar disciplinas dejan habitualmente residuos. Constatamos, en resumidas cuentas, que es extremadamente difícil que las cosas lleguen a cuadrar o que lo hagan al menos con un grado razonable de estabilidad.

Los "residuos"..., aquí encontramos un cúmulo de asuntos que tienen un lugar central para nuestras profesiones. El desorden puede ser un residuo de sistemas que, por definición, suponen ordenamientos precisos. Se puede constatar que cuanto más extenso es un sistema, cuanto más universal se quiere, mayor es la acumulación de desperdicio, basura e inutilidad, cuya eliminación no se logra sino que coexiste, en forma más o menos evidente, más o menos escondida, con lo sistemáticamente ordenado. En términos económicos tales residuos pueden ser contabilizados como energías o recursos desperdiciados, como gastos no programados o infructíferos. Es también lo que hoy se describe en los estudios de sistemas y dinámicas no lineales como caos, que es un campo de investigación de actualidad.

Observemos que un sistema telemático como Internet, que maximiza el empleo racional de las comunicaciones, es colosalmente utilizado para actividades que para nada tienen que ver con productividad alguna, como se ve en esa extensísima colección de "sites" en la "Web" destinados al sexo: canales para perversos, asesinatos efectuados para su difusión en Internet, "hot lines", listas y canales de "chat" usados para co-



municar tonterías, etc... Todo esto hace pensar que difícilmente el mundo vaya a prescindir de lo que tratan de hacer como mejor pueden psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, etc., etc.

Se trata, en líneas generales, de lo "a-sistemático", que se destaca como problema que demanda atención en todos los terrenos, que surge como "corrupción" en los sistemas sociolegales, o como padecimientos psíquicos definidos como trastornos o desórdenes mentales en clasificaciones como el DSM-IV, o como síntoma en el mismo psicoanálisis, que tomó el término de la semiología médica. Se puede agregar, incluso, en una eventual psicopatología de la vida cotidiana, lo "inoportuno", a menudo clara disrupción provocada por un sujeto que sólo pretende hacerse oír. Son ejemplos de que nuestras profesiones están llamadas a ocuparse de los residuos que dejan los ordenamientos sistemáticos de nuestro tiempo. Cualquiera de los profesionales de este campo trabaja bajo la expectativa sociocultural de que se dé un destino a aquello de los humanos que no encaja en los sistemas salvo como residuo, inutilidad o disfunción.

Muy probablemente los nuestros sean los campos donde se percibe con mayor evidencia las dificultades para ordenar las actividades humanas, incluyendo las científicas, en sistemas coherentes y abarcativos donde las cosas pueden acoplarse de manera armónica y racional, bien acomodadas con el rigor que exigen las ciencias. Por eso se espera de estas prácticas modernas que son las psicoterapias que contribuyan al menos a disminuir, si no a aprovechar, las perturbaciones anímicas, los trastornos mentales, los sexuales, los síntomas, los males tanto justificados como no justificados, los conflictos, llámense interperso-

nales, intersubjetivos o intrasubjetivos.

Seguramente no es ajeno a lo referido que el vasto campo de atención a los males humanos semeje a menudo un gran hormiguero dialéctico en el que se entremezclan un cúmulo de reflexiones, profesiones, disciplinas, teorías, opiniones y también disensos. Esta especie de Babel, sin embargo, no tiene por qué ser concebida como un inconveniente para el progreso de la ciencia, puesto que lo problemático y los obstáculos para el acuerdo son estímulos y motores de su desarrollo. Karl Popper, siendo muy crítico tanto con las modas intelectuales como con los apelativos a la autoridad y a las ortodoxias, ha subrayado que "el aumento del conocimiento depende por completo del desacuerdo"(9). De manera que la función de lo que no encaja en las racionalidades establecidas es esencialmente dinámica y estimula el trabajo racional mismo.

Tratamos habitualmente de presentar nuestras ideas tan bien argumentadas como nos sea posible. Esta aspiración, fundamental para las ciencias, ya estaba presente en la apetencia cartesiana por las "ideas claras y distintas". Está además ese otro anhelo, que reconocemos también en Descartes, de encontrar certezas para la acción. Tal vez se encuentre aquí el principal motivo de nuestra actividad intelectual: el hecho de que nuestra ciencia mejor construida resulta siempre en algún punto insuficiente para sostener la certeza de la acción.

Ilya Prigogine ha venido examinando la índole de las certezas ofrecidas por la racionalidad de las ciencias, y temas como el caos, la indeterminación y la complejidad le han servido para caracterizar lo que él llama una crisis de la aplicación del orden racional a lo humano(11). Vattimo, por su

parte, ha señalado que el pensamiento de nuestra época muestra una vocación nihilista en el modo de concebir lo verdadero, afectando de manera singular la función del concepto de verdad en las ciencias(12). Hago estas referencias al solo propósito de enfatizar que estas problemáticas están al orden del día en los trasfondos culturales y epistémicos en los que vivimos y trabajamos.

En este marco general, Popper se ha ocupado de señalar que lo esencial para el avance de las ciencias no pasa por los recortes de campos que hacen los especialistas. Él piensa que lo característico de todo y cualquier conocimiento científico, inseparable de su racionalidad, es su limitación, su falsabilidad, que no se confunde con ninguna especialidad. Según Popper, en lo verdaderamente fundamental para las ciencias, no hay fronteras "entre" ellas. Las fronteras existentes son contingentes, se transforman, no se sostienen iguales a lo largo de la historia, de manera que las clasificaciones de las ciencias y sus competencias describen, básicamente, el estado de tratamiento de las cosas, en mayor o menor grado siempre fragmentario y limitado y, además, de las formas, también contingentes, en que nos distribuimos el trabajo.

