

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA
117



EMBARAZO Y PSIQUIATRÍA

*Alba / Alkolombre / Ceccato / Girardi / Levín
Marengo / Mazaira / Pistani / Rodríguez / Zalzman*

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

Volumen XXV – Nº 117 Septiembre – Octubre 2014 – 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. Vegg, 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. Baremblit, 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 Matusevich, 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 Erasquin; 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.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXV Nro. 117 SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2014

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.

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

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
Artista: María Eggers Lan*

Título:
"Mujer buscando lugar donde parir"

Técnica: óleo sobre tela
1.20 x 1.80 m
Año 1998

e-mail: maria_mural@hotmail.com

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Riesgo de trastorno bipolar estudiantes universitarios con sintomatología depresiva elevada**
Claudio Andrés Lo Fiego, Adrián Eduardo Leiderman,
Alejandra Jesica Falduti, Ángeles Barrera,
Wanessa Lobos Alister pág. 325
- **Sobre el concepto de lucidez**
Daniel R. Martínez pág. 333
- **La enfermedad maníaco-depresiva: aspectos psicodinámicos y sintonía afectiva**
Christian Widakowich pág. 338

DOSSIER

EMBARAZO Y SALUD MENTAL pág. 344

- **Trastornos psiquiátricos del puerperio**
Silvina Mazaira pág. 347
- **Embarazo en mujeres afectadas por trastornos bipolares: conceptos para el manejo clínico-terapéutico**
Eliana Marengo pág. 357
- **Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad**
María Laura Pistani, Melina Bárbara Ceccato pág. 363
- **Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual**
Patricio Alba, Clara Rodríguez pág. 370
- **Maternidad durante el climaterio**
Graciela Girardi, Diana Zalzman pág. 377
- **El deseo de hijo en las parentalidades actuales: Infertilidad y técnicas reproductivas**
Patricia Alkolombre pág. 382
- **Vínculo temprano: Relación madre-bebé en las teorías de Donald Winnicott**
Alicia Rut Levín pág. 387

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **La edad de oro de la melancolía: André Du Laurens y su De las enfermedades melancoólicas**
Norberto Aldo Conti pág. 392

LECTURAS Y SEÑALES

- **Mortalidad**
Daniel Matusevich pág. 399

EDITORIAL



*El 16^o. Congreso Mundial de Psiquiatría de la **World Psychiatric Association (WPA)** tuvo lugar en Madrid del 14 al 18 de septiembre. El evento, que tuvo como organizadores locales a la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), en colaboración con la Sociedad Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Sociedad Portuguesa de Psiquiatría y Salud Mental (SPPSM), contó con una concurrencia que, según sus organizadores, ascendió a cerca de seis mil asistentes, entre los cuales una de las delegaciones extranjeras más numerosas fue la proveniente de la Argentina.*

Durante el evento asumió sus funciones el nuevo presidente de la entidad Dr. Dinesh Bhugra, del Reino Unido, profesor de Salud Mental y Diversidad Cultural, y se eligió a quien lo sucederá en el cargo para el periodo siguiente, responsabilidad que recayó en la profesora de psiquiatría Helen Herrman de Melbourne, Australia. Un dato importante para los colegas locales es que la Zona 5 de la WPA tendrá como representante ante la misma a nuestro colega, el Dr. Alfredo Cía, quien, hasta el presente, se desempeña como presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Ambas nominaciones son a destacar porque, además del reconocimiento por su permanente labor, marcan una presencia sostenida de los psiquiatras argentinos en el espacio de las organizaciones internacionales de especialistas, tanto a nivel regional como mundial.

En las sesiones del congreso se pudo comprobar que la especialidad continúa su producción científica en forma sostenida. Pero, más interesante aún fue observar el contenido temático de las cerca de trescientas mesas redondas, talleres y simposios que se presentaron a la consideración de los asistentes.

