



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

119



LAS TERAPIAS DE “TERCERA GENERACIÓN”

Boggiano / Coletti / Gagliesi / Garay / Keegan / Korman / Muñoz-Martínez / Teta

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

Volumen XXVI – N° 119 Enero – Febrero 2015 – ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
 Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
 Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

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

Corresponsales en el exterior

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

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

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

Corrección técnica de textos:
 Laura Carosella

Diseño
 Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com
 Impreso en:
 Sol Print SRL,
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXVI Nro. 119 ENERO - FEBRERO 2015

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

"A la deriva"

Artista: Silvia Elena Müller

Técnica: Acrílico sobre tela

97cm x 104cm

Año 2010

silmuller@hotmail.com

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Funciones ejecutivas y psicopatología: estado actual**
Paula Balbi, Andrés Roussos pág. 5
- **Hábitos prescriptivos en el tratamiento de la esquizofrenia**
Eduardo Leiderman, Laura Lorenzo pág. 11
- **Propuesta de enfoque psicofarmacológico y psicoterapéutico inicial en pacientes con diagnóstico de cinco subtipos diferentes de Trastorno Límite de la Personalidad**
María Cecilia Colombo, Alejandro Hedderwick, Natalia Tauguin, Demián Rodante pág. 17
- **La enfermedad maniaco-depresiva: aspectos psicodinámicos y sintonía afectiva**
Christian Widakowich pág. 28

DOSSIER

- **LAS TERAPIAS DE "TERCERA GENERACIÓN"** pág. 33
- **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): conductismo, *mindfulness* y valores**
Juan Pablo Coletti, Germán Leandro Teti pág. 37
- **La Psicoterapia Analítico Funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico**
Amanda M. Muñoz-Martínez, Juan Pablo Coletti pág. 43
- **Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (*mindfulness*) y la "tercera ola" en Terapias Cognitivo-Conductuales**
Cristian Javier Garay, Guido P. Korman, Eduardo G. Keegan pág. 49
- **Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos**
Germán Leandro Teti, Juan Pablo Boggiano, Pablo Gagliesi pág. 57

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Christofredo Jakob: La llegada de la ciencia del cerebro a la Argentina moderna (1899-1956)**
Norberto Aldo Conti pág. 65
- **El hombre sin cerebro. Estudios biopatológicos sobre las disgenesias del sistema nervioso central del hombre**
Christofredo Jakob pág. 68

CONFRONTACIONES

- **Antropología de las maldiciones (El poder de las palabras)**
Carlos Rojas-Malpica, Sergio J. Villaseñor-Bayardo, Adele Mobili-Rojas, José R. Reyes-Rivas pág. 72

LECTURAS Y SEÑALES

- **Once anillos. El alma del éxito**
Daniel Matusevich pág. 79

EDITORIAL



El ejercicio de la medicina, y de su especialidad psiquiátrica, plantean en la actualidad importantes problemas filosóficos que habitualmente no son tenidos en cuenta por los clínicos ni son motivo de análisis profundo en las etapas de la formación universitaria y de postgrado. Sin embargo, ocuparse de ellos está lejos de constituir un mero ejercicio erudito o especulativo sin consecuencias prácticas.

Sin pretender enumerarlos todos, se pueden mencionar algunos grandes tópicos como son: la evolución actual de la investigación biomédica; la medicina basada en evidencias, con su pretensión de constituirse en un nuevo paradigma y el análisis de su "verdadero" rol en la práctica médica; la caracterización de la medicina como saber y praxis, es decir ¿arte, ciencia o tecnología?; la epistemología personal y sus implicancias en la labor del médico; el examen filosófico sobre la validez de la llamada medicina alternativa; y, por último, el problema de la falta de un concepto general de enfermedad.

En relación a este último problema, cabe señalar que, si bien existe una definición literal o descriptiva -como la propuesta por la OMS- la medicina aún no posee un concepto general, claro y adecuado de enfermedad. Es decir, un concepto que se engarce dentro de una teoría general de salud-enfermedad y haga uso de condicionantes lógicos y axiomáticos. Tal "constructo" no existe. Sin duda, existen criterios y herramientas diagnósticas, además de principios fisiopatológicos, que ayudan a identificar un proceso patológico que consideramos anormal; pero no poseemos un modelo teórico del concepto de enfermedad; y a lo sumo existen discusiones literarias sobre la calidad valorativa, "difusa" o naturalista del mismo.

En realidad, las discusiones de cómo definir a la enfermedad continúan alrededor de la vieja dicotomía naturalista-valorativa. Autores como De Vitto, Rudnick y Scadding, persisten en afirmar lo señalado por Canguilhem hace casi cincuenta años, esto es, que la designación de un estado saludable o patológico es dependiente de la imposición de reglas y convenciones de una sociedad. De manera opuesta, Boorse sigue confiando en definir enfermedad como un estado natural, libre de condicionantes normativos o de valor, como planteó hace más de un siglo en el nacimiento de la medicina experimental biomédica Claude Bernard.

Las definiciones de enfermedad elaboradas utilizando lógicas estrictas y no sólo prosa literaria son pocas; la "fuzzy disease" de Sadegh-Zadeh es hasta ahora el único ejemplo. Los teóricos de la medicina actual tampoco han acudido a la teoría general de sistemas para conseguir una definición general de enfermedad. El materialismo emergentista tampoco ha dado los frutos que esperaban sus creadores.

Toda esa discusión que se presenta en la medicina general, se vuelve aún más compleja en el terreno de la psiquiatría. La misma existencia de la enfermedad mental ha sido, y es, objeto de discusión y nociones tales como trastorno (síndrome) o estructura psicopatológica se utilizan acríticamente sin que quienes las utilizan para fundamentar sus actos terapéuticos hayan realizado una verdadera y profunda reflexión sobre los alcances de los mismos.

La filosofía de la medicina no puede resumirse sólo a la parcela de lo ético, lo axiológico o lo histórico. Por el contrario, el abordaje filosófico de muchos problemas médicos, y en particular atinentes a nuestra especialidad, no representa un mero juego intelectual, sino una herramienta eficaz para la investigación y la enseñanza de la medicina y la psiquiatría, principalmente, para la observación crítica de las problemáticas en juego ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2015

***Vertex 119 / Enero - Febrero
LAS TERAPIAS DE
"TERCERA GENERACIÓN"***



Funciones ejecutivas y psicopatología: estado actual

Paula Balbi

*Licenciada en psicología
Becaria doctoral, CONICET, UBA
E-mail: paularbalbi@hotmail.com*

Andrés Roussos

CONICET, UBA

Resumen

La presente revisión tiene por objetivo acercar a los clínicos el debate actual existente en torno a ciertos trastornos mentales y un concepto tan complejo y debatido dentro de la neuropsicología como son las funciones ejecutivas. Las patologías abordadas se encuadran dentro del eje 1 del DSM-V, a saber: trastorno bipolar, depresión, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. Son expuestas las controversias con respecto al concepto de funciones ejecutivas como así también la importancia de su estudio. Tras el análisis de la bibliografía consultada se refiere que si bien es claro que las personas con los trastornos mentales citados tienen sus funciones ejecutivas alteradas es de suma importancia continuar con las investigaciones, pues aún el conocimiento es fragmentado y a menudo contradictorio. Finalmente se concluye que no sólo se requiere caracterizar perfiles neuropsicológicos en las diversas patologías para favorecer su abordaje, si no también debe abogarse por que dichos conocimientos puedan ser aprehendidos por los clínicos tratantes generando un territorio común de estudio y discusión junto a los investigadores.

Palabras clave: Funciones ejecutivas - Neuropsicología - Trastorno de ansiedad generalizada - Trastorno bipolar - Depresión.

EXECUTIVE FUNCTIONS AND PSYCHOPATHOLOGY: CURRENT STATUS

Abstract

The aim of this review is to bring clinicians closer to the current discussion about the complex concept of Executive Functions in mental disorders that the DSM includes in axis 1, such as Bipolar Disorder, Depression, Social Phobia, Obsessive Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. The present controversies about the definitions of Executive Functions are exposed as well as the importance of its study. The article also presents the idea that patients with these disorders suffer alterations in their Executive Functions and as the knowledge in this area is fragmented and contradictory, it is important to continue its study. Finally, the review concludes that not only it is necessary to define the neuropsychological profile in different disorders but also to work together with the clinicians to build a common place of study and discussion.

Keywords: Executive functions - Neuropsychology - Generalized anxiety disorder - Bipolar disorder - Depression.

Introducción

La neuropsicología tal y como la conocemos hoy es el resultado de la confluencia de diversas disciplinas. En primer lugar podemos identificar aportes de la neuroanatomía y neurología clásica, luego diferentes teorías psicológicas y, finalmente, en las últimas décadas se han sumado los conocimientos de las técnicas de estudio por imágenes. Consideramos que en ese variado aporte de disciplinas se ubica el motivo de que aún hoy se prescindiera en la neuropsicología de modelos teórico-tecnológicos unificados y un lenguaje común propio. Por ello, es necesario que se trabaje en pos de disminuir la fragmentación actual de conocimientos, tendiendo puentes hacia la clínica a fin de construir un territorio común de investigación y discusión.

En cuanto al concepto de funciones ejecutivas (FE), éstas pueden definirse como aquellas habilidades que los seres humanos ponen en práctica al momento de resolver situaciones novedosas y no rutinarias; permiten a una persona conducirse de forma intencional e independiente, resolviendo exitosamente problemas por medio de su propia conducta (1). Dentro de las FE podemos identificar la flexibilidad cognitiva, la actualización y monitoreo de representaciones en la memoria de trabajo y la inhibición de respuestas automáticas (2). Consideramos de suma importancia el estudio de las FE dado que son centrales para que un ser humano pueda desenvolverse de manera eficaz, deliberada e independiente en el medio en el que vive (1); como así también, por hecho que su evaluación permite predecir diferencias en el comportamiento de las personas tanto en el ámbito clínico como en el contexto social facilitando el desarrollo de estrategias terapéuticas más eficaces (2).

La presente revisión bibliográfica tiene por objetivo presentar en forma sistemática los estudios relacionados con las características de las FE en los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar (TB), depresión mayor (DM), fobia social (FS), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La selección de las patologías obedece al importante crecimiento de estudios neuropsicológicos publicados en la última década sobre las mismas, lo cual vuelve necesaria una actualización y sistematización de la información disponible.

Vale la pena aclarar que hay otros cuadros patológicos que también cuentan con una gran cantidad de actualizaciones, como la esquizofrenia o el trastorno por déficit de atención (TDAH), entre otros; sin embargo, por una cuestión de espacio, los mismos no fueron incluidos en el presente estudio, aunque su síntesis es también una tarea pendiente y necesaria.

Funciones ejecutivas: controversias conceptuales

El origen del concepto de FE puede ubicarse en el campo de la neurología comportamental (3), es allí donde se comenzaron a nuclear bajo un mismo concepto distintas funciones cognitivas que al parecer compartían aspectos tanto neuroanatómicos como funcionales. Sin embargo, estas fueron nombradas como tales por Muriel Lezak recién en el año 1982 (4).

Actualmente se sabe de la alteración de las FE en

numerosas patologías como por ejemplo la demencia fronto-temporal (5), el Alzheimer (6), el Parkinson (7), la esquizofrenia (8), el abuso de sustancias (9, 10) y el TDAH (11). Tales funciones también son afectadas por un gran número de patologías más allá del campo de la salud mental, como pueden ser traumatismos craneanos, encefalitis, alteraciones metabólicas, etc. Por esto, es importante entender el presente trabajo como uno de los recortes posibles a la hora de estudiar las implicancias de las FE acorde a las patologías asociadas.

Desde sus comienzos la conceptualización de las FE ha implicado controversia y diferentes puntos de vista. Por ejemplo, es frecuente que se utilicen de forma indistinta términos como “funciones frontales” y “funciones ejecutivas”, o “frontal”, “supervisor” y “ejecutivo” (12), que no necesariamente hacen referencia a los mismos eventos, lo cual, por momentos, vuelve confuso el entendimiento y el abordaje de las FE y las patologías involucradas.

Otro aspecto que ha ido clarificándose a lo largo de los últimos años es aquél referido a la localización neuroanatómica de las FE: de posturas que planteaban a las FE como una sola habilidad o un conjunto independientes de ellas, se pasó a una síntesis, en la cual coexisten múltiples habilidades asociadas a las FE. Stuss y Alexander, proponen que diferentes procesos cognitivos, es decir diferentes FE, se relacionan con diversas localizaciones del área prefrontal del cerebro. Agregan que la activación de dicha área se hará más extensiva conforme aumente la complejidad de la tarea que el sujeto realice, dado que se necesitarán más recursos resolutivos y menos de aquellos automáticos (12). Adhiriendo también al postulado de la diversidad en las FE, Miyake y Friedman refieren que distintas habilidades se correlacionan entre sí mostrando cierto factor de “unidad” a la vez que presentan aspectos separados (“diversidad”) (2).

Frente a esta diversidad de habilidades asociadas a las FE, surge la necesidad de clarificar conceptualmente cada una de ellas. En primer lugar, Tirapu-Ustárrroz y colaboradores definen la flexibilidad cognitiva como aquella función que permite a un sujeto modificar su set de respuestas cuando el *feedback* obtenido del medio indica que es necesario (13). Por lo tanto, podría decirse que la misma es una herramienta fundamental en los seres humanos para responder a tareas complejas, encontrado soluciones nuevas y adaptativas (14). Respecto a la habilidad para la actualización y monitoreo de las representaciones mentales, Miyake postula que implica la rápida suma o eliminación de contenidos cognitivos provenientes de la memoria de trabajo, siendo evidente su importancia para responder de modo eficaz en un mundo cambiante (15). Por último, en torno a la inhibición de respuestas automáticas, puede definirla como la posibilidad de responder a situaciones suprimiendo la interferencia de estímulos habituales, es decir, controlar procesos reflejos en favor de estímulos menos automáticos. Es evidente que estas FE, tal y como se las ha descrito, atraviesan la mayor parte de las conductas y decisiones que un ser humano despliega a diario.

Desde el punto de vista de la neuroanatomía, para Shimamura son las regiones prefrontales del cerebro las que monitorean las actividades que desarrollan las regio-

nes posteriores y donde claramente podrían ubicarse las FE (16, 17). Acordando con lo antedicho, y tras una revisión bibliográfica, Tirapu-Ustarroz concluye que pueden extraerse 4 postulados básicos en torno al constructo de FE y su vínculo con el área prefrontal: a) diferentes regiones de la corteza prefrontal se vinculan con diferentes aspectos del funcionamiento ejecutivo; b) una misma región puede vincularse con distintas funciones en diferentes momentos; c) la corteza prefrontal se relaciona con áreas corticales posteriores como así también con regiones subcorticales; y d) la corteza prefrontal cuenta con una gran "flexibilidad neuronal" (18).

Sin dudas, el constructo FE es complejo de definir al estar involucrado en una amplia y compleja gama de acciones que el ser humano despliega a diario. Por ello creemos necesario volver a recalcar la importancia del estudio de las mismas en el contexto de diversos trastornos mentales, a fin de sumar herramientas para el tratamiento y prevención de los mismos.

A continuación se presenta una breve reseña sobre el estado actual de la investigación en torno a las FE y las patologías citadas.

Trastorno bipolar

El TB es un trastorno del estado de ánimo recurrente, caracterizado por episodios de manía/hipomanía y depresión entre los cuales se presentan períodos de remisión clínica o eutimia. En él, no sólo se pueden observar alteraciones en el estado de ánimo, sino también alteraciones cognitivas, en el ritmo circadiano, y una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (19). Su fisiopatología, además de ser compleja, aún no se ha definido. De todos modos, en la actualidad, diversas investigaciones se han centrado en sus mecanismos de neurotransmisión, neuroanatomía y aspectos neuroendocrinos (20).

En el año 2012 Torrent y colaboradores publicaron una investigación longitudinal en la que evaluaron déficits cognitivos en 68 pacientes bipolares entre febrero del 1999 y julio del 2010. Los autores concluyeron que los efectos del paso del tiempo se observaban principalmente en dos dominios, la atención y las FE. La afección de estas últimas se veía asociada a la duración de la enfermedad y a síntomas subdepresivos de base (21).

Por su parte Lopera-Vásquez, Bell y López-Jaramillo evaluaron el rendimiento en diferentes test neuropsicológicos en 33 pacientes con TB I quienes no estaban medicados y compararon su performance con 28 controles sanos. Los autores observaron que aquellas tareas que implicaban un desempeño ejecutivo eran llevadas a cabo de peor forma por los pacientes bipolares. Concluyendo, además, que el principal déficit de estos pacientes se encuentra en las FE y que éste es el responsable de la falla en otras habilidades como la memoria verbal (22). En cuanto a esta última, Rodríguez y colaboradores, realizaron un estudio de tipo transversal con pacientes con TB I y II utilizando el *California Verbal Learning Test*; se observó que las alteraciones en los procesos de memoria verbal implicaban fallas en

el aprendizaje, recuerdo libre y recuerdo con claves a corto y largo plazo, estrategias semánticas de recuerdo y perseveraciones. A su vez, concluyeron que los sujetos presentaban dificultades para la organización de la información y trazado de estrategias de modo tal que les resultaba más difícil recordarla a posteriori (23).

Parece ser evidente que el TB se relaciona con alteraciones neuropsicológicas. Ahora bien, ¿cómo puede este hallazgo beneficiar la terapéutica de estos sujetos?, ¿puede facilitarse el desarrollo de abordajes orientados a la prevención? Mucho queda aún por investigar sobre la etiología del TB y su abordaje, quedando claramente en evidencia la importancia de las FE en su dinámica.

Depresión mayor

La DM es un trastorno de estado de ánimo que padecen alguna vez en su vida un 10% a 25% de mujeres y un 5% a 12% de hombres, y cuya incidencia actual en la población adulta es de 5% al 9% en las mujeres y de 2% a 3% en hombres (24). El mismo se caracteriza por síntomas tales como estado de ánimo depresivo, anhedonia, pérdida de energía, alteraciones en el sueño y el apetito, dificultades para concentrarse, sentimientos de culpa o inutilidad, y/o ideación suicida (24). Es habitual que los pacientes deprimidos se quejen de distintos síntomas cognitivos que dificultan tus tareas habituales. De hecho, se ha observado que las alteraciones ejecutivas en pacientes con DM constituyen un factor de riesgo en relación a actos suicidas (25). Por ello consideramos de importancia estudiar las variables neuropsicológicas de esta patología e incorporar los hallazgos a los modos de abordaje psicoterapéutico (26).

En el año 2006 Frodl y colaboradores publicaron un estudio sobre el volumen del hipocampo y del lóbulo frontal en pacientes con DM y en controles sanos, relacionando dicha neuroanatomía con el rendimiento en el *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) y el *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT). Los investigadores observaron mediante resonancias magnéticas que los pacientes con diagnóstico de DM exhibían un hipocampo significativamente de menor tamaño que los sujetos controles. A su vez, observaron en los sujetos enfermos una significativa disminución de la materia gris frontal, tanto izquierda como derecha. Los autores concluyen su investigación aseverando que el volumen del hipocampo correlacionaba significativamente con el número de errores perseverativos y las respuestas perseverativas en el WCST, no así con el rendimiento en el RAVLT (27).

Por su parte, Bora y colaboradores analizaron 27 investigaciones sobre el rendimiento cognitivo de sujetos con criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor en fase eutímica. A través de un metaanálisis, los autores concluyeron que los déficits cognitivos en el trastorno son característicos en sub-grupos de pacientes que presentaron su primer episodio a una edad tardía. Las alteraciones en lo que respecta a la velocidad de procesamiento y la memoria verbal fueron características, también, de los pacientes con depresiones tardías. Sin embargo, la alteración más contundente en estos pacientes se encontró en el campo

de las FE, específicamente en lo referido a la inhibición de respuestas automáticas (28).

Por último, Snyder refiere que si bien las alteraciones cognitivas en la DM y específicamente las concernientes a las FE son vastamente propuestas en las investigaciones realizadas hasta el momento, aún la naturaleza y existencia de las mismas son fuertemente debatidas. El autor revisó 113 investigaciones neuropsicológicas en las cuales se administraba al menos una prueba que evaluara FE, concluyendo que existe una fiable asociación entre un desempeño pobre en test neuropsicológicos de FE y la DM, siendo más grave el deterioro cuando más profundo era el cuadro de depresión. Asimismo, el autor plantea que las alteraciones en las FE de estos pacientes podrían tener fuertes implicancias en el abordaje psicoterapéutico de los mismos, y que una exhaustiva evaluación de dichas funciones permitiría el desarrollo de objetivos terapéuticos ajustados a cada paciente (29).

Trastornos de ansiedad

En las últimas 2 décadas el estudio de aspectos neuropsicológicos en los trastornos de ansiedad se ha ido incrementando considerablemente, pero continúa siendo escaso al compararlo con otros trastornos (30). A continuación se desarrollará una síntesis del estado del arte sobre ciertos trastornos de ansiedad y las características de las FE en ellos.

Fobia Social

En la actualidad la FS es considerada un trastorno de ansiedad caracterizado, principalmente, por temor persistente a una o más situaciones en las que la persona se ve expuesta a otros que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación negativa (24).

En EEUU se estima que la prevalencia de la FS es del 12.1%, y sólo la mitad de los casos son atendidos psicológicamente (31). Se ha observado a su vez, que las personas con dicho trastorno presentan un aumento de pensamientos y sentimientos autorreferenciales negativos, los cuales interfieren con su rendimiento habitual e impiden el acceso a información que permita refutar la evaluación del medio. Puede suponerse que dicha falta de flexibilidad en el procesamiento de la información tiene su origen en una disfunción neurocognitiva, justificándose así el estudio neuropsicológico del trastorno (32).

Topçuoğlu, Fistikci, Ekinci y Göntür evaluaron mediante el WCST a 36 mujeres y 20 hombres con diagnóstico de FS comparándolos con un grupo control, puesto que el uso de dicho test está ampliamente difundido para evaluar la flexibilidad cognitiva dentro de las FE. Los autores observaron que la *performance* de las personas con FS difería negativamente con la del grupo control, dado que presentaban un número menor de respuestas correctas, de categorías completadas y de respuestas de nivel conceptual. De todos modos refieren no haber hallado diferencias significativas en torno a los errores perseverativos (33).

Por otra parte, Esearch, Airaksinen, Larsson y Forsell, investigando diferentes funciones neuropsicológicas en pacientes con ansiedad, no observaron diferencias en el

rendimiento en el TMT-A y TMT-B entre pacientes con FS y el grupo control (34). Vale destacar que dicho test es utilizado para evaluar la habilidad visual de búsqueda y escaneo, la velocidad de procesamiento y las FE.

Por último, un reciente estudio evaluó FE en pacientes con diferentes grados de severidad de FS analizando una muestra de 30 pacientes y 30 sujetos controles. Los mismos fueron evaluados con el *Wisconsin Card Sorting Test*, el *Continuous Performance Test*, el *Trail Making Test*, el *Word Fluency Test* y el *Auditory Verbal Learning Test*. Los autores concluyeron que el aumento del número de errores perseverativos en el WCST, se asociaba a una severidad mayor del trastorno (33).

Trastorno obsesivo compulsivo

El TOC se caracteriza por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados, generando en quien los presenta ansiedad o malestar significativos. Los mismos no pueden encuadrarse en simples preocupaciones de la vida diaria, de hecho la persona realiza otros actos o recurre a otros pensamientos a fin de ignorar o suprimirlos (24). En cuanto a su prevalencia, en EEUU se observó que en una muestra de 2073 estudiantes, un cuarto de ellos había experimentado alguna vez en su vida obsesiones o compulsiones (35); sin embargo, la prevalencia de personas quienes cumplían todos los criterios para ser diagnosticados con TOC fue del 2.3%.

Andrés-Perpiñá, Lázaro-García, Canalda-Salhi y Boget-Llucà al igual que Martínez-González y Piqueras-Rodríguez, postulan que en diversos estudios se propone la afectación de las FE en sujetos con TOC (36, 37). Tal es el caso de Purcell, Maruff, Kyrios y Pantelis, que tras evaluar a 30 sujetos con dicho trastorno concluyeron que estos presentaban déficits en sus FE como así también en su memoria visual y enlentecimiento motor. Este último se observaba en la realización de la Torre de Londres, donde los sujetos demoraban en iniciar sus movimientos. Tal fenómeno no lo asociaron a la duda, ya que no se veían demorados los tiempos de respuesta en otras pruebas. Sin embargo, los autores hallaron que aquellos pacientes con mayor grado de severidad eran más rápidos motrizmente que los que presentaban una severidad moderada (38). Finalmente, Purcell, Maruff, Kyrios y Pantelis (38) refirieron no contar con la claridad suficiente para explicar tal fenómeno y propusieron nuevas líneas de investigación a fin de esclarecer qué tipos de síntomas se asocian con la rapidez o lentitud de los movimientos.

Por último, recientemente Vandborg y colaboradores observaron que los pacientes con TOC presentan alterada su memoria visuoespacial como así también su capacidad de planificación, considerándose importante el hallazgo para el diseño de tratamientos (39).

Trastorno de ansiedad generalizada

Con respecto al TAG puede decirse que es un trastorno prevalente, inhabilitante y a menudo crónico, con una tasa de recuperación del 40% con los tratamientos psicológicos actuales. Por tal motivo es fundamental un mejor

entendimiento de los mecanismos neuropsicológicos que le subyacen (40).

El DSM-IV TR define al TAG como un trastorno caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de actividades o acontecimientos, que se prolongan más de 6 meses y provocan malestar clínicamente significativo, pudiendo afectar el rendimiento social y laboral. Se incluyen como criterios diagnósticos la dificultad para controlar este estado de permanente preocupación por parte del paciente, y la presencia de al menos 3 síntomas tales como inquietud, impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (41). Actualmente, el DSM-5 caracteriza al TAG por la ansiedad y preocupación excesiva sobre 2 o más eventos o actividades, siendo más frecuentes los días de preocupación y ansiedad que los días ausentes de ella, durante al menos 3 meses (42).

Barlow, por su parte, plantea una posición de especial importancia del TAG, pues la preocupación es un denominador común que atraviesa los distintos trastornos de ansiedad (43). Su estudio, entonces, no sólo sería relevante para la comprensión y el tratamiento del propio trastorno, sino también para el estudio global del tratamiento de la ansiedad en general. Vale destacar que se han encontrado escasos trabajos que evalúen dicho aspecto en torno al TAG en adultos (44). Por ejemplo, Castaneda, Tuulio-Henriksson, Marttunen, Suvisaari y Lönnqvist realizaron una revisión bibliográfica sobre el deterioro cognitivo en adultos jóvenes con depresión y trastornos de ansiedad en la cual no hallaron trabajos sobre TAG (45).

Mohlman y Gorman investigaron en sujetos mayores ansiosos el rol del funcionamiento ejecutivo en la terapia cognitivo conductual (TCC). Los autores parten de la hipótesis de que el éxito de la TCC dependería, en parte, del empleo que los pacientes realizan de sus FE. Las técnicas cognitivo-comportamentales (como la asignación de tareas, la reestructuración cognitiva y la disputa racional, entre otras) requerirían la utilización de las FE de los pacientes (46). Es decir, que la esencia de la TCC sería el aumentar y refinar el empleo de las FE para un mejor manejo de los síntomas. Sin embargo, no se cuenta hasta el momento con evidencia cierta de tales afirmaciones (46). En dicha investigación se contó con muestra de pacientes adultos mayores con diversos trastornos de ansiedad. Cada participante completó una batería neuropsicológica antes y luego de la TCC. Los investigadores observaron que algunos, pero no todos, los adultos mayores que presentaban alteraciones ejecutivas y TAG se veían menos beneficiados por la TCC. Los autores sugieren que el grupo que mejoró tanto en sus FE como en el TAG, presentaba disfunción ejecutiva por causa emocional; mientras que aquellos que no mejoraron padecían disfunción ejecutiva a nivel orgánico (46). Con lo cual podría suponerse que aquellas alteraciones orgánicas de las FE no sólo no son sensibles en su mejo-

ría a la TCC sino que, además, mediarían o moderarían el impacto de la psicoterapia en el TAG.

En el año 2010, Chouhan y Bhandari publicaron una investigación realizada en la India sobre población urbana. Observaron el rendimiento de 30 sujetos con TAG y 30 controles sobre la Torre de Londres y el Test de Stroop. Considerando que un rendimiento bajo en la Torre de Londres se interpreta como la incapacidad de realizar planes efectivos, y un bajo rendimiento en el Test de Stroop se vincula con la dificultad para inhibir la respuesta automática a ciertos estímulos, los autores observaron que los sujetos con TAG tuvieron un rendimiento menor que los controles, proponiendo ampliar e incluir estos resultados a las terapéuticas actuales a fin de brindar una mejor atención de estos pacientes (40).

Por último, vale destacar que hasta el momento no se han encontrado otras investigaciones que aborden el constructo de las FE en personas diagnosticadas con TAG.

Conclusión

Puede decirse que la controversia en torno al rol que cumplen las FE en diversos trastornos mentales aun no está concluida, sino que va in crescendo conforme pasan los años. Diferencias conceptuales y metodológicas no sólo se desprenden del concepto de FE, sino también del modo de entender y definir a los trastornos mentales propiamente dichos. Sin dudas, la creciente producción científica da cuenta de que la importancia del estudio sobre las FE radica en varios aspectos. Por un lado, en lo que respecta a las repercusiones interpersonales que el déficit en las mismas conlleva. Aquellas personas que presenten alteraciones en dichas funciones presentarán serias dificultades para llevar adelante una vida independiente, resolver situaciones problemáticas que surjan y alcanzar metas deseadas. Por ello, es de suma importancia el diseño de estrategias psicoterapéuticas que contemplen el perfil neuropsicológico de cada psicopatología en particular. Considerando que una categoría nosológica no está dada sólo por un conjunto particular de síntomas, factores cognitivos de mantenimiento y posibles etiologías, sino también por una dinámica neurocognitiva particular que puede moderar o mediar los resultados psicoterapéuticos. Ahora bien, durante el proceso de caracterización del perfil neuropsicológico de los trastornos psicopatológicos y la construcción de técnicas psicoterapéuticas específicas, se debiera trabajar para que cada uno de los hallazgos y conclusiones arribe de forma fácil de aprehender a los clínicos. Ningún resultado ya sea descriptivo o de índole práctico será de utilidad si no impacta en la realidad psicoterapéutica de la mano de los clínicos. Sin duda, en lo que respecta al saber neuropsicológico de diversos trastornos mentales, aún estamos en miras de construir un territorio común de discusión e integración entre la investigación y la clínica ■

Referencias bibliográficas

1. Lezak M, Howieson D, Loring D. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford; 2004.
2. Miyake A, Friedman N. The nature and organization of individual differences in executive functions: four general conclusions. *Curr Dir Psychol Sci* 2012; 21 (1): 8-14.
3. Egger J, Mey H, Janssen G. Assessment of executive functioning

- in psychiatric disorders: functional diagnosis as the overture of treatment. *Clinical Neuropsychiatry* 2007; 4 (3): 111-116.
4. Lezak M. The problem of assessing executive functions. *Int J Psychol* 1982; 17: 281-297.
 5. Possin K, Feigenbaum D, Rankin K, Smith G, Boxer A, Wood K, et al. Dissociable executive functions in behavioral variant fronto temporal and Alzheimer dementias. *Neurology* 2013; 81: 346-352.
 6. Marshall G, Rentz D, Frey M, Locascio J, Johnson K, Sperling R. Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7 (3): 300-308.
 7. Kudlicka A, Clare L, Hindle J. Executive functions in Parkinson's disease: systematic review and meta-analysis. *Mov Disord* 2011; 26 (13): 2305-2315.
 8. Eisenberg D, Berman K. Executive function, neural circuitry, and genetic mechanisms in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35: 258-277.
 9. Baldacchino A, Balfoura D, Passettib F, Humphris G, Matthews, K. Neuropsychological consequences of chronic opioid use: a quantitative review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2012; 36 (9): 2056-2068.
 10. Crean R, Crane N, Mason B. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med* 2012; 5 (1): 1-8.
 11. Antshel K, Hier B, Barkley R. Executive functioning theory and ADHD. In: Goldstein S, Naglieri JA, editors. *Handbook of Executive Functioning*. New York: Springer Science+Business Media; 2014. p. 107-120.
 12. Stuss DT, Alexander MP. Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view. *Psychol Res* 2000; 63 (3-4): 289-98.
 13. Tirapu-Ustároz J, Muñoz-Céspedes J, Pelegrín-Valero C, Albéniz-Ferreras A. Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol* 2005; 41 (3): 177-186.
 14. Ionescu T. Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas in Psychology* 2011; 30 (2): 190-200.
 15. Miyake A, Friedman N, Emerson M, Witzki A, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cogn Psychol* 2000; 41 (1): 49-100.
 16. Shimamura AP. Memory retrieval and executive control processes. In: Stuss D, Knight R, editors. *Principles of frontal lobe functions*. New York: Oxford University Press; 2002. p. 210-20.
 17. Shimamura AP. The role of the prefrontal cortex in dynamic filtering. *Psychobiology* 2000; 28: 207-28.
 18. Tirapu-Ustároz J, García-Molina A, Luna-Lario P. Modelos de funciones y control ejecutivo (II). *Rev Neurol* 2008; 46 (12): 742-750.
 19. Balanzá-Martínez V, Selva G, Martínez-Arán A, Prickaerts J, Salazar J, González-Pinto A, et al. Neurocognition in bipolar disorders a closer look at comorbidities and medications. *Eur J Pharmacol* 2010; 626 (1): 87-96.
 20. Bonnin CM, Martínez-Arán A, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Franco C, Pacchiarotti I, et al. Trastorno bipolar, funciones cognitivas y eje hipotalámico-pituitario-tiroideo. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38 (4): 223-228.
 21. Torrent C, Martínez-Arán A, del Mar Bonnin C, Reinares M, Daban C, Solé B, et al. Long-term outcome of cognitive impairment in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2012; 73 (7): e899-905.
 22. Lopera-Vásquez J, Bell V, López-Jaramillo C. What is the contribution of executive dysfunction to the cognitive profile of bipolar disorder? A well- controlled direct comparison study. *Rev Col Psiquiatr* 2011; 40: 64-75.
 23. Rodríguez L, Vega I, Torrijos S, Barabash A, Ancín I, Peláez J, et al. Estudio de memoria verbal en una muestra de pacientes con Trastorno Bipolar en fase eutímica. *Actas Esp Psiquiatr* 2012; 40 (5): 257-265.
 24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
 25. Keilp JG, Gorlyn M, Russell M, Oquendo MA, Burke AK, Harkavy-Friedman J, et al. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. *Psychol Med* 2013 Mar; 43 (3): 539-51.
 26. Goodale EP, Carolina N. Síntomas cognitivos de la depresión. *North* 2007; 13-15
 27. Frodl T, Schaub A, Banac S, Charypar M, Jäger M, Kümmler P, et al. Reduced hippocampal volume correlates with executive dysfunctioning in major depression. *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31 (5): 316-23.
 28. Bora E, Harrison B, Yu M, Pantelis C. (2013). Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychol Med* 2013; 43 (10): 2017-2026.
 29. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychol Bull* 2013 Jan; 139 (1): 81-132.
 30. Airaksinen E, Larsson M, Forsell Y. Neuropsychological functions in anxiety disorders in population based samples: evidence of episodic memory dysfunction. *J Psychiatr Res* 2005 Mar; 39 (2): 207-14.
 31. Ruscio A, Brown T, Chiu W, Sareen J, Stein M, Kessler R. Social fears and social phobia in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Psychol Med* 2007; 38 (1): 15-28.
 32. Fujii Y, Kitagawa N, Shimizu Y, Mitsui N, Toyomaki A, Hashimoto N, et al. Severity of generalized social anxiety disorder correlates with low executive functioning. *Neuroscience Letters* 2013; 24 (543): 42-6.
 33. Topçuoğlu V, Fistikli N, Eklncü Ö, Gönençtür A. Assessment of executive functions in social phobia patients using the Wisconsin Card Sorting Test. *Türk Psikiyatri Derg* 2009; 1-9.
 34. Esearch R, Airaksinen E, Larsson M, Forsell Y. Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples : evidence of episodic memory dysfunction. *J Psychiatr Res* 2005 Mar; 39 (2): 207-14.
 35. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry* 2010 Jan; 15 (1): 53-63.
 36. Andrés-Perpiñá S, Lázaro-García L, Canalda-Salhi G, Boget-Llucà T. Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo compulsivo. *Rev Neurol* 2002 Nov; 16-30.
 37. Martínez-González A, Piqueras-Rodríguez J. Actualización neuropsicológica del trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Neurol* 2008; 46 (10), 618-625.
 38. Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 55 (May): 415-423.
 39. Vandborg S, Hartmann T, Bennedsen B, Pedersen A, Thomsen P. Memory and executive functions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Neurol* 2014; 27 (1): 8-16.
 40. Chouhan V, Bhandari D. Neuropsychological evaluation of generalized anxiety disorder. *J Well Being* 2010; 4 (2).
 41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, Text revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
 42. American Psychiatric Association. *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
 43. Barlow DH. *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press; 2004.
 44. Balbi P, Roussos A. Investigación neuropsicológica en el trastorno de ansiedad generalizada. En: *Memorias: IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación y Octavo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires; Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2012.
 45. Castaneda A, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Suvisaari J, Lönngqvist J. Review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *J Affect Disord* 2008; 106 (1-2): 1-27.
 46. Mohlman J, Gorman J. The role of executive functioning in CBT: a pilot study with anxious older adults. *Behav Res Ther* 2005; 43: 447-465.

Hábitos prescriptivos en el tratamiento de la esquizofrenia

Eduardo A. Leiderman

*Médico especialista en psiquiatría
Doctor en Psicología
Comisión Directiva del Capítulo de Psicofarmacología de APSA
E-mail: edule@psi.uba.ar*

Laura Lorenzo

*Médica especialista en psiquiatría
Comisión Directiva del Capítulo de Psicofarmacología de APSA*

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue conocer los hábitos prescriptivos para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en un grupo de psiquiatras argentinos y comparar algunos resultados con los obtenidos en una encuesta realizada previamente en una población similar. **Metodología:** Durante una jornada de psicofarmacología que tuvo lugar en agosto de 2012 en la ciudad de Buenos Aires se realizó una encuesta a los médicos psiquiatras concurrentes, y se compararon algunos resultados con los obtenidos en otra encuesta realizada en el año 2006 en un congreso de psiquiatría. **Resultados:** El 96.2 % de los psiquiatras encuestados consideró que debe tratarse farmacológicamente a todo paciente esquizofrénico que presenta un episodio psicótico agudo. Para el tratamiento agudo y crónico de los síntomas positivos la mayoría de los psiquiatras eligió la risperidona, el haloperidol, la olanzapina y la quetiapina. En cambio, para el tratamiento crónico de la sintomatología negativa los profesionales prefirieron la risperidona, el aripiprazol, la olanzapina, la quetiapina y la clozapina. Se observó un aumento en elección de la quetiapina y del aripiprazol entre la anterior encuesta y la actual. El 64% de los encuestados refirió utilizar combinación de antipsicóticos, similar a lo evaluado en la encuesta anterior. La mayoría prefirió mantener el tratamiento farmacológico durante el embarazo, aunque cambiando el antipsicótico a haloperidol. El 98% manifestó utilizar algún tipo de psicoterapia en el tratamiento. **Conclusiones:** Se observaron coincidencias entre lo reportado por los colegas acerca de la práctica clínica en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y las guías de tratamiento actualmente vigentes. No hubo notorias diferencias en los hábitos prescriptivos referidos por los psiquiatras en 2006 y en 2012.

Palabras Clave: Esquizofrenia - Encuesta - Hábitos prescriptivos - Tratamiento farmacológico.

PRESCRIPTION PATTERNS IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine prescribing patterns for the pharmacological treatment of schizophrenia in a sample of Argentinean psychiatrists and to compare some results with those obtained in a previous survey done on a similar population. **Methods:** A self-administered survey was conducted among psychiatrists who attended a conference of psychopharmacology held in August 2012 in Buenos Aires city. Answers were analyzed descriptively and some of them were compared with results of another survey done in 2006 in a psychiatry conference. **Results:** Ninety six percent of the surveyed psychiatrists considered that every schizophrenic patient with an acute episode must be pharmacologically treated. For the acute and chronic treatment of positive symptoms most psychiatrists chose risperidone, haloperidol, olanzapine and quetiapine. In contrast, for the chronic treatment of negative symptomatology, physicians preferred risperidone, aripiprazole, olanzapine, quetiapine and clozapine. An increased choice of quetiapine and aripiprazole was observed between this survey and the previous one. Sixty four percent of respondents reported using antipsychotic combination, similar as assessed in the previous survey. Most preferred to maintain pharmacological treatment during the pregnancy, although changing the antipsychotic to haloperidol. Ninety eight percent stated that they use some kind of psychotherapy in the treatment. **Conclusion:** In the pharmacological treatment of schizophrenia, similarities between reported clinical practice and current treatment guidelines were observed. There were no significant differences in the prescription patterns referred by psychiatrists between 2006 and 2012.

Key words: Schizophrenia - Survey - Prescription patterns - Pharmacological treatment.

Introducción

La farmacoterapia en la esquizofrenia es uno de los pilares del tratamiento de esta enfermedad (1). El patrón de uso de los antipsicóticos por parte de los médicos depende de distintos factores personales, tales como el tipo de educación de pre y posgrado, la experiencia propia y la influencia de la propaganda médica; factores de los pacientes atendidos como sus antecedentes clínicos, tolerancia y disponibilidad económica; y factores del ambiente tales como la disponibilidad de medicamentos y los prejuicios sociales hacia los tratamientos psicofarmacológicos.