Estas consideraciones nos ofrecen una perspectiva amplia para ubicar la relación entre "neurociencias, psicología y subjetividad". Cada uno de estos campos tiene perfiles disciplinarios, teóricos y epistemológicos diferentes y específicos. En correspondencia, nuestras profesiones tratan de recortar objetos diferenciados para ser encarados con métodos y tecnologías también diferentes. Observamos al mismo tiempo, sin embargo, que en cada una de estas esferas se presta ca-



da vez más atención a asuntos que son tratados en las otras. Es el caso, entre otros, del auge de investigaciones tanto psicológicas como neurológicas sobre las relaciones entre mente y cerebro, aunque en ellas los problemas que plantea la dimensión subjetiva todavía no han llegado a desplegarse en toda su amplitud.

Comento brevemente una reciente investigación sobre neuroimágenes que se difundió en un libro titulado *Images of mind*(10). Se trata, en pocas palabras, de explicar procesos mentales, cognitivos y otros, estudiando mediante técnicas tomográficas de última generación procesos neurobiológicos. En estas experiencias, por ejemplo, se bombardea el cerebro con positrones y se examinan mediante tomografías variaciones concomitantes al ejercicio de diferentes funciones mentales. Se trata de la aplicación de recursos tecnológicos inexistentes hasta hace muy poco, que han renovado las esperanzas de explicar procesos mentales a partir del estudio de materialidades definidas en términos neurológicos. Asuntos tales como, por ejemplo, las variaciones que existen en los procesos cerebrales cuando se utiliza la letra "A" (mayúscula) y la letra "a" (minúscula) pueden ser ahora estudiados.

Estas investigaciones con neuroimágenes trabajan, como se percibe, con la premisa de que es posible "leer" la mente de una persona estudiando su cerebro, y han dado lugar, junto al entusiasmo de importantes sectores de la comunidad científica internacional, a la reedición de intensos debates teóricos, epistemológicos y metodológicos. Recordemos al respecto que Freud, que antes de desarrollar el psicoanálisis había sido un joven neurocientífico destacado, nunca descartó la posibilidad de que la biología ofrezca en el futuro los fundamentos últi-

mos de todo lo psíquico. De todas maneras, en su trabajo sobre las afasias ya señalaba que se habían sobreestimado las posibilidades de localizar con precisión en áreas corticales el origen de los trastornos del lenguaje y que se debía profundizar el estudio de los aspectos funcionales del sistema nervioso(3). No se trataba todavía del psicoanálisis, pero se preparaba el terreno para que la dimensión de lo que vendría a ser el inconsciente encontrara un lugar para instalarse. De todos modos, ningún lugar en el campo de la ciencia resulta definitivo. Freud, se insiste actualmente, nunca imaginó que la ciencia dispondría de los recursos con que hoy cuenta para avanzar.

Los científicos de hace un siglo, se hace notar también, ni siquiera se proponían investigar en ciertas direcciones porque técnicamente no era posible hacerlo. Los avances de la tecnología, sin embargo, no han sido capaces de contribuir a la resolución de los intrínquilos e impases que resultan de que los hombres son inseparables del mundo de las significaciones.

Estas cuestiones invitan a reflexionar, entre otras, sobre la influencia que tienen sobre las orientaciones científicas de cada época factores que, en rigor, son extracientíficos, entre ellos la fuerte influencia que tienen los recursos económicos y financieros para viabilizar proyectos de investigación. Estas variables entran a menudo en conflicto con motivos exclusivamente científicos en la elección de qué y cómo investigar.

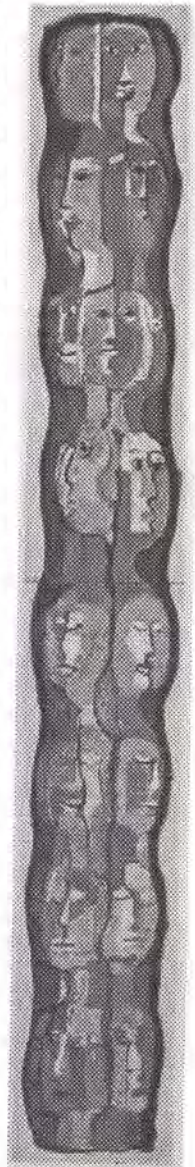
La atención a estos problemas, aunque en sí misma no debe confundirse con las actividades de investigación en el interior de cada ciencia, es indispensable para que la búsqueda científica no se desdibuje en los hechos por el peso que adquiere la procura de beneficios

de otros órdenes. Ésta es una faceta donde las cuestiones éticas, que están al orden del día en las polémicas a propósito de la ciencia actual, tienen una importancia crucial respecto ya no sólo de consecuencias sociales, humanas, culturales, etc., (extracientíficas, en fin) generadas por las ciencias, sino que afectan al desarrollo de la ciencia en sí misma.

En otras palabras, a pesar de que nuestra civilización pretende promover la ciencia y estimular una ilimitada libertad de investigación, la ciencia no progresa de hecho con libertad respecto de condicionamientos cabalmente extracientíficos. En la práctica de la ciencia, no sólo se elige la racionalidad del método, también se elige a qué temas aplicarlo, corriéndose siempre el riesgo de ponderar inadecuadamente aspectos diversos que acaban por confundirse.

Hemos señalado en las investigaciones sobre neuroimágenes un terreno de confluencia de neurocientíficos y psicólogos. Por otra parte, se observa en los centros académicos, universitarios y de investigación de los países más avanzados en materia de ciencias, que se intensifica la diversificación de la psicología en nuevas áreas y subáreas. La nueva generación de psicólogos científicos se manifiesta capacitada para producir excelentes experimentos en temas de sumo detalle. Siendo "hiperespecializada", parece estar cada vez más y mejor preparada en el ejercicio de los métodos y recursos tecnológicos más actuales de la ciencia. Han proliferado los *journals* altamente especializados y, en forma correlativa, pierden interés las publicaciones sobre tópicos generales o históricos.