En efecto, junto a temas clínicos clásicos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar en adultos y niños, los trastornos depresivos, los trastornos por déficit de atención y el autismo, se destacó el número de trabajos en torno a los trastornos alimentarios, las adicciones y las conductas suicidas. Otros temas que abundaron en las presentaciones fueron los trastornos mentales provocados por los desastres naturales y por la represión política y la guerra. Hubo también presentaciones sobre la investigación neurobiológica, la historia de la especialidad, la lucha contra el estigma generado por las enfermedades mentales, la educación médica y la ética en psiquiatría.

Pero, no puede dejar de destacarse como muy llamativo -en comparación con eventos similares de las dos últimas décadas- la muy escasa proporción de contribuciones relativas a la terapéutica psicofarmacológica que ocuparon una ínfima parte del programa del congreso. Este fenómeno fue paralelo a la bajísima presencia de los laboratorios de la industria farmacéutica en su tradicional salón.

En contraste con la poca discusión psicofarmacológica se pudo asistir a una más alta presentación de trabajos en torno al tema de las psicoterapias, incluyendo el psicoanálisis, bastante ausente en anteriores ocasiones, los abordajes psicosociales y de rehabilitación de patologías de largo tratamiento y la atención primaria en salud mental.

Por último, se pudo asistir, en el área atinente a las nosografías, a siete simposios que trataron los diversos aspectos, criterios y desarrollos relativos a la actualización del Capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS); mientras que el interés por el DSM 5 estuvo casi ausente, a pesar de su reciente aparición, lo cual hacía suponer que despertaría un interés similar al de anteriores ediciones.

¿Estará cambiando la agenda de la psiquiatría de los próximos años? ■

Juan Carlos Stagnaro

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 2014

Vertex 113 / Enero - Febrero
DM5-5: LUCES Y SOMBRAS

Vertex 114 / Marzo - Abril
CULTURA Y PSIQUIATRÍA

Vertex 115 / Mayo - Junio
SUICIDIO Y PSIQUIATRÍA

Vertex 116 / Julio - Agosto
DEBATES EN PSIQUIATRÍA
INFANTOJUVENIL

Vertex 117 / Septiembre - Octubre
EMBARAZO Y SALUD MENTAL



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Riesgo de trastorno bipolar en estudiantes universitarios con sintomatología depresiva elevada

Claudio Andrés Lo Fiego

*Lic. en Psicología.
E-mail: claudiolofiego@hotmail.com*

Adrián Eduardo Leiderman

*Médico especialista en Psiquiatría.
Doctor en Psicología.*

Alejandra Jéssica Falduti

Estudiante de Psicología.

Ángeles Barrera

Lic. en Psicología.

Wanessa Lobos Alister

*Estudiante de Psicología.
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.*

Introducción

Diferenciar los trastornos del estado de ánimo se ha vuelto en el último tiempo un desafío para los profesionales, dada la expansión de criterios diagnósticos para los trastornos del espectro bipolar (1).

La distinción de un episodio depresivo unipolar de uno bipolar en una primera consulta resulta un desafío clínico que muchas veces es insuperable. Esto es evidenciado por el tiempo transcurrido desde la primera visita al psiquiatra hasta el diagnóstico de trastorno bipolar que llega a ser de 7 a 10 años (2). La aparición del primer episodio de manía o hipomanía es tardío y aparece, en promedio, 6 años y medio posterior a la eclosión del primer episodio depresivo (3, 4).

Un ensayo demostró que el 55% de quienes fueron mal diagnosticados de depresión unipolar desarrollaron episodios maníacos o hipomaníacos, mientras que el 23% se tornaron en cicladores rápidos, muy probablemente por el uso inadecuado de antidepresivos (5).

El trastorno depresivo unipolar es un trastorno con una prevalencia del 15% en la población mundial, con mayor presencia en las mujeres. La edad de inicio del trastorno bipolar es en promedio 10 años anterior a la edad de inicio del trastorno depresivo unipolar (6).