El estudio de los hábitos prescriptivos de los psiquiatras de una región resulta un indicador indirecto del nivel formativo de los profesionales, en tanto difieran o concuerden con las evidencias científicas de eficacia y efectividad y con las guías de tratamientos vigentes. Las divergencias podrían interpretarse como necesidad de formación e información de los profesionales, aunque también como problemas de validez externa de las guías de tratamientos para un determinado contexto físico y social. En este sentido, el estudio local de los hábitos prescriptivos acercaría información sobre necesidades y prácticas específicas, posibilitando la reformulación de programas educativos y formativos de pre y posgrado para los profesionales y la construcción de guías de tratamiento regionales con mejor aplicabilidad que otras internacionales.

Al momento actual, no hallamos estudios publicados sobre los hábitos prescriptivos de psiquiatras argentinos en el tratamiento de personas afectadas con esquizofrenia.

El único antecedente hallado fue una encuesta no publicada sobre hábitos prescriptivos entre 321 psiquiatras argentinas realizada en el año 2006 (2). Dicha encuesta mostró que la mayoría de los psiquiatras consideraba que un paciente con un cuadro agudo en el contexto de esquizofrenia debía ser medicado con antipsicóticos siendo los más elegidos el haloperidol, la risperidona y la olanzapina para dicho episodio.

Por ello, el presente trabajo intentó explorar, a través de una encuesta autoadministrada a una muestra de psiquia-

tras de Argentina, las principales características actuales en la prescripción de psicofármacos y otros aspectos del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, y compararlas con información obtenida en dicha encuesta previa (2).

Metodología

Se realizó una encuesta autoadministrada de 21 ítems, preparada ad hoc, sobre los hábitos prescriptivos de los médicos psiquiatras en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Los médicos fueron encuestados en el marco de una jornada del Capítulo de Psicofarmacología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) que se realizó en Buenos Aires el 3 de agosto del año 2012. Se les entregó la encuesta al inicio de la jornada y se instó en numerosas ocasiones durante la misma a que la contestasen y entregasen a las secretarías.

La encuesta estuvo compuesta por preguntas sobre aspectos sociodemográficos (edad, sexo), aspectos sobre sus actividades profesionales (años de experiencia, tipo de tratamiento brindado y lugar de trabajo), preguntas sobre sus hábitos prescriptivos con pacientes que tienen esquizofrenia y otros aspectos relacionados al tratamiento de los mismos.

Las respuestas fueron volcadas a una planilla de datos Excel y analizadas con el programa estadístico SPSS 17.0. Se utilizaron medidas de tendencia central (media), porcentajes y se hizo pruebas de t para datos independientes o pruebas de chi cuadrado según correspondiera.

Algunas respuestas fueron comparadas con el estudio similar inédito referido anteriormente, que fue realizado por un grupo de profesionales de la 1ra Cátedra de Farmacología de la Universidad de Bs. As. durante el congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatras entre el 3 y el 5 de octubre del año 2006.

Resultados

La descripción de las muestras se muestra en la Tabla 1. No se observaron diferencias en cuanto a las caracterís-

Tabla 1. Características de la muestras.

	Octubre 2006	Agosto 2012	
N	321	136	
Edad (media ± DS)	43.9 ± 12.1	42.4 ± 13.4	t(225.05)=1.06; p=ns
Sexo femenino	58%	51.5%	X ² (1) = 1.64 p=ns
Años de actividad (media ± DS)	14.3 ± 11.5	13.3 ± 12.7	t(222.6)=0.71, p=ns
Principal área de actividad			
Psicofarmacológica	35.2%	37.1%	X ² (2)=5.8, p=0.05
Psicoterapéutica	7.2%	1.5%	
Ambas	57.5%	61.4%	
Lugar de atención de la mayoría de pacientes			
Hospital Público	56.2%	50%	X ² (2)=2.4, p=ns
Hospital o Clínica privada	20.1%	18,7%	
Consultorio	23.7%	31,3%	

ticas sociodemográficas, excepto que en la muestra más reciente se registraron menos profesionales dedicados a la psicoterapia como área principal de trabajo. En este mismo grupo hubo un porcentaje mayor de profesionales que atendían principalmente en consultorio privado, que se acercó a la significación estadística.

Primera elección en tratamiento agudo y crónico

En la encuesta realizada en el año 2012 el 96.2% (N=128) de los participantes consideró que se debe indicar antipsicóticos a todo paciente esquizofrénico en un episodio agudo que no tenga contraindicaciones.

Con respecto a qué antipsicótico indicar, los participantes podían elegir hasta 2 en cada una de las situaciones planteadas (Tabla 2). En el caso de un paciente con un episodio agudo y predominio de síntomas positivos, los cuatro antipsicóticos más elegidos como primera

elección fueron la risperidona, el haloperidol, la olanzapina y la quetiapina, en ese orden. Para el tratamiento crónico, con predominio de síntomas positivos, los participantes optaron mayormente por la risperidona, seguida por la olanzapina, el haloperidol y la quetiapina. En cambio, si el predominio era de síntomas negativos, la elección ubicó a la olanzapina en el primer lugar, seguida por el aripiprazol, la risperidona, la quetiapina y la clozapina. A diferencia de los datos actuales, en la encuesta del año 2006 la preferencia de los participantes para tratar el episodio agudo se inclinó por el haloperidol en primer lugar, seguido de la risperidona, olanzapina y levomepromazina. Para el tratamiento crónico con predominio de síntomas positivos, el orden de preferencia fue risperidona, olanzapina, haloperidol y clozapina. Si predominaban los síntomas negativos, la elección también ubicó a la risperidona y olanzapina en los primeros lugares, seguidas por clozapina, aripiprazol y quetiapina.

Tabla 2. Primera elección de antipsicótico frente a tratamiento agudo y crónico de la esquizofrenia.

	Encuesta 2012 (N=136) % (n)		Encuesta 2006 (N=321) % (n)	
Indican antipsicóticos en la esquizofrenia aguda	96.2 (128)		96.3 (309)	
Episodio agudo con síntomas positivos predominantes	Risperidona Haloperidol Olanzapina Quetiapina	78 (106) 48.5 (66) 45.6 (62) 12 (16)	Haloperidol Risperidona Olanzapina Levomepromazina	69.1 (222) 53.6 (172) 38.3 (123) 7.8 (25)
Tratamiento crónico con síntomas positivos predominantes	Risperidona Olanzapina Haloperidol Quetiapina	76.5 (104) 58.8 (79) 20 (27) 16 (22)	Risperidona Olanzapina Haloperidol Clozapina	72.9 (234) 49.8 (160) 22.1 (71) 14.3 (46)
Tratamiento crónico con síntomas negativos predominantes	Olanzapina Aripiprazol Risperidona Quetiapina Clozapina	50 (68) 37.5 (51) 32 (44) 31 (42) 25.5 (36)	Risperidona Olanzapina Clozapina Aripiprazol Quetiapina	53.2 (171) 46.4 (149) 21.8 (70) 18 (58) 16.8 (54)

Manejo del tratamiento ante la falta de efectividad

En la encuesta realizada más recientemente se preguntó cuál sería la primera opción de tratamiento ante la falta de respuesta en distintos casos (Tabla 3). Si el paciente se hallara medicado con antipsicótico típico y persistieran los síntomas positivos, más de la mitad de los participantes respondió que cambiaría a un atípico y un cuarto, que lo agregaría. En cambio, si la falta de respuesta fuera de los síntomas negativos, el 80% de los encuestados elegiría cambiar a un antipsicótico atípico y sólo el 13% lo agregaría.

En el caso de que el paciente ya estuviera recibiendo tratamiento con un antipsicótico atípico y no hubiera mejoría de síntomas positivos, la mitad de los participantes decidiría cambiarlo por otro atípico y un tercio agregaría o cambiaría a un antipsicótico típico. Pero si los síntomas que no respondieran fueran negativos, una mayor cantidad de encuestados optaría por cambiar el antipsicótico atípico que estuviera recibiendo el paciente. Las siguientes alternativas elegidas fueron agregar otro fármaco distinto de un antipsicótico o aumentar la dosis, opciones éstas apenas mencionadas en las situaciones anteriores (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Manejo del tratamiento ante la falta de efectividad.

Paciente en tratamiento con antipsicóticos	Falta de respuesta de síntomas	Cambio por		Agregado de			Aumento de dosis
		APS típico	APS atípico	APS típico	APS atípico	Otro fármaco	
Típico	Positivos	2%	61%	6%	26.5%	4%	-
	Negativos	1.5%	80%	-	13%	4%	1.5%
Atípico	Positivos	13%	53%	20%	10%	3%	1.5%
	Negativos	-	55.8%	9.9%	13.4%	14.2%	6.7%

Dosis, latencia y efectos adversos

En la encuesta realizada en 2012 se exploró el manejo de la dosis y la espera de respuesta antipsicótica (latencia) al igual que el reconocimiento de efectos colaterales como factores influyentes en el cambio de antipsicóticos.

El 36.8% espera la respuesta antipsicótica hasta 2 semanas con dosis efectivas máximas, el 43% entre 3-4 semanas, el 14.9% 5 a 6 semanas, 3.1% 7 a 8 semanas y el 2.3% más de 8 semanas.

Por otra parte, el 50.5% sigue indicando el antipsicótico por toda la vida luego de la estabilización de un cuadro agudo, el 14.5% de 2 a 5 años, el 20% 1 a 2 años, 0.5% 6 meses a 1 año, 6.5% hasta 6 meses y un 8% no contestó esta pregunta.

El 54.5% dijo que disminuía la dosis en un paciente estabilizado y el 45.5% dijo que la mantenía luego de la estabilización.

El 89% de los encuestados reconoció a los síntomas extrapiramidales como aquellos efectos adversos que más influyen en el cambio de un antipsicótico típico, siendo el aumento de prolactina (2%), la sedación (3%) y la sintomatología negativa (4%) los otros efectos adversos indicados.

En el caso de los antipsicóticos atípicos los efectos adversos que más influyen sobre el cambio de aquellos fueron el aumento de peso (elegido por el 44% de los encuestados), los trastornos metabólicos (31%), sedación (11%), síntomas extrapiramidales (9%) e hiperprolactinemia (9%).

Uso de combinación de antipsicóticos, clozapina, medicación de depósito y otros tratamientos

En ambas encuestas se preguntó sobre estos aspectos relacionados con situaciones particulares del tratamiento, sin hallarse grandes diferencias entre las respuestas obtenidas en las dos oportunidades.

En la encuesta actual, el 64.2% de los respondientes dijo que utilizaba combinación de antipsicóticos. Las combinaciones más mencionadas fueron haloperidol y risperidona, risperidona y levomepromazina, olanzapina y risperidona, clozapina y aripiprazol, clozapina y haloperidol, y risperidona y quetiapina. Un porcentaje similar (64.8%) afirmó utilizar combinación de antipsicóticos en la encuesta del 2006. No hubo diferencias significativas en esta conducta entre ambas fechas ($X^2(1)=0.014$, $p=ns$).

El 97.8% de los encuestados afirmó que había indicado o indicaría clozapina. En el año 2006, el 7.3% no indicaba o había indicado clozapina no habiendo diferencias significativas con la encuesta posterior ($X^2(1)=4.36$, $p=0.37$).

El 94% había indicado o indicaría antipsicóticos de depósito, siendo los utilizados: el haloperidol (85.5% de aquellos que usaban medicación de depósito), pipotiazina (22.5%), zuclopentixol (29%) y risperidona (72%). En el año 2006, el 91.8% de los profesionales encuestados indicaba o indicaría antipsicóticos de depósito no habiendo diferencias significativas entre ambas muestras ($X^2(1)=0.62$, $p=ns$).

En la encuesta reciente, el 68% de los participantes consideró la terapia electroconvulsiva como opción terapéutica para pacientes con esquizofrenia siendo estimada como tal más por hombres (81%) que por mujeres (55%) ($X^2(1)=9.6$, $p=0.02$). Por otra parte, hubo una diferencia significativa en la edad de los que utilizan o utilizarían TEC (40.2 ± 12.5) en relación a los que no (46.7 ± 13.9) ($t(123)=2.6$, $p=0.01$). Mientras que en el año 2006, el 65.6% dijo que la consideraba una opción terapéutica, no habiendo diferencias significativas con la encuesta posterior ($X^2(1)=0.22$, $p=ns$).

Con respecto a la terapia psicosocial empleada, el 25 % de los encuestados dijo que utilizaba una terapia de tipo psicodinámica, el 23% terapia de tipo cognitivo-conductual, 44% una terapia de apoyo, un 2% una terapia sistémica, 4% otros tipos de terapia y 2% dijo no utilizar ningún tipo de terapia.

El 94.5% dijo que emplea la psicoeducación con los pacientes y el 96.9% dijo que emplea la psicoeducación en los familiares.

Uso en el embarazo

En la encuesta de 2012 se preguntó acerca del manejo de los antipsicóticos en pacientes embarazadas. La mayoría de los profesionales manifestó que continuaría medicando a su paciente con esquizofrenia en caso de embarazo. El 57.9% expresó que cambiaría el antipsicótico (preferentemente por haloperidol) y el 32.5% que mantendría el mismo fármaco que la paciente estuviera recibiendo. Sólo el 9.6% consideró la suspensión del tratamiento antipsicótico en esta situación.

Discusión

Nuestro estudio describe actitudes prescriptivas en pacientes con esquizofrenia de una muestra de psiquiatras argentinos asistentes a un encuentro de actualización psicofarmacológica y su comparación con lo hallado hace 6 años en otra muestra de concurrentes a un congreso de la especialidad. Si bien es muy escaso el porcentaje de individuos que no cree que los antipsicóticos deben ser indicados en un paciente con un cuadro agudo de esquizofrenia (4%) igualmente es desconcertante que sostengan una práctica no avalada por la evidencia científica ni las guías de tratamiento (3-7). Numerosas evidencias sostienen la conveniencia de indicar antipsicóticos ante el cuadro psicótico agudo de esquizofrenia a fin de disminuir o suspender los síntomas y las consecuencias psicológicas y sociales que estos pueden producir (8). Por otra parte, la duración de la psicosis no tratada está asociada con una peor evolución, por ello la necesidad de dar la medicación antipsicótica lo antes posible (9).

En estos 6 años vemos el avance de la risperidona como primera elección en el tratamiento de la sintomatología positiva y su retroceso como opción para la sintomatología negativa. Es posible que su mejor posicionamiento en cuanto a preferencias para la sintomatología positiva obedezca a su mayor antigüedad (y por lo tanto experiencia por parte de los psiquiatras), su perfil de efectos extrapiramidales menor que el haloperidol y un costo accesible para la población. Por otra parte, la mayor experiencia puede haber hecho decaer la creencia de su efectividad sobre la sintomatología negativa como se sostenía anteriormente (10). El otro cambio observado es el incremento del porcentaje de individuos que eligen la quetiapina. Si bien no ha habido muchas evidencias en estos años sobre la eficacia de la quetiapina en la esquizofrenia, es posible que la generalización de su uso en el trastorno bipolar haya aumentado la experiencia por parte de los psiquiatras y eso haya redundado en un mayor uso en pacientes con esquizofrenia.

Por último, la opción del aripiprazol como primera elección ante sintomatología negativa aumentó en estos años, tal vez en virtud a recomendaciones bibliográficas iniciales (11). También, es posible que una mayor experiencia en el manejo del fármaco motive a los profesionales a elegirlo más frecuentemente, según la encuesta actual.

En la última encuesta hemos observado que la risperidona ha desplazado al haloperidol como primera opción para el tratamiento de la sintomatología positiva aguda y que la preferencia ante la falta de respuesta es cambiar a un antipsicótico atípico. Las guías de tratamiento (actuales y anteriores) (3-7) y metaanálisis publicados (12, 13) sugieren la elección basada preferentemente en los antecedentes y el perfil de posibles efectos adversos a evitar, ya que la información disponible con respecto a la eficacia muestra escasas diferencias de significación clínica.

El uso de antipsicóticos en la sintomatología negativa se reconoce como de menor efectividad ya que un mayor porcentaje de individuos propone el uso de medicación no antipsicótica para esta sintomatología a diferencia que para la sintomatología positiva.

Más de la mitad de los psiquiatras dicen esperar entre 3 y 6 semanas la latencia de la respuesta antipsicótica acorde a lo sugerido en las guías de tratamiento, a pesar de que muchas veces existen motivos prácticos que dificultan esa espera (problemas del entorno familiar y social para la contención ambulatoria, falta de cobertura de las obras sociales de tiempos razonables de internación, etc.).

Un porcentaje mayoritario de psiquiatras siguen utilizando combinación de antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia a pesar de las escasas o nulas evidencias de su eficacia (14). Es dable pensar que su uso extendido entre los psiquiatras puede deberse en parte a una evaluación personal y transmitida acerca de su utilidad o en contrapartida por una impotencia frente a la resistencia medicamentosa. En este sentido, una encuesta realizada a psiquiatras de Estados Unidos que habían usado combinación de antipsicóticos en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia mostró que esta elección buscaba principalmente reducir los síntomas positivos (61%) y en menor medida, los síntomas negativos (20%) (15).

Sin embargo, otro estudio americano mostró que los psiquiatras juzgan que la adición de un antipsicótico tiene menor eficacia en síntomas positivos, funcionalidad y disminución de recaídas que el cambio (16).

Afortunadamente, el uso de la clozapina y de los antipsicóticos de depósito se encuentra bastante expandido entre los psiquiatras argentinos, lo que permite una mayor respuesta en casos de pacientes con esquizofrenia resistente o falta de adherencia, respectivamente.

No es claro el motivo de la diferencia del uso de la terapia electroconvulsiva entre hombres y mujeres como se observó en un estudio previo (17). Podría ser que las mujeres optan por procedimientos menos invasivos en los tratamientos indicados que los hombres aunque no hay datos sobre ello.

Resulta sorprendente el porcentaje que dice emplear psicoeducación con los familiares y pacientes. Posiblemente se estime como psicoeducación charlas informativas informales que se puedan tener eventualmente con los pacientes y sus familiares y no los programas más protocolizados. Sin embargo, son éstos lo que han evidenciado mayor eficacia en la prevención de recaídas. No obstante, no podemos descartar el sesgo de respuesta socialmente deseable en esta pregunta.

Finalmente, la mayoría opta por sostener el tratamiento antipsicótico durante el embarazo, aunque muchos prefieren cambiar el antipsicótico indicado por un fármaco como el haloperidol que cuenta con más evidencia de seguridad en cuanto a teratogenicidad por su uso desde hace más tiempo (18).

Nuestro estudio presenta ciertas limitaciones: las muestras no son absolutamente comparables, dado que se tomaron en eventos médicos disímiles. Las encuestas podrían tener un sesgo de selección al haber sido realizadas en asistentes a un congreso de la especialidad y en una jornada sobre tratamientos psicofarmacológicos en la ciudad de Buenos Aires. Por otra parte las respuestas de tipo cerrado disminuyen la posibilidad de distinguir mayores variaciones en los hábitos prescriptivos. De

todas maneras, el alto número de personas encuestadas así como la consideración de la mayor parte de respuestas posibles a las preguntas sobre modalidades y hábitos prescriptivos disminuirían esta limitación. Finalmente, en un estudio de este tipo se miden actitudes más que las conductas. Sin embargo, se ha demostrado que existe una asociación significativa entre ambas variables (19).

En definitiva, los hábitos prescriptivos de los psiquiatras argentinos en el tratamiento de las personas con esquizofrenia parecen ser semejantes a los de sus colegas de otras latitudes (20, 21). Hay ciertas indicaciones en las que siguen los lineamientos de las guías de tratamiento y otras que no. Sería importante delinear si estas disrupciones están evidenciando falta de información por parte de los psiquiatras o un alejamiento de las guías de tratamiento de las indicaciones prácticas, necesarias y efectivas del mundo real. Por último, la influencia de la propaganda médica de las industrias farmacéuticas en las indicaciones farmacológicas es indudable y no debe ser soslayada (22). Estudios más específicos deberán rea-

lizarse en nuestro medio para distinguir esta influencia en las prescripciones médicas.

Agradecimientos

Agradecemos a los Dres. Elenitza, Jufe, Levin, Mazaira, Mussa, Nemirovsky y Wikinski que intervinieron en la confección de la encuesta y la base de datos de la misma en el año 2006 y a las autoridades del Congreso Argentino de Psiquiatría de AAP que permitieron la realización de la misma.

Declaración de conflictos de intereses

El Dr. Eduardo Leiderman ha cobrado honorarios del laboratorio Astra Zéneca por asesoría de investigación y honorarios por clases del laboratorio Roemmers durante el año 2013. La Dra. Laura Lorenzo ha recibido apoyo económico para actividades académicas y de formación de los laboratorios GlaxoSmithkline, Abbott y Roemmers durante el año 2013 ■

Referencias bibliográficas

- Lieberman JA, Scott Stroup P, Perkins DO. Capítulo 17: Farmacoterapias. En: Lieberman JA, Scott Stroup P, Perkins DO, editores. Tratado de esquizofrenia. Barcelona: Ars Medica; 2008.
- Leiderman EA, Levin S. ¿Cómo medicamos los psiquiatras argentinos a los pacientes esquizofrénicos? En: XVII Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos APSA. Mar del Plata; 2007.
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition [Internet]. Available from: <http://www.psych.org>; 2004.
- Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines. Treatment of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 1S-56S.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 1-30.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Schizophrenia core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care [Internet]. Available from: <http://www.nice.org.uk>; 2009.
- Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2009; 36: 94-103.
- Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. *Schizophr Res* 2010; 122: 1-23.
- Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1785-804.
- Marder SR, Meibach RC. Risperidone in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 825-35.
- Murphy BP, Chung YC, Park TW, McGorry PD. Pharmacological treatment of primary negative symptoms in schizophrenia: a systematic review. *Schizophr Res* 2006; 88: 5-25.
- Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 373 (9657): 31-41.
- Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013 Sep 14; 382 (9896): 951-62
- Goodwin G, Fleischhacker W, Arango C, Baumann P, Davidson M, de Hert M, et al. Advantages and disadvantages of combination treatment with antipsychotics ECNP Consensus Meeting, March 2008, Nice. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009; 19: 520-32.
- Sernyak MJ, Rosenheck R. Clinicians' reasons for antipsychotic coprescribing. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (12): 1597-600.
- Kreyenbuhl J, Marcus SC, West JC, Wilk J, Olfson M. Adding or switching medications in treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 983-90.
- Leiderman EA, Nemirovsky M, Elenitza I, Jufe G, Levin S, Mazaira S, et al. ¿Cómo tratan los psiquiatras argentinos la depresión? *Vertex* 2007; 18: 335-43.
- Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S, Arnon J, Schaefer C, Garbis H, et al. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 317-22.
- Krauss SJ. Attitudes and the prediction of behavior: a meta-analysis of the empirical literature. *Pers Soc Psychol Bull* 1995; 21: 58-75.
- Hermann RC, Yang D, Ettner SL, Marcus SC, Yoon C, Abraham M. Prescription of antipsychotic drugs by office-based physicians in the United States, 1989-1997. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 425-30.
- Grover S, Avasthi A. Anti-psychotic prescription pattern: A preliminary survey of Psychiatrists in India. *Indian J Psychiatry* 2010; 52: 257-9.
- Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003; 326 (7400): 1189-1192.

Propuesta de enfoque psicofarmacológico y psicoterapéutico inicial en pacientes con diagnóstico de cinco subtipos diferentes de Trastorno Límite de la Personalidad

María Cecilia Colombo

*Licenciada en Psicología
Jefe de Residentes Psicología Clínica, Hospital General de Agudos "Dr I. Pirovano"
Especialista en Terapia Cognitivo Conductual
Psicoterapeuta DBT*

Alejandro Hedderwick

*Médico Residente de Psiquiatría, Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"
Ayudante de Primera, I Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA*

Natalia Tauguinás

*Licenciada en Psicología
Residente, Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"
Psicoterapeuta DBT*

Demián Rodante

*Médico Residente de Psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Braulio A. Moyano"
Ayudante de Primera, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
Farmacoterapeuta DBT, Fundación Foro
E-mail: demianrodante@hotmail.com*

Resumen

La evidencia muestra que el Trastorno Límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de la personalidad más frecuentemente diagnosticado. Sin embargo, los criterios diagnósticos son muy heterogéneos, sugiriendo englobar dentro de un mismo constructo a pacientes muy distintos entre sí. A pesar de su gravedad, no existen tratamientos estandarizados para este grupo de pacientes. En Servicios de Agudos de Salud Mental, nos encontramos con este problema. Las numerosas propuestas que se han postulado son poco claras, y no han llegado a un consenso definitivo. Según la clasificación de Oldham, el TLP se puede dividir en los siguientes subtipos: Afectivo, Impulsivo, Agresivo, Vacío y Dependiente. En este trabajo, se propone hipotetizar una primera aproximación psicoterapéutica desde la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT), y el enfoque psicofarmacológico inicial para cada subtipo de TLP.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad - Subtipos - Terapia dialéctica comportamental - Tratamiento psicofarmacológico.

PROPOSAL OF INITIAL PSYCHOTHERAPEUTIC AND PSYCHOPHARMACOLOGICAL APPROACH IN PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF 5 DIFFERENT SUBTYPES OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

The evidence shows that borderline personality disorder (BPD) is the most frequently diagnosed personality disorder. However, the diagnostic criteria are very heterogeneous, suggesting that very different patients may be included within a single construct. Despite its severity, there are no standardized treatments for this group of patients. We find the same problem in the Acute Mental Health Services. The numerous proposals that have been put forward are unclear and have not reached a final consensus. According to Oldham's classification, BPD can be divided into the following subtypes: Affective, Impulsive, Aggressive, Empty and Dependent. In this paper, we propose a psychotherapeutic initial approach from the Dialectical Behavioral Therapy (DBT) perspective and an initial psychopharmacological approach for each subtype of BPD.

Key words: Borderline personality disorder - Subtypes - Dialectical behavioral therapy - Psychopharmacological treatment.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de la personalidad más frecuentemente diagnosticado, por lo que representa el 10% de los pacientes ambulatorios y del 15 al 25% de los pacientes hospitalizados (1, 2). Al menos el 75% de los TLP presentan intentos de suicidio (3), siendo la tasa de muerte por esta causa

del 5-10% (4, 5, 6). El DSM IV-TR ofrece una definición demasiado amplia del TLP (3), posibilitando la existencia de tantos subtipos de pacientes como combinaciones posibles de criterios (combinación de 5 de los 9 criterios operacionales propuestos -ver Tabla 1-). No sorprende que los pacientes con el mismo diagnóstico sean muy disímiles entre sí, explicando la gran heterogeneidad de este constructo clínico (7).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para Trastorno Límite de la Personalidad (F60.3 - 301.83) (3)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:
1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los «síntomas suicidas» (criterio 5) son el motivo principal por el cual estos pacientes son internados. En algunas situaciones, la indicación de internación no mejora la vida en estos consultantes, sino que aumenta las posibilidades de reinternación en un futuro. Con consultantes con diagnóstico de TLP, la sugerencia general es evitar la internación (6); sin embargo, muchas veces no podemos evitarla, siendo necesario en estos casos tener en cuenta si la misma es aversiva o funciona como refuerzo de la conducta para este paciente. En el caso de requerir una internación se recomienda que la misma sea breve (24 a 72 horas) y considerar si la internación es a causa de una conducta respondiente u operante (8, 9, 10).

La psicoterapia es el tratamiento central basado en la evidencia para este desorden, esté o no presente el factor suicidabilidad (5). La terapia dialéctico comportamental (DBT) ha demostrado claros beneficios en el abordaje de estos pacientes (11).

DBT es un enfoque introducido por primera vez por Marsha Linehan en los Estados Unidos a principios de 1990 (12) que evolucionó de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para crear un tratamiento posible para pacientes severamente perturbados y multi-problemáticos, siendo inicialmente los primeros trabajos de investigación centrados en mujeres con numerosas tentativas de suicidio y auto-excoriaciones (11, 13). Las bases teóricas en las que se sustenta la DBT provienen fundamentalmente de las terapias conductuales, contemporáneas o de tercera generación. Se define a este modelo como una intervención de tipo conductual de última generación ya que se trata de una intervención multidimensional que enfatiza la utilización de los principios del cambio humano más que la aplicación de un tratamiento estructurado universal (14). En otras palabras, la tercera ola es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos

enfaticando el uso de estrategias de cambio basados en la experiencia del paciente tendiendo a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos, en lugar de tender a la eliminación de problemas claramente definidos (15, 16).

DBT se basa en la teoría dialéctica y biosocial del TLP. Dialéctica significa evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones. El balance entre estrategias de cambio y de aceptación forma la dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento siendo ésta su base filosófica: se trabaja arduo para balancear cambio y aceptación, dos fuerzas o estrategias aparentemente contradictorias (11, 13). El principio fundamental de la teoría biosocial sostiene que el principal trastorno en el TLP es la desregulación de las emociones, siendo ésta el resultado conjunto de una disposición biológica (alta sensibilidad, intensa respues-

ta a estímulos emocionales y lento retorno a la calma) y cierto contexto ambiental (un ambiente invalidante que tiende a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada) (11, 17, 18). El encuadre de la DBT combina psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, asistencia telefónica y tratamiento psicofarmacológico de ser necesario. Las estrategias centrales de este modelo son las de cambio (ver Tabla 2) -manejo de contingencias, modificación cognitiva, entrenamiento en habilidades y exposición- y las de validación (ver Tabla 3) -conductual, cognitiva y emocional-. Está estructurada sobre la base de un modelo de etapas en el desarrollo del trastorno, siendo el objetivo terapéutico global ayudar a los pacientes a crear y mantener una vida que valga la pena ser vivida, de acuerdo a sus valores básicos. Las intervenciones apuntan, en forma jerárquica, a los factores que atentan contra este objetivo (14).

Tabla 2. Estrategias centrales de cambio DBT (11, 17).

Entrenamiento en habilidades	Manejo de contingencias	Exposición	Modificación cognitiva
Brinda herramientas prácticas que posibilitan el trabajo sobre las diferentes habilidades mejorando la calidad de vida del paciente: -Mindfulness -Efectividad Interpersonal -Regulación emocional -Tolerancia al malestar	Utilización de principios de aprendizaje operante aplicados a la relación terapéutica: -Refuerzo de conductas adaptativas - Extinción de conductas desadaptativas - Contingencias aversivas por parte del terapeuta	Se utiliza para reducir y exponer al paciente a emociones como la vergüenza, culpa, enojo y miedo.	Se validan aspectos del contenido y estilo del pensamiento del paciente, al mismo tiempo que se enfatiza en flexibilizar el mismo, logrando mayor funcionalidad y efectividad.

Tabla 3. Estrategias Centrales de Aceptación DBT (11, 17).

Validación emocional	El terapeuta ofrece oportunidades para la expresión emocional Empatiza y acepta las emociones del paciente Escucha de una manera no juiciosa y compasiva la expresión emocional del paciente El terapeuta lo ayuda a observar y etiquetar sus emociones El terapeuta lee las emociones (imagina cómo se siente el paciente a partir de saber el evento precipitante) El terapeuta comunica al paciente que sus emociones son válidas
Validación Conductual	El terapeuta ayuda al paciente a observar y etiquetar su propia conducta El terapeuta ayuda a diferenciar la conducta de los motivos inferidos y etiquetas juiciosas El terapeuta ayuda a identificar los <i>debería</i> El terapeuta contrarresta los <i>debería</i> El terapeuta acepta las conductas del paciente incluyendo los <i>debería</i> que se autoimpone El terapeuta valida la decepción del paciente sobre su propia conducta
Validación Cognitiva	El terapeuta ayuda al paciente a observar y describir sus propios procesos de pensamiento El terapeuta identifica constructos utilizados por el paciente para organizar el mundo El terapeuta ayuda al paciente a evaluar los hechos y diferenciar los eventos de interpretaciones El terapeuta busca la "pepita de verdad" en la forma en que el paciente ve los eventos El terapeuta ayuda al paciente a reconocer la mente sabia El terapeuta respeta las diferencias en los valores

Oldham ha propuesto un sistema de subtipificación basado en teorías de la etiología del TLP (19, 20). Este modelo sugiere que los «síntomas suicidas» (criterio 5) son especialmente prevalentes cuando predomina la desregulación del afecto o del control de los impulsos por sobre los otros síntomas.

Oldham propone 5 subtipos (Afectivo, Impulsivo, Agresivo, Dependiente y Vacío) (21):

Subtipo afectivo

Este subtipo es presentado como una forma atípica de trastorno del estado de ánimo, moderadamente heredable. Puede presentar conductas o gestos suicidas en respuesta a estresores interpersonales o ambientales. Es característica la desregulación emocional (19, 20, 21). Por esto, es importante el diagnóstico diferencial con el Trastorno Bipolar (TBP) tipo II (22).

Subtipo impulsivo

Una forma de trastorno del control de los impulsos, en donde el temperamento innato está orientado a la acción; por ejemplo, pacientes con conductas de autoinjuria impulsivas como cortes o quemaduras, u otra conducta autodestructiva como abuso de sustancias, atracones, conducta temeraria, promiscuidad sexual, entre otros.

Subtipo agresivo

Estos pacientes frecuentemente se tornan intensa e inapropiadamente enojados o irritables (23) debi-

do a un temperamento constitucional primario (24) o como una reacción secundaria a un trauma temprano, abuso o negligencia (25). Existe evidencia que sugiere que la agresividad encontrada en pacientes diagnosticados de TLP podría correlacionarse con niveles reducidos de serotonina del sistema nervioso central (26).

Subtipo dependiente

Este subtipo se caracteriza por presentar marcada intolerancia a la soledad. Los pacientes son marcadamente condescendientes, obedientes, aferrándose a las relaciones, y con un alto temor al abandono. Predominio de criterio 1 y 6 de TLP (ansiedad) (3). Estos pacientes suelen ser mayores en edad, y presentarían menor riesgo de suicidio consumado ya que poseen menor número de intentos de suicidio y menor abuso de sustancias (23).

Subtipo vacío

Los pacientes con este subtipo se caracterizan por una falta de estabilidad en el sentido de identidad (self) o autoimagen. Describen experimentar una sensación interna de vacío, y una falta de independencia en la direccionalidad de objetivos propios.

En la Tabla 4 se enumeran y describen los criterios predominantes en cada subtipo de TLP (ver Tabla 4).

El objetivo de este trabajo es hipotetizar un enfoque psicoterapéutico, principalmente desde el modelo DBT, y psicofarmacológico particular para cada subtipo de TLP.

Tabla 4. Características de los 5 subtipos de TLP, modificado de (21).

Subtipo	Criterios predominantes	
1: Afectivo	Criterio 6 inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (disforia y ansiedad)	Criterio 5 comportamientos, intentos o amenazas suicidad recurrentes, o comportamiento de automutilación.
2: Impulsivo	Criterio 4 impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo.	Criterio 5 comportamientos, intentos o amenazas suicidad recurrentes, o comportamiento de automutilación.
3: Agresivo	Criterio 8 ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira	Criterio 6 inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (irritabilidad)
4: Dependiente	Criterio 1 esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado	Criterio 6 inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (ansiedad)
5: Vacío	Criterio 7 sentimientos crónicos de vacío	Criterio 3 alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo (<i>self</i>) acusada y persistentemente inestable

Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica respecto de las prácticas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas basadas en la evidencia que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los pacientes con TLP.

Respecto de la propuesta psicoterapéutica, se realizó una búsqueda manual y electrónica del abordaje psicoterapéutico basado en DBT de pacientes con diagnóstico de TLP.

Respecto de la propuesta psicofarmacológica, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en Medline de la evidencia disponible sobre el tratamiento psicofarmacológico de pacientes con diagnóstico de TLP desde la publicación de la guía de tratamiento de la APA para Trastorno Límite de la Personalidad en 2001 hasta la actualidad.

Utilizando el sistema de subtipificación propuesto por Oldham (19, 21), se realiza una propuesta teórica de enfoque psicofarmacológico y de las distintas estrategias psicoterapéuticas basadas en el modelo de Linehan para cada subtipo en particular.

Tratamiento psicoterapéutico de cada subtipo de TLP

Si bien el trabajo con estos pacientes desde el modelo DBT requiere del uso completo de todas las habilidades y técnicas a lo largo del tratamiento, como así también de grupo de habilidades para los pacientes y reuniones de equipo para los profesionales, la propuesta descripta a continuación se focalizará en la atención específica para momentos agudos de crisis de estos pacientes en particular que se encuentren en tratamiento ambulatorio.

Subtipo afectivo

Siendo éste el subtipo más heredable y, en consecuencia, con mayor carga biológica, la primera línea de tratamiento será la psicofarmacológica, siendo uno de los principales objetivos de la psicoterapia trabajar con los pacientes sobre la importancia del compromiso y la adherencia al tratamiento psiquiátrico. Si consideramos a este grupo como una forma atípica de trastorno del estado de ánimo, entenderemos la importancia que conlleva trabajar sobre la reducción de vulnerabilidades biológicas, siendo necesario preservar un buen equilibrio nutricional, del sueño, del ejercicio, el chequeo de las enfermedades físicas, y evitar el uso y/o abuso de sustancias (11, 17). Sabemos que generalmente tendemos a reaccionar de una manera más emocional cuando nos encontramos en situaciones de estrés físico o ambiental, más aún cuando tenemos cierta vulnerabilidad biológica a cambios anímicos, volviéndose un eje central en el trabajo psicoterapéutico.

En estos pacientes predomina la inestabilidad afectiva (criterio 6) y los comportamientos, ideas e intentos suicidas (criterio 5), por lo que es fundamental hacer hincapié en la importancia de la asistencia telefónica antes de que ocurra la conducta problema, para favorecer el uso de habilidades y adherencia al tratamiento.

Linehan recomienda que el contacto telefónico sea breve, directivo y enfocado en el uso de habilidades ya que si se convierte en una charla cálida y contenedora se estarían reforzando la aparición de las crisis a cambio de contención y atención. Uno de los objetivos de la asistencia telefónica es proveer la oportunidad de reducir las conductas desadaptativas que le sirven al paciente para regular su estado de ánimo (28).

Considerando que este subtipo es emocionalmente intenso, trabajaremos con habilidades de regulación emocional que ayuden a los pacientes a controlar sus emociones (11, 17). Cuando el umbral emocional es muy alto se recomienda recurrir a habilidades para sobrevivir a las crisis, sobre todo aquellas centradas en cambiar la fisiología del cuerpo con otras sensaciones intensas: modificación de temperatura corporal, ejercitación física intensa, ingesta de alimento picante. En aquellos momentos en que las estrategias de regulación emocional no sean efectivas y no se puedan evitar eventos, emociones o circunstancias dolorosas de la vida, se requerirá utilizar estrategias guiadas por la tolerancia al malestar (11, 17), siendo el objetivo central de las mismas no empeorar la crisis actual y aceptar la realidad tal y como se nos presenta. Algunas de estas habilidades consisten en reducir el contacto con los estímulos emocionales a través de la distracción, o reemplazar los sucesos negativos por otros más positivos. Asimismo nos serviremos de la validación emocional (17, 28) para ayudar a los pacientes a expresar la emoción, a observarla y describirla de manera no juiciosa, separando la descripción de lo que sentimos, de la descripción de los eventos que la generaron, experimentando el estado emocional actual sin intentar cambiarlo.

Subtipo impulsivo

Es importante resaltar que en este subtipo se privilegiará también el abordaje psicofarmacológico, su adherencia al mismo, con el cumplimiento de las indicaciones y el uso de asistencia telefónica en momentos de crisis.

En lo que respecta al tratamiento psicoterapéutico es fundamental destacar que al ser pacientes con severa dificultad en manejar sus impulsos (criterio 4 y 5), las primeras intervenciones a realizar van a ser privilegiando la validación conductual y generando habilidades de tolerancia al malestar. La validación conductual se basa en la noción de que todas las conductas son causadas por eventos y esto -en principio, al menos- es comprensible (17, 28). Los pacientes muchas veces no son conscientes ni de la conducta ni de los efectos de sus conductas en los otros, siendo la tarea del terapeuta buscar la validez en la respuesta del paciente y comunicar ese aspecto de la conducta. Para esto el terapeuta debe enseñar a observar la conducta, con el fin de lograr describir la misma y su patrón conductual, lo cual se hará a partir de la técnica de análisis en cadena, siendo el primer paso en la resolución de problemas (17, 28, 29). El propósito del análisis en cadena es entender cuál es el problema, qué lo causa, qué interfiere con su resolución y qué recursos existen que serán de ayuda para resolverlo. Esta primera parte

de la resolución de problemas se acompaña de estrategias de insight (resaltar, observar y describir, comentar lo implícito en la conducta y evaluar las dificultades en la aceptación) y estrategias didácticas como proveer información y facilitar material de lectura. Una vez producido el insight se deben generar patrones de respuesta más adaptativos lo que da lugar al segundo paso de la resolución de problemas, el cual está centrado en el cambio, empleándose para ello el análisis de solución, junto con estrategias de orientación y de compromiso para implementar la solución elegida.

Suelen ser pacientes que se caracterizan por sus crisis implacables, entendiendo las mismas como un patrón de respuesta en el que un disparador inicial genera un dolor emocional intenso del cual el paciente escapa a través de acciones impulsivas a causa de su falta de habilidad para tolerar el malestar o disminuir el dolor (30). Es por eso que la habilidad que se abordará inicialmente en este subtipo es la de tolerancia al malestar, que ha sido también descrita para el subtipo afectivo (11, 17) e implica la habilidad de percibir el propio ambiente sin querer que éste sea diferente, aceptando la realidad tal cual es en el momento presente. La aceptación es la vía para transformar el sufrimiento que no se puede tolerar en dolor que podamos soportar y con el cual podamos hacer algo diferente a lo que se venía haciendo hasta ese momento y que resultaba inefectivo para el paciente. En otras palabras, se trata de aprender a manejar el dolor con habilidad, adoptando una buena predisposición a la terquedad, redirigiendo la mente a la aceptación una y otra vez -eligiendo aceptar la realidad tal cual es y experimentando el dejar de luchar contra la misma para disponernos a ella de forma abierta y flexible (17).