En la mayor parte de los países la última generación de psicólogos que ocupan la vanguardia de las investigaciones psicológicas, han aumentado su competitividad



en el sistema científico global, aunque se han mostrado menos fértiles en los debates sobre los problemas de la cultura y de las sociedades en la civilización actual. Algunos destacados psicólogos han comenzado a llamar la atención sobre el poco interés que los nuevos especialistas tienen en lo que sucede en áreas de la psicología que no son las propias. No se interesan cuanto deberían, piensan, por los problemas generales de la disciplina ni están suficientemente informados sobre su historia.

La perspectiva más extendida entre los psicólogos de los países centrales, en forma tal que para una lectura ligera puede resultar paradójica, supone que no hay diferencias epistemológicas básicas entre psicología y neurociencias. Parece cumplirse el vaticinio de Henri Piéron a comienzos de siglo: "el día en que el progreso de la psicología exprese de manera adecuada las modalidades del comportamiento, la psicología científica perderá individualidad, del mismo modo en que la fisiología ingresará un día, por completo, en el dominio de la química; y la propia química encontrará en la física el dominio matemático que le posibilitará, en la unidad armónica de sus formas, expresar la diversidad aparente de las formas naturales"(8).

¿De qué se trata en esta aparente contradicción entre la marcada diversificación e hiperespecialización que hemos referido y la afirmación de la psicología como ciencia al modo de las neurociencias? Hay que advertir la correlación con el predominio de las ciencias físico-químicas y biológicas en los paradigmas de la ciencia actual. ¿A qué se debe este predominio? Entre los factores a considerar no faltan los propiamente extracientíficos ya mencionados.

Si bien la aludida indife-

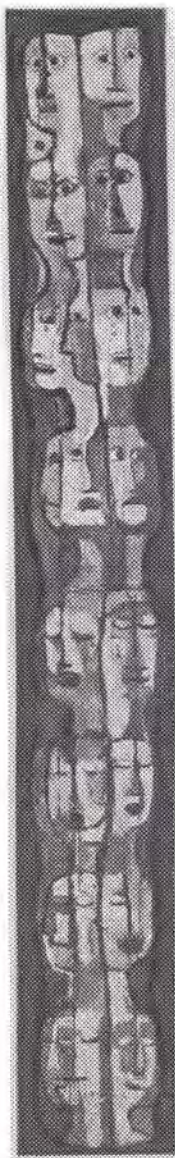
renciación de la psicología ha resultado correlativa a la reducción de su objeto a uno físicoquímico, éste ha sido solamente uno de los polos entre los que ha oscilado toda la historia de la disciplina. La historia de la psicología muestra, en efecto, que hasta ahora no se ha detenido ese movimiento pendular entre la afirmación de la psicología científica bajo alguna forma de reducción de su objeto y la búsqueda de recuperación de lo que era dejado de lado. Esta última se ha venido produciendo desde los comienzos de la disciplina, sea como psicología humanística— como señalaba Lagache en la década del 70— sea como psicología fenomenológica —en el caso de Sartre, Merleau Ponty y otros— o como psicología concreta —como es el caso de Politzer en los años 20— o en la psicología genética de Piaget y algunas otras entre las que se podrá incluir al psicoanálisis que, como sabemos, puso especial atención en lo que llamamos la dimensión subjetiva.

La historia de la psicología está plagada de sucesivos esfuerzos por resolver este problema que se plantea como fundacional de la misma disciplina y que se resume diciendo que cuando más ha logrado afirmarse como científica, más se ha reclamado que dejaba de lado lo esencial del ser humano. Es efectivamente así desde que la psicología se constituyó con Wundt como una ciencia natural más (Wundt, 1862). El más robusto positivismo orientaba entonces el progreso de las ciencias. Augusto Comte había negado poco antes la posibilidad de una ciencia del sujeto. La idea era que ninguna forma de introspección podía ser fuente de conocimientos científicamente válidos, puesto que la observación del espíritu por sí mismo sólo puede ser una ilusión. Sólo podía ser válida la observación externa al individuo,

de manera que la psicología, para ser ciencia, debía renunciar a tomar al sujeto como objeto, ocupándose, en todo caso, de la naturaleza ya sea biofisiológica, ya sea social, del ser humano (Comte, 1830).

En verdad, la psicología de hoy no ha escapado de aquel planteo. En efecto, si bien se han multiplicado las áreas y subáreas disciplinares y han acabado por inscribirse en ella distintas maneras de concebir su objeto y desarrollado distintos métodos, la psicología contemporánea es predominantemente "biotrópica", orientándose hacia las ciencias biológicas, neurociencias especialmente, o es predominantemente "sociotrópica", orientándose hacia las sociologías, la crítica de las ideologías, los constructivismos, la hermenéutica, etc... En el medio, o a un lado, según se mire, queda la problemática subjetividad, a la que si bien hoy se le concede algún lugar en la vertiente que llamamos "sociotrópica", nueva heredera además de humanismos diversos, no goza de una buena mirada desde la psicología científica. Prima la idea de que se trata de dimensiones cercanas a la metafísica que deberían tratar con más pertinencia la filosofía o la antropología filosófica, siempre dispuestas a reflexiones sobre la condición humana, o al discurso literario, más apto para expresar las singularidades laberínticas de las personas. Pero estudiar al sujeto, sobre todo cuando tiene la función no de investigado sino de investigador, parece una contradicción en sí misma. Sólo el psicoanálisis ha acometido esta tarea, que exigía dar cuenta de las paradojas con que se encuentra la ciencia al pensar "su sujeto"(6), aunque se haya mantenido en buena medida marginal respecto de la comunidad psicológica internacional.