El objetivo de este estudio fue conocer el porcentaje de individuos con una posible depresión clínica que presenta conjuntamente riesgo de tener trastorno bipolar y analizar cuáles son los síntomas depresivos y las variables demográficas asociadas a dicho riesgo.

Métodos

Esta investigación fue de tipo transversal y correla-

cional. Se realizó una encuesta autoadministrada que fue respondida por alumnos de distintas carreras de la Universidad de Palermo (UP), la Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional del Centro (UNACE) y el Instituto Universitario Nacional de Arte (IUNA) durante el último semestre del año 2011. La investigación fue realizada por alumnos de la Facultad de Ciencias Sociales de la UP. Estos distribuían las encuestas al inicio de la clase. La muestra constó de 823 sujetos, con un rango de edad de 18 a 57 años. Los participantes contestaron la encuesta en un período de 10 minutos en presencia del investigador.

La encuesta estaba constituida por tres partes:

1. Cuestionario acerca de los datos demográficos del sujeto, elaborado ad hoc.

2. El Inventario de Depresión de Beck (BDI I) que es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 puntos con 4 opciones a elegir cada una, el cual arroja información sobre la presencia de sintomatología depresiva. Se otorga de 0 a 4 puntos en cada ítem según nivel de severidad sintomática (7). A efectos de este estudio se consideró que aquellos que tenían un puntaje superior o igual a 13 presentaban sintomatología compatible con depresión clínica, según lo observado en un estudio previo en población latina (8). Este inventario fue adaptado y validado para nuestro país por Bonicatto y colaboradores (9).

3. BSDS: La Escala de Diagnóstico del Espectro Bipolar (BSDS), fue creada por Ronald Pies, y luego refinada y validada por Ghaemi (10). Esta escala ha sido validada en la Argentina (1). La sensibilidad de esta escala es de 0.70 y tiene una especificidad de 0.89 (1). La sensibilidad que posee permite la detección no sólo de manía sino también de hipomanía permitiendo optimizar el diagnóstico de los trastornos del espectro bipolar. Esta

Resumen

Introducción: La presente investigación tiene como objetivo determinar si existe relación entre la sintomatología depresiva elevada y el riesgo de padecer trastorno bipolar en población universitaria, así como describir variables demográficas y preferencias de carrera asociadas con dichas variables. **Métodos:** Se tomó una muestra de 823 universitarios, a los cuales se les administró el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Diagnóstico del Espectro Bipolar. **Resultados:** Un 12.7% (n=106) presentó síntomas compatibles con depresión clínica y un 1.9% (n=16) presentó riesgo moderado o alto de trastorno bipolar. El 22.4% de los que tenían posible depresión clínica (puntaje ≥ 13 en el BDI) presentaron riesgo alto y moderado de trastorno bipolar. El 43.8% de los que presentaban alta probabilidad de tener trastorno bipolar realizó tratamiento psicofarmacológico y un 87.5% realizó un tratamiento psicológico. El 40% de los que tenía moderado y alto riesgo de tener trastorno bipolar estudiaba carreras artísticas. **Conclusión:** El porcentaje de universitarios con alto riesgo de trastorno bipolar es semejante a lo hallado en la bibliografía internacional. En las personas con altos niveles de depresión este riesgo aumenta estando 1 de cada 4 de ellos en riesgo de padecer trastorno bipolar.

Palabras claves: Sintomatología depresiva - Riesgo de trastorno bipolar - Universitarios - BSDS.

RISK OF BIPOLAR DISORDER OF UNIVERSITY STUDENTS WITH HIGH DEPRESSIVE SIMPTOMATOLOGY

Abstract

Introduction: This research aims to determine if there is a relation between high depressive symptoms and the risk of suffering from bipolar disorder in university students, as well as describing demographic variables and career preferences association with these variables. **Methods:** A self-survey was carried out with 823 students who were asked to fill out the Beck Depression Inventory and the Bipolar Spectrum Disorder Scale. **Results:** 12.7% of the population showed symptoms related to clinical depression while 1.9% presented either moderated or high bipolar disorder risk. The 22.4% of those who suffered from clinical depression showed high and moderated bipolar disorder risk. The 43.8% of those who showed high probability of suffering from bipolar disorder risk received psychopharmacological treatment and 87.5% received psychological treatment. The 12.5% of those who were detected as probable bipolar patients never received any treatment, 40% of them were studying an artistic career. **Conclusion:** The percentage of college students at high risk of bipolar disorder is similar to what have been found in the international literature. In people with high levels of depression symptomatology the risk increases being one in four of them at risk for bipolar disorder.