Subtipo agresivo

Al tratarse de pacientes con ira inapropiada e intensa (criterio 8) y con dificultad para controlarla, el trabajo con ellos privilegiará estrategias de validación emocional. Esto generará la ocasión para la expresión emocional y el reflejo de la emoción con el fin de validarla, sin escalarla al mismo tiempo (17, 28). Son pacientes que a su vez presentan una marcada inestabilidad afectiva (criterio 6) por lo que el manejo de habilidades de regulación emocional (11, 17) va a ser fundamental para ayudarlos a controlar sus emociones. El recurso de bloquear la tendencia de acción y hacer acción opuesta (11, 17) a lo que la emoción impulsa suele ser de gran utilidad con estos pacientes.

De la misma manera que las habilidades de regulación emocional ayudan a estos a pacientes a regular sus emociones evitando la conducta problema, las habilidades de efectividad interpersonal pueden serles de gran ayuda para manejar los conflictos interpersonales, hacer pedidos o negarse frente a determinadas situaciones. Son pacientes que suelen confundir la agresividad con la asertividad, pensando que si no informan sobre lo que les pasa o lo que sienten con firmeza y alta intensidad no serán escuchados ni tenidos en cuenta, resultando, a los ojos de los demás, explosivos y bruscos en su forma de relacionarse. A largo

plazo, este tipo de interacción no hace más que romper lazos interpersonales, retroalimentando la sensación del paciente de no ser escuchado ni comprendido por otros.

Subtipo dependiente

Se caracteriza por ser un subtipo con mayor capacidad de insight, con lo cual el abordaje se puede componer desde un inicio de una mayor cantidad de técnicas cognitivas respecto de los subtipos anteriores, que tienden más en un inicio a técnicas de corte conductual. Se recomienda utilizar estrategias de modificación cognitiva (17, 31) para abordar patrones estables de dependencia, los cuales, según varios teóricos (19) se deben a cierta intolerancia de las figuras primarias en el desarrollo de la autonomía de los niños. Hay que considerar que parte de estos patrones pueden generarse en la misma alianza terapéutica, siendo el campo por excelencia para trabajar los mismos la clarificación de contingencias (17, 32), reforzando en las sesiones las conductas adaptativas-aquellas conductas que queremos incrementar- para que luego las mismas sean generalizadas a interacciones cotidianas. Siempre debemos intentar proporcionar refuerzos naturales a la conducta adaptativa, ya que este estilo de refuerzos son aquellos que el paciente recibirá en su vida diaria (11, 17). Es en este punto también que se privilegiarán técnicas de efectividad interpersonal (11, 17), logrando que los pacientes perciban que pueden modificar patrones relacionales sin por eso menoscabar la relación establecida ni dejar de lado su respeto personal. En este proceso quedará claro que las contingencias o reglas para una persona pueden no aplicarse para otras y que lo importante es comenzar a registrar qué funciona o qué es efectivo para cada uno en un contexto determinado, relacionándose el paciente de a poco con habilidades de conciencia plena o mindfulness.

La DBT plantea tres estados mentales: mente emocional -cuando los pensamientos y las conductas son controladas por el estado emocional, los impulsos y el humor-, mente racional -son los pensamientos y las conductas gobernadas por la razón, la lógica y los hechos empíricos- y la mente sabia -que es la integración entre mente emocional y mente racional. Las habilidades de mindfulness son aquellas que usamos para equilibrar la mente emocional y la mente racional, buscando como objetivo llegar a una mente sabia. Asimismo el modo de llegar a la mente sabia es a través de la participación con conciencia, estar presente en el momento actual, y con actitud no sentenciosa y efectiva (11, 17).

Todas estas habilidades, arriba mencionadas, deben acompañarse de validación emocional y cognitiva (17, 28), con el fin de trabajar sobre cierto sentimiento de inestabilidad afectiva (criterio 6).

Se trabajará también con técnicas de exposición (17, 31, 33), sobre todo la intolerancia a la soledad que caracteriza a este grupo (criterio 1), entendiendo que desde DBT todo procedimiento basado en la exposición no es estructurado sino que se combina para desbloquear la evi-

tación emocional que presentan algunos pacientes frente a determinadas situaciones, enseñándoles de forma gradual a enfrentar aquellas emociones a las que temen.

Subtipo vacío

Por último se encuentran aquellos pacientes que presentan un sentimiento crónico de vacío (criterio 7) y una alteración de la identidad (criterio 3). En el trabajo psicoterapéutico se utilizarán estrategias de validación cognitiva (17, 28) siendo la tarea del terapeuta reconocer, verbalizar y entender los pensamientos, creencias y esquemas del paciente, comenzando a generar cierto sentido de coherencia interna del self. Se usarán técnicas de modificación cognitiva (17, 31), con el fin de abordar patrones de alteración de la identidad de sentido del sí mismo, lo cual se vislumbra en estos pacientes en la inconsistencia emocional que presentan y en la falta de predictibilidad a lo largo del tiempo en situaciones similares. Según Adler y cols. (31) estos patrones podrían deberse a las experiencias de los niños respecto a la inconstancia de sus padres y a la falta de empatía de los mismos, ya que esto podría interferir en el establecimiento de la confianza básica y del desarrollo de la identidad gestándose una identidad poco integrada y con fluctuaciones constantes, lo que hace que dichos pacientes modifiquen constantemente su modo de ver-

se a sí mismos, a los otros y a la realidad.

Las habilidades del modelo DBT de «sendero del medio» (11, 17) también resultarán importantes ya que tienen como objetivo ayudarnos a trabajar sobre pensar y actuar de forma dialéctica, flexible e integrada, sirviéndonos de ellas aquí para lograr de a poco generar un sentido más integrado del self. Asimismo, nos serviremos de las habilidades de mindfulness o de conciencia plena (11, 17) para trabajar sobre aceptar y tolerar los sentimientos de vacío, apuntando a estar atentos al momento presente sin juzgarlo ni evitarlo.

Si bien escapa a los fines de este trabajo cabe destacar que los últimos dos subtipos descriptos- dependiente y vacío- son aquellos, a nuestro parecer, que desde un inicio de la psicoterapia se beneficiarían más de técnicas pertenecientes a la Terapia Cognitiva Estándar (34) y al Modelo de Esquemas de Jeffrey Young (35). Frente a la mayor capacidad de insight de estos pacientes, trabajar sobre la modificación de esquemas extremos e inflexibles resultaría beneficioso, cuestionando y flexibilizando el modo negativo de verse a sí mismos y al mundo, los cuales son los generadores de la activación emocional intensa, perpetuando conductas desadaptativas que alejan a las personas de la vida que quieren vivir.

En la tabla 5 se encuentran resumidas las estrategias psicoterapéuticas recomendadas para cada subtipo (ver Tabla 5).

Tabla 5. Abordaje psicoterapéutico desde el modelo DBT para cada subtipo de TLP.

	Afectivo	Impulsivo	Agresivo	Dependiente	Vacío
Estrategias de Aceptación	Validación Emocional	Validación Conductual	Validación Emocional	Validación Emocional y Cognitiva	Validación Cognitiva
	Regulación Emocional		Regulación Emocional	Efectividad Interpersonal	Mindfulness
Estrategias de Cambio	Tolerancia al Malestar	Tolerancia al Malestar	Efectividad Interpersonal	Manejo de contingencias	Sendero del medio
	Manejo de Contingencias	Manejo de Contingencias		Modificación Cognitiva	Modificación Cognitiva
				Exposición (a la soledad)	Exposición (al vacío)

Tratamiento psicofarmacológico de cada subtipo de TLP

Numerosos autores han agrupado los diferentes criterios según DSM IV-TR (3) de acuerdo a la dimensión sintomatológica alterada, en un esfuerzo por aproximarse a la patogenia del TLP, organizándolos en 4 clusters hacia dónde dirigir el target farmacológico (34):

- Desregulación afectiva
- inestabilidad afectiva
- enojo inapropiado
- Desregulación cognitivo-perceptuales
- Disociación/paranoia (estresores)

- Desregulación impulsivo-conductual
- Impulsividad
- Conducta suicida o automutilaciones
- Desregulación interpersonal
- Esfuerzos frenéticos (miedo) por evitar el abandono relaciones inestables y caóticas
- Desregulación de la identidad (self)
- Sentimientos crónicos de vacío (falta del sentido en sí mismo)
- Alteraciones de la autoimagen.

La ansiedad y la sintomatología depresiva son consideradas como síntomas secundarios en el TLP.

El siguiente abordaje psicofarmacológico propuesto está dirigido principalmente al episodio agudo, manteniendo principalmente los fármacos estabilizadores del ánimo como fármacos de base del TLP. Se especifica este último punto en la propuesta de cada subtipo en particular.

Subtipo afectivo

Los fármacos que han demostrado mayor evidencia en el abordaje farmacológico de las dimensiones sintomáticas predominantes de este subtipo son el ácido valproico (VLP) y el antipsicótico atípico aripiprazol (ARP) (36, 37).

Por otra parte, MacKinnon y cols. consideran la inestabilidad afectiva como un problema dimensional relacionado con los cambios de humor y síntomas afectivos asociados; sostienen que la inestabilidad afectiva del TLP y el «Rapid mood switching» del TBP tienen la misma genética, por lo que sería más útil considerar a todos los pacientes con inestabilidad afectiva dentro de una misma categoría (espectro bipolar), ya que fenomenológicamente es lo fundamental, acercándose al origen biológico del problema. Este hecho, sumado a respuestas farmacológicas similares, indicarían que al menos un subtipo de TLP sería una forma atípica de presentación un trastorno afectivo primario (bipolar) (38). Por su parte, Akiskal conceptualiza al TLP como una variante «oscura» del TBP de tipo II, caracterizada por sintomatología afectiva crónica con humor irritable y temperamento ciclotímico, a diferencia del TBP tipo II clásico (39).

En un ensayo de 8 semanas randomizado, doble ciego, controlado con placebo de reciente publicación (2014, en prensa) (40), Black y cols. compararon 3 grupos de pacientes que cumplían criterios de TLP según DSM IV-TR a los que fueron asignados 150 mg/día de Quetiapina XR, 300 mg/día de Quetiapina XR y placebo. Los participantes tratados con 150 mg/día de Quetiapina XR (dosis bajas) tuvieron una reducción significativa en la severidad de los síntomas según la Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder en comparación con los que recibieron placebo. Los efectos adversos fueron más frecuentes en los participantes que recibieron 300 mg/día de Quetiapina XR (dosis moderadas), siendo este último el grupo que presentó mayor tasa de abandono antes de la finalización del ensayo (40). Teniendo en cuenta la íntima relación propuesta entre este subtipo y el TBP tipo II, se sugiere el uso de Quetiapina (QTP) como primera línea de tratamiento, incluso como psicofármaco de mantenimiento, para este subtipo de TLP (40, 41, 42, 43).

Subtipo impulsivo

La recomendación es el uso de estabilizadores del ánimo (EA) como topiramato (TPM) o lamotrigina (LTG), o antipsicóticos (ASG) como ARP u olanzapina (OLZ) (36, 37). Dada la disponibilidad en nuestro medio, la risperidona (RSP) podría ser otra opción.

Tanto el subtipo afectivo como el impulsivo comienzan con conductas suicidas a edades más tempranas y presentan mayor número de intentos de suicidio previos en comparación con los otros subtipos, siendo los de mayor riesgo (23). Se recomienda entonces la combinación de AP con EA, en un primer momento, hasta lograr el efecto de estos últimos. Luego de la etapa aguda, podría intentarse el retiro del AP. Teniendo en cuenta el importante riesgo suicida de estos subtipos, el Litio (Li) debe ser una opción dada su eficacia antisuicida (44, 45). Así, un esquema de inicio potencialmente útil en nuestro medio para un paciente TLP impulsivo con alto riesgo suicida sería farmacoterapia combinada con Li + RSP (dada la latencia del efecto antisuicida-antiimpulsivo del Li, mientras que para uno afectivo sería QTP + Li).

Una revisión de 2014, reúne la evidencia disponible sobre la eficacia de Clozapina (CLZ) en el tratamiento de TLP. La CLZ podría ser una opción de tratamiento beneficiosa para formas severas de TLP, especialmente para el control de los síntomas psicóticos, la impulsividad y las automutilaciones, así como también para reducir los días de “enhanced observation”, uso de contenciones y para mejorar el funcionamiento global del paciente (46). La CLZ podría tratarse entonces de una opción válida para pacientes con alto riesgo suicida, refractarios a psicoterapia y a otros tratamientos psicofarmacológicos. Sin embargo, esta revisión no encontró ensayos controlados randomizados, incluyendo sólo casos y serie de casos (46).

Debe tenerse en cuenta también que la recomendación original de la APA (47) en 2001 sobre el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) para la dimensión de desregulación emocional y desregulación impulsivo-conductual fue desestimada en todas las revisiones subsiguientes hasta la fecha (36, 37, 48, 49, 50). En un metanálisis de 2010, Igenhaver y cols. cuestionan ampliamente la Practice Guideline for the treatment of Patients with Borderline Personality Disorder de la Asociación Americana de Psiquiatría. Sus resultados no validan el uso de Antipsicóticos Típicos (APT) ni el de ISRS en la dimensión de descontrol conductual-impulsividad, ni su potenciación con APT (51). El uso de ISRS se desestima como primer o segundo paso para el control de la desregulación emocional, o su potenciación con APT (51). En resumen, los ISRS deben dejar de ser recomendados como primera línea para el tratamiento de la desregulación afectiva y la conducta impulsiva debido a la poca evidencia de que pacientes con TLP se beneficien con el agregado de estos fármacos, y deberían ser recomendados sólo en episodio depresivo mayor o trastorno de ansiedad comórbido (36).

Subtipo agresivo

Las recomendaciones internacionales son similares a las del subgrupo anterior (OLZ, ARP, LTG, TPM), agregándose el VLP (36, 37). Sin embargo, teniendo en cuenta los hallazgos neurobiológicos mencionados (26), el pequeño número de pacientes que responden a anti-

depresivos podría corresponder a este subtipo, haciendo de los ISRS fármacos potencialmente útiles sólo en este grupo de pacientes. Se impone la necesidad de estudios prospectivos acotados a este subtipo para evaluar la eficacia de este grupo farmacológico. Por otra parte, dado que las conductas suicidas no son nucleares en estos pacientes, sería racional abordarlos con esquemas de EA en monoterapia.

Subtipo dependiente

El criterio 1 no representa un target farmacológico (36), y sólo en el caso de que síntomas del criterio 6 se manifiesten con intensidad, la indicación sería un EA con buen perfil de efectos adversos tales como TPM o LTG (36, 37).

Subtipo vacío

No hay evidencia acerca de la utilidad de psicofármacos

en las dimensiones que predominan en este subgrupo de pacientes.

Es de suma importancia evitar el uso de benzodiacepinas (BZD) en todo paciente con TLP, dado el potencial de abuso de estos fármacos e incluso la evidencia de empeoramiento clínico con descontrol conductual (49). Para casos de insomnio, se recomienda el uso de antihistamínicos como Prometazina (52). Finalmente, en caso de aparecer sintomatología de la dimensión cognitivo-perceptiva en cualquiera de estos subtipos, el abordaje se hará con AP. Existe evidencia a favor tanto para los típicos (Haloperidol) como para los atípicos (ARP, OLZ) (36, 51); se prefiere estos últimos por su perfil de efectos adversos, teniendo en cuenta que los llamados «microepisodios psicóticos» son de breve duración y generalmente no requieren medicación por más de una semana (52).

En la tabla 6 se encuentran resumidas las recomendaciones psicofarmacológicas para cada subtipo (ver Tabla 6).

Tabla 6. Abordaje psicofarmacológico según clínica de cada subtipo de TLP.

Subtipo	Recomendaciones	Propuesta
Afectivo	EA: VLP	QTP
	AP: ARP	QTP + Li si hay riesgo suicida
Impulsivo	EA: LTG/TPM	RSP + EA, luego EA en monoterapia
	AP: ARP / OLZ	RSP + Li si hay riesgo suicida
Agresivo	EA: LTG/TPM / VLP	EA en monoterapia
	AP: ARP / OLZ	ISRS (?)
Dependiente	EA: TPM / LTG	EA en monoterapia (algunos casos)
Vacío	No hay recomendaciones para el uso de fármacos en este subtipo	

Conclusiones

La distinción de estos subtipos puede ser de importancia en términos de pronóstico y abordaje terapéutico. Los subtipos más frecuentes son el afectivo, impulsivo, y luego el dependiente (23). Parece ser fundamental la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y su implementación temprana hasta alcanzar estabilidad en la regulación emocional y control de los impulsos (19) para los subtipos 1, 2 y 3. Por otro lado, los subtipos 4 y 5 pueden beneficiarse con un adecuado abordaje psicoterapéutico (23). Es importante destacar que todas las técnicas pueden ser de utilidad para cada subtipo de TLP descripto por Oldham (19, 21). Ahora bien, lo anteriormente expuesto es un intento de pensar qué habilidades de cambio y qué tipo de validaciones pueden resultar más beneficiosas para cada subtipo al inicio de un tratamiento

psicoterapéutico. No podemos dejar de resaltar -ya que es la esencia del modelo de DBT- la importancia de balancear las técnicas durante el tratamiento y tomar una posición dialéctica facilitando el juego de estrategias de cambio y de validación (11, 30).

En la clasificación se destaca la ausencia de subtipos que expresen el criterio 2 o el criterio 9 de TLP como predominantes (ver Tabla 1), a lo que el mismo Oldham establece que la clasificación se encuentra actualmente en revisión (21). Por esto, la propuesta de un nuevo enfoque psicoterapéutico y psicofarmacológico para cinco subtipos distintos de TLP es provisoria.

Agradecimientos: al Dr. Federico Rebok por el apoyo y la atenta lectura del manuscrito ■

Referencias bibliográficas

- Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*, 2009 May; 166(5):530-9.
- Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, American Psychiatric Publishing. The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2005.
- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*. 2004 Jun; 18(3):226-39.
- American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158(Oct suppl).
- Paris J. Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services* 2002; 53:738-742.
- Clarkin JF, Widiger T, Frances A, Hunt SW, Gilmore M: Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Abnorm Psychol* 1983; 92:263-275.
- Gagliesi P. Un Protocolo para asistir a personas con ideas suicidas en la práctica clínica. *Vertex Rev. Arg. De Psiquiat*. 2010, Vol. XXI: 42-48.
- Caballo, V.E.: "Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta". Editorial Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., 1998.
- Pryor Karen. No lo mates... ¡enséñale! El arte de enseñar y adiestrar. Modelado, reforzamiento positivo y técnicas de modificación de la conducta. Kns Ediciones, 2006.
- Linehan M: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford, 1993.
- O'Connell B. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014; 2:518-525.
- Linehan, M: Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders. Guilford, New York, NY, 1993.
- Keegan, E. Abordaje cognitivo del Trastorno Límite de la Personalidad. *Vertex. Rev. Arg de Psiquiat*. 2004 vol. XV: 287-94.
- Hayes, SC. Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press, 2004.
- Hayes, SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004; 35:639-665.
- Linehan, MM: Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite, Paidós, Buenos Aires, 2003.
- Apfelbaum S, Gagliesi P. El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex Rev. Arg. De Psiquiat*. 2004, Vol. XV: 295-302.
- Oldham JM: Integrated treatment planning for borderline personality disorder, in *Integrated Treatment of Psychiatric Disorders*. Edited by Kay J. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, pp 51-77.
- Oldham JM: A 44-year-old woman with borderline personality disorder. *JAMA* 2002; 287:1029-1037.
- Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006 Jan; 163(1):20-6.
- Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res*. 2001 Nov Dec; 35(6):307-12.
- Rebok F, Teti G, Fantini A, Cárdenas-Delgado C, Rojas S, Derito MNC, Daray FM. Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide attempt. *Psychiatr Q*. 2014 Sep 2. [Epub ahead of print].
- Kernberg O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 1997 Spring;11(1):93-104.
- Siever LJ. Relationship between impulsivity and compulsivity: a synthesis. In: Oldham JM, Hollander E, Skodol AE, editors. *Impulsivity and Compulsivity*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1996.
- Gagliesi, P., Lencioni. G.: Asistencia Telefónica: Una Aproximación Desde La Terapia Dialéctica Comportamental en pacientes borderline, Fundación Foro, 2004.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter 8: Core Strategies: Part I. Validation". New York: Guilford Press, 1993.p.221-49.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter 9: "Core Strategies: Part II. Problem Solving". New York: Guilford Press, 1993. p.250-91.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter 7: "Dialectical Strategies". New York: Guilford Press, 1993.p.199-220.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter Chapter 11: "Change Procedures: Skills Training, Exposure, Cognitive Modification". New York: Guilford Press, 1993.p.329-70.
- Linehan, M.M.: "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality Disorder. Chapter 10: "Change Procedures: Contingency Procedures". New York: Guilford Press, 1993.p.292-328.
- Foa, E; Hembree, E; Rothbaum, B. Terapia de Exposición Prolongada para TEPT: Procesamiento emocional de experiencias traumáticas. SAPsi Editorial, Buenos Aires, 2008.
- Beck, A. T.; Freeman, A. y otros: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad, Buenos Aires, Paidós, 1995.
- Young, J.: Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Schema-focused Approach, Sarasota, FL., Professional Resource Exchange, 1990.
- Lieb K et al., Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials, *The British Journal of Psychiatry* (2010) 196, 4-12.
- National Health and Medical Research Council, Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder, Melbourne: *National Health and Medical Research Council*; 2012.
- Mackinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders* 2006; 8:1-14.
- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord*. 2003 Jan; 73(1-2):49-57.
- Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC. Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014 Jun 27.
- Belli H et al. Borderline Personality Disorder: Bipolarity, Mood Stabilizers and Atypical Antipsychotics in Treatment, *J Clin Med Res*. 2012 October; 4(5): 301-308.
- Pfenning A et al., The diagnosis and treatment of bipolar disorder: recommendations from the current s3 guideline,

- Dtsch Arztebl Int. 2013 Feb; 110(6):92-100.
43. Yatham LM et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders* 2013; 15: 1–44.
 44. Baldessarini RJ et al., Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review, *Bipolar Disorders* 2006; 8: 625–639.
 45. Toro Martinez E, Tratamiento farmacológico de la conducta agresiva impulsiva, *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2012, Vol. XXIII: 281 – 286.
 46. Beri A, Boydell J. Clozapine in borderline personality disorder: A review of the evidence. *Ann Clin Psychiatry.* 2014 May; 26(2):139-44. Review.
 47. APA, Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder, Octubre 2001.
 48. Herpetz SC et al., WFSBP guidelines for biological treatment of personality disorders, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2007; 8(4): 212-244.
 49. Abraham PF Calabrese JR, Evidence-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? *Journal of Affective Disorders* 111 (2008) 21–30.
 50. Paris J, Pharmacological treatments for personality disorders, *International Review of Psychiatry*, June 2011; 23: 303–309.
 51. Igenhover T. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(1):14-25.
 52. National Collaborating Centre for Mental Health, Borderline personality disorder: treatment and management, London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009.




Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

La enfermedad maniaco-depresiva: aspectos psicodinámicos y sintonía afectiva

Christian Widakowich

Médico psiquiatra
Servicio de Psiquiatría del Hospital Ambroise Paré
E-mail: chwidakowich@hotmail.com

Resumen

En una época donde la enfermedad maniaco-depresiva se ha transformado en el trastorno bipolar, siendo conceptualizada y tratada como una enfermedad casi enteramente biológica, encontramos relevante revenir sobre algunos aspectos psicodinámicos fundamentales de esta afección.

Clásicamente, la teoría psicoanalítica parte del concepto de melancolía para introducir secundariamente a la manía, como una solución liberadora de la depresión. Para Abraham (1912), la manía es la liberación del sufrimiento impuesto por el principio de la realidad. Para Freud (1915), la manía es una fuga del yo ante un superyó demasiado tiránico. Klein (1934) explica que la manía se utiliza para contrarrestar la posición depresiva y así evitar la culpabilidad dentro del yo. Para Racamier (1979), la manía es claramente una frenética negación de la angustia y el sufrimiento moral. Finalmente, en la actualidad, algunos autores como Chabot y Husain intentan definir la organización maniaco-depresiva, con la ayuda de las técnicas proyectivas. Esta organización se encontraría entre la psicosis y la estructura límite. Uno de los elementos axiales de esta organización podría ser la búsqueda de una simbiosis afectiva con el otro. Este concepto se acerca estrechamente al término "sintonía" acuñado por Bleuler en 1911. En este artículo, examinamos el concepto de enfermedad maniaco-depresiva desde una perspectiva psicodinámica y estructural, demostrando la importancia del concepto de sintonía con su consecuente utilidad clínica.

Palabras clave: Enfermedad maniaco-depresiva - Trastorno bipolar - Psicodinamia - Organización maniaco-depresiva - Técnicas proyectivas - Sintonía.

THE MANIC DEPRESSIVE DISEASE: PSYCHODYNAMICS ASPECTS AND AFFECTIVE SYNTONY

Abstract

In a time when manic-depressive disease became bipolar disorder, and it is conceptualized and treated almost as a fully medical illness, such as epilepsy, we found worth returning to some psychodynamic aspects underlying this condition. Conventionally, we depart from the concept of melancholy, to introduce in a second time, the mania, as a liberating solution of the depression.

To Abraham (1912), mania is the liberation from suffering imposed by the reality principle. For Freud (1915), mania becomes a leak from the ego face a tyrannical superego (the encounter of ego and the ego ideal).. Klein (1934) explains that the mania serves to counter the depressive position and thus avoid the guilt inside of ego. For Racamier (1979), mania is clearly a frantic negation of the anguish and emotional suffering.

Today, some authors as Chabot and Husain try to define the manic depression organization, with the help of projective tests. This personality structure would be between psychosis and borderline. An axial element of this structure is the research for an affective symbiosis with each other. These concept, strongly resemble the "syntony", from Bleuler. We trace the evolution of manic depression from a psychodynamic and structural point of view, with particular interesting in the concept of syntony.

Key words: Manic-depressive - Bipolar disorder - Psychodynamic - Manic-depressive organization - Projective tests - Syntony.

Introducción e historia

Como decía Racamier, “hubo un tiempo donde la manía no desaparecía con un simple golpe de neurolépticos y aún despertaba la curiosidad de los psiquiatras...” (1). Ya en 1979, este autor llamaba la atención sobre el manto de oscurantismo biológico que cubriría el interés psicopatológico y psicodinámico por la enfermedad maniaco-depresiva.

Cuando uno se aboca a trazar la historia de una afectación psíquica se encuentra con un error muy frecuente: el de tratar de proyectar en el pasado el uso que se le da a la acepción en el presente. Las fluctuaciones del humor son conocidas desde siempre y aparecen retratadas en recitos mitológicos y epopeyas homéricas: el furor y el suicidio de Ajax, la cólera de Aquiles o la melancolía de Belerofonte (2). Los orígenes de los términos *Melancolía* y *Manía* remontan a la antigua Grecia donde se definían vagamente por la ausencia de razón o como una “*pasión del alma*”. Henri Ey nos dice que una gran cantidad de alienados o incensados eran considerados, sin limitación real, como afectados de melancolía, enfermedad triste de los humores, o como afectados de manía -proveniente epistemológicamente de las Ménades, compañías orgiásticas dionisiacas- que representaban en Grecia la locura (3). En la cultura griega, la excitación de la afectividad terminaba en irracionalidad y locura.

En cuanto a las primeras descripciones, es Areteo de Capadocia (siglo II a. C.) el que comenzará a utilizar la palabra “manía” para describir a las personas “*que ríen, cantan, bailan noche y día, que se presentan en público y caminan con la cabeza coronada de flores, como si vinieran vencedores de los juegos*”. Luego, estas personas cambiaban de humor convirtiéndose en gente “*abatida, triste y taciturna*” (4).

Sin embargo, será Théophile Bonet quien describirá mucho tiempo después, en 1686, la relación entre los dos estados de ánimo extremos, acuñando el término latino *manico-melancolicus*, con la forma clásica del Jano bifronte (5). Este será retomado por la psiquiatría del siglo XIX: Baillarger (1854) describe la *folie á double forme* en tanto que Falret hablará de la *folie circulaire* en el mismo año. En el mismo sentido, Kraepelin (1899) promoverá el concepto de *psicosis maniaco-depresiva*, hasta que éste será destronado por aquel de *trastorno bipolar*, creado por Kleist (1953).

En un sentido epistemológico más amplio y determinante, Kraepelin, en su distinción entre la demencia precoz y la enfermedad maniaco-depresiva, se ocupará de separar el pensamiento del afecto. Como nos dice G. Berrios, después de 1910 la historia de los trastornos afectivos estará fuertemente marcada por el análisis de la fragmentación de las nociones kraepelinianas (6). Desde entonces, se ha continuado a tratar la depresión y la manía como dos estados opuestos de una misma realidad, como dos antagonistas de la misma estructura de conflicto (7).

La sintonía como componente estructural de la manía

A partir de la distinción propuesta por Kraepelin, algunos autores intentarán establecer los componentes

estructurales de cada una de estas dos entidades. En primer lugar, Kretschmer distinguirá los términos “*cicloidia*” (para el maniaco depresivo) y “*esquizoidia*” (para la demencia precoz) según la propensión a resonar o no con el ambiente. Sobre esta base, Bleuler sustituirá el término “*cicloidia*” por aquel de “*sintonía*”, describiendo la tendencia del maniaco para “*vibrar al unísono con el ambiente*” (8). En la sintonía, se da la fusión íntima y armoniosa del sujeto con el ambiente en oposición a la constitución esquizoide donde el sujeto no vive en contacto con el mundo exterior. Sintonía significa a su vez, unidad y armonía intrapsíquica: en el sujeto sintono, es la totalidad de la persona que reacciona; él está contento en un ambiente alegre y alicaído en un ambiente triste; así, todo movimiento afectivo compromete a la persona sin dejar lugar a otro sentimiento. No está de más remarcar que la sintonía y la esquizoidia no son caracteres mórbidos en sí; estos pueden ir desde el carácter normal hasta su expresión más saliente y patológica, al mismo tiempo que estos pueden presentarse en distintas proporciones en la misma persona: los caracteres puros no existen como tales.

Sin embargo, si bien podemos afirmar que el esquizofrénico se vuelve cada vez más esquizoide y menos sintono con respecto al ambiente, quizá no podamos decir la misma cosa con respecto al maniaco-depresivo. Como lo señala Minkowski, si tomamos la sintonía como la capacidad de comprender a nuestros semejantes, de compartir con ellos nuestras miserias y nuestras alegrías, nada de esto se da en el maniaco que presentará más bien un flujo incesante de fuga de ideas y una labilidad del humor, que un exceso de sintonía (8). En un primer momento, este ser atraído por todos los estímulos, parece ser el campeón de la comunicación y las relaciones humanas, pero visto con detenimiento, éste presenta una alteración profunda de la interpersonalidad; demasiado familiar en sus comentarios, inadecuado en sus intervenciones al punto de ser irrespetuoso y cínico, todo delata una incapacidad para constituir una relación armónica y auténtica con el otro.

El caso “Elsa Strauss”, relatado por Binswanger en *Manía y Melancolía* es un claro ejemplo de esto: una paciente maniaca se escapa de la clínica donde está hospitalizada, vaga por las calles y entra a una iglesia donde en ese momento tiene lugar un servicio religioso y un organista está tocando. Ella sube hasta donde está el órgano, felicita al organista por lo bien que toca y le pide que por favor le empiece a dar clases en ese mismo instante (9). En este ejemplo vemos claramente cómo la sintonía está más deformada que amplificadas; se desconoce el contexto de la situación, y todo se transforma en algo disarmonico.

Para Bleuler, la sintonía en tanto que característica estructural del maniaco-depresivo sería más importante que la forma cíclica de la enfermedad (10, 11). Bleuler concibe la sintonía del maniaco-depresivo de la misma manera que ve al autismo en la esquizofrenia, como una forma de ser-en-el-mundo, como un núcleo organizador. Con esta perspectiva, Bleuler desplazará el foco del humor al afecto: lo que cuenta realmente, ya no son las variaciones alternantes del humor, sino más bien

una calidad afectiva particular (12). Esta visión de cosas puede emparentarse a la cuestión de la intensidad de la sensación y el afecto en estos individuos. La cuestión de la intensidad en el maníaco ya había sido tratada desde Esquirol (1820) *“todo causa en ellos una impresión muy viva (...) todo es forzado, exagerado en la forma en la que sienten, piensan o actúan”* (13), cosa que es señalada a su vez por el mismo Bleuler (1911) *“el maníaco recibe al mundo exterior con bulimia, con un entusiasmo excesivo...”* (10). La pregunta que nos viene entonces es: ¿por qué, para qué tanta intensidad de los afectos? ¿Será para evitar una suerte de angustia generada por el vacío? Trataremos de responder a la cuestión ulteriormente, con la ayuda de las técnicas proyectivas.

En cuanto a los psicoanalistas, comenzado por Freud, la lógica sería quizás otra. Como es sabido, en la teoría psicoanalítica se parte del concepto de melancolía, para introducir la manía como una emergencia secundaria de la depresión, como una solución liberadora. Para Freud, la manía es una fuga del yo ante un superyó demasiado tiránico (14). Para Abraham (1912), la manía es la liberación del sufrimiento impuesto por el principio de realidad (15). Klein, discípulo de Abraham, (1934) explica que la manía sirve para contrarrestar la posición depresiva y así evitar la culpa al interior del yo (16). Para ella, la manía es una elaboración defensiva, una manera patológica para combatir la angustia, y más concretamente, la angustia depresiva. Segal (1964) por su parte, se ocupará de las defensas maníacas. Estas serían el control, el triunfo y el desprecio mencionando al mismo tiempo que el clivaje, la identificación proyectiva, la idealización y la negación, estarían a la base de este sistema defensivo (17).

Finalmente, en los textos de Racamier encontramos que la importancia radica en la articulación dinámica interna entre la euforia maníaca, la angustia y la vivencia depresiva (1). Como ejemplo, el autor toma un caso anteriormente descrito por H. Ey, donde una mujer maníaco-depresiva presenta un acceso maníaco tres días después de la dramática muerte de su marido. En primer lugar, en un *raptus* de angustia, la paciente intenta defenestrarse. Luego, se sumerge en un estado oniroide donde tiene la extraña impresión de que todo a su alrededor ha cambiado. Es en ese preciso momento en que ella hace un cuadro de excitación con un brote maníaco, pidiéndole a su marido muerto de liberarla. En este caso clásico de *“duelo maníaco”*, la manía opera como la negación delirante de la muerte traumática, con el siguiente movimiento: *ansiedad-desconcierto-manía*. Durante el acmé de la ansiedad, la persona pasa por un oscurecimiento de la conciencia donde va a iniciarse la excitación maníaca.

En una lógica que no se aleja demasiado de esta idea, podríamos encontrar algunas similitudes en los conceptos actuales sobre el *continuum* del trastorno bipolar, como el de Perugi y Akiskal, que establecen las dimensiones del humor, ansiedad-sensibilidad e impulsividad, formando el tronco común del *“temperamento ciclotímico-ansioso-sensitivo”* (18).

La parte sumergida del iceberg

No retomaremos aquí en detalle los textos psicoanalíticos clásicos sobre el tema (14, 15, 16, 17), pero intentaremos trazar la evolución del concepto de maníaco-depresión a lo largo de los años, según el enfoque psicodinámico.

Ya hemos mencionado que el desarrollo de los mecanismos psicológicos subyacentes a esta enfermedad se había desplegado esencialmente alrededor del modelo explicativo de la melancolía. Desde 1912, con los primeros trabajos de Freud y Abraham sobre la melancolía y la manía se establece la concepción clásica de la melancolía como una *forma arcaica del duelo*. Mientras que en la persona “normal” la introyección de la persona amada que sigue a una pérdida real se hace en servicio a la conservación de la relación con el difunto, la introyección del melancólico ocurrirá sobre la base de una perturbación fundamental en la relación libidinal con el objeto. Para el melancólico, el conflicto de la ambivalencia de la libido es tan marcado, que cualquier sentimiento amoroso está permanentemente amenazado por su contrario. El estado maníaco o depresivo se construiría así a partir de los mismos materiales que la personalidad maníaco-depresiva, estando esta personalidad principalmente marcada por necesidades narcisistas muy intensas. Esta condición obligaría a la persona a establecer sus relaciones interpersonales de una manera narcisista, es decir, a elegir “objetos” a su propia imagen, amándolos con avidez para a su vez sentirse exclusivamente amado. Exigente, exclusiva y ávida, la persona termina siendo desencantada por el objeto, que termina por abandonar.

En el movimiento depresivo, el odio generado por la renuncia al objeto se vuelve contra el sujeto, que cae en el furor melancólico. En la manía, en cambio, hay una inversión de la situación económica y dinámica: se podría decir que el trayecto de la melancolía hacia la manía es el trayecto que va desde la derrota del yo ante el objeto al triunfo del yo sobre el objeto, respuesta maníaca del yo que se embriaga de una victoria ilusoria (19). Pero mientras que en la melancolía, el yo es recubierto por la sombra del objeto perdido, y a su vez es sumido a la crítica implacable del superyó; en la manía, el yo parece reconciliarse con el superyó, hasta el punto que ya no se puede criticar o frenar su pulsión incesante. El desafío está en la cuestión de la liberación del yo. Freud describe que *“cuando algo del yo está de acuerdo con el yo Ideal (ideal-Ich), siempre se producirá una sensación de triunfo”* (20), y por el contrario, *“que la culpa (y el sentimiento de inferioridad) pueden entenderse como una expresión de la tensión entre el yo y el yo ideal”*. Se podría decir que la melancolía ata la energía y que la manía la desata, en un sentido de liberación.

Abraham agrega a la teoría freudiana que la libido de los maníacos se expresa en la concupiscencia oral y la incorporación. Sin embargo, menciona que el individuo maníaco tiene también la necesidad de expulsar rápidamente el objeto, asociando el estado maníaco a la primera fase de la etapa anal. Tomemos su monografía publicada en 1911 sobre el pintor italiano Gio-

vanni Segantini (21). Este pintor italiano de la segunda mitad del siglo XIX, tenía un particular interés por el dibujo de los paisajes alpinos y sus simbolismos. Habiendo perdido su madre a la edad de cinco años se queda huérfano. Así, la tierra, la naturaleza y los paisajes representarían su madre bajo la forma de un recuerdo idealizado. Para Abraham, el fervor con que el artista quiere “beber” todo el espectáculo de la naturaleza correspondería a una oralidad maníaca con una voluntad de ver todo, de abrazar todo, de vivir todo. Así mismo, esto nos reenviaría también a la noción de incorporación cabalística.

Por su parte, Klein en 1934, entiende la manía o las defensas maníacas como la solución encontrada para contrarrestar la posición depresiva y evitar la culpabilidad dentro del yo, culpabilidad que de esta forma es negada (16). Recuérdese que para Klein hay dos situaciones evolutivas; una llamada la *posición esquizo-paranoide*, que domina hasta los primeros cuatro meses de vida, para luego dejar lugar a la *posición depresiva*, que aparece alrededor del destete hasta el fin del primer año de vida. Para Klein, desde el nacimiento, el recién nacido expresa pulsiones libidinales agresivas para cuya elaboración hace falta un clivaje del objeto entre una parte “buena”, que es introyectada, y una “mala”, que recibe los ataques y proyecciones del yo. Esta primera situación cede gradualmente el lugar a la posición depresiva que se caracteriza por la percepción del objeto como “total” por la convergencia de las pulsiones sobre el objeto. Esta atenuación tiene por consecuencia una angustia “depresiva” por miedo de perder el objeto luego de los ataques. Frente a esta angustia, aparecería la puesta en marcha de mecanismos de defensa como la elación maníaca, la reparación del objeto y la inhibición de la agresividad. La elaboración patológica de la posición depresiva del recién nacido conduciría a la imposibilidad de restablecer los buenos objetos, dicho de otra manera, de tener una imagen reparadora de los padres.

A su vez, agrega que el yo ejerce un control constante sobre el objeto, lo que provoca una hiperactividad y la omnipotencia del estado maníaco. Más tarde, Klein hablará de la defensa maníaca como una negación parcial de la realidad psíquica de la persona, que se encuentra en el punto culminante de la posición depresiva. En 1964, Segal continuará en la misma línea que Klein investigando sobre las defensas maníacas. Para la autora el control, el triunfo y el desprecio, que permiten negar el valor del objeto, son los sentimientos fundamentales que forman la defensa maníaca. A su vez, agrega que la negación, el clivaje, la idealización y la identificación proyectiva estarían a la base de estas defensas (17).

¿La enfermedad maniaco-depresiva, una psicosis?

La pregunta si el trastorno maniaco-depresivo es una psicosis en un sentido estructural, o si lo es por la pérdida de contacto con la realidad que se manifiesta durante la fase maníaca queda a precisar.

Para el psicoanálisis, la estructura psicótica está basada en función de la falta de frustraciones precoces y las

inducciones pulsionales particularmente tóxicas sin para-excitante suficiente.

El yo psicótico se organiza antes de la “*divided line*” de Abraham, en los estadios orales y en la primera fase anal (expulsar), antes de la segunda fase anal (retención) sin permitir la integración del triángulo edípico, como pasa en las neurosis. Todas las fijaciones y regresiones situadas antes de esta línea de separación corresponderían a las diferentes estructuras psicóticas (22).

Dentro de las estructuras psicóticas, la más arcaica sería la esquizofrenia, seguida por la melancolía y luego por la paranoia. Sin embargo, esto podría ser exacto cuanto al desarrollo libidinal pero no cuanto al estadio de elaboración del yo. Pareciera que el yo del melancólico tiene un nivel de adaptación y maduración superior a aquel del paranoico. No todos los autores llegan a ponerse de acuerdo sobre esta cuestión.

Para Abraham, existen varios paralelos entre la melancolía y la paranoia, señalando que la melancolía se encuentra fijada a una etapa menos evolucionada que la paranoia. Por el contrario, para H. Deutsch la manía se encuentra en la etapa fálica, en renegación de la (*Verleugnung*) castración. También apunta, que el componente paranoico se encontraría en todos los casos de la enfermedad maniaco-depresiva (23). Sobre este punto, Klein comenta que “...la manía permite escapar de la melancolía (...) pero que la manía es también un refugio para un yo incapaz de controlar la situación paranoica” (24).