El atolladero epistemoló-



gico, sin embargo, se sigue reconociendo en la psicología, manifestándose de diversas formas... Ultimamente tratan de zanjarlo, entre otras, algunas orientaciones de la psicología social que se ocupan del "yo" y del "sí mismo" que revisan los paradigmas científicos que subtienden las ciencias sociales(4). De todos modos, parece haber mucho camino a recorrer en temas que reeditan problemas que tienen que ver no sólo con la ciencia, sino con el hombre que la hace y que, como bien sabemos, no sólo hace aquello que le impone la razón. No hay por qué suponer, por otra parte, que el hombre sea realmente capaz de garantizar la razón. De allí que algunos consideren, laicamente, que "Dios" constituye una necesidad lógica para sostener la atadura de los humanos a la ciencia.

Pero volvamos a nuestras profesiones, en las que nos preguntamos cuánto y qué hacemos con las ciencias, específicamente con las neurociencias y con las psicologías. No sólo eso, una de las peculiaridades de nuestras profesiones es que los "objetos empíricos" con los que trabajamos presentan el inconveniente de que pretenden convertirse en "sujetos". Esto sólo puede suceder en profesiones que aplican desarrollos de las ciencias a la atención de cuestiones humanas, porque sólo en estos casos podemos ser solicitados, interpelados y cuestionados desde el terreno mismo en que se encuentra el tal "objeto" sobre el que trabajamos. Es obvio que es el caso del psicoanálisis, pero no lo es más que el de la psiquiatría, el de la psicología o incluso el de la medicina general.

Alcanza con que nos hablen, con que nos dirijan la palabra desde el lugar que atendemos o estudiamos, para que las cosas se compliquen. No podría ser el caso de la astronomía ni el

de la bioquímica, ya que no es imaginable que los planetas nos pidan correcciones de lo que observa el telescopio Hubble o que los genes se rebelen porque los clonamos. Tampoco es posible que un hígado haga una presentación judicial por mala praxis. Las interpelaciones, éticas u otras, sólo pueden provenir de los sujetos, sujetos parlantes, evidentemente, no de los genes, no del hígado.

Es interesante la problemática que se abre aquí respecto a los objetos empíricos de las neurociencias y de la psicología científica. Si el objeto es la conducta, o un proceso cognitivo como la memoria, o el lenguaje, o una actividad electromiográfica, o la actividad de un neurotransmisor, él simplemente se comporta, o se modifica, o varía, o no varía, pero no se dirige a nosotros, no nos interpela. El objeto de la ciencia debe mantenerse independiente del neurocientífico o del psicólogo científico.

Se espera que el investigador realice su tarea conforme a procedimientos independientes de las variaciones del objeto. Todo esto se puede hacer mientras los sujetos no interfieran, que no es lo que sucede en la clínica real de los psiquiatras, de los psicólogos clínicos, de los neurólogos en la clínica, de los psicoanalistas, etc... En estos casos, el profesional tiene una tarea que no es idéntica a la del investigador científico puesto que no tiene más remedio que agregar al registro objetivo de los datos dimensiones que incluso pueden entrar en colisión con ellos.

Las cosas se complican de manera original en la realidad clínica. Sabemos que entramos en terrenos donde los conocimientos que hemos acumulado, por más vastos y actualizados que sean, nunca están *ready made*, o al menos nunca lo están del todo, para resolver

los problemas que plantean los sujetos. Un proceso de melancolización suicida, por ejemplo, requiere ineludiblemente tomar una serie de pequeñas o grandes decisiones en la interlocución con el sujeto atendiendo a dimensiones, por ejemplo, religiosas o morales que, si no son consideradas, pueden conducir a la interrupción del vínculo con el profesional precipitando una decisión fatal.

Curiosamente, estas reflexiones parecen llevarnos a que es precisamente en el terreno de lo subjetivo donde compartimos cosas comunes todos los que prestamos atención a síntomas, trastornos, disfunciones, malestares, dolores, sufrimientos humanos, en fin. La clínica real enseña que la decisión de interrumpir un tratamiento, de cambiar de médico, de negarse a un nuevo estudio, de rechazar un medicamento, etc., es con frecuencia resultado de momentos que se presentan al profesional como precipitaciones ya sean imprevistas o insalvables.

Los tiempos reales en que se efectúa la atención médica o psicológica (sus momentos, secuencias, duraciones, ritmos, detenciones, reinicios, periodicidades, etc.) son habitualmente afectados por variables ajenas a la cronología ordenada de la investigación médica o psicológica o del planeamiento racional más preciso. La disrupción subjetiva —es decir: la interferencia del sujeto— es una variable esencial que resiste repetitivamente la aplicación de la pura razón científica en el sentido de lo puramente calculable. Además la resiste, agreguemos, de una manera en que, si no es escuchada con suficiente propiedad, la misma razón científica puede operar en forma iatrogénica.

Para concluir: se advierte en qué sentido se pueden ubicar en una misma serie la





psicología, las neurociencias y la subjetividad. Más allá de las distinciones que se planteen en el plano epistemológico, teórico conceptual, el clínico se sitúa res-

pecto a ellas en un terreno de interlocuciones vinculares, inseparables de los contextos donde los recursos científicos son puestos a funcionar ■

Referencias bibliográficas

1. Augé, M., *El sentido de los otros*, Madrid, Paidós, 1994.
2. Bernard, M., "A psicología", y Verdernal, R., "La filosofía positiva de Augusto Comte", en Châtelet, F., *Historia da filosofia, idéias, doutrinas*, Vol.7 y 5, Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
3. Freud, S., *La afasia*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1974.
4. Gergen, K., *El yo saturado*, Barcelona, Paidós, 1992.
5. Hameline, D., "Cent ans de psychologie scientifique", en *Bulletin de Psychologie*, 1970-1971, XXIV, 5-6, pp. 242-252.
6. Lacan, J., "Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien", en *Écrits*, Paris, Éd. du Seuil, 1966.
7. Piéron, H., *Traité de psychologie appliquée*, P.U.F., 7 vols.
8. Piéron, H., *Vocabulaire de la psychologie*, P.U.F.
9. Popper, K., *El mito del marco común*, Madrid, Paidós, 1997.
10. Posner, M. I. y Raichle, M. E., *Images of mind*, *Scientific American Library*, Freeman, 1994.
11. Prigogine, I. y Stengers, I., *La nouvelle alliance. Metamorphose de la science*, Paris, Gallimard, 1986.
12. Vattimo, G., *Más allá de la interpretación*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
13. Zazzo, R., *Conduites et conscience*, Ed. Delachaux et Niestlé, t. II, 1968.