Keywords: Depressive symptoms - Bipolar disorder risk - University students - BSDS.

escala cuenta con dos sesiones: La primera parte incluye una serie de 19 oraciones que describen los principales síntomas del espectro bipolar. Cada oración está unida a un espacio en blanco, que es completado por los sujetos quienes deciden si la afirmación es una descripción exacta de sus sentimientos o comportamientos. A cada afirmación seleccionada se le asigna un punto. La segunda parte del BSDS solicita al sujeto que seleccione hasta qué grado la narración de 19 ítems coincide con su propia experiencia. La escala ofrece cuatro posibilidades: "esta historia me describe muy bien, o casi perfectamente" (6 puntos), "esta historia me describe bastante bien" (4 puntos), "esta historia me describe hasta cierto punto, pero no en la mayoría de los aspectos" (2 puntos), y "esta historia no me describe realmente en absoluto" (0 puntos). El puntaje otorgado por el BSDS oscila entre 0 y 25 puntos.

El estudio original de validación asigna un valor de diagnóstico para facilitar su interpretación clínica: un registro total de 20 a 25 puntos indica que el trastorno bipolar es altamente probable; de 13 a 19 puntos, moderada probabilidad; de 7 a 12 puntos, baja probabilidad y de 0 a 6 puntos, el diag-

nóstico de trastorno bipolar es altamente improbable (1).

A efectos del análisis en nuestro estudio se dicotomizó las variables de riesgo en riesgo probable (riesgo moderado o alto) y riesgo no probable (riesgo bajo o nulo).

La información que se recabó en las encuestas administradas, fueron plasmadas sobre una base de datos, utilizando una planilla del programa Excel. Luego se utilizó el programa SPSS 17.0 para el cruce de variables y análisis estadístico de la información.

Resultados

Las características de la muestra se encuentran en la Tabla 1.

Prevalencia de riesgo de depresión clínica y de trastorno bipolar

En el presente estudio se halló que el 12.7% de los encuestados tiene una sintomatología compatible con riesgo de depresión clínica (BDI \geq 13). Aquellos que tienen una sintomatología compatible con depresión clínica toman más psicofármacos y realizan más tratamientos

Tabla 1. Características de la muestra encuestada (n=823).

Variables demográficas y socioeconómicas	Población Total (n=823)
	%
Sexo	
Femenino	54.6
Masculino	44.7
Estado civil	
Soltero	82.4
Casado/Conviviente	13.6
Divorciado/Separado	2.9
Viudo	0.1
Hijos	
Sí	9.8
No	91.2
Trabaja	
Sí	50.1
No	49.6
Tratamiento Psicológico	
Sí	36.3
No	63.1
Tratamiento Farmacológico	
Sí	9.6
No	88.8
Carrera que estudia	
Ciencias Sociales	26.2
Ciencias Económicas	20.3
Carreras artísticas	16.1
Diseño y comunicación	14.6
Derecho	10.2

psicoterapéuticos que los que no tienen dicha severidad sintomatológica (22.4% vs. 7.6%, $X^2(1)=22.05$, $p<0.001$; 45.9% vs. 34.7%, $X^2(1)=4.6$, $p=0.03$, respectivamente).