En fin, para Bergeret (1974), sin embargo, el yo del maniaco-depresivo es más evolucionado que el del paranoico. El autor clasifica la maniaco-depresión en la estructura psicótica -al nivel del desarrollo libidinal-, pero también considera que la distinción yo/no-yo ha podido ocurrir en el melancólico. El maniaco-depresivo tendría una personalidad límite que “se desliza” en un funcionamiento psicótico a través de una sintomatología melancólica. Bergeret situará esta organización de la personalidad entre la frontera de la psicosis y el desarrollo límite (22).

En cuanto a la validez de estas teorías, los estudios epidemiológicos actuales parecerían confirmar estas nociones psicodinámicas ya que ponen en evidencia la presencia de apegos precoces y una organización familiar particular en los pacientes bipolares. Estos eventos precoces pueden ser: antecedentes de maltrato físico y emocional, carencias afectivas o poca atención de la parte de los padres o bien al revés, una actitud sobre-protectora; mala interacción padres-hijos, menos calor maternal y una relación paternal tensa y hostil; presencia de una madre dominadora y un padre ausente en el plano emocional y físico; ausencia de relaciones íntimas extrafamiliares (25).

La enfermedad maniaco-depresiva en las técnicas proyectivas: a la búsqueda de la sintonía afectiva

La locura maniaco-depresiva figura entre las patologías ilustradas por Rorschach en su *Psicodiagnóstico* (1921). En un mismo paciente en fase melancólica distingue “un doloroso enfrentamiento en las formas reconocibles y en conse-

cuencias buenas...”, y durante la fase maníaca “una combinación de G confabuladas y malas formas” (26).

Varios autores remarcan las coincidencias entre los mecanismos melancólicos y paranoicos.

En un estudio realizado por Chabot y colaboradores (2003), los autores se interrogan sobre la homogeneidad estructural de los pacientes maníaco-depresivos. Entran en la muestra 8 pacientes bipolares (según el DSM-IV), incluyendo 3 en fase depresiva, tres fases hipomaníaca y maníaca, y 2 eutímicos. En este grupo de 8 pacientes, encontraron algunas invariantes de la estructura psicótica en los test proyectivos: angustia de fragmentación, angustia de persecución, relación al objeto simbiótica, trastornos del pensamiento, y negación de la realidad. En este artículo encontramos dos puntos particularmente interesantes: uno, la existencia de angustias de persecución en el funcionamiento psíquico de los bipolares, con un aspecto menos organizado que en la paranoia. El otro, las vivencias de intensidad que se reflejan en el plano de la afectividad, y también en el plano de la sensación y el pensamiento. Así, los autores se preguntan si esta intensidad no sería una defensa para luchar contra la ansiedad de no sentir nada, contra la angustia del vacío y la muerte, dicho de otro modo, contra la melancolía (27).

En un artículo de 2006 de Sagelas-Granval, de una muestra de 12 pacientes bipolares tipo I, evaluados durante el intervalo de los episodios típicos, se determinan: una permeabilidad excesiva al medio, una porosidad de los límites, una sensorialidad y una afectividad excesivas y una preponderancia del polo afectivo-sensorial. Asimismo, el autor concluye en su investigación, que los pacientes de la muestra tienen un funcionamiento límite por unanimidad (28).

En 2006 también, en un estudio realizado por Hussain y colaboradores, los autores proponen definir un esbozo de la organización maníaco-depresiva. Para ello, seleccionan una muestra de 8 pacientes con un “colorido” que podría asemejarse a la organización maníaco-depresiva, haciéndoles pasar test de TAT. Entre ellos, cinco pacientes presentan síntomas de un halo depresivo y los otros 3 se situarían en la vertiente hipomaníaca. El análisis se realiza sobre una cuadrícula dividida en los ejes organizadores del funcionamiento psíquico (relación de objeto, angustia, mecanismos de defensa y proceso del pensamiento). En esta investigación se identifica una relación de objeto marcada por una búsqueda de simbiosis al nivel del afecto (en lugar de una simbiosis corporal o del pensamiento), una angustia de fragmentación y persecución más bien discreta, un yo relativamente construido pero invadido por la experiencia sensorial o afectiva, defensas maníacas esencialmente expresadas a través de un contenido festivo, lúdico y alegre, un discurso a menudo abundante donde los datos proporcionados tratan de transmitir un “sentimiento” y un ambiente donde el vocabulario está marcado por la intensidad (12).

Los autores se proponen también buscar elementos que puedan evocar el concepto de sintonía de Bleuler, o esa *cualidad afectiva particular* que tiene los maníaco-

depresivos. En el análisis detallado de las formulaciones y las respuestas relativas al afecto, se caracterizan dos puntos: la calificación del afecto y la simbiosis afectiva. El afecto del maníaco-depresivo se presenta con intensidad y se desbordamiento, el paciente insiste en la descripción, la calificación y la exactitud del afecto evocado. Se entienden calificativos como “feroz, penetrante, furioso” y adverbios que invocan la intensidad “siempre, nunca, muy muy, totalmente”.

En lo que respecta a la simbiosis afectiva, término utilizado por Wallon para describir la sociabilidad sincrética de bebés, con sus interacciones miméticas donde los niños no se distinguen del otro (29). En el TAT, tanto en la relación con el examinador como en los elementos que hablan de la relación de objeto, existe un anhelo a una especie de unión total entre el sujeto y el objeto. En esta relación simbiótica, la maníaco-depresivo busca una especie de continuidad y contigüidad entre él y el mundo circundante, de una manera más sofisticada que la identidad corporal del esquizofrénico, o el pensamiento paranoico. En cuanto a la relación con el examinador, si el paranoico debe asegurarse que el otro *piense igual*, el maníaco-depresivo necesita que el otro *sienta igual*, buscando una comunión afectiva, una sintonía con el medio, con una gran inversión a nivel de la relación. Pero si bien esta simbiosis afectiva podría ser una forma de lucha contra las angustias de fragmentación, se alternan también movimientos de aproximación y alejamiento, para no perderse en la indiferenciación.

Conclusión

¿Cómo concluir entonces? Intentemos responder primero a la pertenencia de la enfermedad maníaco-depresiva al campo de la psicosis, pregunta que reviene frecuentemente entre psiquiatras. La mayoría de nosotros concuerda en que el trastorno maníaco-depresivo o la bipolaridad es un *continuum*, desde las personas que funcionan correctamente en la sociedad hasta los que vemos en psiquiatría y se deterioran mucho más rápidamente. Dependiendo del grado, podríamos hablar de una organización psicótica o una organización límite de la personalidad.

En los casos más marcados, diremos que la enfermedad maníaco-depresiva es una psicosis afectiva, donde se lucha contra la fragmentación con una naturaleza de objeto simbiótica, en el plano afectivo.

En cuanto a la existencia de una organización maníaco-depresiva en el sentido propio del término, podemos decir con Hussain y colaboradores, que “esta organización mantiene un patrón específico: el estímulo es abordado de un modo afectivo; la afectividad se expresa con insistencia e intensidad en la relación con el otro y el mundo circundante es matizado por una forma particular de simbiosis que busca la continuidad de las cosas y los seres en una fantasía de unión total” (12). Como lo afirman estos autores, el hilo conductor y común denominador es el concepto de “sintonía” de Bleuler. En este sentido, si bien la identidad del maníaco-depresivo está mejor

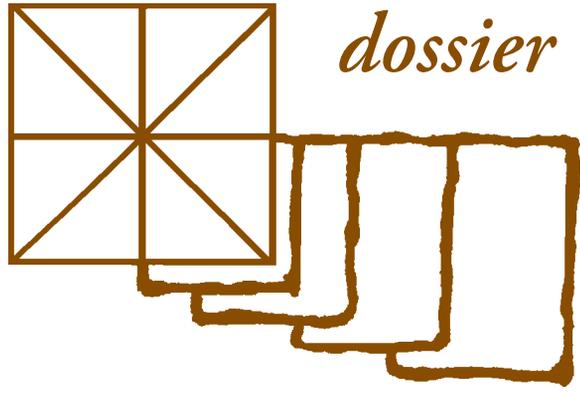
constituída que el esquizofrénico, la sintonía es una lucha contra la angustia de fragmentación y la no continuidad con el ambiente puede causar un vacío amenazante, equivalente a algo de mortífero. Como dice Racamier, la sintonía del maniaco es ilusoria; “*el maniaco concebido como el campeón del contacto con los otros, es por el contrario uno de los seres más difíciles de abordar en una relación genuina*”. ¿Por qué?, porque “*la manía es claramente una negación total de la angustia y el sufrimiento*

moral (...) en el fondo de toda euforia mórbida se esconden la angustia y el suicidio” (1).

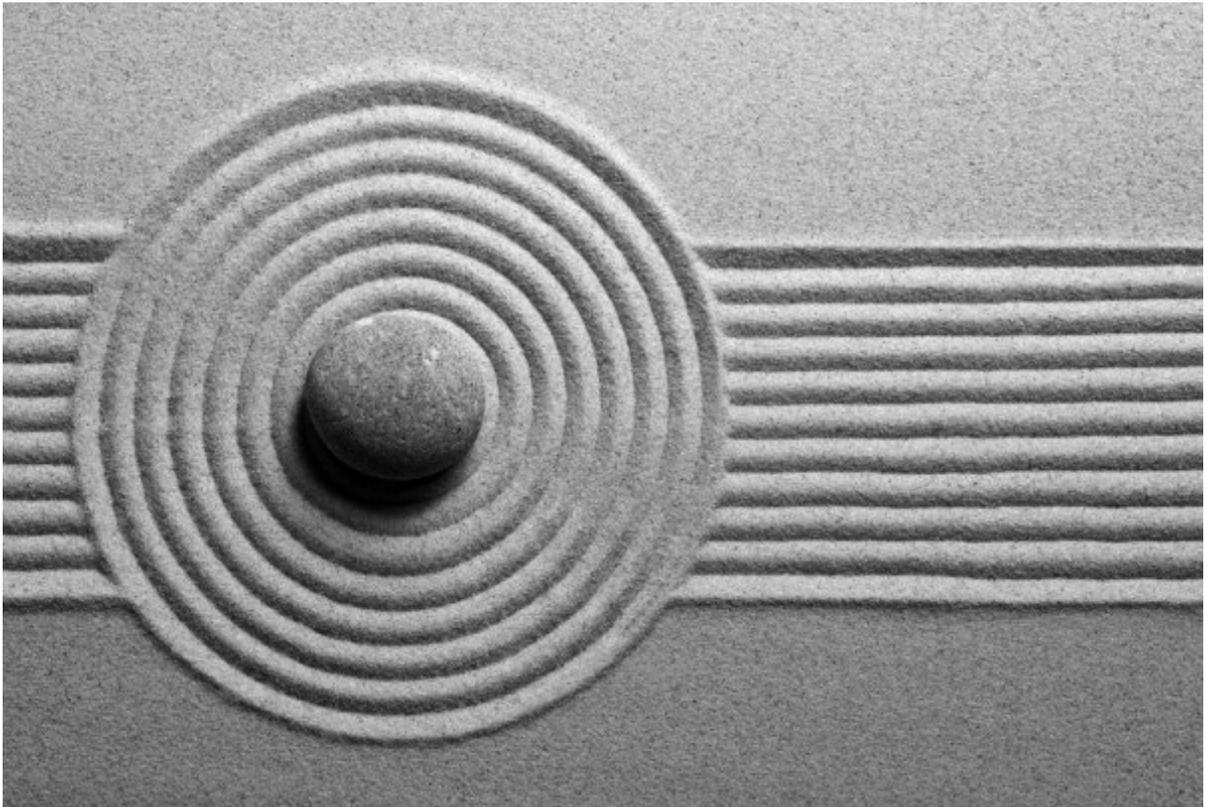
Cada vez que vemos más de cerca nuestros pacientes, la cuestión nosológica queda en un segundo plano y nos encontramos con la persona en su humanidad, sus angustias y su desamparo. Como psicoterapeutas, nuestro trabajo será de sumergirse en el profundo desarraigo ocultado por la manía, para intentar traer a la superficie los elementos que aún son capaces de ser reconstituidos ■

Referencias bibliográficas

- Racamier P. De l'angoisse à la manie. En: Racamier P. De psychanalyse en psychiatrie: Études psychopathologiques. Paris: Payot; 1979.
- Bourgeois L. Manie et dépression. En: Bourgeois L. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris: Odile Jacob; 2007.
- Ey H. Etude N°21: Manie. En: Ey H. Études psychiatriques. Paris: Desclée de Brouwer, 1954.
- Arétée de Cappadoce. Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques. Paris: Lagny; 1834.
- Ey H. Etude N°25: les psychoses maniaco-dépressives. En: Ey H. Études psychiatriques. Paris: Desclée de Brouwer, 1954.
- Berrios G. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Manuel de psychiatrie. Paris: Masson; 1978.
- Minkowski E. La schizophrénie. Paris: Petite bibliothèque Payot; 1997.
- Binswanger L. Melancholie und Manie: Phänomenologische Studien. Pfullingen; 1960.
- Bleuler E. Dementia praecox ou groupe des schizophrénies. Paris: Éditions EPEL; 1993.
- Bleuler E. Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. *Z ges Neurol Psychiat* 1922; 78: 373-99.
- Husain O, Reeves N, Choquet F, Chabot M, Revaz O. A la recherche d'une organisation maniaco-dépressive au TAT. *Psychologie clinique et projective* 2006; 12: 429-458.
- Esquirol E. De la lypémanie ou mélancolie. En: Postel J. La psychiatrie: textes essentiels. Paris: Larousse; 1994.
- Freud S. Deuil et mélancolie. En: Freud S. Métapsychologie. Paris: Gallimard; 1968.
- Abraham K. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. En: Mendel G. Œuvres complètes, Vol. 1: Rêve et mythe. Paris: Payot; 1965. p. 99-113.
- Klein M. Contribution à la psycho genèse des états maniaco-dépressifs. En: Mendel G. Essais de psychanalyse: Mélanie Klein 1921-1945. Paris: Payot; 1971. p. 311-340.
- Segal H. Introduction à l'œuvre de Melanie Klein. Paris: PUF; 1964.
- Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25: 713-737.
- Assoun P-L. L'énigme de la manie. Paris: Les éditions arkhê; 2007.
- Freud S. Psychologie collective et analyse du moi. Paris: Payot; 1968.
- Abraham K, Barande I, Giovanni Segantini. Essai psychanalytique. En: Abraham K. Psychanalyse et culture. Paris: Payot; 1968.
- Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Paris: Dunod; 1974.
- Deutsch H. The psychology of manic-depressive states with particular reference to chronic hypomania. In: Deutsch H. Neurosis and Character Types. New-York: International University Press; 1965.
- Bléandou G. L'école de Melanie Klein. Paris: Editions du Centurion; 1985.
- Hamdani N, Gorwood P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2006; 32 (2):519-25.
- Rorschach H. Psychodiagnostic. Paris: PUF; 1976.
- Chabot M, Husain O, Reeves N, Choquet F. La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT: diversité et homogénéité? *Psychologie projective et clinique* 2003; 9: 255-283.
- Sagelas-Granval C. Les troubles bipolaires: réflexions psychopathologiques et perspectives psychothérapeutiques. *Perspectives psychiatriques* 2004; 43 (5): 387-403.
- Wallon H. L'évolution psychologique de l'enfant. Paris: Armand Colin; 2002.



dossier



LAS TERAPIAS DE "TERCERA GENERACIÓN"

Coordinación

Federico Rebok

En los últimos años, las denominadas «terapias de tercera generación» o «tercera ola» están cobrando cada vez mayor relevancia dentro de los enfoques cognitivos-conductuales. Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos. La particularidad de estos modelos radica en la incorporación de la mindfulness y la aceptación a las estrategias de cambio ya existentes en los modelos cognitivo-conductuales. Otra característica es el énfasis que se pone en el contexto y las relaciones funcionales de los eventos psicológicos como así también la utilización de estrategias de cambio contextual y vivencial.

El término «terapias de tercera generación» fue acuñado por Steven Hayes, quien distingue tres momentos en la historia de la terapia conductual. Según este autor, la primera generación de terapias de la conducta surge a partir de la utilización de los principios emergentes de la investigación básica en laboratorio (condicionamiento clásico y operante) al servicio del tratamiento de diversos problemas psicológicos, utilizando la perspectiva científica como guía para la comprensión del comportamiento humano. Si bien la aplicación del condicionamiento clásico y operante al tratamiento de diversos problemas conductuales representó un avance de una aproximación científica al tratamiento de diversos problemas clínicos, resultaron insuficientes para abordar problemas clínicos complejos.

La segunda generación surge en la década del 60, y considera al pensamiento o cognición como causa principal del comportamiento, y por lo tanto,

de los trastornos psicológicos. Si bien conservó los principios del condicionamiento clásico y operante, centró su atención en la cognición como fenómeno causal del comportamiento y, por lo tanto, de la psicopatología humana. Las terapias cognitivo-conductuales surgieron como productos del ensamble de ambos postulados teóricos.

La tercera generación de terapias de conducta ha sido definida por Steven Hayes del siguiente modo: «Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapias cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados».

Si bien estas propuestas gozan de cada vez mayor prestigio a nivel internacional, en nuestro país su utilización y difusión es aún incipiente. En el presente dossier se abordan cuatro modelos englobados dentro de la "tercera generación" de terapias cognitivo-conductuales.

Coletti y Teti hacen un recorrido por distintas características de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desde las asunciones filosóficas (contextualismo funcional) y la teoría sobre lenguaje y cognición (teoría de los marcos relacionales) hasta los aspectos más relevantes de la intervención propiamente dicha.

Muñoz-Martínez y Coletti abordan las particularidades de la Terapia Analítico Funcional (FAP), modelo que potencia las intervenciones en sesión a través del manejo efectivo del vínculo terapéutico.

Garay, Korman y Keegan ilustran las características de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT), modelo que incorpora la *mindful-*

ness al abordaje cognitivo y que se destaca por su eficacia en disminuir las recaídas y recurrencias en los trastornos depresivos.

Finalmente, Teti, Boggiano y Gagliesi introducen al lector en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), un modelo que apela a los supuestos filosóficos de la dialéctica hegeliana y que emergió como una especialización de la terapia cognitivo conductual frente a la necesidad de trabajar con pacientes con trastorno límite de la personalidad, que luego extendió su eficacia al tratamiento de pacientes severamente perturbados, y refractarios a los tratamientos estándar ■

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): conductismo, *mindfulness* y valores

Juan Pablo Coletti

*Licenciado en Psicología, UBA
Docente de Posgrado, Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro
E-mail: juanpacoletti@gmail.com*

Germán Leandro Teti

*Médico especialista en Psiquiatría
Equipo DBT, Fundación Foro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Médico de Planta, Servicio de Guardia, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano"
Becario de Investigación, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA*

Introducción

En el contexto de las psicoterapias basadas en la evidencia, han surgido modelos denominados «terapias de tercera generación» (1). Este término ha sido definido por Steven Hayes del siguiente modo: *“Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los prin-*

cipios del aprendizaje, la tercera generación de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no solo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además

Resumen

En las últimas décadas se han desarrollado una serie de tratamientos psicológicos denominados «terapias de tercera generación». Uno de ellos es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que esencialmente busca promover la aceptación de los eventos privados en oposición a modificarlos o cambiarlos, con el objetivo de posibilitar flexibilidad psicológica. De esta manera, se busca que el sujeto pueda elegir orientar su comportamiento hacia lo que valora. El presente trabajo busca dar cuenta de algunas condiciones del contexto que promovieron su surgimiento, la filosofía y teoría subyacente; y por último, las particularidades del modelo de intervención.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT - Terapias de tercera generación - Flexibilidad psicológica - Evitación experiencial.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT): BEHAVIORISM, MINDFULNESS AND VALUES

Abstract

Over the last decades a series of psychological treatments labeled «Third Generation Therapies» have been developed. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a third generation therapy that essentially seeks to promote the acceptance of private events in opposition to their modification or change, with the aim of promoting cognitive flexibility. Thus, it is intended that the subject be permitted to choose their behavior consistent with personal values. The current work aims to provide overview specific to the contextual conditions that promoted the emergence of ACT, the underlying philosophy and theory, and the particularities of the intervention model.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy - ACT - Third wave psychotherapies - Psychological flexibility - Experiential avoidance.

de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas estrechamente definidos..." (1). Estos modelos tienen en común la utilización de técnicas basadas en *mindfulness* y aceptación, aunque los principios filosóficos y teóricos que las sustentan presentan diferencias (2). De estos modelos, el que parece haber cobrado mayor relevancia y popularidad es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) (3). ACT es un modelo de tratamiento emergente de la investigación básica en lenguaje y cognición humana desde una perspectiva contextual-funcional derivada del conductismo radical. En este artículo se abordan los siguientes aspectos de ACT: la filosofía subyacente (Contextualismo Funcional: CF) y los principios teóricos emergentes de la investigación en lenguaje y cognición humana (Teoría de los Marcos Relacionales: TMR). Posteriormente se desarrolla el modelo de la Inflexibilidad Psicológica y por último las características básicas de la intervención.

Condiciones antecedentes al surgimiento de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La necesidad de dar respuesta a los problemas psicológicos ha generado una brecha entre el conocimiento emergente de la investigación básica y las técnicas utilizadas en el abordaje de diversos problemas psicológicos (4). La búsqueda de herramientas que conformen "paquetes" de intervenciones eficaces ha ido generando distancia entre las asunciones filosóficas, la investigación básica y las técnicas derivadas de los principios y leyes de esas dos fuentes de conocimiento. Existe una tensión entre la necesidad de un progreso inmediato y la disposición a dar pasos cuidadosos que podrían generar progreso a largo plazo (4).

ACT podría considerarse como la evolución de un proceso que se origina a finales de los años 70 con el intento de extender los límites del pensamiento skinneriano a fenómenos complejos de la clínica (5). Zettle (6) describe este proceso en tres etapas: la primera, de finales de los años 70 y principios de los 80, caracterizada por el intento de transferir los principios básicos del análisis de la conducta verbal (5) y de la conducta gobernada por reglas (7) al contexto clínico. Durante ese período se desarrolla un plan de intervención, precursor de ACT, llamado "distanciamiento comprensivo". En la segunda etapa, a mediados de los 80, denominada período transicional, se desarrolló la TMR que culminó con la aparición del primer libro sobre el tema (8), considerado un postulado post-skinneriano acerca del lenguaje, la conducta gobernada por reglas y el control verbal. En la última fase, ACT se muestra como una aproximación contextualista-funcional, apoyada en investigación básica (TMR), del que emerge una teoría que permite entender los problemas humanos e intervenir sobre ellos (6).

Contextualismo funcional: la filosofía subyacente

En el año 1942, Stephen Pepper publica el libro "Hipótesis del mundo", trabajo donde desarrolla una visión filosófica que diferencia 4 formas de ver el mundo: mecanicista, formista, organicista y contextualista (9). Cada una de estas miradas presenta una "metáfora raíz". La metáfora raíz del CF es el "acto en contexto" (10). El CF conceptualiza los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones entre el organismo como un todo y el contexto histórico y situacional del sujeto (1). Un acto aislado de su contexto histórico y situacional pierde la naturaleza para su conocimiento y modificación (11).

Los componentes esenciales del CF son: (a) focalizar en el evento como un todo, (b) ser sensible al rol del contexto en el entendimiento de la naturaleza y la función de un evento, (c) enfatizar en un criterio de verdad pragmática, y (d) establecer objetivos específicos sobre los cuales aplicar el criterio de verdad (11).

El criterio de verdad en el CF es aquello que funciona exitosamente. Habiendo establecido un objetivo analítico, lo verdadero será aquello que funcione para cumplir con dicho objetivo (10).

Desde la perspectiva del CF, el análisis conductual es una ciencia que busca "el desarrollo de un sistema organizado de conceptos verbales y reglas de base empírica que permitan predecir e influir un fenómeno conductual, con precisión, amplitud y profundidad" (12). La precisión hace referencia a la aplicación de los principios conductuales a eventos específicos, amplitud implica que un amplio rango de fenómenos pueden ser analizados con un número limitado de conceptos, y profundidad significa que los conceptos analíticos relevantes para un nivel de análisis (por ejemplo, nivel psicológico) mantienen coherencia con otro nivel (por ejemplo, nivel neurobiológico) (12).

Teoría de los marcos relacionales

Esta teoría da cuenta de una concepción funcional-contextual del lenguaje y la cognición que se centra en la habilidad humana para establecer relaciones arbitrarias entre eventos y a derivar funciones nuevas no entrenadas (8). Esencialmente TMR da cuenta de cómo los humanos, a través del lenguaje, responden a los estímulos en términos de otros; este aprendizaje relacional, permite responder a un estímulo sobre la base de las relaciones que se hayan conformado en la historia personal entre dicho estímulo y otros (13,14).

TMR sostiene que el comportamiento relacional, aprendido durante el proceso de socialización, comprende el establecimiento de relaciones arbitrarias y bidireccionales entre estímulos. Las claves o marcos relacionales poseen tres propiedades (15):

1. Vinculación mutua: implica una relación bidireccional entre dos eventos (ej., si A es equivalente a B, entonces B es equivalente a A). *A manera de ejemplo, si a un niño se le dice que María es más alta que Juan, derivara que Juan es más bajo que María* (16).

2. Vinculación combinatoria: implica una relación

transitiva en la que dos relaciones se pueden combinar para derivar una tercera (ej., si A es mayor que B; y B es mayor que C, de esto se aprende una nueva relación derivada de las anteriores, donde C es menor que A). *A manera de ejemplo -y siguiendo con el anterior-, si al niño también se le dice que Pepa es más alta que María, derivara que Pepa es más alta que Juan* (16).

3. Transformación de funciones: implica que la función que tenga un estímulo puede cambiar la función de todo aquel otro con el que se relacione. *A manera de ejemplo, piénsese en la formulación, socialmente extendida, como verdad hasta recientemente -y aún- «quienes van al psiquiatra o al psicólogo es porque están locos o algo les funciona mal»... sin información contraria a ésta, es de esperar que si una persona determinada llega a conocer a otra hacia quien, inicialmente, muestra una cierta atracción y, llegado el momento se encuentra con que esta persona le confiesa que ha acudido al psiquiatra, su inclinación hacia ella cambie de signo; esto es, comience a «verla» con funciones verbales aversivas, aquellas que según su historia socioverbal proporcionan a lo que se relaciona con acudir a psiquiatras y estar loco... (15).*

El papel de la cultura en el desarrollo de los trastornos psicológicos

ACT es un modelo que sienta sus bases en un principio contraintuitivo para nuestra cultura occidental, a saber: el sufrimiento es parte de la vida y en el contexto de lo que el individuo considera importante o valora, intentar suprimirlo puede transformarse en un problema. Al mismo tiempo, hay algo de ubicuo en el sufrimiento humano (17), algo que hace de esa experiencia un denominador común que no respeta diferencias de género, etarias, de status social, económico, etc. Sin embargo, el plan cultural de la felicidad como fin último establece reglas para vivir que no “encajan” con cierta naturaleza de la experiencia humana, como es el sufrimiento, generándose un desajuste entre lo que la regla promete y lo que se obtiene cuando se la sigue. El fin de alcanzar la felicidad promueve una modalidad repetitiva e infructuosa de evitación de cualquier experiencia que provoque sufrimiento; este patrón, por el contrario, genera mayor sufrimiento e impide el desarrollo de una vida orientada a valores.

El problema humano: la evitación

Dadas las condiciones mencionadas en el apartado anterior, se naturaliza la evitación de cualquier experiencia que atente contra el plan de la felicidad y el sentirse bien. Según Steven Hayes, la evitación experiencial “ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares (p. ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y los contextos que los ocasionan” (17). La práctica de la evitación no es un problema en sí mismo, sino que se transforma en nociva cuando orienta al sujeto hacia la inflexibilidad psicológica; es decir,

el problema surge cuando un patrón rígido de evitación bloquea la posibilidad de acceder a una vida guiada por aquello que el sujeto valora.

Una alternativa a la psicopatología oficial: la inflexibilidad psicológica

La concepción de la psicopatología en ACT se resume en el término *inflexibilidad psicológica* que podría pensarse como la imposibilidad de responder en forma efectiva (consistente con valores) frente a los avatares de la vida. Dicha imposibilidad es emergente de seis procesos que se describen a continuación (18).

La *evitación experiencial*, tal como se mencionó anteriormente, es el intento sistemático de controlar las experiencias internas como pensamientos, sensaciones corporales y emociones, aún cuando esa actividad ha sido infructuosa y ha traído consecuencias que atentan contra la vida que el sujeto quiere llevar. Existe una paradoja inherente al intento de evitar, suprimir o eliminar las vivencias personales no deseadas que consiste en que tales intentos desembocan en un recrudecimiento de la frecuencia e intensidad de la experiencia evitada (19,20). Un elemento facilitador de la evitación experiencial es la tendencia de los humanos a reproducir los modos de resolver problemas en el mundo físico en el contexto de las experiencias internas. Frente a las dificultades que se presentan en el mundo material, las personas elaboran planes de afrontamiento que implican la resolución de problemas. La estrategia de resolución de problemas es un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del cual el individuo intenta identificar o descubrir soluciones a los problemas específicos que se le van presentando en su vida cotidiana (21). El problema surge cuando se utiliza esa herramienta, efectiva en determinados contextos, a la “solución” de las experiencias internas (emociones, pensamientos, etc.), donde “solución” implica quitar o evitar dichas experiencias. Por consiguiente, cuando las emociones y los pensamientos se ven como un problema y se aplica el mismo método, el resultado tiende a ser disfuncional. Algunos autores dan cuenta de los efectos paradójicos del intento de control emocional y cognitivo (22, 23). *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: una paciente refiere que desde que habló del episodio de abuso sexual sufrido en la infancia, evita tomar contacto con hombres, comenzó a tomar alcohol en exceso y recita un mantra para distraerse de las imágenes del abuso.*

La *fusión cognitiva* es el control excesivo e inapropiado del lenguaje de un modo que impide la conducta más efectiva en ese contexto (2), y hace referencia a responder a los pensamientos en términos de su contenido literal, excluyendo directa o indirectamente, otras funciones psicológicas disponibles (24). La fusión consiste en mezclar los procesos verbal-cognitivos con la experiencia directa de manera que el individuo no puede diferenciar entre ambos. Cuando se está fusionado, se formula una situación de manera simbólica y luego se organiza el comportamiento de manera que encaje con los requerimientos de las reglas programadas a seguir

(19). La actividad de predecir, planificar y actuar acorde a lo programado ha tenido y tiene un valor sustantivo en la mayoría de las actividades humanas, y gracias a eso se han alcanzado muchos de los productos culturales. Sin embargo, cuando prevalece la fusión, el pensamiento regula la conducta sin ninguna otra contribución adicional (19); el gran desafío del ser humano es aprender a notar cuando en determinado contexto esa regulación no funciona. La fusión con el seguimiento de reglas verbales tiene una relación estrecha con la evitación experiencial, dado que, los argumentos y razones para sostener la actividad evitativa conllevan un fuerte poder reforzante que mantiene el comportamiento en el tiempo. *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: a un paciente con ideas obsesivas se le impone el pensamiento “si no limpio perfectamente mi casa, mi hijo va a morir de cáncer”, apegado a la literalidad y no pudiendo notar que es sólo un pensamiento.*

La evitación experiencial y la fusión cognitiva facilitan el proceso *fusión con un pasado y futuro conceptualizado*, provocando que la mente focalice la atención en eventos pasados o aquellos que potencialmente puedan ocurrir en el futuro (17). Como consecuencia se produce una pérdida de contacto flexible con el presente, generando insensibilidad a los sucesos que están aconteciendo. *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: un paciente con historia de dificultades académicas, no deja de pensar en los exámenes en los que reprobó y teme por fracasos futuros.*

El *yo contenido* integra la historia verbal que el sujeto armó sobre sí mismo e incluye todas las creencias, pensamientos, ideas, juicios y memorias que conforman el autoconcepto (25). En otras palabras, describe “quién soy” como persona. En algunos contextos la fusión con el yo contenido puede bloquear la posibilidad de actuar en forma consistente con los valores. *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: un padre que consulta preocupado por presentar múltiples episodios de agresión verbal hacia su hijo, expresa en sesión “yo soy un buen padre, y un buen padre pone límites claros”.*

Falta de claridad o alejamiento de valores. Los valores son cualidades de una acción, reglas verbales que describen la forma en la que el sujeto elige vivir su vida. Los valores no se alcanzan como las metas y los objetivos, sino que ofician de horizonte que dan sentido a las acciones desplegadas momento a momento. *“Los valores son los deseos más profundos de nuestro corazón y guían la manera en la que queremos interactuar con el mundo, otras personas y nosotros mismos. Dan cuenta de cómo queremos estar en la vida, cómo nos queremos comportar y qué tipo de personas queremos ser. Tanto la fusión cognitiva como la evitación experiencial llevan al sujeto a vivir de un modo poco consistente con aquello que valora” (25).* *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: una paciente con síntomas depresivos expresa “hace años que no tengo idea que hacer con mi vida”.*

Impulsividad e Inhibición. La evitación, la fusión cognitiva y la pérdida de contacto con valores, sirven de base para el desarrollo de un patrón estrecho y rígido de conductas ineficaces, que pueden caracterizarse por

el exceso (impulsividad) o déficit (inhibición) de comportamientos (17). *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: dos pacientes concurren a sesión, uno por consumo excesivo de alcohol que le ocasionó la pérdida de su empleo, y el otro, por dificultad para iniciar y mantener una conversación con un desconocido.*

Cabe aclarar que ninguno de estos procesos es necesariamente patológico; de hecho, en determinados contextos, tanto la fusión como la evitación experiencial pueden cumplir una función adaptativa. Uno de los tantos ejemplos donde se podría ver la fusión cognitiva no patológica es la experiencia de ver una película en el cine; la fusión con la historia da lugar a que el sujeto pierda registro de que es una obra artística y responde frente a lo que ve como si estuviera ocurriendo.

El modelo ACT: evaluación y tratamiento

La propuesta terapéutica de ACT podría sintetizarse en dos instancias: clarificar los valores del paciente y facilitar la actuación comprometida mediante las intervenciones orientadas a promover defusión y aceptación de las experiencias internas (pensamientos, emociones, etc.) que se presentan como barreras para dicha actuación (26). El trabajo sobre los obstáculos que experimenta el paciente implica desactivar la evitación destructiva que atenta contra la posibilidad de vivir en sintonía con valores.

La *evaluación* del problema se realiza llevando adelante un proceso llamado análisis funcional, método de evaluación utilizado en análisis de la conducta, con el objetivo de identificar todas las formas en que se manifiesta la función evitativa. El propósito de este trabajo es intentar responder las siguientes preguntas: ¿qué logra el paciente haciendo lo que hace?, ¿cuál es el impacto inmediato subsiguiente de lo que el paciente hace sobre sus propias emociones?, ¿logra aliviar o quitar algún pensamiento, recuerdo, situación que le genera angustia, ansiedad, tristeza? Los resultados del análisis funcional dejarán al descubierto los patrones de inflexibilidad psicológica que serán el objetivo de intervención a lo largo del tratamiento.

En ACT no se promueve la implementación de un tratamiento estructurado que siga pautas rígidas para generar condiciones de flexibilidad psicológica. Los autores (17) proponen llevar al paciente por distintos procesos dentro de la terapia, que se resumen a continuación.

Desesperanza creativa: desde la perspectiva de ACT, el paciente llega al tratamiento con la intención de quitarse aquello que el planteo cultural ha establecido como un impedimento para vivir, es decir, de remover aquellas experiencias internas que se consideran obstáculos para acceder a una vida con sentido. Estas experiencias pueden presentarse en forma de recuerdos, sensaciones corporales, pensamientos, que al considerarse causa de la conducta deben “extirparse” para poder actuar. El paciente buscaría, una vez más, algún método que extraiga lo malo y lo reemplace por lo bueno; esta demanda es consistente con el plan culturalmente establecido (15). Luego de hacer la evaluación del problema se requerirá

trabajar en forma experiencial, para poner al descubierto la ineffectividad del intento de control de la experiencia interna. A diferencia de una intervención psicoeducativa en la que se busca “hacerle entender al paciente que lo que hace no funciona”, lo que se promueve es confrontar lo que “la mente” propone (quitar el sufrimiento), con los resultados de dicho plan en la experiencia. La pregunta que repetirá el terapeuta es: ¿cómo ha funcionado lo que hiciste hasta ahora?, ¿funcionó en el largo plazo?, ¿qué dice tu experiencia cuando miras para atrás y ves todo lo que hiciste para intentar quitarte eso? Según Hayes “*la fase de desesperanza creativa concluye cuando los pacientes muestran signos de ver cómo el sistema los ha movido en círculos mientras expresan apertura a mirar alternativas*” (17). Esencialmente el trabajo en la etapa de desesperanza creativa es dejar al descubierto lo que el paciente quiere, lo que hace y lo que consigue (16).

Sentadas las bases que dejan al descubierto los resultados de la estrategia evitativa, el proceso de la terapia se orienta a presentar una alternativa al control, la aceptación. Para generar condiciones que favorezcan la aceptación se apela al trabajo con defusión. El proceso de defusión involucra la creación de contextos no literales y no evaluativos; como consecuencia, disminuyen las funciones regulatorias innecesarias de los eventos cognitivos e incrementan el contacto con el proceso de pensamiento en oposición a quedar tomado por los productos del mismo (4). El producto de este proceso favorece observar los pensamientos más que observar desde los pensamientos, notar los pensamientos sin quedar cautivo de los mismos y dejar que los pensamientos vengán y vayan sin aferrarse a ellos (25). Múltiples herramientas de *mindfulness* pueden ser utilizadas en el trabajo con defusión, tales como, “dejar a los pensamientos ir y venir como nubes pasajeras” u “observar, describir y participar de la experiencia sin juzgar” (27).

La *aceptación* se define como “*la adopción voluntaria de una postura intencionadamente abierta, receptiva, flexible y exenta de juicios en relación al momento presente*” (19). Aceptación no significa tolerancia, resignación, aguante o fatalismo, sino elección de las experiencias tal como son, con conciencia plena y con una actitud de apertura y curiosidad, y sin defensas innecesarias y contraproducentes (2).

El trabajo con el proceso de aceptación cobra todo su sentido en el marco de los *valores* personales del sujeto, cuyo esclarecimiento se vuelve parte esencial de la terapia. Los valores representan lo que el sujeto siente importante para su vida, ese horizonte que le da sentido

a sus acciones. Asimismo, los valores se definen como “*consecuencias elegidas, verbalmente construidas, de patrones de actividades dinámicos y cambiantes, de manera que las propias actividades implicadas llegan a ser el reforzador predominante*” (28). Algunas preguntas que hacen referencia a valores podrían ser: ¿qué es importante para tu vida?, ¿qué tipo de persona te gustaría ser?, ¿qué huellas quisieras dejar cuando no estés más en este mundo?

La última etapa del tratamiento buscará promover acciones comprometidas con valores, es decir repertorios de comportamientos consistentes con aquello que el sujeto valora.

Eficacia

Existen actualmente cuatro meta-análisis que evalúan la eficacia de ACT (29-32). El más reciente, realizado por A.Tjak y cols. en 2014 (32), evaluó la eficacia de ACT en 39 estudios randomizados y controlados (RCT) sobre diversos trastornos mentales y problemas de salud: ansiedad y depresión (8 estudios), adicciones (8 estudios), otros trastornos mentales (8 estudios), y problemas de salud somáticos (15 estudios). El resultado del meta-análisis indica que ACT es más efectivo que los tratamientos usuales o el placebo, y que es tan efectivo como las intervenciones psicológicas establecidas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, depresión, adicciones y problemas de salud somática.

Conclusiones

La terapia de aceptación y compromiso es un modelo que logra articular filosofía, teoría e intervención. Los avances en el estudio del lenguaje y cognición desde una perspectiva contextual-funcional y su fruto, la teoría de los marcos relacionales, está permitiendo avanzar en la comprensión del comportamiento humano complejo, dando cuenta de los procesos involucrados en el desarrollo de muchos problemas psicológicos. Lo contraintuitivo del modelo presenta alguna esperanza de elección frente a lo que no se puede cambiar, la aceptación, y es creciente la evidencia que da cuenta de los beneficios de la misma. Así mismo, cabe aclarar que es largo el camino por delante, en términos de evidencia e investigación sobre procesos y eficacia, para que ACT consolide su lugar dentro de las terapias basadas en la evidencia. Tal vez, junto a los otros modelos basados en *mindfulness* y aceptación, ACT represente el comienzo de un nuevo intento para aliviar el sufrimiento humano ■

Referencias bibliográficas

- Hayes S, Follete V, Linehan M. Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition. Press TG, editor. New York 2004.
- Pérez-Álvarez M. Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. SA S, editor. Madrid 2014.
- Luciano MV, S. Gutierrez, O. Páez-Blarrina, M. Avances des-

- de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *eduP-sykhé*. 2006;5(2):173-201.
4. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013 Jun;44(2):180-98.
 5. Skinner BF. *Verbal Behavior*. Prentice Hall I, editor. Nueva Jersey 1957.
 6. Zettle RD. The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From Comprehensive Distancing to ACT. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2011;7(1):78-84.
 7. Skinner BF. *Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis*. Appeltion-Century-Crofts, editor. New York 1969.
 8. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. *Relational Frame Theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. Publishers KA, editor. New York 2001.
 9. Pepper SC. *World Hypotheses: A Study in Evidence*. Press UoC, editor. Los Angeles and London 1942.
 10. Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW. Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *J Exp Anal Behav*. 1988 Jul;50(1):97-111.
 11. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639-65.
 12. Biglan A, Hayes S. Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied & Preventive Psychology*. 1996;5(1):47-57.
 13. Gómez-Martín S, López-Ríos F, Mesa-Manjón H. Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007;7(2):491-507.
 14. Törneke N. *Learning RFT: an introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Press. C, editor. Oakland, California 2010.
 15. Luciano MC, Wilson KG. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. 2012R ed. Pirámide, editor. Madrid 2002.
 16. Páez-Blarrina M, Gutiérrez Martínez O. *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Pirámide, editor. Madrid, España.2012.
 17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change*. Press TG, editor. New York 1999.
 18. Twohig MP, Hayes S. ACT verbatim for depression and anxiety: annotated transcripts for learning acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications I, editor. Oakland, CA.2008.
 19. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. *Terapia de Aceptación y Compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Brouwer DD, editor. Bilbao, España. 2014.
 20. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol*. 2000;51:59-91.
 21. Labrador Encinas FJ. *Técnicas de Modificación de Conducta*. 2012 ed. Pirámide., editor. Madrid, España. 2008.
 22. Cioffi D, Holloway J. Delayed costs of suppressed pain. *J Pers Soc Psychol*. 1993 Feb;64(2):274-82.
 23. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, 3rd, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol*. 1987 Jul;53(1):5-13.
 24. Coyne L, Wilson K. The Role of Cognitive Fusion in Impaired Parenting: An RFT Analysis. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2004;4(3):469-86.
 25. Harris R. *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications I, editor. Oakland, CA.2009.
 26. Bach P, Moran D. *ACT in practice: case conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications I, editor. Oakland, California 2008.
 27. Linehan M. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Press. TG, editor. New York.1993.
 28. Wilson K, Sandoz E, Kitchens J. The valued living questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*. 2010;60(2):249-72.
 29. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008 Mar;46(3):296-321.
 30. Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 2009;78(2):73-80.
 31. Ruiz FJ. Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2012;12(2):333-57.
 32. JG AT, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychother Psychosom*. 2014 Dec 24;84(1):30-6.