PAIDÓS

Julio Moizeszowicz
PSICOFARMACOLOGÍA PSICODINÁMICA IV
 Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas

María Martina Casullo
ADOLESCENTES EN RIESGO
 Identificación y orientación psicológica

Edwin N. Forman y Rosalind Ekman Ladd
DILEMAS ÉTICOS EN PEDIATRÍA
 Una aproximación a través del estudio de casos

Robert A. Niemeyer/Michael J. Mahoney
 (comps.)
CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA

Ferran Casas
INFANCIA: PERSPECTIVAS PSICOSOCIALES

Jacques-Alain Miller
ELUCIDACIÓN DE LACAN
 Charlas brasileñas

Jacques-Alain Miller
LOS SIGNOS DEL GOCE



PSIGLO Ψ

Revista del Campo Psicológico

De reciente aparición



LECTURAS

Jacques-Alain Miller. "Introducción al Método Psicoanalítico". Paidós, Bs. As., 1997, 200 págs.

"Nunca se toca la mano del inconsciente. Cuando uno la trata de tocar, ya ha desaparecido. Puede ser este el sentido del emblema laciano de la interpretación. El San Juan de Leonardo con el dedo dirigido hacia el cielo, un cielo vacío, para indicar que el inconsciente ya se fue. El emblema de la interpretación no es la mano extendida para coger otra mano. Es solo un índice apuntando a una ausencia".

Jacques-Alain Miller nos sorprenderá con la claridad de los conceptos que desarrolla en este libro, en un intento de formalizar los principios del psicoanálisis; ciencia y verdad, ética y técnica.

Relacionar, asociar, y hacer jugar el recorrido teórico de Lacan a lo largo de tantos años, de una forma tan amena, invita al lector a zambullirse en sus páginas.

"Un discurso del Método Psicoanalítico". Sujeto de la palabra y el lenguaje. Sujeto del goce y del sufrimiento implicado en su síntoma.

Los textos que se organizan en las dos partes del libro son transcripciones de varias conferencias.

En la parte I, "El método", están agrupadas conferencias que fueron dictadas hace diez años en el Seminario del Campo Freudiano en Brasil. En la parte II, "Temas", están agrupadas intervenciones realizadas en las Jornadas del Campo Freudiano en España y en Argentina.

En la primera parte del libro Miller hace hincapié en las cuestiones ética y técnica del psicoanálisis; situando al sujeto en una dimensión ética. El rasgo propio de la práctica analítica son sus principios. El intento de Miller es formalizarlos.

La importancia de las entrevistas preliminares es diagnosticar acertadamente. Para ello Miller precisa los principios metódicos del análisis, a los que divide en tres niveles:

1. Evaluación clínica.
2. Localización subjetiva.
3. Introducción al inconsciente.

El vínculo entre el primer y segundo nivel lo denomina Subjetivación, entre el segundo y tercero Rectificación.

El que viene a vernos como analistas no es un sujeto; es alguien a quien le gustaría ser un paciente. En el análisis no hay paciente en rebeldía consigo mismo. Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto-evaluación de sus síntomas y pide un aval del analista sobre la misma. El acto analítico ya está presente en esa demanda de autorizar la auto-avaluación de alguien que quiere ser un paciente. Considera en juego el acto analítico en el inicio mismo de la experiencia. No hay una práctica estándar.

Es fundamental en la evaluación clínica un diagnóstico diferencial entre psicosis, perversión y neurosis. El diagnóstico no puede hacerse aisladamente. Hay que tener en cuenta la localización subjetiva, que introduce en la propia práctica analítica la categoría lingüística de la enunciación. En consecuencia, es ineludible la posición subjetiva del paciente. La responsabilidad del analista es tener en cuenta este vector, en donde el paciente es en realidad un candidato, y el analista, en cierto modo, un jurado. El sujeto del psicoanálisis

es un sujeto de derecho y no de hecho (no objetivable). Es la ética, la que constituye, en la experiencia analítica, al sujeto. "Lo esencial es lo que el paciente dice", así nos separamos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho; que no está muy lejos de la dimensión del derecho.

Se cuestionará, entonces, la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos. Hay que localizar el decir del sujeto, enunciación, posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado. La localización subjetiva introduce al sujeto en el inconsciente (no hay pura objetividad). "El lugar de la enunciación es el propio lugar del inconsciente".

El analista, a través de la separación entre enunciado y enunciación, a través de reformular la demanda, de introducir el malentendido, dirige al paciente en una vía precisa al encuentro del inconsciente. Lo lleva al cuestionamiento de su deseo. Lo introduce a la falta en ser. El sujeto es una falta en ser. Así, plantea Miller, se produce la rectificación subjetiva, pasar del hecho de quejarse de los otros para quejarse de sí mismo, responsabilidad esencial en lo que ocurre.

En la segunda parte del libro Miller va a desarrollar diferentes "Temas" con relación al deseo, la demanda y el goce.

"La evidencia de la práctica analítica está construida sobre el misterio del inconsciente, y al mismo tiempo, el misterio del inconsciente se sostiene en la evidencia de la práctica".

Cuando se trata de dar con el problema en la experiencia analítica, entre evidencia y misterio, siempre hay obstáculos, porque el decir es tan inadecuado para este misterio como la evidencia.