Un 1.9% ($n=16$) presentan riesgo de tener trastorno bipolar, ya sea alto (0.1%) o moderado (1.8%), mientras que 7.6% tiene un riesgo bajo ($n=62$) y el 90.5% ($n=739$) un riesgo nulo. Aquellos que tienen un riesgo alto o moderado toman en mayor proporción psicofármacos o hacen psicoterapia en relación a los que tienen un riesgo bajo o nulo (43.7% vs. 8.9%, $X^2(1)=21.6$, $p<0.001$; y 87.5% vs. 35.3%, $X^2(1)=18.4$, $p<0.001$, respectivamente)

Asociación entre sintomatología depresiva y riesgo de tener trastorno bipolar

Existe una correlación estadísticamente significativa entre la severidad de la sintomatología depresiva y el puntaje de riesgo de presentar trastorno bipolar ($r=0.47$, $p<0.001$).

El 22.4% de los que tenían posible depresión clínica (BDI \geq 13) presentaron riesgo alto y moderado de trastorno bipolar.

Aquellos que tenían un puntaje en la BSDS que mostraba un riesgo moderado o alto de trastorno bipolar tuvieron un puntaje en la BDI mayor que aquellos cuyo riesgo de trastorno bipolar era bajo o nulo (13.2 ± 5.7 vs. 6.25 ± 5.4 ; $Z=4.3$; $p<0.001$).

Este aumento de sintomatología se observó tanto en

la dimensión cognitiva afectiva de la escala BDI (5.86 ± 3 vs. 2.57 ± 2.8 ; $Z=4.4$; $p<0.001$) así como en la dimensión somática (7.33 ± 3.9 vs. 3.67 ± 3.2 ; $Z=3.6$, $p<0.001$).

Las personas que presentaron riesgo probable para trastorno bipolar tenían una prevalencia mayor de síntomas compatibles con depresión clínica (60%) que los que no presentaron riesgo (11.7%, $X^2(1)=30.8$; $p<0.001$).

Diferencias en severidad de sintomatología depresiva entre los individuos con o sin riesgo probable de trastorno bipolar

No existían diferencias en edad, sexo, estado civil, estatus laboral o presencia de estrés entre los que tenían riesgo de tener trastorno bipolar con los que no tenían dicho riesgo ($t(807)=1.6$, $p=0.1$; $X^2(1)=0.01$, $p=0.9$; $X^2(2)=5.27$, $p=0.07$ y $X^2(1)=0.001$, $p=0.97$; $X^2(1)=0.03$, $p=0.86$, respectivamente).

Las personas que tenían riesgo de trastorno bipolar tuvieron mayor severidad sintomatológica específicamente en los ítem de la BDI de pesimismo, insatisfacción, culpabilidad, castigo, disgusto, autoacusación, ideas suicidas, aislamiento, indecisión, imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga y pérdida de interés sexual. En cambio, no hubo diferencias sintomatológicas en tristeza, fracaso, irritabilidad, llanto, pérdida de apetito, pérdida de peso y preocupación somática (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias sintomatológicas en los ítems del Inventario de Depresión de Beck I (BDI I) entre los que tienen o no riesgo de trastorno bipolar.

Ítem de la BDI I	Prueba y probabilidad estadística
Tristeza	$Z=-1.5$ $p=0.12$
Pesimismo	$Z=-3.1$ $p<0.001$
Fracaso	$Z=-0.9$ $p=0.36$
Insatisfacción	$Z=-3.6$ $p<0.001$
Culpabilidad	$Z=-5.4$ $p<0.001$
Castigo	$Z=-3.1$ $p=0.002$
Disgusto	$Z=-2.3$ $p=0.016$
Autoacusación	$Z=-2.9$ $p=0.03$
Ideas suicidas	$Z=-2.5$ $p=0.01$
Llanto	$Z=-1.5$ $p=0.12$
Irritabilidad	$Z=-0.9$ $p=0.3$
Aislamiento	$Z=-3.7$ $p<0.001$
Indecisión	$Z=-2.3$ $p=0.019$
Alteración de la imagen corporal	$Z=-5.5$ $p<0.001$
Dificultad laboral	$Z=-3.9$ $p<0.001$
Insomnio	$Z=-2.1$ $p=0.034$
Fatiga	$Z=-2.4$ $p=0.014$
Pérdida de apetito	$Z=-0.04$ $p=0.96$
Pérdida de peso	$Z=0.06$ $p=0.94$
Preocupación somática	$Z=0.34$ $p=0.72$
Pérdida de interés sexual	$Z=-3.2$ $p<0.001$

Nota: La prueba estadística es la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En el caso de diferencias, la mayor severidad la tenían los individuos con riesgo de tener trastorno bipolar.