La Psicoterapia Analítico Funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico

Amanda M. Muñoz-Martínez

*Psicóloga (Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia)
Magister en Psicología Clínica (Pontificia Universidad Javeriana)
Estudiante de Doctorado en Psicología Clínica (University of Nevada, Reno, Estados Unidos)
Entrenadora Certificada en la Psicoterapia Analítico Funcional (University of Washington)
Investigador Grupo de Investigación en Ciencias del Comportamiento Comportamiento
(Fundación Universitaria Konrad Lorenz)
E-mail: amandamile@gmail.com*

Juan Pablo Coletti

*Licenciado en Psicología, UBA
Docente de Posgrado, Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro
E-mail: juanpacoletti@gmail.com*

Resumen

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) es una terapia desarrollada en el contexto de las llamadas «terapias de tercera generación». La FAP se caracteriza por hacer uso de la relación terapéutica y los comportamientos en ésta para mejorar el funcionamiento de los consultantes en su vida diaria. El modelo se apoya en los principios del análisis de la conducta y la filosofía contextualista funcional. La FAP propone que los comportamientos de los clientes en sesión son funcionalmente equivalentes a aquellos fuera de sesión; por lo tanto, cuando los terapeutas responden de manera contingente a las conductas del consultante en sesión, promueven e incrementan las mejorías en el ambiente natural. Este artículo da cuenta de las características centrales de este proceso terapéutico, sus principios filosóficos, sus alcances y los desafíos en el campo investigativo para consolidarse como tratamiento independiente basado en la evidencia.

Palabras clave: Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) - Terapias de tercera generación - Relación terapéutica - Conductas clínicamente relevantes.

FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY: APPROACHES AND SCOPE OF BEHAVIOR THERAPY BASED ON CHANGES IN THE THERAPEUTIC CONTEXT

Abstract

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is a therapeutic approach developed in «third wave therapies» context. FAP is characterized by use therapeutic relationship and the behaviors emit into it to improve clients daily life functioning. This therapeutic model is supported in behavior analysis principles and contextual functionalism philosophy. FAP proposes that clients behavior in session are functional equivalent with those out of session; therefore, when therapists respond to clients behaviors in session contingently, they promote and increase improvements in the natural setting. This article poses main features of FAP, its philosophical roots, achievements and research challenges to establish FAP as an independent treatment based on the evidence.

Key words: Functional Analytic Psychotherapy - Third wave therapies - Therapeutic relationship - Clinical relevant behaviors.

Introducción

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) es un modelo terapéutico enmarcado dentro de las llamadas «terapias contextuales de tercera generación» (1), basada en los principios del análisis del comportamiento, que plantean la importancia del cambio en el contexto para conseguir modificar el comportamiento de los individuos (2), siendo un modelo terapéutico contextualista, en donde la conducta se concibe como el acto en contexto (el comportamiento está en función del ambiente y hay una mutua afectación), y no mecanicista (donde el comportamiento está controlado por causas externas que se encuentran en el inmediato previo a la aparición de éste) (3). Cabe señalar que para el análisis de la conducta el contexto no se entiende únicamente como los eventos físicos que rodean al individuo, sino que incluye todos aquellos factores que lo afectan probabilísticamente hablando (4), lo que incluye en algunas situaciones su propia conducta (2, 5), estableciendo relaciones con el ambiente que no incluyen únicamente la apariencia física de los estímulos, sino la función o funciones que cumplen al interactuar. A manera de ejemplo, en la interacción madre hijo, cuando la madre amamanta a su hijo, el niño no sólo aprende que ella es el “estímulo” proveedor de alimento, sino que durante dicha interacción la madre emite otras conductas como cercanía afectiva, cuidado, estimulación sensorial, etc. Estos comportamientos no están relacionados directamente con la actividad de amamantar, de manera que los estímulos pueden tener diferentes funciones (6), lo que se ha denominado como equivalencia funcional (7). Basándose en el principio de equivalencia funcional, la FAP plantea que es posible modificar el comportamiento de los consultantes en sesión y generalizar dichos cambios fuera de la misma, en tanto la relación terapéutica comparte funciones con muchas de las relaciones que los individuos tienen en sus vidas (7-8). Al respecto, la FAP propone que la relación terapéutica no es un factor que conduce al cambio (mediándolo), ni tampoco un elemento moderador, como se ha propuesto en muchas de las investigaciones tradicionales sobre la alianza terapéutica (9), sino que es el contexto en el que se da el cambio.

Todo ocurre en el aquí y ahora de la sesión

Desde el punto de vista de FAP, los principios del análisis del comportamiento operan en cualquier contexto humano por lo cual la interacción consultante-terapeuta no es ajena a dichos principios (10). De acuerdo con dicha perspectiva, el comportamiento aumenta o se fortalece mediante un proceso llamado reforzamiento, donde la consecuencia del comportarse da con una condición o estímulo denominado “reforzador”. Cuando el comportamiento queda sin refuerzo tiende a debilitarse y puede desaparecer del repertorio del sujeto; a este proceso se lo llama extinción. La consideración de los principios conductuales en el contexto clínico, sin apelar a conceptos mediacionales para explicar los cambios,

es un fenómeno relativamente nuevo en el campo de la psicoterapia, particularmente presente en el marco de las terapias contextuales (11).

De manera específica, en la FAP, el terapeuta analiza el comportamiento del cliente fuera y dentro de sesión con el fin de establecer las funciones que comparten las conductas de éste en los dos contextos, haciendo uso de una formulación de caso que le permite al clínico organizar la información y determinar las acciones terapéuticas idóneas para fomentar el cambio en sesión, además de discriminar las conductas del terapeuta que podrían propender por el cambio (T2s), o las que podrían ir en detrimento del consultante de no ser intervenidas o estar bajo la atención del clínico (T1s) (8). Los comportamientos del cliente que se identifican como problema y objetivo en sesión se denominan Comportamientos Clínicamente Relevantes (CCR), y las acciones por parte del terapeuta que buscan reforzar, bloquear, extinguir y facilitar la generalización de las CCRs a la vida cotidiana del consultante, se denominan Reglas Terapéuticas (7). Con respecto a las CCR, en la FAP se discriminan tres tipos. Las CCR1, que representan las conductas problemáticas que se busca decrecer en intensidad y frecuencia de aparición; las CCR2 que representan las mejorías del paciente en sesión, y las CCR3 que son las verbalizaciones que el consultante hace acerca de las fuentes de control de su comportamiento y que el terapeuta moldea a través de interpretaciones funcionales de las interacciones cliente-terapeuta en la sesión o de las relaciones que tiene fuera de consulta (7). Algunos ejemplos que ilustran estos conceptos son: (a) CCR1s, un cliente con dificultades para expresar desacuerdos asiente frente al pedido del terapeuta de cambiar la hora de la sesión aunque ello le trae dificultades; un hombre con dificultades para expresar en forma asertiva su enojo le dice al terapeuta, en tono elevado, que le molesta cuando le pregunta que siente, (b) CCR2s, una consultante con dificultades para confiar en los hombres le cuenta un secreto que no ha contado a nadie al terapeuta hombre; un joven con ansiedad social y dificultades para comunicar como se siente pide que se apague el aire acondicionado porque tiene frío en sesión, y más tarde expresa desacuerdo respecto a un comentario del terapeuta, y (c) CCR3, el consultante le expresa a su terapeuta que cada vez se siente más seguro con él, porque cuando le habló sobre situaciones dolorosas el terapeuta le ha mostrado cercanía y comprensión. Es importante notar en todos estos ejemplos, que las CCRs se presentan en el contexto de la conducta del terapeuta, pues no es la morfología de los comportamientos lo que determina si es o no una CCR, sino la función que cumplen, de manera que el mismo comportamiento que para un consultante contaría como una mejoría puede tener funciones problemáticas para otro y viceversa.

Reglas terapéuticas: las guías para el trabajo con la psicoterapia analítico funcional

Los autores proponen cinco reglas para el trabajo en FAP; esto no implica sostener una pauta rígida de intervención, ni responder a un protocolo de secuencias pre-

establecidas. Por el contrario, las cinco reglas propuestas en esta terapia buscan ayudar a que el terapeuta tenga una guía que soporte su práctica apoyada en los principios que sustentan el modelo, es decir los principios analíticos funcionales de la filosofía contextualista funcional. La regla N° 1 implica estar atento a las CCRs. La atención sobre las CCRs conlleva el desarrollo de una sensibilidad tal que le permita al terapeuta notar cuándo las formas del comportamiento del paciente, en la interacción terapéutica, tienen vinculación funcional con los comportamientos problemáticos o las mejoras buscadas en su vida cotidiana. Los autores consideran a ésta una de las reglas esenciales para la efectividad del tratamiento dado que si el terapeuta puede detectar la ocurrencia de una CCR, responderá en forma natural, reforzando, bloqueando o extinguiendo dicho comportamiento, lo que se reflejará en los resultados positivos del proceso. El ejercicio práctico de la regla 1 se manifiesta con los “paralelos” que el terapeuta establece entre el comportamiento de la vida cotidiana del consultante y lo que ocurre en la sesión. En este contexto, las reacciones emocionales del terapeuta ofician de marcadores valiosos para identificar Conductas Clínicamente Relevantes (7).

*Ejemplo clínico de la regla N° 1
(establecimiento de paralelos):*

T: “Cuando dices que estás harta de los profesionales del mundo psi te noto molesta y siento que hay algo que me estás tratando de decir en forma indirecta, ¿es así?”

T: “Noto que estás evitando mirarme a los ojos y estás moviendo el pie en forma recurrente, ¿estamos frente al mismo nerviosismo que experimentás cuando estás en reuniones sociales?”

Una característica del establecimiento de paralelos por parte del terapeuta es que no impone interpretaciones al estilo de otras escuelas de psicoterapia; el terapeuta expresa verbalmente los vínculos funcionales que supone está teniendo el comportamiento del consultante en sesión con el comportamiento problemático en su vida cotidiana y dicho vínculo puede ser más o menos preciso. La precisión del paralelo se esclarece con la afirmación del consultante luego de pedirle feedback sobre el mismo. Si el consultante no reconoce el vínculo funcional establecido por el terapeuta, este último lo desestima y no vuelve a insistir con la interpretación. Si la imprecisión de los paralelos es sostenida pueden haber dos causas posibles: cierta falta de habilidad de parte del terapeuta para interpretar funcionalmente el comportamiento del paciente y de ese modo “perderse” en las formas de mismo; por ende las relaciones funcionales de lo que ocurre en sesión con lo que ocurre en su vida cotidiana. Otra razón posible podría ser un patrón de oposición por parte del consultante a las interpretaciones funcionales del terapeuta como un intento de ser “controlado”, que según la conceptualización de caso podría ser considerada una CCR1. Algunas preguntas que el terapeuta podría utilizar para discriminar las CCRs

durante el curso de la sesión podrían ser: ¿cuáles son las formas del paciente que impactan negativamente sobre mí?, ¿no se interesa en mí como persona?, ¿no considera el impacto que tiene extenderse excesivamente del tiempo de duración de la sesión?, entre otras referencias que podrían funcionar como indicador de las CCRs.

La regla N° 2 consiste en evocar CCRs, es decir, generar condiciones que faciliten la aparición de conducta relevante en sesión. Cabe aclarar que las condiciones naturales de la terapia pueden evocar CCRs sin que el terapeuta haya analizado o preparado las condiciones para ello. Alguna de estas condiciones pueden ser: la suspensión de una sesión por parte del terapeuta o la espera para ingresar a la sesión y la consecuente respuesta agresiva del consultante, características del terapeuta como su edad, apariencia o forma de vestir o algún tema vinculado con los honorarios, entre otros, estos son algunos ejemplos de contextos potencialmente evocadores de Conductas Clínicamente Relevantes. Un contexto de terapia ideal debería ser naturalmente evocativo. Otro camino de evocación de CCRs podría incluir el uso de técnicas de corrientes teóricas muy diversas que tengan funciones similares a aquellas relacionadas con los comportamientos del cliente fuera de sesión, pues el punto central es la evocación, como ejemplos podrían citarse técnicas de exposición emocional como la silla vacía de Leslie Greenberg (12), intervenciones que incluyen la imaginación hasta técnicas de asociación libre propias del psicoanálisis, particularmente en las problemáticas relacionadas con los “problemas del yo” (13). La siguiente interacción puede ayudar a ilustrar el uso de la regla 2.

T: “¿En tu comentario puedo notar que estás enojada, podés intentar expresar ese enojo de una forma diferente?”

T: “¿Me puedes contar un poco más acerca de eso que llamas estar vacío?”

La regla N° 3 requiere de una respuesta del terapeuta que “refuerce” las CCR2 o extinga las CCR1, es decir, consiste en la respuesta natural y contingente del terapeuta a la emisión de las CCRs. Se trata de que el terapeuta haga saliente comportamientos que permitan modificar la forma en que se emiten las CCRs, para incrementarlas en el caso de las CCR2 o hacerlas decrecer, en el caso de las CCR1s. Es importante que el refuerzo del terapeuta sea natural y no artificial para cumplir con su función reforzante (para profundizar en las diferencias entre refuerzo natural vs. artificial ver Ferster, 1967) (14). Los siguientes ejemplos ilustran el uso de la regla 3 por parte del terapeuta (reforzar naturalmente).

T: “Entiendo que estés enojada y molesta con la terapia, ahora que fuiste honesta y directa con lo que sientes puedo entenderte mejor”

T: “Cada vez que hablamos sobre tu infancia terminas cambiando el tema, que tal si esta vez intentas quedarte conmigo y no salir de esto que es tan importante para tí”

La regla N° 4 implica verificar el efecto de la conducta del terapeuta en la conducta del consultante; para ello el

clínico pregunta al consultante cómo ha experimentado la intervención. Estos son algunos ejemplos sobre el uso de la regla 4:

T: “¿Crees que el haberte propuesto que expreses tu enojo en forma directa facilitó las cosas para que puedas decir lo que sentís de un modo más abierto y directo?”

T: “¿Piensas que ayudó haber hecho este esfuerzo de mirarme a los ojos?”

La última regla es la N° 5, a través de la cual el terapeuta provee de interpretaciones funcionales que modelan en el paciente el uso de un lenguaje funcional y promueve la generalización del comportamiento en sesión. La generalización implica que las mejorías o CCR2 que ocurrieron en sesión se repliquen en el contexto natural del consultante y que las CCR1 disminuyan su frecuencia de aparición en el mismo contexto. Para cumplir con este objetivo, el terapeuta propone ensayos en el contexto de la vida cotidiana, así como establece relaciones funcionales sobre la conducta del consultante que le permitan discriminar las situaciones en las que es más probable que su conducta sea reforzada. Los siguientes ejemplos muestran el uso de la regla 5 en sesión:

T: “¿Pudiste ver cómo expresar tu enojo de esta forma hizo que las cosas fueran más relajadas entre nosotros?”, “¿qué creés que pasaría si intentás esto con tu mujer

cuando hace esos comentarios que te irritan?”

T: “Repasemos lo que acaba de pasar, empezaste a sentir vergüenza y a evitar mirarme a los ojos, te propuse que dejes tu forma evitativa e intentes conectarte conmigo haciendo el esfuerzo de mirarme. Cuando tomaste el riesgo y lo intentaste el clima de la sesión cambió y esa vergüenza se disipó, ¿qué pasaría si intentaras estar más presente con el contacto visual en la fiesta a la que te comprometiste a ir el sábado?”

La interacción lógica en FAP

Como se ha mencionado hasta el momento, la conducta es un interacción, por lo tanto la ilustración de las reglas terapéuticas y las CCRs de manera separada, puede dar la equivocada impresión de independencia entre la conducta del terapeuta y del consultante; con el fin de subsanar malos entendidos y ayudar a los terapeutas a tener claridad sobre la manera en que se acoplan las CCRs y las reglas, Weeks y cols. (15) crearon el concepto de “interacciones lógicas” en FAP, que representa algunos lineamientos del tratamiento utilizando las reglas durante la sesión. Una secuencia lógica integra todos los procesos de cambio que propone el modelo terapéutico, la elicitación de comportamientos objetivo, el reforzamiento de las CCR2, el bloqueo de las CCR1 y facilitar la generalización de las mejorías a la vida cotidiana del consultante (ver Tabla 1).

Tabla 1. Entorno de interacción lógica con las 5 reglas de FAP

Regla	Paso
Regla 1	1. El terapeuta establece un paralelo afuera-dentro. 2. El paciente confirma la precisión del paralelo.
Regla 2	3. El terapeuta evoca CCR 4. El paciente se involucra en una CCR1
Regla 3	5. El paciente responde en forma contingente a la CCR1 6. El paciente se involucra en una CCR2 7. El terapeuta responde en forma contingente a la CCR2 8. El paciente se involucra en mas CCR2
Regla 4	9. El terapeuta pregunta al paciente acerca de los efectos de su respuesta 10. El paciente se involucra en mas CCR2
Regla 5	11. El terapeuta establece un paralelo adentro – afuera y le da tareas basadas en la interacción para el contexto natural del paciente. 12. El paciente reporta estar dispuesto a intentar hacer la tarea fuera de la sesión.

CCR: conducta clínicamente relevante.

La “experiencia emocional” del terapeuta como guía para las intervenciones

En FAP la experiencia emocional del terapeuta es una variable de suma importancia por varias razones. Por un

lado, el terapeuta podrá tomar sus respuestas emocionales como fuente de información, sobre la que podrá establecer hipótesis de trabajo e intervención (16). Es decir, lo que experimenta el terapeuta en términos emocionales podría ser un marcador de aquello que experimen-

tan las personas que forman parte de la vida cotidiana del paciente. Cabe aclarar que en la conceptualización de caso del terapeuta se incluyen sus propios comportamientos problemáticos, tipificados como T1, que podrían obstaculizar el proceso terapéutico así como su comportamiento objetivo con cada paciente en particular. Cada consultante puede evocar conductas problemáticas del terapeuta según la historia de este último. Suele decirse que las conductas problema del paciente evocan las conductas problema del terapeuta, por eso, es de suma importancia que el terapeuta esté atento y trabaje con sus propias emociones (particularmente a través de la supervisión de caso) para no incurrir en intervenciones que resulten iatrogénicas y obstaculicen el proceso terapéutico.

El uso de la FAP como tratamiento único: alcances en la intervención sobre problemas interpersonales

La FAP es un tratamiento diseñado para trabajar especialmente con consultantes que presentan problemas en el establecimiento, mantenimiento y finalización de las relaciones interpersonales. Uno de los temas que ha tenido un mayor desarrollo desde los inicios de la terapia han sido las dificultades con el establecimiento de intimidad, proceso entendido dentro del modelo conductual como las conductas del paciente que implican verbalizaciones de eventos que a través de su historia han sido sistemáticamente castigados y que en terapia son reforzados, proporcionando un ambiente seguro para la emisión de tales comportamientos (17). De acuerdo con Wetterneck & Hart, 2012 (18), la conducta de intimidad puede considerarse como un elemento transdiagnóstico que está en la base de muchos problemas que implican relaciones personales, ya que las dificultades al respecto limitan la posibilidad de mantener relaciones valiosas que favorezcan el funcionamiento de los individuos en su contexto. Al respecto Maitland (19) llevó a cabo un estudio con ensayos controlados aleatorios (RCT, por sus siglas en inglés), en el cual comparó la FAP con la observación atenta de comportamientos en sesión (como una intervención control), con el fin de determinar la efectividad de esta terapia en el establecimiento de relaciones de intimidad y su efecto en el funcionamiento fuera de sesión, encontrando que la introducción de FAP produjo cambios significativos en comparación con la intervención de comparación. Al respecto, el autor planteó la importancia de seguir investigando en el campo con el fin de determinar el potencial transdiagnóstico de trabajar sobre conexión y establecimiento de relaciones íntimas para la promoción de una mejor calidad de vida de los consultantes.

Conclusiones

La literatura desarrollada sobre la FAP ha llamado fuertemente la atención acerca del papel del terapeuta en el cambio de los consultantes, quien como se ha señalado previamente, genera condiciones en el contexto terapéu-

tico para promover mejorías en su ambiente natural. Esto ha generado un impacto tanto en la práctica de esta terapia como en los temas sobre los que se investiga, pues no sólo se ha centrado en mostrar los efectos de FAP sobre el comportamiento del paciente sino también en el terapeuta. Al respecto, Kanter y cols. (20) realizaron un estudio sobre el efecto de un entrenamiento online en la práctica y la conceptualización teórica de FAP sobre la interacción de los terapeutas con sus consultantes y las relaciones interpersonales de estos en su vida cotidiana, en el que encontraron mejorías importantes en los dos contextos. Sumado a ello, los investigadores en esta área han escrito múltiples artículos y capítulos de libros focalizados en mejorar las interacciones en sesión y cómo hacer para potenciar los procedimientos terapéuticos, incluso cuando no se hace uso exclusivo de FAP como estrategia terapéutica (21-24). Lo anterior ha favorecido el desarrollo de estudios que muestran el valor positivo de integrar FAP con otras propuestas terapéuticas (25-30).

Algunas explicaciones dadas con respecto al efecto positivo de la integración de esta terapia con otras, refieren a que el uso de FAP: a) incrementa la atención del terapeuta sobre su propio comportamiento en sesión, lo que le permite incidir activamente para disminuir la ocurrencia de problemas e incrementar las mejorías en el momento presente de la sesión y b) muestra de manera explícita en sesión las conductas problema y le permite al paciente y terapeuta el ensayo de estrategias que faciliten el cambio en el contexto cotidiano. Aunque los resultados positivos de la combinación de FAP con otras terapias son pocas, la mayor parte de los estudios con población clínica se ha realizado con diseños experimentales de caso único (31) que requieren replicaciones que permitan incrementar la validez de sus hallazgos. Hasta el momento se cuenta con un sólo ensayo controlado aleatorio (19), por lo que el desarrollo de estudios en FAP que permitan determinar su efectividad en diferentes contextos y poblaciones es uno de los campos que más trabajo requiere en la actualidad. Aunque cuenta con un número limitado de estudios empíricos en el contexto clínico, la Psicoterapia Analítico Funcional, es quizá una de las intervenciones de entre las llamadas terapias de tercera generación que relaciona de manera directa el quehacer terapéutico con investigación básica y bases teóricas. La mayor parte de los estudios en esta área han buscado mostrar los mecanismos explicativos del cambio a través de la implementación de esta terapia, que se encuentran íntimamente relacionados con la perspectiva teórica del análisis del comportamiento (31,32). Lo anterior muestra el estado actual de la Psicoterapia Analítico Funcional, encontrando en ella una terapia coherente, con principios filosóficos claros e investigación básica que la soporta, que tiene un campo fructífero de investigación que le permitirá ver en un futuro con mayor claridad sus alcances en la intervención de diferentes problemáticas que involucran dificultades interpersonales. Sin embargo, en este artículo no sólo se han expuesto los beneficios de la FAP en los consultantes al ayudarlos a mejorar su funcionamiento en el contexto

natural, sino también ha mostrado la forma en que la implementación de la FAP ayuda a fortalecer comportamientos del terapeuta en su práctica clínica. Al final como se ha mencionado a lo largo de este artículo, no

se trata de una intervención sobre la conducta de un sólo individuo, sino de un cambio conjunto de la interacción, por lo que a medida que mejoran los consultantes mejoran los terapeutas ■

Referencias bibliográficas

- Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639-65.
- Skinner B. Ciencia y Conducta Humana. 4ta edición en español (1977) ed. Fontanella, editor. New York 1953.
- Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW. Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *J Exp Anal Behav*. 1988 Jul;50(1):97-111.
- Delprato DJ, Midgley BD. Some fundamentals of BF Skinner's behaviorism. *American Psychologist*. 1992;47(11):1507-20.
- Hayes SC, Brownstein AJ. Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *Behav Anal*. 1986 Fall;9(2):175-90.
- Catania AC. Learning 4th ed. Publishing S, editor. Colorado, USA: The Cambridge Center-Sloan Century Series in Behavior Analysis; 2007.
- Kohlenberg R, Tsai M. Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships. Media SSaB, editor. New York, USA 1991.
- Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter JW, et al. e. A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love, and Behaviorism. Springer, editor. New York 2009.
- Corbella S, Botella LS. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicopatología*. 2003;19(2):205-21.
- Kohlenberg RJ, Tsai M, Dougher MJ. The dimensions of clinical behavior analysis. *Behav Anal*. 1993 Fall;16(2):271-82.
- Dougher MJ, Hayes SC. Clinical Behavior Analysis. Press C, editor. Reno, USA, 2000.
- Greenberg LS, Watson J. Emotion-Focused Therapy for Depression. Association AP, editor. Washington 2006.
- Kohlenberg RJ, Tsai M. Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*. 2001;5:58-62.
- Ferster CB. Arbitrary and natural reinforcement. *The Psychological Record*. 1967;22:1-16.
- Weeks CE, Kanter JW, Bonow JT, Landes SJ, Busch AM. Translating the theoretical into practical: a logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behav Modif*. 2012 Jan;36(1):87-119.
- Batten SV, Santanello AP. A Contextual Behavioral Approach to the Role of Emotion in Psychotherapy Supervision. *Training and Education in Professional Psychology*. 2009;3(3):148-56.
- Cordova JV, Scott RL. Intimacy: A behavioral interpretation. *Behav Anal*. 2001 Spring;24(1):75-86.
- Wetterneck CT, Hart J. Intimacy is a Transdiagnostic Problem for Cognitive Behavior Therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2012;7(2-3):167-76.
- Maitland D. Functional Analytic Psychotherapy Compared to Watchful Waiting for Enhancing Social Connectedness: A Randomized Clinical Trial With a Diagnosed Sample. Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía. Western Michigan University. 2014.
- Kanter JW, Tsai M, Holman G, Koerner K. Preliminary data from a randomized pilot study of web-based functional analytic psychotherapy therapist training. *Psychotherapy (Chic)*. 2013 Jun;50(2):248-55.
- Callaghan GM. Functional Analytic Psychotherapy and Supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*. 2006;2:416-31.
- Callaghan GM. Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System: For the assessment of therapist behavior for interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) or FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*. 2006;7:399-433.
- Callaghan GM. The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*. 2006;7:357-98.
- Callaghan G, Follette WC, Ruckstuhl LE, Linnerooth PJ. The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*. 2008;9(98-116).
- Callaghan G, Gregg JA, Marx B, Kohlenberg BS, Gifford E. FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004;41:195-207.
- Cattivelli R, Musetti A, Perini S. L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive. *Psicologia dell'Educazione*. 2014;8:97-112.
- Kanter JW, Manos RC, Busch AM, Rusch LC. Making behavioral activation more behavioral. *Behav Modif*. 2008 Nov;32(6):780-803.
- Hayes S, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 2004;35:35-54.
- Manos RC, Kanter JW, Rusch LC, Turner LB, Roberts NA, Busch AM. Integrating Functional Analytic Psychotherapy and behavioral activation for the treatment of relationship distress. *Clinical Case Studies*. 2009;8:122-38.
- Páez-Blarrina M, Gutiérrez Martínez O. Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Pirámide, editor. Madrid, España. 2012.
- Landes SJ, Kanter JW, Weeks CE, Busch A. The impact of the active components of Functional Analytic Psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2013;2:49-57.
- Busch AM, Kanter JW, Callaghan GM, Baruch DE, Weeks CE, Berlin KS. A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behav Ther*. 2009 Sep;40(3):280-90.

Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (*mindfulness*) y la «tercera ola» en Terapias Cognitivo-Conductuales

Cristian Javier Garay

*Doctor de la Universidad de Buenos Aires (UBA), área Psicología
Terapeuta Cognitivo certificado por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC)
Prof. Adjunto de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Segunda Cátedra, Facultad de Psicología, UBA
E-mail: cristiangaray@psi.uba.ar*

Guido Pablo Korman

*Doctor en Cultura y Sociedad, Instituto Universitario Nacional de Arte (IUNA) y en Psicología, Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES)
Terapeuta Cognitivo certificado por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC)
Prof. Adjunto de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Segunda Cátedra, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)
Investigador adjunto del CONICET
E-mail: gkorman@psi.uba.ar*

Eduardo Gustavo Keegan

*Doctor de la Universidad de Buenos Aires (UBA), área Psicología
Director de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva, Facultad de Psicología, UBA
Prof. Titula de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Segunda Cátedra, Facultad de Psicología, UBA
E-mail: ekeegan@psi.uba.ar*

Resumen

El artículo aborda las razones que dieron lugar a la incorporación de la atención plena (*mindfulness*) en el abordaje cognitivo de la prevención de las recaídas y recurrencias en los trastornos depresivos recurrentes. Se presenta el contexto en el cual se pasó de los modelos cognitivo-conductuales centrados en los contenidos de la cognición a aquellos centrados en el rol de los procesos cognitivos. Se destacan los problemas que presentó el modelo cognitivo estándar para explicar la vulnerabilidad cognitiva de los pacientes que habiendo experimentado un episodio depresivo se encuentran en remisión. Se describe brevemente el modelo cognitivo sobre el cual se basa la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) y su propuesta de tratamiento.

Palabras clave: Terapia cognitiva - Atención plena - MBCT - Depresión recurrente.

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT) AND THE «THIRD WAVE» OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPIES (CBT)

Abstract

The paper presents the reasons that led to the incorporation of mindfulness as part of a cognitive therapy approach to the prevention of relapse of recurrent depressive disorders. It describes the context in which models focused on the contents of cognition gave way to models focused on cognitive processes. We highlight the problems encountered by the standard cognitive model when trying to account for the cognitive vulnerability of individuals who, having experienced a depressive episode, are in remission. We briefly describe the theoretical foundations of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and its therapeutic approach.

Keywords: Cognitive Therapy - Mindfulness - MBCT - Recurrent depression.

Introducción

La terapia cognitiva consiste en un procedimiento psicoterapéutico que busca el alivio del sufrimiento y la mejoría de las personas afectadas por trastornos mentales mediante la detección y modificación de las variables cognitivas implicadas en esos problemas. Su surgimiento se ubica temporalmente en la década de los 60, en el contexto de la llamada "revolución cognitiva" de las ciencias humanas (1). Tanto Aaron T. Beck (2,3) como Albert Ellis (4) se destacan entre los principales pioneros de procedimientos caracterizados por considerar el rol de las creencias y otras variables cognitivas en los problemas emocionales, así como por su brevedad, eficacia y relación con la investigación empírica de resultados. En una excelente síntesis, Dobson y Dozois (5) destacan tres principios básicos: 1) la cognición afecta a la conducta y al afecto; 2) la actividad cognitiva puede ser monitoreada y modificada; 3) modificando las creencias propias, se pueden lograr cambios en la conducta y alcanzar una experiencia más satisfactoria.

Han pasado más de 40 años desde el surgimiento de la terapia cognitiva (3), que actualmente forma parte de un amplio espectro de terapias cognitivo-conductuales (6). Un número considerable de estudios de resultados avala la eficacia de la familia de tratamientos que integra la llamada terapia cognitivo-conductual, hallándose 269 meta-análisis en una revisión reciente (7).

Desde el punto de vista de las investigaciones de procesos, los estudios iniciales se orientaron a evaluar el rol de los factores cognitivos en el inicio y mantenimiento de los trastornos mentales; comenzaron a partir de informes de los pacientes expresados en cuestionarios e inventarios diseñados para tal fin. Por ejemplo, Beck formuló la teoría de la vulnerabilidad cognitiva basándose en observaciones clínicas sistemáticas y estudios realizados con la *Escala de Actitudes Disfuncionales* (DAS, por su sigla en inglés) (8). Asimismo, los errores sistemáticos en el procesamiento de la información (inferencia arbitraria, generalización excesiva, etc.) fueron el blanco de la primera etapa de las investigaciones dentro del paradigma cognitivo.

Ahora bien, la teoría de Beck fue un catalizador de una explosión de investigaciones sobre la vulnerabilidad cognitiva de la depresión (9). Desde el campo de la neuropsicología cognitiva, y mediante diversos paradigmas experimentales, gradualmente se fueron explorando los déficits cognitivos en la atención y memoria de los pacientes afectados por diversos trastornos mentales mediante diferentes paradigmas experimentales (10). Se diferenciaron los procesos cognitivos de los resultados de tal proceso, ubicando a los contenidos de la cognición dentro de los segundos (11).

Durante la década del 90, un número importante de investigadores se orientó hacia una visión más amplia de los procesos cognitivos involucrados en los trastornos mentales. Es decir, comenzaron a expandir el estudio de la cognición más allá de los contenidos y los errores lógicos. Esto fue particularmente notable en el estudio de la depresión. En este sentido, la denominada *teoría*

del estilo de respuesta de Susan Nolen-Hoeksema (12) se centró en el estudio de la rumiación como un modo de reacción ante el ánimo disfórico y en el estilo de pensamiento más que en su contenido particular (13). Postuló que las personas que reaccionan al malestar psicológico con estrategias como la rumiación muestran una mayor vulnerabilidad a la depresión. En sus estudios, pudo demostrar esta asociación entre rumiación y duración del estado de ánimo depresivo.

Por su parte, Jutta Joormann (14) estudió los procesos rumiativos desde otra perspectiva, centrándose en su relación con la memoria de trabajo. La hipótesis del proceso del control e inhibición cognitiva intenta explicar las alteraciones neuropsicológicas asociadas a procesos cognitivos recurrentes como la rumiación. Postula que existiría una dificultad para desalojar contenidos de la memoria de trabajo que dificultaría el desenganche (*disengagement*) de los pacientes de dichos contenidos. Si bien puede explicar por qué las personas persisten en los contenidos cognitivos, la teoría no parece explicar por qué las personas se centran en ciertos contenidos y no en otros.

Conforme se fue avanzando en el estudio de los resultados de los tratamientos existentes para los trastornos depresivos, también se fueron hallando resultados preocupantes respecto de las recaídas y recurrencias en pacientes que habían alcanzado la remisión y la recuperación con los tratamientos existentes (15). Se pudo comprobar que uno de los predictores más importantes de las recaídas y recurrencias es el número de episodios depresivos padecidos por el paciente en cuestión. Por ejemplo, en un paciente que ha padecido 3 episodios depresivos la investigación sugiere que esa persona tiene un 90% de probabilidades de experimentar un nuevo episodio (16). Por ello, se planteó la necesidad de contar con intervenciones que redujeran la tasa de recaídas y recurrencias en pacientes con alto riesgo.

En este artículo se reseñará cómo la evolución de los modelos cognitivo-conductuales ha dado lugar a un tratamiento que integra la tradición de los enfoques psicológicos con apoyo empírico, más concretamente la terapia cognitiva, y prácticas de meditación específicas para resolver un problema clínico específico: la elevada tasa de recurrencia en pacientes con trastorno depresivo mayor, recurrente. Se presentarán las discusiones y el modelo teórico en el cual se basa la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT, siglas de *Mindfulness-based Cognitive Therapy*) diseñada con el fin mencionado (17).

El problema de la vulnerabilidad cognitiva

Las teorías contemporáneas de la depresión se caracterizan por compartir un modelo de diátesis-estrés acerca de su etiología (18,19). En esta concepción, es esencial determinar y precisar cuál es la vulnerabilidad así como identificar los estresores principales. En este sentido, la teoría beckiana de la *vulnerabilidad específica*, consistente en diferenciar una vulnerabilidad de tipo *sociotrópica*, es decir, a estresores de naturaleza interpersonal (por ejemplo, fallecimientos de seres queridos o rupturas

amorosas) y otra de tipo *autonómica*, referida a estresores relacionados con el propio desempeño (por ejemplo, desempleo o fracaso académico) fue motivo de controversias (20). Las personas vulnerables a la depresión presentarían esquemas cognitivos latentes que se activarían ante los mencionados estresores. Una vez activados, se presentaría la sintomatología depresiva (21).

El tratamiento buscaría desactivar y modificar los esquemas a los fines de resolver la vulnerabilidad, atacando de este modo el riesgo de recaídas y recurrencias. La teoría fue cuestionada por estudios que observaron que las actitudes disfuncionales remiten cuando remite el episodio depresivo y que no se observaron diferencias entre pacientes en remisión y personas que nunca estuvieron deprimidas (22). Dado que los pacientes en remisión son más vulnerables a padecer nuevos episodios depresivos que la población general y no habiendo diferencias observables respecto de las actitudes disfuncionales, surge la pregunta: ¿dónde está la vulnerabilidad cognitiva? Surgieron así varias líneas de investigación que cuestionaron la primacía de la cognición y destacando que la misma es dependiente del estado del ánimo (por ejemplo, 23). Es decir, los primeros estudios sobre los factores cognitivos en la depresión compararon pacientes con depresión y población sin depresión, tratando de recopilar dichos factores asociados con el trastorno mediante la DAS. La segunda generación de estudios, en cambio, comparó pacientes depresivos y pacientes en remisión de su depresión con el fin de detectar la vulnerabilidad cognitiva presente en los últimos, de modo acorde al modelo cognitivo. Fue entonces que no se observaron diferencias entre ambas poblaciones y algunos autores sugirieron que los factores cognitivos son epifenómenos de la depresión y no tienen un rol causal (por ejemplo, 24). Otros investigadores, bajo el supuesto de que la vulnerabilidad cognitiva está presente en los pacientes en

remisión pero no es capturada por la metodología usada, propusieron nuevos diseños. Dado que los factores cognitivos surgen bajo estrés, los estudios de laboratorio deben inducir el estrés necesario para que éstos resulten presentes. Por consiguiente, la tríada cognitiva de Beck para la depresión (25), es decir que los pacientes se ven a sí mismos, al futuro y a los otros de modo negativa, las distorsiones cognitivas y los errores lógicos en el procesamiento de la información no se consideraron suficientes para explicar la vulnerabilidad cognitiva de los pacientes a la depresión (26).

Si bien en su revisión retrospectiva de 2005, Beck aún sostuvo la teoría de la vulnerabilidad cognitiva original (18), recientemente, Beck y Haigh (27) no incluyeron este modelo en el denominado "modelo cognitivo genérico". Se puede observar, ya desde sus inicios, cómo el modelo cognitivo fue evolucionando a la luz de las líneas de investigación que fueron cuestionando y expandiendo los supuestos iniciales.

El modelo de los Subsistemas Cognitivos Interactivos

Uno de los cuestionamientos clásicos a la terapia cognitiva de Beck para la depresión ha sido el desarrollo por John Teasdale y Peter Barnard (28). Puede ser sintetizada mediante la respuesta de muchos pacientes ante las intervenciones socráticas características de dicho modelo: "lo entiendo intelectualmente pero no puedo dejar de sentir la emoción". La primacía de los factores cognitivos sobre las emociones parece puesta en duda por tales afirmaciones. Efectivamente, muchos autores cuestionaron tal primacía y Beck propuso una relación bidireccional entre lo emocional y lo cognitivo dentro del modelo tripartito sobre la relación entre emoción, cognición y conducta.

Tabla 1. Elementos centrales del modelo de los Subsistemas Cognitivos Interactivos (ICS, por sus siglas en inglés)

1. Diferentes tipos de información o códigos mentales, cada uno correspondiente a diferentes aspectos de la experiencia. Cada tipo de información es almacenada por procesos específicos (subsistemas). La información sensorial "cruda" (patrones de luz, forma, color; patrones sonoros como tono, ritmo, timbre; patrones propioceptivos musculares u otros).
2. Existen procesos que transforman la información de un código a otro. El procesamiento de la información depende del flujo de un subsistema a otro. Las conversiones son "aprendidas" en base a las regularidades y co-variaciones (por ejemplo, un determinado patrón de información sensorial sonora (input) puede corresponder a la palabra "bueno" en el egreso (output). Así, cuando se recibe un patrón relacionado con situaciones de pérdidas previas en el código de alto nivel de significados (input), puede producir, como egreso, un patrón del código efector que produce componentes de la reacción emocional depresiva (output).
3. Todos los patrones de codificación de la información son almacenados en la memoria de modo diferencial, de acuerdo al tipo de códigos o información.

Teasdale y Barnard (28) formulan una teoría de la mente de múltiples niveles que se propone comprender la relación entre la psicopatología y el procesamiento

de los factores ambientales. De acuerdo a este modelo, el riesgo a las recurrencias y recaídas en la depresión se explica por la reinstalación de procesos rumiativos

depresogénicos y no por creencias o supuestos negativos implícitos (29). El modelo desarrollado por estos investigadores es el de los Subsistemas Cognitivos Interactivos (ICS, por sus siglas en inglés) (28) e intenta explicar la diferencia existente entre las cogniciones frías y racionales y aquellas denominadas calientes (*hot cognitions*), emocionales, más vinculadas a lo que puede

observarse en los trastornos emocionales. La idea de ICS es proveer un modelo más amplio de la cognición en la terapia cognitiva. Más recientemente, Beck y Haigh (27) presentan un procesamiento dual de la información para explicar el mismo problema: un procesamiento rápido y automático versus un procesamiento lento y reflexivo.