Miller plantea dos constantes en relación a los obstáculos plantea-

dos anteriormente, el significante Amo y el objeto *a*. Así define parte de la inmovilización simbólica del sujeto. La conjunción de S_1 y *a* es una pareja lógica a la que denomina "Insignia" (Significantes distinguidos que parece que no cambian en la experiencia analítica sino que tienen, por sí mismos, una inercia).

La "insignia", puede denominarse como el propio síntoma, que es esa conexión entre el goce y el significante Amo.

Se espera del análisis, no una cura del amor, sino elucidar la fórmula de la condición de amor, elucidar la posición del sujeto respecto al goce. Esta condición de amor se elabora únicamente en el seno de la familia (novela familiar del neurótico). La condición de amor es la fórmula de la relación del sujeto con el goce.

En el capítulo VII Miller dirá que el amor propiamente freudiano es "la transferencia". El psicoanálisis ha inventado un nuevo amor llamado "la transferencia". Se trata, de hecho, de la articulación entre el amor y el goce. Las condiciones de goce determinan la elección del objeto de amor. Se dirá, entonces, que el amor es la vinculación misma entre el deseo y el goce. El amor está constituido al nivel en donde el goce se articula con el Otro del significante.

"Más allá de la condición de amor" significará articular deseo-amor-goce. "El mito de Edipo explica que si uno no puede gozar como quiere, si se goza insuficientemente, si se goza mal, es porque la plena satisfacción fue interdicta. Es la negación mítica de la interdicción de la plena satisfacción sexual. Y la historia dice que hubo un no".

Patricia Fischer

J. William Worden. "El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia". Paidós, 1997, 240 págs.

Este libro supone, para los profesionales de la Salud Mental, una magnífica guía que describe principios y procedimientos específicos del asesoramiento psicológico, útiles para trabajar con pacientes en proceso de duelo que estén sufriendo ciertas reacciones emocionales. Worden describe los mecanismos del duelo y los procedimientos que

deben llevarse a la práctica para ayudar a los clientes a realizar las "tareas" correspondientes a su superación y, a la vez, explica cómo los duelos no resueltos pueden provocar problemas que requieran de la psicoterapia —reacciones emocionales exageradas, crónicas, enmascaradas o retardadas— y que el terapeuta deberá diagnosticar y tratar. La obra se centra así en los temas del duelo patológico, la familia en proceso de duelo entendida como paciente, el duelo del propio profesional o las pérdidas especiales —por ejemplo, los abortos espontáneos o provocados— y proporciona las herramientas necesarias para adiestrar a los asesores psicológicos en este tipo de cuestiones. Esta segunda edición, además, añade nuevo e importantísimo material sobre el sida y el duelo y las relaciones de este último con la tercera edad, así como una amplia bibliografía.

Alicia I. Losoviz (comp.), "El guardián de los vientos". Catálogos, Bs. As., 1998, 210 págs.

Según la odisea, Eolo, también llamado *El guardián de los vientos*, obsequió a Ulises un odre, que contenía encerrados los vientos desfavorables a la navegación.

Los compañeros del héroe abrieron la vasija, en la suposición de que hallarían inmensas riquezas. Pero sólo lograron dejar en libertad las fuerzas tempestuosas.

En la antesala del nuevo milenio, otro odre, es confiado a la humanidad de la mano de la biotecnología. Los alcances de la tecnología médica, como la fecundación-in-vitro, la clonación o la que se emplea en una unidad de terapia intensiva, promueven nuevas situaciones, que ubicadas en el límite de lo biológico, de lo psíquico, de lo filosófico y de lo jurídico, pueden llegar a desdibujar la esencia de lo humano. ¿Cuáles serán en este fin de siglo, los vientos funestos que encerrados en el odre pueden llegar a quedar sueltos, si no se plantean ciertas consideraciones éticas para cada acto científico y médico?

En este libro se abordan una serie de temas que, vinculados al afán de conocimiento del hombre, invitan a reflexionar sobre esta realidad que se instala día a día.

SEÑALES

El camino científico y el camino hermenéutico en el campo de la Salud Mental

René Epstein*

En estos días se realizará en Buenos Aires la *Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación en Psicoanálisis* que organiza la Asociación Psicoanalítica Internacional (conocida como "la IPA" por sus siglas en inglés).

La IPA, a partir de este año, ha regionalizado estas conferencias, iniciadas hace siete años en Londres, como medio para que los psicoanalistas —y en general todos los interesados en este campo— puedan tomar contacto con colegas que dirigen y realizan investigaciones sobre diversos aspectos de lo psicoanalítico, con la metodología habitualmente usada en lo que se ha dado en eufrimar como "investigación empírica".

Bajo el título de "*Proceso Psicoanalítico: Herramientas. Métodos y Resultados*", se realizará un conjunto de conferencias los días 17 a 19 de septiembre. Estarán a cargo de investigadores extranjeros y nacionales, con el agregado de las presentaciones de los trabajos que, en nuestra región, han sido elegidos por el programa de subsidio a la investigación que la IPA ha puesto en marcha a partir de 1998.

La *Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación en Psicoanálisis* se desarrollará en la Biblioteca Nacional; la inscripción para asistir, que tiene un número limitado de plazas, se efectúa en las asociaciones afiliadas a la IPA (APA, APdeBA y SAP), aunque la concurrencia no está restringida a los miembros de las mismas.