Asociación entre sintomatología depresiva y riesgo de trastorno bipolar con la elección vocacional

No hallamos asociación entre la elección de una carrera universitaria humanística (facultades de arte, ciencias sociales, diseño y comunicación y educación) y el riesgo de tener depresión clínica o trastorno bipolar ($X^2(1)=2.49$, $p=0.11$ y $X^2(1)=0.57$, $p=0.45$, respectivamente).

Tampoco hallamos asociación entre la elección de una carrera artística y el riesgo de tener depresión clínica ($X^2(1)=0.36$; $p=0.54$). En cambio, si hallamos asociación entre la elección de carreras artísticas específicamente y el riesgo de trastorno bipolar. El 40% de los que tenían riesgo moderado y alto de tener trastorno bipolar habían elegido una carrera artística (6/15) vs. el 18% de los que tenían riesgo bajo o nulo (123/671) ($X^2(1)=6.5$; $p=0.01$).

Discusión

En el presente estudio se halló que un 12.7% de la población universitaria presentó síntomas compatibles con depresión clínica y un 1.9 % presentó riesgo de tener trastorno bipolar alto o moderado.

La prevalencia de posible depresión clínica está en consonancia con lo hallado en otros trabajos (10). En la ciudad de Buenos Aires, en población general se halló probable depresión clínica en un 20.6% de las mujeres y 19.6% de los hombres (11). Sin embargo, un estudio anterior en nuestro país en 5000 jóvenes de 18 años que se presentaron a la consulta médica del servicio militar (es decir en una franja etaria similar a la de nuestro estudio) halló que un 4% de ellos tenían riesgo de presentar depresión (12). Algunos estudios hallaron una tasa de prevalencia semejante a la hallada en nuestro estudio (13, 14, 15) mientras que otras investigaciones en población universitaria de otros países han dado tasas de prevalencia de depresión más elevadas que van desde el 25% a casi el 50% (16, 17, 18, 19). Posiblemente, esta diferencia se deba al tipo de instrumento utilizado. Varios estudios señalan que los cuadros depresivos en universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general y grupo etario correspondiente (14, 20, 21, 22), incluso mayor a países en desarrollo donde se registran tasas más elevadas (23). En el ámbito universitario, por sus características complejas que exigen nuevas formas de comportamiento para enfrentar situaciones nuevas, existen una serie de factores estresantes que podrían generar depresión (17).

En relación a las tasas de prevalencia del trastorno bipolar, desde la década del noventa a la actualidad, diferentes trabajos sugieren un incremento de las mismas. Las tasas de prevalencia del trastorno bipolar varían en los diferentes estudios epidemiológicos.

Según datos de la *U. S. National Comorbidity Survey Replication* (en el año 2007), la prevalencia estimada es del 1% para el trastorno bipolar tipo I, 1.1% para el tipo II, y del 2.4% para los síntomas subumbrales del trastorno bipolar (25, 26). Otros autores han elevado la prevalencia a lo largo de la vida del "espectro bipolar" a 5.5% (26, 27, 28, 29, 30). En general, puede afirmarse

que entre el 3 y 6% de la población desarrolla alguna forma leve de bipolaridad, incluyendo la hipomanía leve o breve o la ciclotimia (31, 32, 33). En nuestro trabajo, se halló un riesgo de casi el 2% en la población universitaria con un promedio de edad similar al de otros estudios (34, 35).