Tabla 2. Niveles de significado específico y genérico.

ICS diferencia dos tipos de significados: unos más genéricos y otros más específicos

1. Nivel proposicional: estos patrones representan significados específicos, en términos de conceptos discretos y las relaciones entre ellos, por ejemplo "ese auto es rojo".

2. Nivel implicacional: se trata de patrones más genéricos y holísticos, en los cuales se hace difícil establecer convenciones. Los ejemplos se pueden ver en poemas, parábolas o narraciones. En este nivel se codifican regularidades de alto orden que atraviesan todos los otros códigos de información (tono de voz, activación corporal, etc.). De acuerdo al modelo ICS, solamente este nivel se relaciona directamente con las emociones.

Adrian Wells y Gerald Matthews (30) también formularon diferentes niveles de la cognición para explicar esto mismo y pueden encontrarse en el ámbito de la psicología cognitiva modelos que diferencian un procesamiento explícito o declarativo de uno implícito o procedural. Más clásicamente, enfoques neurobiológicos propusieron la distinción entre los procesamientos corticales y subcorticales de la información, recientemente retomados por la denominada "neuropsicoterapia" (31).

Del entrenamiento atencional a la atención plena (*mindfulness*)

En el contexto del tratamiento de la depresión y la prevención de su recurrencia, el modelo de Barnard y Teasdale (28) fue aquél a partir del cual se diseñó la primera "técnica de entrenamiento atencional" (ACT, siglas de *Attentional Control Technique*) que integraba elementos de atención plena (*mindfulness*) con la terapia cognitiva de Beck (32). Luego fue reemplazada por el modelo de Jon Kabat-Zinn (33) de la reducción de estrés basado en la atención plena (*mindfulness*) (MBSR, por sus siglas en inglés), para la prevención de las recurrencias en depresión. La MBCT se basa, claramente, en un modelo cognitivo de la recurrencia en la depresión.

El concepto de "atención plena" (*mindfulness*) es mencionado por primera vez en la literatura psicológica por Shiffrin & Schneider (34). La definición de Jon Kabat-Zinn (33, la traducción es nuestra) es la siguiente: "prestar atención de un modo específico: deliberado, centrado en el momento presente y acrítico". Bishop et al. (35) realizaron una "definición operativa" de atención plena

(*mindfulness*) que destaca el carácter de "atención sostenida, orientada hacia el momento presente, con una actitud de apertura, curiosidad y aceptación acrítica hacia la experiencia".

Características del programa de la MBCT

Teasdale, Segal y Williams (17, 36) consideraron que la atención plena (*mindfulness*) podría ser un recurso para reducir la vulnerabilidad de los pacientes en remisión a la depresión, es decir, para evitar que reaccionen al malestar a través de procesos cognitivos disfuncionales como la rumiación.

El formato de MBCT es un modelo grupal de tratamiento. Presenta una primera entrevista individual y ocho sesiones de grupo (grupos de hasta doce personas) durante ocho semanas y cuatro sesiones de seguimiento realizadas por dos coordinadores. El programa incluye el modelo de reducción de estrés de Kabat Zinn (33) (distintas prácticas de conciencia plena) combinado con técnicas de terapia cognitiva (psicoeducación de las emociones, plan de acción para cuando se instala el ánimo negativo).

El tratamiento tiene un fuerte eje en la práctica de la conciencia plena que incluye la práctica de actividades de conciencia plena seis de los siete días de la semana. En la entrevista inicial se hace especial hincapié en que incluye una actividad casi diaria.

En los últimos años se han llevado a cabo algunas modificaciones del programa original: se ha aumentado la cantidad de participantes a 15 individuos y en lugar de las sesiones de seguimiento se ofrece un día completo de meditación en la sexta sesión del programa.

MBCT y la «tercera ola» de terapias cognitivo-conductuales

Steven Hayes (37) ha incluido a la MBCT en la «tercera ola» de tratamientos cognitivo-conductuales. Desde su periodización, propone diferenciar una primera ola representada por la terapia conductual y una segunda ola que se expresa en el surgimiento de la terapia cognitiva. La tercera ola incluye a varios modelos que comparten entre sí el incluir técnicas de meditación, foco en la aceptación y validación. Sin embargo, ACT se diferencia de los otros modelos agrupados bajo la «tercera ola» en que rechaza el rol causal de la cognición en el mantenimiento de los trastornos mentales. En este sentido, si bien propone una teoría de la cognición, se caracteriza por un ambientalismo radical como el conductismo skinneriano de la «primera ola». La periodización mencionada ha sido eje de numerosos debates (por ejemplo, 38).

Si se piensa en los principales modelos de terapia cognitiva de «tercera generación», pueden mencionarse cuatro modelos que han venido imponiendo la agenda en investigación. Ellos son la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, siglas de *Dialectical Behavioral Therapy*) de Marsha Linehan (39), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, siglas de *Acceptance and Commitment Therapy*) del propio Hayes (40), la Terapia Metacognitiva (MCT, siglas de *Meta-Cognitive Therapy*) de Adrian Wells (41), y la ya citada MBCT.

La MBCT y la DBT presentan varios aspectos en común. Ambos modelos proponen un tratamiento para un trastorno específico (una para la depresión recurrente y el otro para el trastorno límite de la personalidad). A su vez, ambos proponen que los terapeutas que trabajen con estos enfoques realicen ellos mismo las prácticas de meditación (*mindfulness meditation*) para tener un conocimiento experiencial del modelo (42).

ACT (40) procede del funcionalismo contextual, una particular visión filosófica, y de la teoría del marco relacional, un modelo neo-skinneriano del lenguaje. La DBT de Linehan (39) apela también de supuestos filosóficos de la dialéctica hegeliana. Por el contrario, si se quisieran buscar las bases filosóficas de la MBCT o la MCT de Wells (41) no sería sencillo y habría que pensar en las posturas epistemológicas de Popper (43), en coincidencia con la terapia cognitiva *standard*.

La MCT de Wells presenta algunos puntos de coincidencia con MBCT (44). En principio, como señala Scherer-Dickson (45), la MBCT y la MCT son modelos psicoterapéuticos que intentan subsanar los déficits de la terapia cognitiva de Beck (25), como se mencionó al comienzo, por dejar de lado importantes aspectos del procesamiento de la información. La MCT intenta ser un puente entre los desarrollos de la psicología cognitiva y la terapia cognitiva (30). El modelo desarrollado por Teasdale, Segal y Williams (17) presenta un objetivo similar. Ambos modelos se hallan interesados en los modelos de ciencia cognitiva y de psicología experimental para entender el sufrimiento humano (47). Por otra parte, como sostienen Herbert

y Forman (48), el concepto de metacognición juega un rol importante en ambos, que comparten un énfasis en cultivar una conciencia desapegada de los propios procesos cognitivos e intervenciones orientadas a modificar creencias sobre el rol de la cognición en relación a la emoción y la conducta más que aquellas dirigidas a pensamientos específicos: "*detached mindfulness*" para Wells (46), "*metacognitive awareness*" para Teasdale et al. (47).

Evidencia

En un artículo previo (49), hemos reseñado los diversos estudios clínicos realizados para evaluar la eficacia de la MBCT. En los últimos tres años se observa un aumento considerable de la publicación de nuevos estudios sobre esta modalidad de tratamiento más allá de la depresión recurrente. A la fecha se encuentran disponibles más de 50 estudios clínicos sobre MBCT. A continuación, se mencionan algunos de los más relevantes.

Con respecto al problema clínico para el cual fue diseñada, la depresión mayor, recurrente, con tres o más episodios y en remisión, la MBCT mostró inicialmente resultados muy alentadores tanto al ser comparada con la ausencia de tratamiento (36, 50) como en comparación con un tratamiento farmacológico anti-depresivo de mantenimiento estándar (51), aunque la evidencia más reciente sugiere tomar con cautela los primeros estudios (52). Se estudió también en formas resistentes de depresión mayor y recurrente observándose buenos resultados sobre todo en pacientes graves (53). Kingston et al. (54) incluyeron pacientes con trastorno bipolar junto a pacientes con depresión recurrente observándose resultados positivos aunque no en los niveles de rumiación. La MBCT se estudió también en la depresión crónica con resultados más modestos (55) y no mostró resultados alentadores frente al trastorno afectivo estacional (56).

Por fuera de los trastornos afectivos, esta forma de tratamiento se estudió en pacientes con diversos trastornos de ansiedad (57-59), trastorno obsesivo-compulsivo (60) y diversos problemas de salud (61-67), observándose resultados alentadores.

Conclusiones

La MBCT está basada en un modelo acerca del rol de la cognición en la depresión recurrente. Los modelos cognitivos de los trastornos mentales se han complejizado y aquellos recientes, como también la MCT de Wells, incluyen procedimientos orientados al cambio de diferentes procesos cognitivos considerados centrales en la psicopatología. La comprensión del rol de dichos procesos cognitivos en los trastornos mentales se ha incrementado significativamente, pasando de una visión centrada en un aspecto de la cognición a modelos que destacan diferentes procesos cognitivos y se basan en concepciones más complejas de la mente.

Existiendo muchos modelos para prevenir las recurrencias en la depresión, con resultados alentadores,

¿cuál es la ventaja de la MBCT? En principio, es una intervención breve. Además, se presenta en un formato grupal. Estas dos características, hacen de la MBCT una intervención especialmente eficiente. En el contexto de una problemática de una prevalencia abrumadora como lo es la de la depresión, dichas características son de gran importancia.

Por otra parte, es destacable la aplicabilidad que comienza a mostrar en otros trastornos mentales y problemas de salud. Es muy probable que en los próximos años el cuerpo de evidencia disponible para la aplicación de la MBCT crezca notoriamente ■

Tabla 3. Estudios clínicos de MBCT para trastornos afectivos.

Autor	Año	Trastorno o problema clínico	N	Tipo de estudio	Seguimiento	Resultados	Observaciones
Teasdale et al. (36)	2000	TDM, R, en remisión	145	Estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado	60 semanas	En pacientes con 3 o más EDM (77% de la muestra): 37% de recaídas o recurrencias en grupo MBCT versus 66% en grupo control, $\chi^2(1, N = 99) = 8.49, p < .005$	Se administró MBCT a pacientes luego de 3 meses de suspender el tratamiento farmacológico (diferentes antidepresivos)
May Teadale (50)	2004	TDM, R, en remisión	75	Estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado	60 semanas	En pacientes con 3 o más EDM (75% de la muestra): 36% de recaídas o recurrencias en grupo MBCT versus 78% en grupo control, $\chi^2(1, N = 55) = 9.849, p < .002$	Es una replicación del estudio anterior (36)
Kuyken et al. (51)	2008	TDM, R (3 o más EDM), en remisión	123	Estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado	15 meses	47% de recaídas o recurrencias en el grupo MBCT y 60% en el grupo AD, $\chi^2(1) = 1.54, p < .21$	No hubo diferencias significativa entra ambos grupos en términos de recaídas y recurrencias; sí en términos eficiencia. El tratamiento farmacológico se implementó de acuerdo a la práctica clínica estándar y el <i>British National Formulary</i>
Williams et al. (52)	2014	TDM, R (3 o más EDM), en remisión	274	Estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado	12 meses	46% de recaídas o recurrencias en el grupo MBCT, 50% en el grupo psicoeducativo y 53% el grupo control; no se observaron diferencias significativas entre los grupos	Para los pacientes con mayor presencia de traumas infantiles, las tasas de recaídas o recurrencias fueron 41, 54 y 65% para el grupo MBCT, psicoeducativo y control, respectivamente
Kenny y Williams (53)	2007	Depresión resistente	50	Auditoría clínica (clinical audit)	-	Reducción significativa del BDI: pre, $M = 24.3$ ($DE = 9.8$) y post, $M = 13.9$ ($DE = 9.7$), $t(47) = 6.01, p < .0001$. Tamaño de efecto pre-post = 1.04	El 74% de los pacientes recibían tratamiento farmacológico antidepresivo al ingresar al estudio

Kingston et al. (54)	2007	Síntomas depresivos residuales	19	Estudio clínico, mixto de dos etapas, controlado	1 mes	Reducción significativa de los puntajes del BDI el grupo MBCT comparado con el control, $F(1, 15)=9.26$; $p<.05$	La reducción en los puntajes del BDI se correlacionó con los puntajes de rumiación. La asignación a cada grupo no fue aleatorizada, se utilizó una metodología de series consecutivas
Barnhofer et al. (55)	2009	Depresión crónica	28	Estudio clínico, controlado y aleatorizado	-	La tasa de respuesta en el grupo MBCT fue de 37% y de 6% en el grupo control, $\chi^2(N=31)=4.21$, $p=.04$	El grupo control recibió tratamiento farmacológico antidepresivo estándar
Fleer et al. (56)	2014	Trastorno afectivo estacional	46	Estudio clínico, controlado y aleatorizado	33 semanas	Se observó un 65.2% de recurrencias en el grupo MBCT y 78,3% en el grupo control, diferencia no significativa, $D^2(1).965$, $p=.33$.	Se administró una adaptación de la MBCT a un formato individual de 8 sesiones de 45 a 60 minutos de duración cada una.

TDM: Trastorno Depresivo Mayor. R: Recurrente. EDM: Episodios Depresivos Mayores. AD: Antidepresivos. BDI: *Beck Depression Inventory*.

Referencias bibliográficas

- Keegan E, Holas P. Terapia Cognitivo Comportamental: teoría y práctica. En *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry*, pp. 605-629. New York, Springer, 2009.
- Beck AT. Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*. 1963;9:324-333.
- Beck AT. Thinking and depression: theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:561-571.
- Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart; 1962.
- Dobson KS, Dozois DJA. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In Dobson KS (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.), pp. 3-38. New York, Guilford, 2010.
- Hofmann S. *An introduction to modern CBT : psychological solutions to mental health problems*. Chichester, Wiley, 2012.
- Hofmann S, Asnaani A, Vonk I, Sawyer A, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. Oct 1, 2012; 36(5): 427-440.
- Weissman AN, Beck AT. *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL., 1978, November.
- Dozois DJA, Beck AT. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. En K. Dobson S, Dozois DJA (Eds.), *Risk factors in depression*, pp. 121-143. Oxford, Elsevier/Academic, 2008.
- Ingram RE, Steidtmann D, Bistricky SL. Information Processing: Attention and Memory. En Dobson KS, Dozois D (Eds.), *Risk factors in depression*, pp. 145-170. Oxford, Elsevier/Academic, 2008.
- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. *Cognitive vulnerability to depression*. New York, Guilford, 1998.
- Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 1991 Nov;100(4):569-82.
- Wisco B, Nolen-Hoeksema S. The Interaction of Mood and Rumination in Depression: Effects on Mood Maintenance and Mood-Congruent Autobiographical Memory. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2009 Sept; 27(3), 144-59.
- Joormann J. Cognitive aspects of depression. En Gotlib IH, Hammen CL, *Handbook of depression* (2nd ed.), pp. 298-321. New York, Guilford Press, 2009.
- Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT, et al. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49(10), 782-7.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.), (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York, Guilford Press, 2002.
- Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Sep;62(9):953-9.
- Clark D, Beck A. El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Caro I (Ed), *Manual de Psicoterapias Cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*, pp.119-129. Barcelona, Paidós, 1997.
- Coyne JC, Whiffen VE. Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychol Bull*. 1995 Nov;118(3):358-78.
- Bower GH. Mood and memory. *Am Psychol*. 1981 Feb;36(2):129-48.
- Dobson KS, Shaw BF. Cognitive assessment with major depression disorders. *Cognit Ther Res*. 1986;10:13-29.
- Miranda J, Persons JB. Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *J Abnorm Psychol*. 1988 Feb;97(1):76-9.
- Coyne JC, Gotlib IH. The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychol Bull*. 1983 Nov;94(3):472-505.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclee de Brouwer, 1983.
- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford, 1998.
- Beck AT, Haigh EA. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:1-24.
- Teasdale JD, Barnard, PJ. *Affect, cognition and change: re-modelling depressive thought*. Hove, Lawrence Erlbaum Associates, 1993.

29. Fresco DM, Flynn JJ, Mennin DS, Haigh EAP. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. En J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy. Understanding and Applying the New Therapies*, pp. 57-82. New Jersey: Wiley, 2011.
30. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther*. 1996 Nov-Dec;34(11-12):881-8.
31. Grawe K. *Neuropsychotherapy: How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2007.
32. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther*. 1995 Jan;33(1):25-39.
33. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness fifteenth anniversary edition*. New York, USA: Bantam Dell, 1990.
34. Shiffrin RM, Schneider W. Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. *Psychol Rev*. 1977;84, 127-90.
35. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Prac*. 2004. 11(3):230-41.
36. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):615-23.
37. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
38. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev*. 2008 Jan;28(1):1-16.
39. Linehan M. *Cognitive-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford, 1993.
40. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York, Guilford, 1999.
41. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford, 2009,
42. Lau MA, McMMain SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: the challenge of combining acceptance- and change-based strategies. *Can J Psychiatry*. 2005 Nov;50(13):863-9.
43. Popper K. *The Logic of Scientific Discovery*, Hutchinson, London, 1959 (1935).
44. Garay CJ, Keegan EG. (en evaluación). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Rev Arg Clín Psicol*.
45. Scherer-Dickson N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(2), 223-234.
46. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley, 2000.
47. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(2), 275-87.
48. Herbert JD, Forman EM. The Evolution of Cognitive Behavior Therapy: The Rise of Psychological Acceptance and Mindfulness. En J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy. Understanding and Applying the New Therapies*, pp. 3-25. New Jersey, Wiley, 2011.
49. Korman GP, Garay CJ. El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness). *Rev Arg Clín Psicol*. 2012 Abr;21(1):5-13.
50. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(1):31-40
51. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Dec;76(6):966-78.
52. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ, Hackmann A, Krusche A, Muse K, Von Rohr IR, Shah D, Crane RS, Eames C, Jones M, Radford S, Silverton S, Sun Y, Weatherley-Jones E, Whitaker CJ, Russell D, Russell IT. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol*. 2014 Apr;82(2):275-86.
53. Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther*. 2007 Mar;45(3):617-25.
54. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother*. 2007 Jun;80(Pt 2):193-203.
55. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther*. 2009 May;47(5):366-73.
56. Fleer J, Schroevers M, Panjer V, Geerts E, Meesters Y. Mindfulness-based cognitive therapy for seasonal affective disorder: a pilot study. *J Affect Disord*. 2014 Oct 15;168:205-9.
57. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008 May;22(4):716-21.
58. Wong SY, Mak WW, Cheung EY, Ling CY, Lui WW, Tang WK, et al. A randomized, controlled clinical trial: the effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2011;29(11):187.
59. Kim B, Cho SJ, Lee KS, Lee JY, Choe AY, Lee JE, et al. Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. *Yonsei Med J*. 2013;54(6):1454-62.
60. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N, Herbst N, Külz AK. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder - a qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*. 2012 Oct 31;12:185.
61. Philippot P, Nef F, Clauw L, de Romrée M, Segal Z. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treating tinnitus. *Clin Psychol Psychother*. 2012 Sep;19(5):411-9.
62. van der Lee ML, Garssen B. Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psychooncology*. 2012 Mar;21(3):264-72.
63. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *J Consult Clin Psychol*. 2012 Oct;80(5):817-28.
64. Schoultz M, Atherton IM, Hubbard G, Watson AJ. The use of mindfulness-based cognitive therapy for improving quality of life for inflammatory bowel disease patients: study protocol for a pilot randomised controlled trial with embedded process evaluation. *Trials*. 2013 Dec 17;14:431.
65. van Ravesteijn H, Lucassen P, Bor H, van Weel C, Speckens A. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82(5):299-310.
66. Sherratt KA, Lunn S. Evaluation of a group programme of mindfulness-based cognitive therapy for women with fertility problems. *J Obstet Gynaecol*. 2013 Jul;33(5):499-501.
67. Day MA, Thorn BE, Ward LC, Rubin N, Hickman SD, Scogin F, Kilgo GR. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *Clin J Pain*. 2014 Feb;30(2):152-61.

Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos

Germán Leandro Teti

*Médico especialista en Psiquiatría
Equipo DBT, Fundación Foro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Médico de Planta, Servicio de Guardia, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano"
Becario de Investigación, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
E-mail: tetigerman@hotmail.com*

Juan Pablo Boggiano

*Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, UBA
Coordinador docente del posgrado en DBT, Fundación Foro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

Pablo Gagliesi

*Médico especialista en Psiquiatría
Fundador y Director de Fundación Foro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Director del posgrado en DBT, Fundación Foro*

Resumen

El trabajo con pacientes complejos o con múltiples problemas representa uno de los mayores desafíos para los profesionales de la salud mental. Las terapias de tercera generación son modelos que enfatizan la función y el contexto de los eventos psicológicos más que su validez, frecuencia o forma, e incorporan procesos de aceptación y mindfulness a las terapias conductuales. En el presente artículo se realiza una descripción de una de ellas, la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), comenzando por el desarrollo del modelo por la autora, Marsha Linehan, quien en la década del 80 investigó la eficacia del mismo en mujeres con trastorno límite de la personalidad, extendiendo luego el modelo a otros trastornos. Se desarrolla la orientación dialéctica del tratamiento y se explica la dialéctica central entre la aceptación y el cambio; se da cuenta de la teoría biosocial sobre la etiología y el mantenimiento de los problemas conductuales, se desarrollan los procedimientos de validación y los de cambio. Por último, se explican las etapas en las que se jerarquizan los problemas a tratar y los modos que componen el tratamiento.

Palabras clave: Terapia dialéctico-conductual - Trastorno límite de la personalidad - Terapias de tercera generación - Conducta suicida - Desregulación emocional.

DIALECTICAL-BEHAVIOR THERAPY: A POSSIBLE TREATMENT FOR PATIENTS WITH SEVERE DISORDERS

Abstract

Clinical work with patient suffering complex or multiple problems represents one of the biggest challenges for mental health professionals. The third wave of cognitive behavioral therapies emphasizes the context and function of psychological events more so than their validity, frequency, or form, while incorporating processes of acceptance and mindfulness. The current work aims to provide a description of one type of these therapies, Dialectical Behavioral Therapy (DBT), which was developed by Dr. Marsha M. Linehan. In the 80's DBT's efficacy was investigated among women diagnosed with borderline personality disorder, while later extending the model to be used for other disorders. Specifically, the orientation of DBT, the central dialectic component between acceptance and change, validation procedures, and changes are explained. Moreover, the biosocial theory of the etiology and maintenance of behavioral problems are considered. Lastly, the targeted problems specific to when they occurred and their components for treatment are explained in stages.

Key words: Dialectical behavior therapy - Borderline personality disorder - Third wave psychotherapies - Suicidal behavior.

Desarrollo histórico del modelo

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) fue creada por Marsha Linehan (1,2), quien, a fines de la década del 70, trabajaba con pacientes con múltiples problemas, específicamente mujeres suicidas o con conductas auto-lesivas de larga data que cumplían criterios para trastorno límite de la personalidad (TLP). Al comienzo de la investigación implementó las herramientas de la terapia cognitivo conductual estándar (TCC), pero pronto observó muchos problemas con su uso (como también lo padecían otros modelos de psicoterapia). Los tres más importantes eran que los consultantes se sentían invalidados por la marcada orientación al cambio de TCC; los consultantes reforzaban sin querer las conductas ineficaces del terapeuta mientras castigaban las aproximaciones eficaces; y por último la gravedad y multiplicidad de problemas impedían la implementación del modelo de TCC estándar. Esta situación llevó a que Marsha Linehan cambiase el foco de intervención, implementando estrategias de aceptación junto con las estrategias de cambio, típicas del modelo TCC. La aceptación de los pacientes tal cual son, así como la aceptación que debían tener los pacientes con ellos mismos modificó sustancialmente los resultados del tratamiento. La validación y la aceptación debían preceder al cambio. La práctica activa del budismo Zen por parte de Marsha Linehan y la incorporación de herramientas de *mindfulness* al tratamiento resultaron claves en el modelo. Por consiguiente, Marsha Linehan notó que las estrategias dialécticas podrían balancear los dos procesos fundamentales del tratamiento, la aceptación y el cambio (1).

En el año 2004, Steven Hayes define a las terapias de «tercera generación» como terapias que continúan la tradición conductual, pero que abandonan el compromiso único con los cambios de primer orden, adoptan asunciones más contextualistas, utilizan estrategias experienciales e indirectas en vez de aquellas más directas, y amplían considerablemente el foco del cambio (3). Sin embargo, no todos los autores de las terapias consideradas por Steven Hayes como de «tercera generación» comparten esta visión. Marsha Linehan considera a su tratamiento como una forma de TCC que incluye estrategias de aceptación, validación y *mindfulness* (4).

Evidencia empírica

Desde su primer estudio en mujeres parasuicidas crónicas que cumplían criterios para el TLP hasta la actualidad, se han desarrollado 20 estudios controlados y randomizados (RCT, por su sigla en inglés) de DBT estándar o adaptada realizadas en 14 centros independientes (5,24).

DBT ha mostrado eficacia en el tratamiento de distintos problemas conductuales, incluyendo intentos de suicidio y conductas de auto-injuria (5,6,13-15), abuso de sustancias (7,11), bulimia (9,10), y depresión en ancianos (25), entre otros.

Orientación dialéctica

La dialéctica se asocia comúnmente a Karl Marx o Hegel; pero ha existido de una manera o de otra por miles de años en la tradición budista Zen (26). Una visión dialéctica de la conducta humana tiene tres principios básicos: el principio de la interrelación y totalidad, asume una perspectiva de la realidad como un sistema de partes interrelacionadas que funcionan como un todo. Por lo que el comportamiento de un sujeto no puede entenderse como algo individual, sino como parte de un amplio repertorio dentro de un ambiente complejo. Las dificultades que presenta un individuo en resolver un problema no deben considerarse en forma aislada; las mismas están interconectadas con dificultades en otras áreas o capacidades. El principio de polaridad describe cómo la realidad se compone de fuerzas que se oponen entre sí (“tesis” y “antítesis”) y cuya integración (“síntesis”) evoluciona en nuevas fuerzas opuestas. Los individuos con desregulación emocional tienen emociones, pensamientos y conductas extremas, y en muchas ocasiones quedan atrapados en polaridades, incapaces de conseguir una síntesis. El principio del cambio continuo, dado que el proceso de “síntesis” evoluciona en el desarrollo de nuevas fuerzas polares, el cambio es continuo. Tanto el individuo como el ambiente llevan a cabo una transición continua (1).

La principal dialéctica en DBT es entre la aceptación y el cambio, que combina estrategias de aceptación, validación y *mindfulness*, con estrategias de cambio conductuales (27).

La literatura ofrece diversos modelos etiológicos sobre psicopatología: los más actuales están basados en una *interacción* entre características del individuo y características del ambiente que producen un efecto, a saber, un trastorno psicológico. El modelo “estrés-diátesis” -el más frecuente- sostiene que los trastornos psicológicos son el resultado de una “diátesis” o predisposición biológica, que frente a la interacción con una cierta cantidad de “estrés” ambiental produce un trastorno (28). En contraste, los modelos “dialécticos” o *transaccionales* asumen que el individuo y el ambiente son mutua y continuamente interactivos, recíprocos e interdependientes. En DBT el modelo transaccional en el que sienta sus bases es en el de la teoría biosocial (1).

Teoría biosocial

Para Marsha Linehan cada uno de los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (29,30) que se utilizan para diagnosticar TLP pueden explicarse a partir de la idea de la desregulación emocional. La Teoría Biosocial surge a partir de la necesidad de explicar, razonablemente, la etiología de esta disfunción. Supone que la desregulación es el resultado de la combinación y transacción en el tiempo entre una *vulnerabilidad biológica* y un *ambiente invalidante* (1,31).

La *vulnerabilidad biológica* hace referencia a la alta sensibilidad a los estímulos emocionales, alta intensidad

de la respuesta emocional y el lento retorno al estado emocional basal. La alta sensibilidad se expresa con un umbral bajo a los estímulos y una reacción rápida a los estímulos emocionales. La alta intensidad significa que la reacción emocional es intensa y desregula el procesamiento cognitivo. El retorno lento al estado emocional basal se manifiesta con expresiones emocionales de larga duración.

El *ambiente invalidante* es aquel en el cual la comunicación de eventos privados (particularmente las respuestas emocionales) son tomadas por el contexto como incorrectas, inapropiadas, patológicas; o simplemente no son tenidas en cuenta (26). La invalidación tiene dos características: primero le dice al individuo que su descripción o análisis de su propia experiencia es errónea y luego atribuye dichas características a rasgos de personalidad socialmente inaceptables. Como consecuencia, el ambiente no enseña habilidades de regulación emocional a un individuo que las necesita imperiosamente, y en cambio, produce aprendizajes disfuncionales. El individuo, puesto en esta situación, solo puede elegir entre estrategias extremas de regulación: escalar la expresión emocional o disociarse.

Desde la perspectiva de la terapia DBT los patrones de comportamiento observados en los consultantes son resultado de la transacción en el tiempo de ambos factores, dado que el proceso es interactivo, recíproco e interdependiente (1).

Validación

La validación implica la comunicación de que los comportamientos, emociones o pensamientos del paciente tienen sentido y son entendibles en el contexto actual. Validar no implica estar de acuerdo. Por ejemplo, un paciente puede cortarse como forma de disminuir una emoción intensa y negativa; dicho comportamiento tiene sentido y es entendible en el contexto actual e histórico, donde cortarse es la única estrategia que conoce para lidiar con dicha emoción. El terapeuta acepta y comunica dicha aceptación al paciente, buscando, reconociendo y reflejando la validez inherente de la respuesta a determinados eventos (1).

Marsha describe seis niveles de validación (32,33):

1. Estar atento: implica básicamente observar y escuchar con atención lo que el paciente piensa, siente o hace.
2. Reflejar con precisión: el terapeuta *refleja* al paciente sus emociones, pensamientos y conductas, de una forma no juiciosa.
3. Expresar las emociones, pensamientos y conductas no verbalizadas: en este caso el terapeuta *lee entre líneas*, esto es, expresa que comprende aspectos que no han sido comunicados; es importante utilizar supuestos y no manifestar una interpretación directa.
4. Validar en términos de la historia del paciente: el terapeuta refleja al paciente que sus emociones, pensamientos o conductas son entendibles o tienen sentido de acuerdo a su historia de aprendizaje.
5. Validar en términos del contexto presente: el terapeuta refleja al paciente que sus emociones, pensamien-

tos o conductas son entendibles o tienen sentido en el contexto actual.

6. Autenticidad radical: el terapeuta responde en forma genuina al paciente, cree en sus capacidades y trata al mismo como a un compañero más que a un consultante o un "trastorno".

Esta herramienta terapéutica, y su modelado en terapia, resultó una variable trascendental. La validación hacía que los consultantes se sintieran comprendidos y aumentaba la adherencia a la terapia, pero no lograba que cambiaran los patrones conductuales que hacían que su vida fuera imposible de ser vivida. Para esto, en DBT, se utilizan las estrategias centrales de cambio: el análisis en cadena y el análisis de solución (1).

Análisis de las conductas de los pacientes

El *análisis en cadena* o *análisis funcional* (AC) es una intervención central en la terapia conductual. El término *análisis funcional* fue utilizado por Skinner para demostrar empíricamente las relaciones de causa y efecto entre el ambiente y la conducta (34). Se trata de evaluar e identificar las variables que controlan y contribuyen para que ocurran las conductas que son problemas clínicos para el consultante a la luz de la teoría del aprendizaje (35). Sin embargo, en DBT el AC tiene ciertas particularidades, ya que presta una especial atención a las variables afectivas, y analiza las conductas que suceden tanto en la sesión como fuera de la misma (36).

Análisis en Cadena

El AC es un proceso en el cual el consultante y el terapeuta analizan instancias específicas de las conductas problemas para identificar las variables que las controlan (27). Dicha herramienta cuenta con por lo menos seis elementos: las vulnerabilidades, los antecedentes, el disparador, la conducta problema, las consecuencias a corto plazo y las consecuencias a mediano plazo. Aunque este es el orden temporal en el que ocurren los eventos, muchas veces el terapeuta comienza el análisis en cadena realizando una topografía de la conducta problema.

Conducta problema: topografía

La topografía es la secuencia o forma de ubicación de los componentes de una respuesta en relación con el resto del cuerpo. Queremos saber cuántos cortes se realizó el consultante, en qué lugar del cuerpo se los realizó, con qué profundidad. El análisis topográfico es al análisis en cadena lo que un fotograma es a una película.

Vulnerabilidades: saciedad, privación y otras operaciones de establecimiento

Una operación de establecimiento es un procedimiento que afecta el aprendizaje y el desempeño con respecto a un reforzador en particular. La saciedad y la privación afectan tanto el aprendizaje como el desempeño. En DBT llamamos a las operaciones de establecimiento

vulnerabilidades. Una vulnerabilidad explica el por qué un estímulo puede un día generar una conducta problema y al siguiente no hacerlo.

Antecedentes

El resultado de un buen análisis en cadena debería parecerse a un guión de teatro, un guión con tal nivel de detalle que si el terapeuta y el consultante quisieran, podrían representar la situación que llevó a la conducta problema con precisión. Qué hizo y qué dijo el consultante. Qué dijeron y qué hicieron los demás. Pero también los pensamientos, las emociones y las sensaciones del consultante.

Para Marsha Linehan el realizar un AC es como dibujar el mapa de una autopista que termina en la conducta problema; cada pensamiento, cada emoción, cada acción, son un posible camino de salida para terminar en otro destino.

Luego de realizar la topografía de la conducta problema la primera pregunta que debe hacer el terapeuta es: *¿cuándo empezó la situación que terminó en la conducta problema?* La respuesta a esa pregunta le permite establecer un punto en la secuencia temporal desde donde comenzar a registrar los antecedentes. Todo lo que sucedió antes de ese punto puede ser tratado como una vulnerabilidad. A partir de ese punto el terapeuta quiere registrar cada acción, cada pensamiento, cada emoción, cada sensación. Se volverá detallista. Preguntará una y otra vez *¿qué pasó después?*

Disparador

La siguiente pregunta es: *¿cuándo fue la primera vez que pensaste en hacer x?* Esta pregunta es importante porque la teoría biosocial indica que las conductas problemas son el resultado inmediato o un intento de regular una emoción aversiva, así que aquello que aconteció el instante anterior a que el consultante piense o realice conducta problema, es en primera instancia aquello que llamamos disparador.

Consecuencias a corto plazo

Un principio fundamental de la teoría del aprendizaje es la ley del efecto; la misma sostiene que los efectos de nuestras acciones determinan si las repetimos o no (37).

Si nuestras acciones producen reforzadores (refuerzo positivo) o reducen condiciones aversivas (refuerzo negativo) tendemos a repetirlos. Si producen condiciones aversivas (castigo) o eliminan reforzadores (extinción), dejamos de repetirlos (38). A manera de ejemplo, la lista de consecuencias de la conducta de auto-cortes de un consultante en particular puede ser extensa, ejemplifiquemos: la tensión y el dolor en el pecho desaparecen (refuerzo negativo); la vergüenza se desvanece para dejar paso a una leve tristeza (refuerzo negativo, la tristeza es preferible para ese consultante que la vergüenza); su cabeza deja de estar en el pasado (en todas las parejas que perdió) y en el futuro (todos los novios que perderá)

y vuelve al presente, está ahí, en sus cortes, viendo como la sangre brota de su brazo, limpiando con una toalla todo rastro del evento (refuerzo negativo); algo en esos cuatro cortes paralelos en su brazo muestran el dolor emocional que sentía, y que un segundo atrás era invisible, son autovalidantes (así de mal me siento) (refuerzo positivo); su pareja, finalmente, se entera de los cortes y abandona la salida programada para brindarle atención y cuidado (refuerzo positivo).

Consecuencia a mediano plazo

Una conducta es una conducta problema en DBT cuando las consecuencias a mediano plazo interfieren con los objetivos a largo plazo del consultante. A corto plazo la conducta puede haber servido para regular el intenso malestar emocional, aunque en mediano plazo haya provocado que el paciente termine internado y por consecuencia pierda el año en la facultad. Si la independencia es algo valioso para el consultante, eso hace que el cortarse sea una conducta problema, atenta contra sus objetivos a largo plazo.

Análisis de solución

Una vez que el terapeuta realizó un análisis en cadena exhaustivo de la conducta problema pueden con el consultante saber qué hace que la conducta suceda y por qué es tan difícil de extinguir a pesar de sus desventajas, es decir, conocen su función. El objetivo del análisis de solución es localizar las dificultades o déficits que impiden el desarrollo de una conducta habilidosa.

Dichos déficits puede deberse a uno o más de los cuatro siguientes (1):

- 1) Falta de habilidades para:
 - a. Regular sus emociones
 - b. Tolerar el malestar
 - c. Responder habilidosamente a los conflictos interpersonales
 - d. Observar, describir y participar sin juzgar con conciencia plena y focalizándose en ser efectivo
 - e. Manejar su propia conducta con otras estrategias que no sean el autocastigo
- 2) Las circunstancias refuerzan la conducta disfuncional o fallan en reforzar conductas más funcionales
- 3) Las respuestas emocionales condicionadas bloquean respuestas más habilidosas
- 4) Las conductas efectivas son inhibidas por creencias y supuestos distorsionados

A partir de ello, una amplia gama de intervenciones son posibles para intentar modificar los patrones conductuales que llevan a la conducta problema: aprendizaje de habilidades, manejo de contingencias, exposición emocional y modificación cognitiva (27).

Entrenamiento en habilidades

El entrenamiento en habilidades es una parte esencial del tratamiento. DBT establece que los pacientes no poseen o tienen déficit en determinadas habilidades; por

lo tanto, se enseñan habilidades de: conciencia plena (*mindfulness*), regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal (2).

Conciencia plena: la práctica de *mindfulness*, cercana a la meditación, pero despojada de todo su componente religioso, es una estrategia central de DBT y de muchas terapias de tercera generación. Kabat-Zinn define a *mindfulness* como la práctica de “prestar atención de una manera en particular: con intención, en el momento presente, y de manera no juiciosa” (39). Quizás la definición más técnica, pero con consecuencias clínicas importantes, sea la de Kohlenberg y Tsai: “definimos al *Mindfulness* funcionalmente como un tipo de autoconciencia que ayuda a los clientes a mantenerse en la presencia de estímulos aversivos como pensamientos negativos, emociones, y eventos, que generalmente generan repertorios evitativos” (40).

Regulación emocional: Sloan and Kring's señalan que la regulación emocional se refiere a los intentos que el individuo hace para influenciar qué emociones tiene, cuándo tenerlas y cómo esas emociones son experimentadas y expresadas (41). Los esfuerzos por regular la emoción pueden involucrar sobre o sub-regulaciones de varios aspectos de emociones positivas y negativas (42). Veremos que Linehan tiene un conjunto de habilidades más enfocadas en tratar las tendencias de los pacientes a sobrerregular, suprimir, o escapar de sus emociones, como son reconocer la emoción y observar la emoción, y otro conjunto de habilidades más orientadas a ayudar a los pacientes a ser más efectivos a la hora de regular sus emociones como son tratar las vulnerabilidades y acción opuesta.

Tolerancia al malestar: Linehan sostiene que las tecnologías centradas en la aceptación han sido dejadas en manos de las diferentes religiones y han sido desconocidas o repudiadas por las psicoterapias occidentales. La mayoría de las escuelas de psicoterapia han centrado sus esfuerzos en cambiar los eventos que generan malestar y han descuidado el aceptar el malestar, encontrarle significado y simplemente tolerarlo (1). Linehan también cree que pasado cierto nivel de malestar, o punto de quiebre, las estrategias de cambio son adecuadas y necesarias, por lo que propone un conjunto de habilidades más dirigidas al cambio. El módulo de entrenamiento que realizan los consultantes en tolerancia al malestar está separado en dos partes: habilidades para tolerar y sobrevivir a las crisis y habilidades para aceptar la vida como es en el momento.

Habilidades interpersonales: las habilidades sociales tienen una larga tradición en la terapia conductual (43), con desarrollos específicos para diversas patologías como los pacientes esquizofrénicos (44), pacientes con ansiedad social (45), con depresión (46), y en terapia de pareja (47). DBT desarrolla un conjunto de habilidades sociales específico para pacientes con TLP. Las habilidades sociales suponen la capacidad de expresar tanto emociones positivas como negativas en un contexto interpersonal

sin perder refuerzo social (44). Podemos definir la habilidad de ser asertivo, por ejemplo, como la capacidad de pedirle algo a alguien o decirle que no a el pedido de otro sin inhibirnos ni ser agresivos. Todos podemos ser puestos en un continuo en donde en un extremo está la inhibición y en el otro la agresión, y casi todos nosotros nos desviamos del medio hacia alguno de los dos extremos. En el medio estaría la habilidad de ser asertivo que no es simplemente un punto de equilibrio sino que tiene una cantidad de características propias. Los consultantes TLP necesitan imperiosamente aprender a manejar los conflictos interpersonales de una manera efectiva.

El aprendizaje de habilidades es una de las estrategias de cambio en DBT, pero no la única. En DBT el terapeuta podrá también utilizar manejo de contingencias, exposición emocional y modificación cognitiva.

Manejo de contingencias

El terapeuta DBT debe ser capaz de intervenir en el contexto -orientando al consultante para hacerlo- de tal modo que se modifiquen los refuerzos de las conductas problemas. También debe estar atento a cómo su propia conducta refuerza o castiga conductas disfuncionales.

El terapeuta DBT debe estar especialmente atento a cómo responde a las conductas problemas del consultante para no reforzarlas. También ayudará al entorno a responder de una manera más efectiva a las conductas problemáticas. Los familiares deben aprender a ofrecer validación emocional, así como promover que el consultante realice habilidades o llame a su terapeuta durante una crisis. Deben estar atentos a no desatender las expresiones de menor intensidad de malestar, y a no aumentar su atención y calidez luego de que el consultante realice una conducta problema.