Los títulos de las presentaciones de las investigaciones son, en-

* APdeBA. Ver también: R. Epstein (1991): "Algunas Consideraciones sobre el Lugar Actual del Trabajo de Investigación en Psicoanálisis". *Vertex, Rev. Argentina de Psiquiatría*, 2: 243-244.

tre otros: "El uso de múltiples métodos para hacer relevante el tratamiento psicoanalítico en el próximo milenio" (Prof. P. Fonagy, Inglaterra), "Evaluación de transferencia y del afecto de la interpretación aquí y ahora" (Prof. P. Cuevas Corona y Lic. M. Fabregat, Méjico), "¿Cómo cambian los pacientes a través de tratamientos psicoanalíticos?" (Prof. W. Bucci, EE.UU.), "Resultados a largo plazo luego de psicoanálisis y psicoterapias prolongados" (Prof. R. Sandell, Suecia), "Los psicoanalistas y la investigación científica: ideología y realidad empírica" (Dres. R. Epstein y G. Lancelle, Argentina), "Lo objetivo y lo subjetivo en la investigación psicoanalítica" (Dr. J. A. Zusman, Brasil), "Casos modelos en psicoanálisis" (Prof. H. Kaechele, Alemania), "Un programa de entrenamiento de terapeutas noveles con un manual de psicoterapia dinámica: ¿Qué aprenden?" (Dres. R. Isla y G. De La Parra, Chile), "Relaciones de objeto, angustias y desarrollo de defensas" (Dres. A. Hagelin y cols., Argentina), "¿Por qué fracasan los buenos analistas?" (Prof. R. Krause, Alemania), y otros.

Una de las cuestiones esenciales en el campo psicoanalítico es la discusión epistemológica.

Para unos el futuro pasa por una profundización que siga el camino tradicional de las ciencias. Para otros, dicho camino no agrega nada, o incluso llevaría a una distorsión. Por lo menos en lo instrumental: perturbaría la búsqueda de excelencia interpretativa o hermenéutica(1) del psicoanalista, en su dedicación a que cada paciente pueda elaborar sus conflictos con la mayor profundidad posible.

A partir del trabajo freudiano, los tratamientos han sido la fuente y base objetiva de prácticamente todas las conceptualizaciones que constituyen el cuerpo teórico psicoanalítico. A ello se le ha sumado una reiterada contrastación de las hipótesis de allí surgidas, y la acumulación e integración del conocimiento, producidos por sucesivas generaciones de psicoanalistas. Pero, agreguemos desde ya que dicha tarea aparece en tren de ceder por lo menos parte de su lugar como origen de los conocimientos, los descriptivos de las observaciones y los del tramado de un cuerpo de relaciones causales, que adquirió notable completud.

Tenemos, pues, una confrontación. Por un lado está la defensa de lo individual (que se teme que se perdería en la búsqueda de una sustentación científica general), y por el otro, la indagación de lo general, de lo común, y eventualmente, lo interdisciplinario.

La posición hermenéutica, sin entrar en consideraciones sobre cierto idealismo fundante, promueve la indagación cada vez más cuidadosa de lo inefable de las producciones de la mente individual. Y aparecen como sus desarrollos los que, por ejemplo, se apoyan en vincular el conflicto mental con concepciones de una estética, delineada por la coherencia interna en la psicogénesis y las producciones de la mente de cada sujeto, o en valores éticos, con una idea de la actividad mental en la que los afectos y valores siempre están actuando en la integración del sentido histórico de las vivencias originarias.

El apoyo en lo científico tiene su sostén en aceptar que, en cuanto a lo general del psiquismo, poco importa cual es nuestra postura o esquema de observación, pues su realidad material se nos impondrá, sea de a poco, tanto lenta como rápidamente, "confirmando" o refutando nuestras inducciones, y en particular a través de la puesta en práctica de los conceptos así derivados.

Para ponerlo en lenguaje epistemológico: lo implícito de la posición científica, que en realidad en nuestro campo no puede excluir la posición hermenéutica, es la afirmación de la existencia de un paradigma psicoanalítico, en el sentido kuhniano del término(2). Y que este paradigma puede progresivamente desgajarse y emerger de esa masa de conceptualizaciones, agregando niveles teóricos y conocimientos al cuerpo gnoseológico formalizado a partir de los descubrimientos de Freud.

El paradigma freudiano planteó a) un inconciente operativo y b) una psicogénesis, que se asienta sobre c) lo dado y lo vivenciado, d) con etapas madurativas definidas, y e) generadores de lo normal y lo patológico, junto con f) una posibilidad de rectificación y reelaboración terapéutica, a través de g) la actividad interpretativa de y sobre los conflictos, para h) mejor desa-

rollo de lo adaptativo y lo creativo de cada individuo.

El sólo concepto de la psicogénesis de lo dado y lo adquirido implica, desde las mismas bases freudianas, la posibilidad de producir engarces con una neurociencia que se desprenda del mecanicismo neurofisiológico de los "centros" y avance en la visión más dinámica de la constitución y manutención de redes neuronales funcionales.

Ambas posiciones tienen parcialmente razón, pero la cuestión es de respuestas más complejas de las que usualmente se aventuran. Es más: en mi opinión, como tantas veces en este tipo de oposiciones, estas posturas alternativas o contradictorias son justamente complementarias, y ambas permiten progresos.

En lo extrínseco están pues las posibilidades de establecer lazos fuertes con otros campos disciplinares. Y en lo intrínseco la producción de nuevas teorizaciones sobre las bases de lo mental. En el primer caso, y siendo extremadamente sintético, en futura vinculación con las ciencias naturales (biología, neurociencias, medicina); en el segundo, prioritariamente con interjuego con el campo de las ciencias humanas (lingüística, sociología, educación, prevención primaria, incluso, filosofía).

Es la alternancia entre todas esas vertientes lo que permitirá avanzar en el campo de una salud mental que contenga: a) las necesidades, b) los conocimientos generales y c) los procedimientos para la prevención, primaria, secundaria y terciaria, que en nuestro campo es la única posibilidad de lograr una actividad de máximo alcance económico, en el sentido no economicista del término.

En este caso, la actividad terapéutica, las búsquedas de cada paciente en pos de una solución sintomática, que habitualmente además alberga un anhelo de profundización en el origen de esos síntomas, y/o la perspectiva de una garantía de que éstos no se reproduzcan, o, mas aún, el ideal de lograr lo anhelado y todavía no encontrado, ocupará, ante el progreso de la posición centrada en la prevención, en forma creciente, el lugar de aval *post-facto* de los progresos teóricos de todo tipo.