Exposición

A diferencia de los tratamientos de exposición tradicionales (48), DBT utiliza exposición con una gran cantidad de emociones: miedo, enojo, tristeza, vergüenza, alegría. De hecho, se utilizan procedimientos de exposición con cualquier emoción que durante el análisis en cadena haya revelado tener relación causal con la conducta problema blanco.

Linehan amplía la gama de emociones sobre la que aplica procedimientos de exposición y agrega nuevas indicaciones a las tradicionales: además de bloquear las tendencias de acción asociadas a la emoción problemática se debe promover y reforzar conductas adaptativas. Llama a este tipo de exposición “acción opuesta” y la convierte en una de las piezas claves del tratamiento.

Modificación cognitiva

DBT difiere de la mayoría de las terapias cognitivas (49,50) por el lugar que ocupa la modificación cognitiva en el tratamiento de los consultantes con desregulación emocional.

La primera tarea en DBT será siempre encontrar y reforzar las creencias, expectativas, reglas e interpretaciones válidas y adaptativas. El terapeuta cambia la forma de escuchar que caracteriza a la terapia cognitiva de segunda generación -más atenta a las distorsiones cognitivas, a pescar en qué lugar el consultante está pensando mal- para estar atento a qué cosas son válidas o adaptativas en el pensamiento del consultante. Linehan dice: *“En mi experiencia, focalizarse principalmente en cambiar cómo el individuo piensa y utiliza la información como solución para sus problemas es muchas veces demasiado similar al ambiente invalidante. Es fácil sacar la conclusión que si el consultante pensara bien todo estaría OK”* (1). La modificación cognitiva en DBT se aleja de la modificación cognitiva clásica; se centra más en el procesamiento de información que en el contenido. Está más preocupada por la flexibilidad y la eficiencia que por las distorsiones cognitivas.

Los problemas que presentan los consultantes son múltiples y la gama de intervenciones en DBT es muy grande. Cualquier terapeuta podría sentirse perdido. Pero a la vez DBT es un tratamiento altamente estructurado, le dice al terapeuta qué hacer en cada momento según el nivel de desorden conductual que presenta el consultante.

Etapas de tratamiento

Tratar pacientes con múltiples problemas genera dificultades en conceptualizar el caso, así como problemas en la selección de qué comportamiento se procederá a elegir como foco de tratamiento. La terapia DBT jerarquiza los problemas a abordar en sesión con etapas de tratamiento en el cual se abordan distintos problemas conductuales y se alcanzan objetivos pautados con el consultante (35).

La primera etapa de tratamiento en DBT se denomina pre-tratamiento, a las cuales le siguen 4 etapas. En pre-tratamiento, el consultante y el terapeuta acuerdan los objetivos y el método de tratamiento, para luego adquirir un compromiso mutuo con el mismo.

En la etapa 1, los objetivos son en primer medida disminuir las conductas suicidas, el segundo objetivo es disminuir las conductas que interfieren con la terapia, el tercer objetivo es disminuir las conductas que interfieren con la calidad de vida y el cuarto objetivo es incrementar las habilidades conductuales (1). En la etapa 2, el objetivo es disminuir las conductas relacionadas con el estrés postraumático. En esta etapa se utilizarán alguna de las estrategias basadas en la evidencia para tratar el estrés postraumático, como la terapia de exposición prolongada (48). En la etapa 3 se buscan incrementar el autorespeto y lograr objetivos personales, y en la etapa 4 se intenta resolver el sentimiento de incompletud y encontrar libertad y alegría; se parecen más a las terapias tradicionales de crecimiento personal (1).

Modos de tratamiento

En DBT existen cuatro modos o componentes centrales del tratamiento: terapia individual, grupo de habilidades, *couching* telefónico y reunión de equipo.

Una hipótesis central de DBT es que los consultantes no sólo tienen vulnerabilidad emocional sino que carecen de las habilidades necesarias para regularlas. Linehan señala la dificultad que supone intentar enseñarle nuevas habilidades a los pacientes con TLP en sesión individual cuando uno se ocupa al mismo tiempo de apagar el incendio de la semana. Esto la lleva a separar ambas modalidades de terapia y a exigir que los pacientes realicen un grupo de habilidades además de la terapia individual. Pero no se trata solamente de enseñar habilidades sino de estar presente en el momento en que el consultante puede necesitarlas para ayudarlas a implementarlas, afrontar los obstáculos y dificultades, y reforzar los pequeños progresos. Para eso Linehan incluye en el tratamiento el *couching* telefónico: se le pide a los consultantes que llamen a su terapeuta individual cuando estén en el medio de una crisis, antes de realizar la conducta problema, para intentar realizar un conjunto de conductas alternativas.

Por último, la reunión de equipo garantiza la adherencia de los terapeutas al tratamiento: los terapeutas tratan a los pacientes y el equipo de supervisión trata y sostiene a los terapeutas en esta tarea.

Funciones del tratamiento

En DBT, el tratamiento posee cinco funciones: 1) aumentar las habilidades, DBT supone que los consultantes con TLP carecen o deben mejorar una cantidad de capacidades, entre ellas regular las emociones, tolerar el malestar, manejar los conflictos interpersonales, prestar atención a la experiencia presente y regular la atención; 2) generalizar las habilidades, tanto el *couching* telefónico como las sesiones individuales pueden ser pensadas como estrategias de generalización, su función es encontrar la forma en que consultante puede llevar a su vida diaria lo aprendido; 3) aumentar la motivación y disminuir las conductas disfuncionales, con el objetivo de reducir las conductas desadaptativas mientras se aumentan las habilidades para lograr tener una vida que valga la pena de ser vivida; 4) aumentar y mantener las habilidades y motivación del terapeuta, la reunión de equipo semanal que exige el modelo es el lugar que garantiza la adherencia, enseña y modela habilidades terapéuticas, y trabaja con las dificultades que puedan surgir de tratar a consultantes multiproblemáticos y complejos; 5) la última función es estructurar el ambiente; los terapeutas pueden, según las circunstancias, enseñarles a los consultantes cómo estructurar el ambiente para que las conductas adaptativas sean reforzadas o, si es necesario, intervenir ellos mismos en el ambiente para lograr este objetivo.

Conclusiones

Los pacientes complejos y multiproblemáticos son un desafío constante para nuestra práctica clínica. Pero parte del problema radica en que también se trata de un grupo poblacional complejo para la investigación y los desarrollos experimentales.

Hasta la aparición de la DBT, no había tratamientos

disponibles eficaces para consultantes con diagnóstico de TLP o con múltiples problemas. Los individuos con conductas suicidas y autolesivas, asiduos usuarios de los sistemas de salud, recibían tratamientos que, al fracasar, aumentaban la desesperanza de los pacientes y sus familiares. DBT es un tratamiento complejo y multimodal, que le brinda al clínico una abanico de posibilidades a

la hora de intervenir y al mismo tiempo estructura su práctica de forma tal que brinde un tratamiento eficaz y humano a pacientes con severos problemas.

Existe una creciente necesidad de tratamientos validados, especialmente para pacientes de alta severidad; y que dichos tratamientos sean duplicables, estandarizados, y disponibles en la comunidad ■

Referencias bibliográficas

- Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. 1st Edition ed. Press TG, editor. New York London 1993.
- Linehan M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. Press. TG, editor. New York. 1993.
- Hayes S, Follete V, Linehan M. Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition. Press TG, editor. New York 2004.
- Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev.* 2008 Jan;28(1):1-16.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991 Dec;48(12):1060-4.
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Dec;50(12):971-4.
- Linehan MM, Schmidt H, 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict.* 1999 Fall;8(4):279-92.
- Koons CR, Robins CJ, Tweed J, Lynch TR, Gonzalez AM, Morese J, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy.* 2001;32:371-90.
- Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2001 Apr;158(4):632-4.
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001 Dec;69(6):1061-5.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2002 Jun 1;67(1):13-26.
- van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav.* 2002 Nov-Dec;27(6):911-23.
- Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2003 Feb;182:135-40.
- van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2005 Sep;43(9):1231-41.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Jul;63(7):757-66.
- Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayers JH, Gallop RJ. Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry.* 2008 Jun;69(6):999-1005.
- Harned MS, Jackson SC, Comtois KA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *J Trauma Stress.* 2010 Aug;23(4):421-9.
- Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2010 Sep;48(9):832-9.
- Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2012;81(6):356-65.
- Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled,

- pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2013 Mar 5;145(3):386-93.
21. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther.* 2010 Mar;41(1):106-20.
 22. Feigenbaum JD, Fonagy P, Pilling S, Jones A, Wildgoose A, Bebbington PE. A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *Br J Clin Psychol.* 2012 Jun;51(2):121-41.
 23. Hill DM, Craighead LW, Safer DL. Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: a preliminary trial. *Int J Eat Disord.* 2011 Apr;44(3):249-61.
 24. Safer DL, Joyce EE. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behav Res Ther.* 2011 May;49(5):339-45.
 25. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2003 Jan-Feb;11(1):33-45.
 26. Dimeff L, Koerner K. Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Press. TG, editor. New York2007.
 27. Koerner K. Doing Dialectical Behavior Therapy: A Practical Guide. Press TG, editor. New York, USA.2012.
 28. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999 Feb;156(2):181-9.
 29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition, Text Revision. ed. Association AP, editor. Washington, DC.2000.
 30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American, Psychiatric, Association, editors. Washington, DC.2013.
 31. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull.* 2009 May;135(3):495-510.
 32. Bohart A, Greenberg L. Emphaty Reconsidered: New Directions in Psychotherapy. Association AP, editor. Washington, USA.1997.
 33. Manning S. Loving someone with borderline personality disorder: how you keep out-of-control emotions from destroying your relationship. Press TG, editor. New York. Usa2011.
 34. Skinner B. Ciencia y Conducta Humana. 4ta edición en español (1977) ed. Fontanella, editor. New York1953.
 35. Eells T. Handbook of Psychotherapy Case Formulation. 2nd edition ed. Press TG, editor. New York1997.
 36. Swales M, Hearn H. Dialectical behavior therapy: distinctive features. Routledge, editor. New York, USA2009.
 37. Feixas G, Miró MT. Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos. 15 ed. Paidós, editor. Barcelona1993.
 38. Malott RW, Malott ME, Trojan EA. Principios elementales del comportamiento. 4 ed. Educación P, editor. México2003.
 39. Kabat-Zinn J. Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life. Hyperion, editor. New York, USA.1994.
 40. Kohlenberg R, Tsai M. Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships. Media SSaB, editor. New York, USA1991.
 41. Sloan DM, Kring AM. Measuring Change in Emotion During Psychotherapy: Conceptual and Methodological Issues. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2007;14(4):307-22.
 42. GrossJJ. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology.* 1998;2(3):271-99.
 43. Salter A. Conditioned reflex therapy. *Clinical Psychology.* 1950;6(3):305.
 44. Hersen M, Bellack AS. Social skills training for chronic psychiatric patients: rationale, research findings, and future directions. *Compr Psychiatry.* 1976 Jul-Aug;17(4):559-80.
 45. Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ. Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Comparison with a Credible Placebo Control. *Cognitive Therapy and Research.* 1990;14(1):1-23.
 46. Youngren MA, Lewinsohn PM. The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior. *J Abnorm Psychol.* 1980 Jun;89(3):333-41.
 47. Patterson GR, Cols. Entrenamiento en habilidades matrimoniales: Algunos problemas y conceptos. In: Leitenberg H, editor. Modificación y terapia de conducta. Madrid: Morata; 1982.
 48. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum EO. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences therapist guide (Treatments That Work). Press OU, editor. New York, USA2007.
 49. Beck AT. Thinking and Depression. I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Arch Gen Psychiatry.* 1963 Oct;9:324-33.
 50. Ellis A. Reason and emotion in Psychotherapy. Stuart L, editor. New York1962.

el rescate y la memoria



Christofredo Jakob: la llegada de la ciencia del cerebro a la Argentina moderna (1899-1956)

Christofredo Jakob: Su formación e inicio profesional en Alemania

Jakob nació en Wörnitz-Ostheim, aldea ubicada en el sur de Alemania, el 25 de diciembre de 1866. Si bien su padre, Godofredo Jakob, maestro y hombre culto, pensó para él los estudios teológicos, su temprana inclinación por la naturaleza lo llevó a elegir la carrera de medicina. Estudió en Augsburg donde terminó el *Gymnasium* en 1886; ese mismo año, el 13 de noviembre, se inscribió en la carrera de medicina de la Universidad de Erlangen, y cuatro años después, el 18 de junio de 1890, el tribunal de calificaciones de esa casa de estudios le otorgó el título de Médico. De inmediato, en julio de 1890, defendió su tesis doctoral titulada "*Aortitis syphilitica*" y luego se incorporó a la Clínica Médica y Policlínica Universitaria de Erlangen, dirigida por Adolfo von Strümpell, quien fuera su profesor en la carrera y luego su jefe inmediato, ya que Jakob se incorporó como su segundo asistente en 1892 y como primer asistente en 1893. El concepto que von Strümpell tenía de Jakob se evidencia en una nota de recomendación cursada en ese mismo año de 1893 en donde dice:

"... a lo largo de su actuación como médico asistente mostró siempre contracción al trabajo y dedicación médica y científica de modo tal que no solamente dispone de base amplia para el examen del enfermo sino también para toda

*investigación microscópica, química y particularmente bacteriológica. Lo considero apto para tomar la Dirección de una Clínica Municipal."*¹



¹ Citado en: Orlando, JC., *Christofredo Jakob: su vida y su obra*, Ed. Mundi, Bs.As., 1966, pag. 23.

Jakob siguió trabajando con von Strümpell y cuando éste publicó el artículo sobre la *paraplegía familiar* que luego llevará su nombre, en 1894, el estudio histopatológico completo fue realizado por Jakob, describiendo por primera vez la porción crural de la vía piramidal. Al año siguiente Jakob publicó sus investigaciones sobre el lemnisco medio y, también en 1895, publicó su primer libro, un atlas sobre el sistema nervioso con un tratado sobre anatomía, patología y terapéutica, con prólogo de von Strümpell.

Argentina a la búsqueda de la ciencia alemana

En 1893 Domingo Cabred se hace cargo de la Dirección del Hospicio de las Mercedes y de la titularidad de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires. Ambos cargos habían estado hasta entonces concentrados también en una misma persona, el Dr. Lucio Meléndez, organizador de la primera matriz disciplinar psiquiátrica en Buenos Aires entre 1876 y 1893, el mismo había accedido a la Dirección del Hospicio en 1876 y a la titularidad de la Cátedra desde su fundación en 1886. Al retirarse asume Cabred y comienza una nueva etapa en el desarrollo de la psiquiatría en la Argentina: por un lado buscará la creación de una red de instituciones hospitalarias a lo largo y a lo ancho de todo el país, proyecto que lleva adelante desde la dirección de la Comisión Nacional de Hospitales, y por otro lado buscará cimentar la enseñanza de la psiquiatría en las más recientes ideas científicas desarrolladas en Europa, tomando como modelo los desarrollos de la ciencia en Alemania. Por este motivo viaja a Europa en 1896 con la idea de contratar, con acuerdo previo del Dr. Montes de Oca, decano de la Facultad de Medicina, a un especialista en neuroanatomía; luego de un fallido acuerdo con el Dr. Max Bielchowsky, y por indicación del Prof. von Lieden, se dirigió a la Universidad de Erlangen para contratar a Christofredo Jakob quien contaba con todas las condiciones necesarias: joven y brillante investigador, asistente del renombrado von Strümpell, conocedor de las más modernas técnicas de investigación del sistema nervioso y con varias publicaciones de renombre, algunas ya traducidas a varios idiomas.



Christofredo Jakob en Argentina

Luego de acordar con Cabred las exigentes condiciones del contrato que le ofrecía la Universidad de Buenos Aires pero, seguramente, fascinado por la posibilidad de trabajar con un material clínico inmensamente superior al que podía acceder en Alemania, Jakob llegó a Buenos Aires el 17 de Julio de 1899 y, luego de instalarse con su familia en una casa ubicada dentro del Hospicio de las Mercedes, inicia la tarea para la cual había sido contratado como Jefe de Laboratorio de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires. ¿En qué condiciones encontró la enseñanza de la neurobiología al momento de su arribo a la Cátedra? La mejor respuesta a este interrogante la expresa el Dr. Jacinto Orlando:

“... hasta la época de su arribo a Buenos Aires poco o nada se sabía acerca de la morfología y funcionamiento del sistema nervioso humano y animal y los conocimientos filogenéticos, embriológicos y de la patología eran pobrísimos cuando no deplorables o, lisa y llanamente, no existían. En el mejor de los casos todo se fundaba en esquematismos verbales desprovistos de pruebas objetivas y en el ámbito de la



² Orlando, JC., *Christofredo Jakob: su vida y su obra*, Ed. Mundi, Bs.As., 1966, pag. 13

*biología nerviosa nadie en la Argentina había dejado siquiera algo que esbozara una huella meditable.”*²

En estas condiciones Jakob inició el estudio sistemático de todas las piezas de autopsia que llegan al Hospicio. Sabemos, por una memoria elevada por Cabred a la Universidad en 1901, que, en los dos primeros años de trabajo, estudió ciento cuarenta y dos cerebros del Hospicio y once cerebros del Hospital Pirovano, produciendo veinticinco mil seiscientos treinta cortes histológicos, quinientas piezas macroscópicas y alrededor de mil fotografías. A esto debe agregarse que también se ocupaba de la atención de los paráliticos e idiotas internados en el Hospicio.

Ante los resultados obtenidos la Universidad le renueva el contrato y agrega la dirección de investigaciones anatómicas en la Cátedra de Enfermedades Nerviosas del Hospital San Roque a cargo del Profesor José María Ramos Mejía. Desde entonces es incesante la presencia de profesionales que concurren a sus clases, participan de sus investigaciones y realizan, bajo su dirección, sus tesis de doctorados y profesorado pudiendo citar entre los más destacados a Jones, Corbellini, Baliña, Subirá, Peralta Ramos, Borda, Schoo, Erausquin, Obarrio, Valle, Aráoz Alfaro e Ingenieros.

Esa tarea continúa hasta 1910, año en que decide regresar a Alemania, pero poco antes de su partida tiene una relevante participación en uno de los principales eventos científicos organizados por el Estado para festejar el Centenario: el Congreso Científico Internacional Americano celebrado en julio de 1910. En el mismo participaron más de mil delegados de doscientas universidades de todo el mundo y las actividades se agruparon en nueve secciones participando Jakob en dos de ellas: Antropolo-

gía y Paleontología, donde fue uno de sus vicepresidentes y disertó sobre “*Los cerebros fósiles de la fauna argentina*”, y en la de Ciencias Psicológicas en la cual estuvo a cargo de la conferencia inaugural titulada “*El hombre sin cerebro*”, el texto completo de la misma fue publicado en *Argentina Médica, Semanario de Medicina Práctica*, en el número 31 del 30 de julio de 1910, y es ese el texto que ofrecemos a continuación a nuestros lectores.

Hacia fines de 1910 Jakob regresó a Alemania adonde permaneció dos años pero, al no poder reinsertarse en el nivel correspondiente a su formación y conocimientos, decidió volver definitivamente a la Argentina. A tal efecto fue contactado por el Dr. Estévez, Prof. Titular de Enfermedades Nerviosas y Director del Hospital Nacional de Alienadas quien lo contrató para dirigir el Laboratorio de esa institución. Jakob regresa a la Argentina y se hace cargo de la Jefatura del Laboratorio desde febrero de 1913 hasta su jubilación en 1945. Durante esta segunda etapa tendrá más libertad para desarrollar actividades académicas. En efecto, desde 1913 fue el primer Profesor Titular de Biología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires y, desde 1921, fue Profesor Titular de Biología y Sistema Nervioso en la Facultad de Humanidades, y de Anatomía y Fisiología Patológicas en la Facultad de Medicina, ambas en la Universidad de La Plata.

Finalmente debemos destacar su obra escrita: entre 1895 y 1949 publicó 170 trabajos en revistas, 7 libros y su monumental *Folia Neurobiológica Argentina*, estudio sistemático de la neurobiología de los mamíferos de la República Argentina, editada en 10 tomos.

Jakob falleció en Buenos Aires el 6 de mayo de 1956 ■

Referencias bibliográficas

1. Conti NA (2003) “Las tesis psiquiátricas en la Universidad de Buenos Aires (1880- 1910) *European Asociacion History of Psychiatry* (ed.): *Actas del V Congreso de la Asociación Europea de Historia de la Psiquiatría*, Madrid.
2. Conti NA (2004) Aspectos sociales políticos y culturales en torno a la Organización Nacional (1880-1910). *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N° 21.
3. Conti NA (2010) Domingo Cabred y las Instituciones de Salud Pública en la Argentina. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XX; 90:154-156.
4. Conti NA (2011) El Positivismo en Argentina y su proyección en Latinoamérica. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXII; 98:271-280.
5. Orlando JC. *Christofredo Jakob: su vida y su obra*. Buenos Aires: Editorial Mundi, 1966.
6. Stagnaro JC (1997) “Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N° 1.

El hombre sin cerebro.

Estudios biopatológicos sobre las disgenesias del sistema nervioso central del hombre

Conferencia dictada en la Sección Ciencias Psicológicas
del Congreso Científico Internacional Americano¹

Christofredo Jakob

*Laboratorio de de Psiquiatría y Neurología
de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Hospicio de Las Mercedes.*

Los viejos griegos nos cuentan con especial admiración de las famosas siete maravillas del mundo antiguo, obras grandiosas que se citan como la personificación del espíritu emprendedor y organizador humano. Pero, si bien nosotros podríamos contar un número infinitamente mayor de obras análogas y superiores de la cultura moderna, nosotros no tenemos el derecho de olvidarnos completamente así como los antiguos lo han hecho, de la maravilla incomparablemente superior a todas esas producciones, del órgano que era y es el creador de todas ellas, del *cerebro humano*.

Porque lo que ignoraban los griegos, los cuales, viviendo en los tiempos felices de la juventud del género humano, y gozando de una ignorancia verdaderamente infantil respecto de la organización de nuestro mundo, jugaban con ideas fantásticas al respecto, hasta en sus cabezas más filosóficas, nosotros en estudios largos introspectivos de los últimos siglos pasados hasta hoy, hemos llegado a evidenciar que es efectivamente el cerebro humano, la maravilla más grande del mundo orgánico, el órgano del cual forman nuestra cultura, las artes, las ciencias y la técnica, elaboraciones elocuentes, y sabemos hoy que la historia y el porvenir del hombre, coinciden y dependen de la evolución de ese órgano el verdadero *microcosmos*, al lado del cual podríamos poner únicamente el *sol*, el *macrocosmos*, con sus efectos grandiosos.

El *sol* y el *cerebro* son los dos colosos que crean nuestro mundo.

Nosotros estamos tan penetrados de ese hecho que la eliminación de una de esas dos fuerzas, nos parece algo completamente imposible. Un mundo sin sol y un hombre sin cerebro parecen una "*contradictio in adjecio*", algo absurdo, y en más de uno de ustedes habrá sugerido nuestro tema "*El hombre sin cerebro*", la pregunta justificada: pero en tal caso ¿se puede hablar de un hombre todavía?

Sabemos que al organismo humano pueden faltar sus extremidades, los órganos de los sentidos, sin que por eso deje de ser hombre. La cirugía moderna nos produce un hombre sin estómago, sin laringe, sin vesícula biliar; se elimina un riñón, un lóbulo pulmonar, etcétera, pero todos esos defectos debidos a la liberalidad prodigiosa con la cual la naturaleza nos ha organizado son perfectamente compatibles con la existencia, debido al desarrollo de fuerzas suplementarias que substituyen a órganos y funciones eliminadas, y todas estas "correcciones de la naturaleza" han sido de altísimo interés científico, evidenciándose así funciones y adaptaciones antes desconocidas de nuestro organismo; piénsese en la biología de los sordomudos, en la educación de los ciegos de nacimiento, etc.

Por todas esas reflexiones resulta ser de altísimo interés científico el examinar como se comporta en ese senti-

¹ Publicada en *Argentina Médica*, Año VIII, N° 31, 30 de julio de 1910, Buenos Aires.

N. del E.: Se ha respetado la sintaxis, puntuación y vocabulario del autor, en los que se reconocen, a pesar de su encomiable esfuerzo por expresarse en lengua castellana, ciertos errores que no fueron corregidos, lamentablemente, por los editores de la revista *Argentina Médica* como para dar mayor realce a los valiosos aspectos científicos del texto.

do el órgano supremo de nuestra economía, que del "ser humano" recién hace "un hombre".

Tales estudios sobre las consecuencias morfológicas y funcionales de la ausencia del cerebro o de sus partes en el organismo humano, recién ponen en todo su relieve la trascendencia de las funciones que a él debemos, justamente así, que sabemos nosotros estimar un objeto en todo su valor, recién cuando lo hemos perdido. Pero no solamente en un sentido son interesantes esos estudios, para numerosas cuestiones de la biología humana, de la fisiopatología, de la clínica nerviosa y mental, resultan vistas y orientaciones nuevas e importantes.

Guiada por tales convicciones ha buscado la fisiología en los últimos decenios, producir experimentalmente el organismo animal, privado del cerebro, para estudiar los fenómenos fisiológicos nuevos en esas circunstancias, y debemos al fisiólogo animal Goldz, la resolución del problema difícil, logrando este sabio mantener en vida por un espacio de un año y medio a un perro privado operativamente de sus hemisferios cerebrales, y presentando así un objeto precioso para los estudios biopatológicos del sistema nervioso.

En el hombre no es posible la experimentación, pero lo que no es permitido hacer al cirujano, la naturaleza lo hace impunemente. Es ella que nos provee con un material abundante y variado a ese respecto, produciéndonos las mas variadas malformaciones congénitas del cerebro por un lado en niños, y en hombres adultos llevan frecuentemente variadas enfermedades, a destrucciones extensas del órgano cerebral, como pasa en las hidrocefalias, en los tumores, y sobretodo en la parálisis general progresiva del cerebro humano y otros padecimientos mentales.

Pero también en el hombre con cerebro sano se producen con regularidad estados en los cuales las funciones del órgano mas importante cerebral, de los hemisferios con su corteza cerebral se eliminan temporariamente en sus funciones, eso pasa en el sueño, en la narcosis, en el desmayo, et. Y sabemos además que cada hombre durante su desarrollo recorre un periodo *anencefálico*, y después *anhemisférico*, y presentamos todos en los primeros meses después del nacimiento, seres humanos privados todavía de las funciones corticales (éramos hombres sin hemisferio en función) careciendo de actos concientes, movimientos voluntarios, del poder conmemorativo, funciones reservadas al trabajo cortical en un periodo mas maduro.

Nos dirigimos ahora al estudio de los seres humanos con defectos totales o parciales del sistema nervioso central, anomalías del desarrollo que se comprenden bajo de la designacion de *anencefalias*.

Esos seres en los cuales debido a un efecto germinativo en la hojuela blastodérmica externa no se desarrollan ni vestigios, a veces, de cerebro y médula, y que sin embargo, llegan a un desarrollo de su morfología en esqueleto, musculatura, extremidades, etc, forman los llamados *anencéfalos* o *amielos totales*, mientras que frecuentemente los ganglios intravertebrales y las raíces posteriores pueden existir. En otros casos faltan también esos elementos del sistema nervioso. El estudio de tales

mal formaciones que la independencia completa de los diferentes sistemas de nuestra economía del sistema nervioso en los primeros meses del desarrollo embrionario, y las funciones tróficas residen aquí en los órganos mismos y en sus blastemas. Esa autonomía completa de la cual gozan entonces los órganos embrionarios, se reemplaza para ciertos tejidos, los músculos, por ejemplo, recién más tarde por verdaderas influencias tróficas centralizadas, relacionadas con su función. Estas malformaciones nacen siempre antes de término, gozando de una vitalidad sumamente abreviada, se mueren ellos ya intrauterinamente en el momento en el cual la autonomía embrionaria cardiaca debía ponerse bajo la influencia reguladora de los centros cardiacos vulgares (cinco a seis meses de la vida intrauterina). Ellos no ejecutan nunca movimientos intrauterinos por faltarles los centros espinales reflejos que recién provocan la función de los músculos esqueléticos.

Al nacer no hacen tampoco movimientos de respiración debido a la misma causa.

El examen histopatológico de ellos muestra en lugar de la médula una membrana vascularizada y a veces restos del canal ependimario sin vestigios de células o fibras nerviosas medulares.

Una segunda categoría de esos seres son los *anencéfalos con desarrollo de los centros espinales y parcialmente de los bulbares*. Tales organismos de desarrollan perfectamente bien, pueden nacer normalmente y son capaces de vivir algunos días, no presentando ellos un cerebro; no se ha desarrollado tampoco un cráneo. Su fisiopatología es sumamente interesante. Ellos respiran perfectamente, mueven sus extremidades exactamente como cualquier otro niño recién nacido, hacen movimientos de succión, pueden tragar y llorar naturalmente. En cambio ellos no reaccionan a excitaciones ópticas y rara vez a acústicas, sus ojos quedan inmóviles, su temperatura puede ser subnormal. Pero ese estado no dura sino pocas horas, pronto sobrevienen estremecimientos motores que corren sobre todo el cuerpo, pequeñas convulsiones temblorosas, la respiración se hace dificultosa, y los niños mueren con todos los síntomas de asfixia. La histopatología de ellos evidencia un desarrollo regular de todos los nervios y raíces nerviosas, espinales y bulbares inferiores. Sobre todo en la regla existe el nervio neumogástrico, el facial, el hipogloso y el trigémino. En el bulbo existen al



lado de las raíces intrabulbares y sus núcleos una parte de sus vías intercalares reflejas formándose sobre todo la porción interna de la formación reticular y sus núcleo, además el fascículo longitudinal posterior, mientras que todas las demás vías centrales (los haces cerebelosos, la cinta, el haz piramidal, etc.) faltan completamente. El estudio de un caso de esas malformaciones, nos ha mostrado que el famoso nudo vital de Flourens, en el bulbo, no corresponde a un centro determinado, sino que se trata aquí sencillamente de las vías intercalares reflejas respiratorias, que provenientes de los núcleos del trigémino y el neumogástrico, pasando por la formación reticular interna, se dirigen hacia los diferentes núcleos motores respiratorios, la interrupción de esas vías reflejas nasales, laríngeas y traqueales, produce la cesación del movimiento respiratorio, pero muestran al mismo tiempo esos estudios que este aparato reflectorio bulbar por si solo no puede mantener a la larga esa función, capital, sino que existen centros mas superiores indispensables para eso que enseguida analizaremos.

La tercera categoría anencefalia representa las malformaciones en las cuales medula, bulbo y tronco encefálico llegan a regular desarrollo, a veces también el cerebelo, mientras que los hemisferios cerebrales o no se forman absolutamente o presentan alteraciones estructurales tan graves que no se puede pensar en la posibilidad de una función (procesos esclerótico-atróficos o hidrocefálicos). Tales niños nacen normalmente, y pueden vivir varios años, presentando el siguiente cuadro clínico: ausencia de movimientos voluntarios de las extremidades, mientras que todo los fenómenos reflejos motores (respira-



ción, deglución, llanto, movimientos oculares, etc.), y también reflejos acústicos y ópticos pueden existir; ellos reaccionan a pinchazos con alfileres se asustan, gritan, pero no fijan su mirada en objetos presentados, no articular, no re ríen, no muestran ni vestigios de memoria ni atención, ellos pueden crecer algo, pero quedan inmobilizados y con desarrollo muscular y óseo insuficiente, pasan su vida en la cama completamente desaseados; un desastre para su familia, una carga para sus cuidadores, unos inútiles para la humanidad pero un tesoro precioso para la investigación desinteresada científica.

Existen ahora varios puntos en discusión. Esos seres que disponen fuera de bulbo y medula con sus nervios también de los cuerpos cuadrigéminos (mesencéfalon) y cuerpos estriados (núcleos caudado y lenticular) mas hipotálamo (el tálamo mismo es, en la regla, de muy escaso desarrollo), ejecutan todos sus actos respiratorios perfectamente bien, igual que un niño sano. Disponen entonces fuera del aparato reflejo bulbar respiratorio, también del centro superior mencionado arriba y que garante recién definitivamente la persistencia de esa función fundamental. Ese centro superior tiene que encontrarse entonces, o en el cuerpo estriado, o en el hipotálamo y mesencéfalon, y hemos pensado nosotros en la posibilidad que ese centro sería representado por la substancia nigra de Soemering. En todos nuestros casos examinados, que son más de 20, de esas malformaciones con funciones respiratorias aseguradas, existía esa formación, mientras que el cuerpo estriado y los cuerpos cuadrigéminos mostraban, a veces, un desarrollo escaso, rudimentario. Habla, además, a favor de la hipótesis que esa zona celular de funciones hasta ahora completamente enigmáticas, que pertenece tanto al mesencefalon como al diencefalon, y su zona vecina hipotalámica (cuerpo de Luys y radiaciones hipotalámicas) representan la región más tempranamente perfeccionada de todos los demás centros suprabulbares, presentando una mielinización ya bien perfecta en fetos de seis a siete meses, y es, además, distinguida por la aparición de un pigmento negro especial intercelular, que precozmente se acumula en grandes cantidades. Todos esos hechos histológicos hablan evidentemente a favor de una actividad celular, muy especialmente diferenciada de esa región, que emite además, hacia abajo, por la formación reticular vías descendentes, y recibe de los hemisferios cerebrales, vías aferentes.

En resumen, sería nuestro concepto sobre los centros respiratorios el siguiente:

En el niño recién nacido se inaugura la respiración, no como acepta la mayoría de los fisiologistas hoy, por la excitación de un centro automático bulbar (medio hipotético) a causa de falta de oxígeno en la sangre, sino por excitación refleja facio-naso-laríngea, por medio del aparato reflejo formado en su parte sensitiva por el trigémino y el neumogástrico. Por encima de este arco reflejo bulbar de funciones limitadas, está colocado el centro mesodiencefálico respiratorio, y ese recién reacciona a una oxigenación más o menos suficiente, y está ello, además, sujeto a influencias corticales, siendo esa última innecesaria para la función.

Un segundo punto, no menos interesante, es el de la

movilidad y reflectividad de esos seres. La mayor parte de los autores sostienen que esos niños no muestran nunca movimientos musculares normales, sino que presentan una cuadriplejía espasmódica desde un principio. Esto es un error, según nuestras observaciones. En los primeros tiempos después del nacimiento, esos anencéfalos ejecutan sus movimientos exactamente así como un niño sano de la misma época. Producen entonces los movimientos incompletos y semi atáxicos conocidos de esa época, y recién más tarde, y poco a poco, sobreviene una tendencia cada vez más progresiva al movimiento espasmódico, fijándose, además, las extremidades en las posiciones semiflexionadas de esa época, en la cual pronto aparecen inmovilizados completamente. Y como la mayor parte de esos seres llegan al examen neurológico recién en esa época, se explica el error. La cuadriplejía espasmódica es entonces un fenómeno adquirido, y la causa para eso está, seguramente, en la excitación continua refleja que las vías sensitivas producen en los centros motores espinales, aumentada sobre todo por eso, que esas vías aferentes no encuentran su descarga fisiológica debido a la falta completa de centros sensitivos superiores.

En cuanto a los fenómenos sensitivos y sensoriales, es os niños perciben estímulos ópticos y acústicos, dolorosos, etc., pero no los transforman en sensaciones completas. Ignoramos hasta qué grado exista en el alma rudimentaria de ellos algo así como un rudimento de sensación, pero creemos que existe el fenómeno, porque se notan ciertas manifestaciones de bienestar y malestar, y hasta se pueden distinguir psicológicamente entre ellos formas más o menos apáticas, caracteres rudimentarios más o menos irritativos, hasta individuos malos y buenos. Es posible que tales modalidades de reacción sean obra del cuerpo estriado que reemplaza aquí las funciones corticales.

Llegaremos ahora a una cuarta categoría, en los cuales fuera del tronco encefálico existen y funcionan parcialmente los hemisferios cerebrales. Esos forman ya los niños llamados idiotas de último grado, y su estudio representa un interesantísimo capítulo de biología humana, e el cual aquí ya no tenemos intención de entrar.

Debemos discutir todavía ciertas cuestiones de interés biológico general. Esas formas de la tercera categoría, con tronco encefálico y sin hemisferio, representan en el fondo una analogía completa con los vertebrados más inferiores de igual constitución anatómica: los pescados. Esos animales disponen, como las malformaciones citadas, de un bulbo, mesencefalon, hipotálamo y cuerpo estriado con sus respectivos nervios, y, sin embargo, no corresponde a esa analogía anatómica una fisiología paralela. Mientras que los pescados gozan de una locomoción perfecta, los anencéfalos citados carecen por completo de ella, hecho que nos enseña una modificación importante en las funciones de los centros subcorticales del pescado y de los mamíferos superiores, espe-



cialmente del hombre: a medida de que se perfeccionan los centros corticales perceptores y motores, emigran las correspondientes funciones de los centros inferiores subcorticales del tronco encefálico hacia los nuevos centros superiores corticales respectivos, y pierden entonces los centros inferiores, cayendo completamente bajo el dominio de los superiores de toda la posibilidad de una función independiente. Pero, tal pérdida, está más que equilibrada por el hecho de que en el órgano cortical existe ahora, en cambio, la facultad de fijar y asociar las diferentes funciones sensitivas y motoras en un grado mucho mayor de lo que permitían los centros filogenéticamente viejos inferiores. A la corteza queda reservado el poder conmemorativo exclusivamente, y debido a ese progreso, la acción cortical no cae más bajo la ley brutal de reflejo, sino existiendo la posibilidad de almacenar y utilizar impresiones anteriormente adquiridas, puede el acto cortical elegir el tiempo de reacción motor, según las exigencias superiores. El aparato cortical nos libra entonces de la esclavitud monótona que rige en los centros inferiores y nos garantiza la libertad de acción, de determinar entre vastos límites, lo que llamamos el poder volitivo. El cerebro así perfeccionado es recién apto para la acción en tiempo y espacio, y ni la fantasía, impulsiva, creadora de combinaciones nuevas, que es garantido por la posibilidad del conexo asociativo entre diferentes sistemas, ni la paciente perseverancia, la hermana no menos importante de la fantasía, a la cual recién debemos la ejecución de las obras grandes humanitarias serían posibles sin corteza cerebral.

Terminamos con esas breves consideraciones un estudio que para muchos otros fenómenos biológicos todavía prestaría un material inagotable ■



confrontaciones



Antropología de las maldiciones (El poder de las palabras)

Carlos Rojas-Malpica

MD, Ph.D

*Profesor Titular del Departamento de Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela
E-mail: carlucho2013@gmail.com*

Sergio J. Villaseñor-Bayardo

MD, Ph.D

*Profesor-Investigador. Departamento de Clínicas Médicas. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
Jalisco, México*

Adele Mobili-Rojas

MD, Ph.D

Profesora del Doctorado en Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

José Refugio Reyes-Rivas

*Profesor-Investigador. Departamento de Clínicas Médicas. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
Jalisco, México.*

Resumen

El orden simbólico ofrece importantes posibilidades para la comprensión de los más graves temores humanos. Partiendo del concepto original de Lévi-Strauss, es posible estudiar la eficacia simbólica de las maldiciones, pero enriqueciéndolo con los más recientes aportes de las neurociencias, la filosofía y antropología de la conciencia. La presente es una investigación cualitativa recorrida por el método de la fenomenología y la hermenéutica simbólica. Se trata de un tema poco abordado, pero de singular importancia para la psiquiatría cultural. Se trabaja sobre el material empírico de algunas maldiciones religiosas clásicas, de gran valor histórico, pero también se señala el fenómeno de la excomunión seglar. Al final se interpretan los símbolos que portan las maldiciones y los sectores del psiquismo que logran movilizar. Se propone que el núcleo primordial de la maldición es el dogma, sin el cual sería imposible su eficacia simbólica.

Palabras clave: Neurofenomenología - Hermenéutica simbólica - Psiquiatría Cultural - Antropología psiquiátrica.

ANTHROPOLOGY OF CURSES

Summary

The symbolic order offers a great number of opportunities for understanding man's greatest fears. Based on Lévi-Strauss' original concept, we can study the symbolic efficacy of curses and enrich it with the most recent contributions of neuroscience, philosophy, and the anthropology of consciousness. This is a report of qualitative research traversed by the methods of phenomenology and symbolic hermeneutics on a rarely addressed subject of unique significance to cultural psychiatry. We have worked on the empirical data of some classic religious curses of great historical value, but we have also inquired into the phenomenon of secular excommunication. Finally, we have interpreted the symbols used in curses and the areas of the psyche that they succeed in mobilizing. We suggest that the primary core of curses is dogma, without which their symbolic efficacy would not be possible.

Key words: Neurophenomenology - Symbolic hermeneutics - Cultural psychiatry - Psychiatric anthropology.

La eficacia simbólica de Lévi-Strauss hoy

Las palabras llegan y salen del cuerpo. Las señales del tráfico dirigen la circulación de todas las metrópolis contemporáneas; una falta al orden marcado por ellas puede dejar una marca irreparable en el cuerpo. La sociedad requiere símbolos y señales para su funcionamiento. No se trata sólo de vibraciones luminosas o acústicas. Tampoco del mecanismo físico de la transducción, por el que el impulso eléctrico hace vibrar la lámina de cuarzo contenida en el auricular del teléfono, transformando una forma de energía en otra para que adquiera la forma de onda acústica. Es que en el cerebro ocurre algo más importante todavía, lo que Gerald Edelman y Giulio Tononi (1). han denominado “el nodo del mundo”, cuando un fenómeno físico adquiere la dimensión de un acto de conciencia, accediendo a un orden simbólico que luego retorna al cuerpo de distintas maneras, capaces de afectar hasta los planos más profundos de la vida, lo cual difícilmente nos deja indiferentes, sobre todo cuando nos sentimos concernidos por el mensaje.

Para Roger Bartra, el cerebro es un órgano incompleto que sólo puede funcionar conectado a receptores que le informan del estado general del cuerpo y del medio ambiente, inmediato y distante, a través de la sensibilidad general y los sentidos del tacto, vista, oído, gusto y olfato. Aunque desde un enfoque mecánico y determinista se esgrimen fuertes razones para pensar que el comportamiento humano está sobredeterminado por condicionantes biológicos cerebrales, no se pueden negar los procesos que conducen a la formación de la autoconciencia y que se dan en la conexión entre los circuitos internos sociodependientes y el denominado “exocerebro”, representado en la cantidad de símbolos que circulan en la cultura y que permiten “concebir” los objetos, a diferencia de los signos y señales, que sólo los anuncian. Esto es relevante porque Bartra cree encontrar ahí el germen del libre albedrío, que considera que sólo tiene una representación minúscula en el total de la vida consciente. Vale entonces destacar la importancia del esfuerzo hermenéutico en la interpretación de ese mundo simbólico y su valor para la comprensión de la existencia. Aunque el denominado “libre albedrío” sólo tenga una participación cuantitativamente minúscula en la conformación de la conducta total, su peso específico en la organización de la subjetividad es enorme y fundamental (2). De alguna manera podríamos verlo como el vértice de los procesos de *autopoiesis* que conducen a la expresión de la subjetividad y, al mismo tiempo, como un componente esencial de esos productos singulares de la conciencia personal denominados *qualia*. El proceso neurocognitivo que conduce hasta la representación del símbolo y sus relaciones con los referentes previos ha sido estudiado en profundidad por la neurofenomenología de Francisco Varela (3), quien ha propuesto el neologismo “enacción”, partiendo del verbo inglés *to enact*, que significa *poner en acción*, pero también *representar*. Pero no se trata de un mecanismo simple por el que representaciones definitivas y firmemente definidas sean actualizadas por la conciencia, sino de procesos muy

complejos que van *surgiendo en relación* con los objetos que acuden a la conciencia, bien por un estímulo o situación externa, o bien porque llegan como la “presencia de lo ausente” (4).

No es necesario detenerse en la fenomenología de Husserl y su extraordinario aporte para la comprensión y captación del sentido de los actos de conciencia (5). En cambio, sí es importante señalar que su discípulo Hans-Georg Gadamer ha dado pie para una profunda investigación hermenéutica, influenciando autores como Andrés Ortiz-Osés, que comentaremos más adelante. Un estudio fundamental sobre la filosofía de las formas simbólicas ya fue realizado por Ernst Cassirer (6), y a partir de sus planteamientos se desarrolla toda una teorización posterior. Cuando el símbolo va adscrito a un mito y hace parte de una estructura religiosa, adquiere un poder regulador del comportamiento social y del orden legal del colectivo. Las instituciones y sus representantes serán los encargados de administrar sus funciones en el conjunto social en lo que se ha denominado *el poder de la palabra* (7).

El concepto de *eficacia simbólica* fue propuesto originalmente por el antropólogo Claude Lévi-Strauss para referirse al efecto terapéutico del ritual chamánico en una aborígen cuna en trabajo de parto. El trabajo chamánico permite poner en lenguaje simbólico compartido con la parturienta, el proceso doloroso y molesto que impide la evacuación del feto a través del canal del parto, donde se libra una terrible lucha entre espíritus que cooperan y monstruos que obstruyen el deseado desenlace. Espíritus y monstruos habitan las subjetividades del chaman y la parturienta, no son elementos ajenos u “objetivos” con los que se pueda lidiar de otra manera. Entre ambos deben conducir a Muu, cuya fuerza espiritual es indispensable para la procreación, a sus cauces benefactores en una relación armónica con la parturienta, pero no destruirla como si se tratara del combate contra los microbios en el mundo médico de occidente (8, 9). Se podría llegar aún mas lejos y, apelando al psicoanálisis, decir que el Chamán es *Nele*, el falo, que entrando simbólicamente en *Purba*, la vagina, ha reconstituido la escena genética primaria en la mismidad de la parturienta, dando orden y significación al sinsentido de sus dolores y malestares. Ahora bien, los chamanes de las más diversas culturas no sólo curan o atienden enfermos, también protegen las cosechas, participan en las guerras, convocan los espíritus benefactores de la tribu y envían maleficios contra sus enemigos.

En el mundo de la Antigua Grecia, los héroes homéricos están sobredeterminados por la decisión de los dioses, de los que son meros brazos ejecutores. No hay todavía una diferenciación nítida entre el deseo de los dioses y la conducta de los héroes. Aún no se separan el yo y el no-yo. Dioses y héroes conforman un todo indivisible. El acierto de haber hecho notar este fenómeno corresponde, en primer lugar, al gran helenista alemán Werner Jaeger (10), aunque más recientemente Trimble (11) le otorga el mérito a Julián Jaynes, por haber propuesto un

vínculo entre el momento de la filo/ontogénesis, en el que predominan el pensamiento mítico y la actividad del hemisferio cerebral derecho y su papel en la modulación, manejo y motivación del comportamiento humano (como también en las alucinaciones auditivas que los héroes toman por órdenes divinas), hasta que ese cerebro bicameral cede el predominio a las funciones indicativas y propositivas del hemisferio cerebral izquierdo, lo cual habría ocurrido aproximadamente en los tiempos de Homero. Es necesario aclarar que el predominio funcional del hemisferio izquierdo para los procesos lógicos, de ninguna manera suprime la actividad del hemisferio derecho, donde, a decir de Trimble, están todas las funciones que nos hacen humanos.

Para Trimble, hay una organización neuroanatómica fundamental en la emoción trágica que la distingue del miedo y de la rabia. Refiere que el neurobiólogo Semir Zeki estudió en su texto *Splendor and Miseries of the Brain* los correlatos neurales del amor romántico, observando que se activan la ínsula, la corteza cingulada anterior, el hipocampo y los sistemas de recompensa ubicados en el estriatum ventral subcortical, pero también hay una disminución de la actividad en la amígdala y la corteza prefrontal ventro-medial. Registros similares se observan en el amor maternal. Semir Zeki también ha escrito *Toward a Brain-Based Theory of Beauty*, y allí propone que tanto la fealdad como la belleza activan el córtex orbito-frontal, pero mientras la fealdad incrementa la actividad amigdalina, la belleza no perturba esa actividad. El *Pathos Trágico* de Nietzsche luce estrechamente vinculado con los sentimientos movilizadores por la música, que son muy distintos de los provocados por la rabia y el miedo. Por el contrario, allí se activan regiones neurofisiológicas muy parecidas a las que se producen con la afectividad social, el amor y la contemplación estética de la belleza. Desde una perspectiva fisiológica, el *Pathos Trágico* también es distinto a la liberación experimentada en la catarsis, estando más cerca de una sensación paradójica de activación y calma (12).

Mientras tanto, la activación de la estructura amigdalina que acompaña al miedo y al horror (13) desencadena una cascada de acontecimientos neurofisiológicos de importantes efectos en la salud, que han sido bien estudiados en los Trastornos de Ansiedad, especialmente en el Ataque de Pánico, pero también en situaciones de estrés agudo y crónico (14, 15). En general, se acepta que el miedo se acompaña de un estrechamiento del campo de la conciencia en el que el cuerpo se experimenta como fuente de un profundo malestar, expresado como angustia o congoja, palabras que denotan estrechamiento, opresión vital y una relación desesperada con el futuro. Se está en estado de alerta máxima, pues el cuerpo y el mundo circundante son vividos como amenazas. Se teme morir o perder la razón. El miedo gobierna y organiza la vida y se toman precauciones exageradas.

El estudio del miedo ha dado lugar a la *metología*, un neologismo cuya raíz es metus, que en latín significa *miedo*. El miedo religioso procede del temor a la muerte, la aniquilación del Yo y su destino en el transmundo (16). Las religiones se ocupan de administrar la eterni-

dad. Para ello tienen diversas deidades que contribuyen tanto a amainar el temor, como a promoverlo. Sus sacerdotes se asumen como representantes del más allá y en su nombre dictan normas y sanciones, prescriben curas para tratar las faltas y pecados, y conocen los rituales apropiados para el contacto con los poderes divinos. En este contexto se inscriben las maldiciones y su *eficacia simbólica*.

Breve recorrido por las maldiciones

En inglés se dice *curse*, pero en español es *maldición*, lo cual implica desear mal a alguien y decirlo a través de una severa expresión del lenguaje. Se trata de un deseo maligno que suele contener una imprecación o execración contra una o varias personas, un pueblo, o incluso un objeto, lo cual se hace invocando poderes sobrenaturales con palabras u oraciones que pueden ser acompañadas de un ritual inscrito en un sistema de creencias.

El mal fue definido por Santo Tomás de Aquino como la privación del bien, lo cual es especialmente visible en las maldiciones bíblicas. Para Leibniz, el mal no tiene una causa eficiente, sino deficiente: *malum causam habet non efficientem, sed deficientem* (17). El concepto bíblico de maldición es el antónimo de bendición, y no puede ser entendido uno sin el otro. Ser maldecido es ser privado de las bondades de la bendición divina (18). En el capítulo tercero del Génesis Dios maldice a la serpiente y a la Tierra, pero no al hombre. Caín, en cambio, es el primer hombre al que Dios maldice (19). En el Capítulo Bíblico del Deuteronomio, o Segunda Ley, Moisés advierte a su pueblo de los grandes beneficios de ser bendecido, así como de las graves consecuencias de recibir la maldición por transgredir las normas y enseñanzas de Yavéh, especialmente en cuanto a orden, justicia y alegría (20). Existen también *maldiciones generacionales* que sancionan a la descendencia de un pecador, como un derecho otorgado a Satanás y sus demonios (21). Se dice que Jesús maldijo el árbol de la higuera para demostrarle a sus discípulos el poder de su palabra, en un ejercicio de pedagogía divina.

Tanto en Grecia como en la Roma antigua se practicaron maldiciones. En Grecia se denominaban *katadesmoi* (ataduras) y en Roma *tabulae defixiones* o *tabellae defixionum*. En una tablilla se escribía la petición invocando un espíritu para hacerle mal a un enemigo, que luego era colocada en una tumba o un lugar poderoso para hacerla más eficaz. Los areteos griegos eran sacerdotes maldecidores, especializados en provocar daños por la oración y la palabra. La eficacia de la magia es explicada por Bailliot, precisamente, a partir de la constatación de su ambigüedad intrínseca. Los símbolos mágicos antiguos podían ser eficaces por el hecho de que practicantes, clientes y víctimas de la magia compartían por igual un mismo sistema colectivo de reglas y creencias que establecía límites al comportamiento personal y social (público/privado; vivos/muertos), mientras que el poder del mago se basaba en la capacidad de transgredir esos límites (22).

En las culturas ancestrales de América el mal y las

maldiciones se representan en animales y objetos diversos: hay tradiciones y rituales específicos entre los aborígenes del Chaco argentino, los mapuches de Chile, los Chacobo del Amazonas boliviano, demonios del Perú que pueden confundir a los hombres con mujeres y embarazarlos, contextos de negatividad amalgamadas en el sincretismo religioso de religiones yorubas africanas aposentadas en diversas regiones de América, y expresiones malélicas a través de felinos en Centroamérica (23). En los mapuches no es concebible la creencia en un solo Dios. Para el mapuche de cultura tradicional, hay una diosa madre y un dios padre: *wñkusé-wñfúcha*. El demonio o *wue cufú*, es un espíritu malo con forma humana, actúa día y noche; se vale de las aves nocturnas y el zorro para enviar sus amenazas al hombre y a la familia que desea hacerle mal (24). Entre los presos de la cárcel de San Pedro, en La Paz, Bolivia, es frecuente adjudicar el infortunio a maldiciones de enemigos, y se recurre al *yatiri*, un sabio con poderes especiales para eliminar la maldad, siempre y cuando el preso tenga fe y buena suerte (25).

Cuando la maldición procede de una institución de poder social, por lo regular lleva aparejada una excomunión, lo cual significa excluir de la comunidad de pertenencia. Giordano Bruno fue quemado en la hoguera por sus creencias y Galileo terminó sus días bajo arresto domiciliario en una granja en las afueras de Florencia. El filósofo judío Baruch de Spinoza fue excomulgado el 27 de julio de 1656 a los 24 años de edad. Se le acusó de desconocer las enseñanzas religiosas hebraicas y, sobre todo, de decir que la Biblia era una obra humana y negar la inmortalidad del alma. Varias veces fue llamado a arrepentirse antes de ser excomulgado. El "herem" es utilizado para condenar a un ser o un objeto a la aniquilación o la destrucción. Fue el rabino Morteira quien leyó esta sentencia: "*Con el juzgamiento de los ángeles y la sentencia de los santos, nosotros anatematizamos, maldecimos y expulsamos a Baruch Spinoza... Que sea maldecido de día y maldecido de noche, que sea maldecido al salir y que sea maldecido al entrar... que ninguno converse con él mediante palabra hablada o se comunique con él por escrito, que ninguno le preste servicio ni habite con él bajo el mismo techo, ni estar a menos de cuatro codos de él, tampoco lea ningún documento dictado por él, ni escrito por su mano*" (26). No hay duda de que la excomunión ha sido proclamada desde un lugar de poder sobrenatural y que contiene una temible carga de odio para cualquier habitante del Siglo XVI. Sin embargo, en el caso de Baruch de Spinoza, la maldición pierde eficacia simbólica porque las robustas convicciones del filósofo fueron una muralla infranqueable contra la proclama. Ya excomulgado se le acercó Leibniz, interesado en aprender de su sabiduría. Sintiendo libre de ataduras, Spinoza escribió lo siguiente: "*Dado que tenemos la buena fortuna de vivir en una comunidad en la que la libertad de juicio está plenamente garantizada al ciudadano individual, que puede rendir culto a Dios como le plazca, y en la que nada es tenido en mayor estima ni como más valioso que la libertad, creo que no emprendo una tarea ingrata o infructuosa al demostrar que esta libertad no solamente puede garantizarse sin poner en peligro la piedad y la paz de*

la comunidad, sino que la paz de la comunidad y la piedad dependen de esta libertad" (27). Cuando a Einstein se le preguntó si creía en Dios, respondió que creía en el Dios de Spinoza. También, tres siglos más tarde, Jacques Lacan se identificó con Spinoza cuando la Asociación Psicoanalítica Internacional decidió excluirlo de sus filas, haciendo la salvedad de que Lacan no homologa la API con una Iglesia y que en su modelo, Lacan sustituye la fórmula spinoziana del "deseo es la esencia del hombre", por "el deseo es la esencia de la realidad", por considerar que la primera es deudora de un sistema teológico (28).

Queda muy claro que para que la maldición provoque el horror y terror que contiene su carga de odio, es necesario que el maldecido comparta el registro simbólico que le subyace. El terrible efecto de una maldición contra un creyente está en el Decreto lanzado por el obispo Manuel Abad y Queipo, Obispo de Michoacán de 1810 a 1815, contra el Cura Manuel Hidalgo y Costilla. La transcribimos completa y sin omisiones:

"Por autoridad del Dios Omnipotente, El Padre, El Hijo y El Espíritu Santo y de los santos cánones, y de las virtudes celestiales, ángeles, arcángeles, tronos, dominaciones, papas, querubines y serafines: de todos los santos inocentes, quienes a la vista del santo cordero se encuentran dignos de cantar la nueva canción, y de los santos mártires y santos confesores, y de las santas vírgenes, y de los santos, juntamente con todos los santos y electos de Dios: Sea condenado Miguel Hidalgo y Costilla, ex-cura del pueblo de Dolores.

Lo excomulgamos y anatemizamos, y de los umbrales de la iglesia del todo poderoso Dios, lo secuestramos para que pueda ser atormentado eternamente por indecibles sufrimientos, justamente con Dathán y Habirán y todos aquellos que le dicen al señor Dios: ¡Vete de nosotros, porque no queremos ninguno de tus caminos! Y así como el fuego es extinguido por el agua, que se aparte de él la luz por siempre jamás. Que el Hijo, quien sufrió por nosotros, lo maldiga. Que el Espíritu Santo, que nos fue dado a nosotros en el bautismo, lo maldiga. Que la Santa Cruz a la cual Cristo, por nuestra salvación, ascendió victorioso sobre sus enemigos, lo maldiga. Que la santa y eterna madre de Dios, lo maldiga. Que San Miguel, el abogado de los santos, lo maldiga. Que todos los ángeles, los principados y arcángeles, los principados y las potestades y todos los ejércitos celestiales, lo maldigan. Que sea San Juan el precursor, San Pablo y San Juan Evangelista, y San Andrés y todos los demás apóstoles de Cristo juntos, lo maldigan.

Y que el resto de sus discípulos y los cuatro evangelistas, quienes por su predicación convirtieron al mundo universal, y la santa y admirable compañía de mártires y confesores, quienes por su santa obra se encuentran aceptables al Dios omnipotente, lo maldigan. Que el Cristo de la santa Virgen lo condene. Que todos los santos, desde el principio del mundo y todas las edades, que se encuentran ser amados de Dios, lo condenen. Y que el cielo y la tierra y todo lo que hay en ellos, lo condenen.

Sea condenado Miguel Hidalgo y Costilla, en dondequiera que esté, en la casa o en el campo, en el camino o en las veredas, en los bosques o en el agua, y aún en la iglesia. Que sea maldito en la vida o en la muerte, en el comer o en el beber;

en el ayuno o en la sed, en el dormir, en la vigilia y andando, estando de pie o sentado; estando acostado o andando, mingiendo o cantando, y en toda sangría. Que sea maldito en su pelo, que sea maldito en su cerebro, que sea maldito en la corona de su cabeza y en sus sienes; en su frente y en sus oídos, en sus cejas y en sus mejillas, en sus quijadas y en sus narices, en sus dientes anteriores y en sus molares, en sus labios y en su garganta, en sus hombros y en sus muñecas, en sus brazos, en sus manos y en sus dedos.

Que sea condenado en su boca, en su pecho y en su corazón y en todas las vísceras de su cuerpo. Que sea condenado en sus venas y en sus muslos, en sus caderas, en sus rodillas, en sus piernas, pies y en las uñas de sus pies. Que sea maldito en todas las juntas y articulaciones de su cuerpo, desde arriba de su cabeza hasta la planta de su pie; que no haya nada bueno en él. Que el hijo del Dios viviente, con toda la gloria de su majestad, lo maldiga. Y que el cielo, con todos los poderes que en él se mueven, se levanten contra él.

Que lo maldigan y condenen. ¡Amén! Así sea. ¡Amén!”(29)

El odio lo persiguió hasta su último respiro. El proceso degradatorio de Hidalgo se llevó a cabo el 29 de julio de 1811 en una de las salas del Hospital Real de Chihuahua, le rasuraron la piel de la cabeza, que había sido consagrada como cristiano y sacerdote; además, le arrancaron las yemas de los dedos de las manos que habían sido consagradas en el día de la ordenación, luego lo entregaron al gobierno español para que lo fusilaran, sin ninguna de las prerrogativas y beneficios eclesiásticos en que antes se amparaba cualquier reo. En la concepción religiosa de su momento, el Cura Hidalgo se fue para siempre al tormento eterno del infierno.

En el año 1942, el fisiólogo norteamericano Walter Cannon (1871-1945) estudió el fenómeno de la muerte vudú en diversos países de África, Nueva Zelandia, Australia y América (Haití), proponiendo la tesis de que el horror y terror ocasionado por el hechizo desencadenaba una excesiva actividad simpático-adrenal con shock hipovolémico, severa hemoconcentración intravascular y deshidratación, acompañando un estado de profunda perturbación emocional, lo cual ya había sido señalado por Mira durante la Guerra Civil Española, bajo el nombre de Ansiedad Maligna: “*The suggestion which I offer, therefore, is that ‘voodoo death’ may be real, and that it may be explained as due to shocking emotional stress to obvious or repressed terror*” (30). El antropólogo y filósofo francés Edgar Morin, ha propuesto que la muerte por maldición vudú ocurre porque un Yo tribal, compuesto sobre todo por material social, cuando es excomulgado de su comunidad, deja al sujeto sin comando psíquico y a disposición de una tormenta neurovegetativa que arrasa con sus débiles recursos y lo consume hasta la muerte (31).

Hay algunas formas de “excomunió n seglar”, como la que padecen algunos jóvenes cuando son expulsados de su equipo deportivo, o la que sufre un profesional cuando es expulsado por el Tribunal Disciplinario de su gremio. Las consecuencias suelen ser terribles. Algunos de los jóvenes que se van armados a una escuela norteamericana a cometer una masacre han sido expulsados

de hermandades o socialmente segregados. La excomunió n laica puede ser el combustible de comportamientos de alta peligrosidad social en algunas personalidades vulnerables.

La primera Ley humana parece ser la prohibició n del incesto. No es imposible que su transgresió n fuera castigada con la excomunió n o expulsión de la tribu (32). Probablemente se pueda seguir el rastro de las maldiciones hasta la prehistoria, o encontrarlo en la literatura medieval, como en la Divina Comedia. Pero hay un ejemplo mucho más próximo en la literatura latinoamericana. En la novela monumental de Gabriel García Márquez *Cien Años de Soledad*, por la familia Buendía se extiende el temor de que los múltiples casos de endogamia puedan traer una desgracia que estaría a medio camino entre una maldición y una alteració n genética. Es el horror al incesto recorriendo una tradició n familiar. Amaranta Úrsula Buendía sospecha que su sobrino Aureliano Babilonia pudiera ser su hermano. Sin embargo, terminan haciendo el amor y, por lo tanto, consumando el temido incesto. El producto es un niño con “rabo de cochino” que es llevado por un grupo de hormigas en una procesió n incierta (33).

Hermenéutica simbólica y estructura de las maldiciones

Las maldiciones tienen un procedimiento y una estructura que resultan imbricadas en el conjunto total del proceso. Algunas veces la maldición puede ser hecha a espaldas del maldecido, pero en sus formas más institucionalizadas y formalizadas se convoca al enjuiciado para conminarlo a abandonar sus prácticas y volver al marco de la tradició n. Es en caso de contumacia que se procede a la excomunió n, como ocurrió con Baruch de Spinoza. Desde un plano meramente formal es posible identificar las partes o componentes de la maldición. Primero se reúnen los sabios o representantes de los poderes del más allá, se da cuenta de las faltas del maldecido y al final se proclama su excomunió n de la comunidad a la que pertenece, junto con los tormentos que en vida y más allá de la muerte le esperan como castigo por su transgresió n. Siempre hay un ritual de excomunió n y una semántica propia para desearle los más terribles sufrimientos al excomulgado. Sería difícil encontrar en la literatura algún documento con mayor concentració n de odio que el contenido en una maldición. Ya con ese temible valor negativo sería suficiente justificació n para convertirlo en objeto de estudio de la psiquiatría cultural.

Pero el ejercicio hermenéutico exige mucho más esfuerzo en la exploració n del lenguaje y carga semántica de la maldición, así como de su estructura y vínculos con las capas más profundas de la psiquis. Para ello es indispensable reconocer los registros de la maldición en el imaginario social, ese sector que se distingue de lo real y que hace un puente con lo simbólico y que desde Gastón Bachelard se ubica en una *dimensió n constitutiva del ser que “remite tanto al aspecto representativo y verbalizado de una expresió n como al aspecto emocional y afectivo más íntimo de ésta”*(34). Gastón Bachelard, en su *Poética del*

aire, relaciona la imaginación con la facultad de librarnos de la impresión inmediata suscitada por la realidad a fin de penetrar en su sentido más profundo (35). Aunque reconociendo que hay un pensamiento y una lógica adecuadas para pensar lo real, el estructuralismo ha propuesto la necesidad de un modelo para pensar el imaginario y llegar al tercer lugar de lo simbólico (36).

Para Ortiz-Osés, sólo en los extremos habita lo real y es entre dichos extremos donde media el símbolo, como una bisagra o grieta que articula los contrarios, haciendo las veces de un espejo donde es posible conjugar lo disjunto. Para el autor, la mayor contribución del Círculo de Eranos fue la reconciliación y concordancia de los contrarios. Jung, uno de sus principales teóricos e inspiradores, habló del *Unus Mundus* y su carácter de *complexio opposituum*. La hermenéutica simbólica de Eranos abre las puertas de un inmenso museo imaginario. Los arquetipos, como constituyentes heredados filogenéticamente en el inconsciente colectivo, precipitan como *imágenes primordiales* de diversos tipos, como Ánima, Ánimus, Gran Madre, Ángeles, Dioses, Demonios, Números y Animales. Esta formulación jungiana resulta profundamente trastocada por el iraní H. Corbin, quien piensa los arquetipos no como productos casi demoníacos de la profundidad inconsciente, sino como derivados de una *supraconsciencia* casi angélica de prototipos eidéticos al modo platónico (37).

La maldición propone un escarnecimiento tan horroroso que sus admoniciones parecen dirigidas a remover temores ancestrales guarecidos en lugares muy profundos de la psiquis. El maldecidor invoca los más altos poderes celestiales (Dios, La Virgen) y se hace acompañar de ángeles, arcángeles, querubines y profetas bíblicos, pero también de demonios maléficos para desear los más crueles tormentos al maldecido. Son símbolos arquetipales que recorren el discurso de la maldición, que a pesar de su naturaleza contradictoria, se juntan en ese estatus jungiano de *Unus Mundus* y *complexio opposituum* para darle una fuerza desmesurada capaz de arrasar con la más sólida estructura racional que le pueda hacer algún contrapeso. Es ese plus de energía y significación lo que la convierte en un símbolo, en un símbolo temible y horroroso. Desde el psicoanálisis se reconoce la importancia tanto de la fantasía inconsciente, como la consciente.

Las fantasías primordiales preceden al lenguaje, por lo tanto, su raíz es más profunda y de tiempos preverbales, cuando todavía no hay diferenciación entre el yo y el no-yo, porque sólo después tienen una cobertura semántica secundaria. El pecho de la madre que acude a la boca del niño no tiene existencia autónoma, sino que aparece porque el bebé siente hambre, de la misma manera que otras necesidades condicionan la existencia de sus satisfactores. Según la psicología piagetiana, la diferenciación entre el yo y el no-yo ocurre en el tercer año de vida. La fantasía es entonces una estructura que, por una parte, conecta con las necesidades del cuerpo, instintos, pulsiones o deseos, como se les quiera ubicar, y, por la otra, con el orden simbólico y el mundo exterior. En la fantasía aparece, entonces, el objeto exterior introyectado, apropiado e investido catécticamente por el sujeto, donde puede adquirir vida propia, bien asimilado o independizado del yo. En ese nivel hay algunos *imago* muy poderosos, como Dios, la madre y otros de diversa cobertura semántica en la psiquis inconsciente/consciente. La fantasía es la forma vivenciada del objeto originalmente externo, pero luego introyectado y haciéndose vivir como deseo en la intimidad psicológica del sujeto. No es un mero doble especular del objeto exterior. Es la madre, la amada, Dios o los hijos, pero también los arquetipos invocados en la maldición. Por ello se ha dicho que la fantasía es el "instinto vivenciado". La fantasía puede quedar asimilada como parte del yo o como un objeto independiente y con vida autónoma, aunque "viva" en el psiquismo del sujeto, pero con distintos gradientes de integración (38).

El núcleo de una estructura suele ser oscuro y huido. No está en el centro de la trama de sentido, como muy bien lo señaló Lacan en su estudio sobre *La carta robada* de Edgar Allan Poe. Desde su sitio inasible y oscuro dinamiza y da vigor a la estructura. Para Derrida, la plenitud de la estructura no es más que una metáfora que se nutre de la falta, es decir, de esa ausencia descentrada de la que habla Lacan (39). En el caso de la maldición, ese núcleo parece *corresponder al dogma, es decir, a una creencia irracional*, que no necesita ser demostrada por la lógica, y que se alimenta de los temores que convoca, y que, como todo símbolo, siempre porta un plus de significación. Sin el dogma no habría *eficacia simbólica* ■

Referencias bibliográficas

1. Edelman G, Tononi G. El universo de la conciencia. Editorial Crítica, SL. Barcelona; 2002.
2. Bartra R. Antropología del cerebro: Determinismo y libre albedrío. *Salud Mental* 2011; 34(1):1-9.
3. Marchitelli R. Francisco Varela's view on phenomenology in his cognitive interpretation. *Dial Phil Ment Neuro Sci* 2010; 3(2): 42-44.
4. Ojeda C. Francisco Varela y las ciencias cognitivas. *Rev chil neuro-psiquiatr* [revista online]; octubre 2001 [citado 2014 Abr 09]; 39(4): 286-295. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000400004&lng=es y <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272001000400004>.
5. Husserl E. The Phenomenological Theory of Meaning and

- of Meaning Apprehension. En: The Hermeneutics Reader. Mueller-Vollmer K (Edit). New York: The Continuum Publishing Company; 1992 (165-177).
6. Cassirer E. Filosofía de las formas simbólicas. Fondo de Cultura Económica. México DF; 1998.
 7. Alarcón Puentes J. Palabra y poder. El "pütchipü" y el cruce de fronteras culturales. *Gazeta de Antropología*, 2009, 25 (1).
 8. González Requena J. La eficacia simbólica, en Trama y Fondo. *Lectura y Teoría del Texto* no 26, Madrid, 2009. Consulta en línea: resources/2009%20La%20eficacia%20simbólica.pdf. 20/11/2013
 9. Lévi-Strauss C. La estructura de los mitos. En: *Antropología estructural*, Eudeba, Buenos Aires; 1968.
 10. Jaeger W. Paideia. Fondo de Cultura Económica, México; 2004.
 11. Trimble M. The soul in the brain. The Johns Hopkins University Press. Baltimore; 2007.
 12. Trimble M. Why humans like to cry. Tragedy, Evolution, and the Brain. Oxford: Oxford University Press; 2012.
 13. Ottaviani C, Cevolani D, Nucifora V, Borlimi R, Agati R, Leonardi M, De Plato G, Brighetti G. Amygdala responses to masked and low spatial frequency fearful faces: a preliminary fMRI study in panic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. Volume 203, 2:159-165, August 2012.
 14. Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, Pfister H, Bittner A, Katja Beesdo K, Wittchen HU. Panic Attack as a Risk Factor for Severe Psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161:2207-2214.
 15. Castro Carboni N, Campos Villalobos G, López Castillo C. Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post-traumático. *Med leg Costa Rica* [revista online]. Sep 2003 [citado 2014 Abr 09]; 20(2):5-14. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200002&lng=es.
 16. Marina JA. Anatomía del miedo. Un tratado sobre la valentía. Barcelona: Editorial Anagrama, S. A.; 2006.
 17. Ferrater Mora J. Diccionario de filosofía. Barcelona, Editorial Ariel, S. A.; 2004.
 18. Maldición (Sagrada Escritura). Consulta en línea 11/4/2014. http://www.mercaba.org/Rialp/M/maldicion_sagrada_escritura.htm.
 19. Maldición. Wikipedia. Consulta en línea. <http://es.wikipedia.org/wiki/Maldición>. 11/4/2014.
 20. Book of Deuteronomy. Wikipedia. http://en.wikipedia.org/wiki/Book_of_Deuteronomy. Consulta en línea 16/4/2014.
 21. Maldiciones generacionales. Concepto, síntomas, ejemplos. <http://bajolalupadelabiblia.wordpress.com/2013/01/19/maldiciones-generacionales-concepto-sintomas-ejemplos-parte-2/>. Consulta en línea 11/4/2014.
 22. Bailliot M. Magie et sortilèges dans l'Antiquité romaine. París, Edit. Hermann; 2010.
 23. Califano M, Dasso MC, Fernández E. Las nociones del mal y el temor en las cosmovisiones aborígenes de América. Trabajos presentados al Simposio "La percepción del mal y la estructura del temor en las sociedades etnográficas". 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, Julio 2003. Departamento de Antropología Cultural. Archivos, Vol. II, N°1 – 2004.
 24. Curagueo D. Creencias religiosas mapuches. Revisión crítica de interpretaciones vigentes. *Revista Chilena de Antropología* 1989-1990 (8): 27-33.
 25. Cerbini F. Rituales para hacer «justicia». Maldiciones, invocaciones, yatiris y ofrendas para la libertad en la cárcel de San Pedro (La Paz, Bolivia). *Revista Española de Antropología Americana* 2012, 42, (2):489-514.
 26. Jabif E. La excomunión. El sigma.com. Consulta en línea 19/4/2014. <http://www.elsigma.com/historia-viva/la-excomunión/2728>.
 27. Piluky. La excomunión del hereje Spinoza. Consulta en línea 20/04/2014. <http://piluky.lacocoteler.net/post/2009/01/04/la-excomunion-del-hereje-spinoza>.
 28. Tabakian E. De Spinoza a Lacan. Revista de Cultura. Clarín.com. Consulta en línea 19/4/2014. http://www.revistaen.clarin.com/ideas/Spinoza-Lacan_0_715728447.html.
 29. Decreto de Excomunión contra el Cura Miguel Hidalgo. Consulta en línea 19/4/2014. <http://www.tulancingo.com.mx/excomunion/hidalgo.htm>.
 30. Cannon WB. "Voodoo" death. *American Anthropologist*, 1942, 44(2): 169-181.
 31. Morin E. El hombre y la muerte. Barcelona, Editorial Kairós; 1974.
 32. Del Búfalo E. La genealogía de la subjetividad. Caracas, Monte Ávila Editores; 1992.
 33. Nieves Ocaña MI. Las mujeres de Cien años de soledad. *Estudios Humanísticos*. Filología, Universidad de León, 1999 (21): 259-270.
 34. Solares B. Aproximaciones a la noción de imaginario. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 2006, 48, (198): 129-141.
 35. Lapoujade MN. Mito e imaginación a partir de la poética de Gaston Bachelard. *Revista de Filosofía*, Centro de Estudios filosóficos, Universidad del Zulia, Maracaibo, 2007 (57): 91-111.
 36. Ingala Gómez EA. Estructura y relación: filosofía trascendental en Gilles Deleuze y Jacques Lacan. Tesis Doctoral. Madrid, Facultad De Filosofía. Universidad Complutense de Madrid, 2012.
 37. Ortiz-Osés A. Visiones del mundo: interpretaciones del sentido. Bilbao, Universidad de Deusto, 2009.
 38. Baranger W. Fantasía, objetos y estructura psíquica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. En línea: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1950/168872471956010302.18/09/2013>.
 39. Giacaglia MA. Acerca del vacío y los sujetos. *Ciencia, Docencia y Tecnología* 2004, (29),(XV): 93-104.



Once anillos. El alma del éxito

Daniel Matusevich

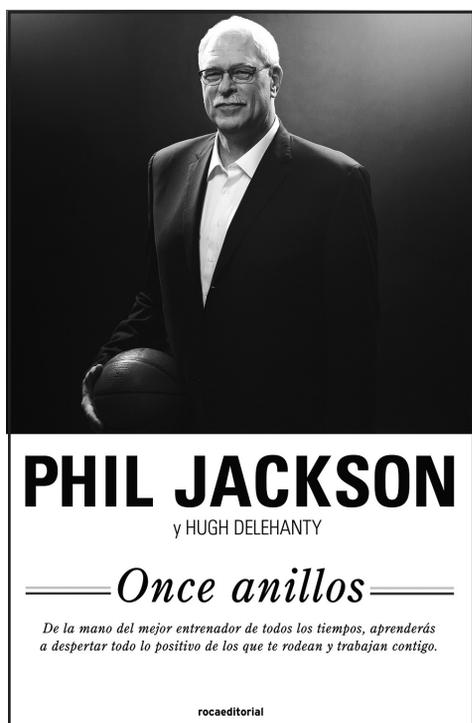
El campo de la salud mental está plagado de desafíos y complejidades que inevitablemente atribulan a todos aquellos dispuestos a recorrerlo. Probablemente uno de los retos más grandes con el que nos encontramos esté

constituido por el laberinto del trabajo en equipo; la variabilidad, los múltiples significados, el dilema etiológico y la gravedad de muchas de las patologías mentales a las que nos enfrentamos determinan que el trabajo grupal deba ser más la regla que la excepción en caso de que queramos arribar a un resultado satisfactorio tanto para nuestros pacientes como para nosotros.

Uno de los problemas radica en que la universidad no prepara al futuro psiquiatra para desarrollar tareas asistenciales de manera amplificada, más bien (con algunas honrosas excepciones) continúa haciendo casi un culto del trabajo individual, poniendo a la medicina en el altar de la ciencias solitarias, cuando la realidad clínica a la que tenemos que enfrentarnos es muchísimo más compleja.

Es habitual escuchar “equipo de salud mental”, prácticamente todas las instituciones psi están estructuradas en base a equipos; pero si nos detenemos un segundo a analizar la cuestión, de qué equipos hablamos cuando pronunciamos la frase “se trabaja en equipo”, cuál es el concepto central, cuál es la idea fuerza, cómo se constituye un verdadero equipo, cómo se lo organiza, cuál es la forma de empoderar a sus integrantes y, quizás la tarea más difícil de todas, cómo se lo sostiene a lo largo del tiempo, navegando en las procelosas aguas de la patología mental, donde han naufragado algunas de las ideas más innovadoras y creativas de cada época.

Creemos que Phil Jackson tiene bastantes elementos para aportar, y lo hace a través de varios libros que viene escribiendo en los últimos años, en los cuales prácticamente el tema excluyente es cómo gestionar equi-



Autores: Phil Jackson, High Delehanty
Roca editorial, 2014

pos exitosos en las condiciones más adversas y en los contextos más exigentes. Entrando en tema y contexto digamos aquí que estamos hablando de una persona que se dedica a ser técnico de básquetbol de la NBA (National Basketball Association de los Estados Unidos) y que ha conducido a algunos de los equipos más exitosos de la historia, nos estamos refiriendo a los Angeles Lakers (2000-2010) y sobre todo a los Chicago Bulls (1989-1998) del impar y exquisito Michel Jordan.

Nació en Montana, hijo de un ministro religioso de la religión Pentecostal, recibiendo una educación muy estricta y austera que lo marcó en forma indeleble; se destacó desde pequeño en los deportes, practicando béisbol, fútbol americano y básquetbol, ganando dos títulos regionales en su etapa de formación secundaria y universitaria. Jugó profesionalmente en los New York Knicks en la posición de alero, ganando dos títulos de la N.B.A. y destacándose más por su capacidad para entender el juego que por sus habilidades como jugador. Esta experiencia lo marcó ya que fue compañero de estrellas como Walt Frazier y Dave DeBusschere además de ser dirigido por el mítico Red Holzman.

La transición a técnico se dio de manera natural, reemplazando al todavía vigente Doug Collins al frente de los Bulls en la temporada 1989 y dando inicio a una dinastía que perdurará para siempre.

En la etapa universitaria abandonó rápidamente los estudios de ciencias políticas para especializarse en psicología, religión y filosofía oriental; estas tres disciplinas constituyen el corazón de su método (así como de sus libros) y una parte fundamental del texto que estamos comentando al punto que nuestro autor es conocido en el ambiente deportivo como el "Maestro Zen".

Vale la pena transcribir una respuesta que le da a Robert Álvarez para entender de manera cabal algunos de los rasgos más característicos de nuestro personaje: "...admito que no soy un experto en teoría del liderazgo, pero sí sé que el arte de transformar a un grupo de individuos jóvenes y ambiciosos en un equipo integrado de campeones no es un proceso mecánico. Consiste en un misterioso número de malabarismo que, además de exigir un conocimiento cabal de las seculares reglas del juego, necesita un corazón abierto, una mente despejada y una gran curiosidad sobre las modalidades del espíritu humano".

Esta experiencia se ve reflejada en las casi cuatrocientas páginas de *Once Anillos*, ya que a lo largo de los veintidós capítulos que lo componen encontramos desplegada una rara sensibilidad e inteligencia combinadas al servicio de la comprensión de los fenómenos grupales que se dan en equipos deportivos, pero que pueden ser

extrapolados claramente a cualquier tipo de situación grupal.

En este sentido vale la pena leer atentamente el capítulo nueve en el cual Jackson describe algunas de las características de los líderes grupales, realizando una interesante síntesis que combina algunos autores occidentales con la milenaria sabiduría oriental ("...Lao Tsé aconseja que los líderes practiquen para volverse más abiertos, el líder sabio sirve de ayuda; es receptivo, dócil y seguidor. La vibración de cada integrante del grupo domina y conduce, al tiempo que el líder sigue. Poco después es la conciencia del integrante la que se transforma y su vibración se resuelve... quería que fluyesen con la acción, del mismo modo que el árbol se inclina con el viento"). Otra influencia clave es la obra de Abraham Maslow y sus teoría acerca de la autorrealización que culminan en la famosa "pirámide" desarrollada por este autor; creemos significativo el rescate permanente de los valores espirituales de las relaciones en oposición "capullos que confinan a las personas", registrando de manera clara e inequívoca que lo sagrado se halla presente en lo cotidiano, en la vida de cada día siendo esta la gran lección de los verdaderos místicos.

A manera de resumen, Xavi García puntúa algunas de las ideas centrales que aparecen en *Once Anillos* y que por sí solas justifican darle una hojeada: hacer que los jugadores conecten consigo mismos, mantener el foco siempre en cómo conseguir lo mejor para el equipo, reconocer el poder de la intuición en la toma de decisiones estratégicas, empatizar y luego entender para desde ahí luego poder involucrar al jugador, la importancia radical de tener un sistema de juego del que te enamoras eternamente para poder contagiar esa convicción a todos tus jugadores, tener la capacidad de ser flexible, dialogar, aceptar y respetar los momentos vitales de cada uno de los miembros del equipo y entender al conflicto como señal de que algo necesita cambiar.

Transcribo algunas de las frases claves de la obra de Jackson:

"El privilegio de una vida es ser quien eres"

"No toques el saxofón, déjate tocar por él"

"La clave del éxito radica en la compasión"

"Ante la duda, no hagas nada"

"Fíjate en el espíritu más que en el marcador"

En resumen, un texto para leer, releer y tener subrayado, una verdadera guía para el trabajo grupal que creo que vale la pena conocer, aprovechando los aportes provenientes de otras fuentes o simplemente disfrutando de una obra amena de abordar, alejada de la obviedad de los manuales de autoayuda y cercana a la transferencia de experiencia de los maestros ■