Aceptar la existencia de ambos caminos implica que podamos alternarnos en la utilización de los dos "estados mentales" que su aplicación requiere. Diferenciamos crudamente ambos como los estados mentales dentro de la sesión para el hermenéutico y el de fuera de la sesión para al científico.

Tengamos en cuenta que por ahora no podemos definir todavía el entrecruzamiento entre historia y materialidad atemporal, lo universal, biológico y psicológico del aparato mental, que implica la idea de "lo dado" de las series complementarias freudianas(3) en conflicto psicogenético con "lo adquirido", de las determinaciones pre y postnatales en suma algebraica con las experiencias vividas.

Lo que sí hemos registrado es que la riqueza o multiplicidad de los estilos, esquemas referenciales, escuelas, personalidades -sin considerar las cambiantes circunstancias vitales- nos ponen ante lo particular de un sujeto. Y que de él podemos decir muchas más cosas de lo que su tiempo y nuestro tiempo nos permite, por lo que debemos interpretar qué es aquello que más le conviene saber momento a momento, sea desde una situación psicoanalítica, o desde una postura psicoterapéutica, tanto más acotada en cuanto a lo temporal y lo mayéutico(4).

El desarrollo extremo que nos proporciona hoy el camino científico es atacado, por ejemplo, pues está desembocando en un "control de calidad" de las psicoterapias. Está basado en sistemas de evaluación por medio de tests especiales. Éstos están siendo implementados para un heterocontrol por parte de sistemas institucionalizados de prestación en Salud Mental, por ejemplo por Servicios hospitalarios y por Sistemas prepagos. Lo que en general no se advierte es que estos sistemas pueden quedar también al alcance de los terapeutas, para un autocontrol. Nuevo enfrentamiento: con el sistema de la supervisión usual que en principio, al ser realizada con un tercero, no es fácilmente fuente de un uso autosuficiente, y sí, en general, desencadenante de una indagación.

El camino hermenéutico lleva, por el contrario, a tener que negar o no poder articular los conoci-

mientos generales, que siempre están en el trasfondo del campo de la psicología general y de la terapéutica, planteándonos desafíos en cuanto a la explotación de sus valores de novedad conceptual, de sus valores como una heurística ■

1. La hermenéutica se refiere a las disciplinas de la interpretación.

2. Kuhn, T. S. (1962): "La Estructura de las Revoluciones Científicas". Fondo de Cultura Económica, México, 1971.

3. La idea básica freudiana es que entre lo dado, es decir, lo prenatal y las experiencias vivenciadas infantiles se constituye la base de la personalidad del sujeto (primera serie complementaria), que luego se completa en la maduración a través de la interacción entre dicha base y las experiencias vitales posteriores (segunda serie). Algunas suposiciones sobre lo dado, lo prenatal, podríamos hacer, si nos remitimos a estudiar la genética diferenciado de lo congénito.

4. Lo mayéutico en la teorización psicoanalítica, es una conceptualización de Bleger, que se refiere a todo aquello que la desanudación de un conflicto, a través del trabajo psicoanalítico permite movilizar como crecimiento mental. Parte de la base de que los conflictos no elaborados requieren una "capacidad mental" para contrarrestar sus efectos patógenos, que se resta al fondo común de disponibilidad para dicho crecimiento, tanto emocional como intelectual.

Jornadas Hospital de Día Psicoanálisis y Salud Mental Sábado 3 de octubre de 1998 Facultad de Psicología, UBA

Organiza: Pasantía Hospital de Día y Clínica de los bordes y Centro de Estudiantes de Psicología.

Los temas para presentación de trabajos serán los siguientes:

- Hospital de Día y Salud Mental: Diferentes dispositivos del Hospital de Día, Trabajos en relación al tratamiento de: Adicciones y Psicosis; Trabajos con adultos, niños y adolescentes, Admisión y Altas, Trabajo en Equipos Interdisciplinarios.

- Hospital y Psicoanálisis: Psicoanálisis y Medicina, Tratamiento posible de la Psicosis, Adicciones, Psicopatología, Anorexia y Bulimia, Depresión, ¿Nuevas formas del Síntoma?

XX° Congreso de APAL PsicoHabana '98 "Humanismo, Integralidad y Equidad"

19 al 23 de octubre de 1998
Palacio de Convenciones
La Habana, Cuba

Organizan:

- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

- Sociedad Cubana de Psiquiatría

- Hospital Psiquiátrico de La Habana (H. P. H.)

Auspician:

- Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP)

- Consejo Nacional de Sociedades Científicas

Subsede:

Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Con motivo de la conmemoración del 40 aniversario de la reestructuración del otrora Hospital de Dementes de Cuba, hoy Hospital Psiquiátrico de La Habana, transformación realizada a partir del triunfo de la Revolución Cubana, tendrá lugar la II Conferencia Internacional PsicoHabana '98, que en esta oportunidad alcanzará relevancia especial por haber sido Cuba seleccionada sede del XX Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

Destacadas personalidades de reconocido prestigio nacional e internacional disertarán sobre temas de sus especialidades, se impartirán cursos pre y post Conferencia y se visitarán prestigiosas Instituciones del Sistema Nacional de Salud de Cuba.

Correspondencia: Dr. Eduardo B. Ordaz Ducuné. Presidente del Comité Organizador. Avenida Independencia N° 26520, Boyeros, Ciudad de La Habana, Cuba. C.P. 19220, Tel.: 45-1035; 45-2923; 45-1867; 45-1688, Fax: (537) 451512; o a: Lic. Mireya Mesa Tamayo; Organizadora profesional de Congresos. Palacio de Convenciones de La Habana, Apdo. 16046, La Habana, Cuba. Fax: (537) 22-8382; 21-9496; 21-8270, Correo Electrónico: mireya@palco-get.cma-net Tel.: 21-9376; 22-6011 al 19, extensión 1512.