En el presente trabajo se halló que el 22.4% de los que tenía posible depresión clínica presentaron riesgo alto y moderado de trastorno bipolar. Algunas investigaciones confirmarían una alta relación entre dichos trastornos obteniendo cifras prácticamente iguales a las reportadas en nuestro estudio. En un estudio realizado en Francia se encontró que el 22% de los pacientes con depresión mayor podían ser caracterizados como pacientes de trastorno bipolar tipo II debido a sus antecedentes de hipomanía. Incluso, en un estudio ulterior sobre los mismos sujetos, se mostró que este diagnóstico podía extenderse al 40% de ellos sobre la base de una evaluación en profundidad e información colateral; en el mismo trabajo se comprobó que sólo el 6% padecía un trastorno bipolar tipo I (36).

Otra investigación halló que el 24% de los pacientes inicialmente diagnosticados de depresión unipolar obtuvieron un diagnóstico positivo para trastorno bipolar con el MDQ (37). Similares resultados se hallaron en otros estudios donde pacientes deprimidos presentaron trastorno bipolar (38, 39, 40).

Del total de la muestra el 36% recibió tratamiento psicoterapéutico y el 9.5% tratamiento con psicofármacos. Estas cifras demuestran que esta población universitaria recibió tratamiento psicológico en un porcentaje mayor en relación a la población general si lo comparamos con un estudio en población general que revela que 22.4% de los encuestados están en tratamiento psiquiátrico o psicológico, y el 8.6% de ellos se encuentran en tratamiento psicofarmacológico (41). Otro estudio ha reportado porcentajes diferentes siendo alrededor del 12% el porcentaje de alumnos de medicina que habían realizado tratamiento psicológico o psiquiátrico (42).

En nuestro estudio no observamos diferencias en edad, sexo, estado civil, estatus laboral o presencia de estrés entre los que tenían riesgo de tener trastorno bipolar con los que no tenían dicho riesgo.

Lo hallado en relación a sexo condice con lo hallado en trastorno bipolar I donde en general no se han encontrado diferencias de género pero no con el trastorno bipolar II donde se observa una mayor prevalencia en mujeres (43).

En relación al estado civil, existen estudios que demuestran que la tasa de prevalencia del trastorno bipolar fue menor en las personas casadas, mientras que en solteros y divorciados la tasa de prevalencia fue varias veces superior (35). La variable estado civil, se estima que puede modificarse en presencia del trastorno bipolar más que actuar como factor predisponente o desencadenante del mismo (44).

Hemos observado ciertas diferencias en la sintomatología depresiva entre quienes tenían riesgo de tener trastorno bipolar o no.

Si bien los síntomas depresivos son característicos tanto del trastorno depresivo mayor y los trastornos del

espectro bipolar, no hay un acuerdo establecido sobre la existencia de rasgos distintivos o síntomas depresivos específicos que distingan las 2 afecciones (45). Sin embargo, se han realizado estudios con población clínica en donde se apreció que los síntomas depresivos como ganancia de peso, aumento de apetito, hipersomnia, desvalorización, agitación psicomotriz, disminución de la capacidad para concentrarse e irritabilidad son mucho más comunes en pacientes que han sido diagnosticados con un trastorno del espectro bipolar (46, 47).

Algunos autores (30, 48, 49, 50) afirman que los pacientes con depresión unipolar que sufren de un trastorno bipolar ya diagnosticado o que posteriormente evolucionaron hacia un trastorno bipolar presentan con mayor frecuencia uno o más de los llamados síntomas "atípicos" de depresión, tales como hipersomnia, hiperfagia y aumento de peso; sin embargo en el presente estudio no presentaron ninguno de los síntomas mencionados las personas con riesgo alto y moderado de riesgo bipolar. Es posible que la diferencia hallada en nuestro estudio obedezca más a razones etarias de la muestra.

La irritabilidad es considerada, por algunos autores, como un síntoma que puede orientar en un paciente deprimido a considerar un trastorno bipolar (46, 51, 52). No obstante, en nuestro estudio no se observó un aumento significativo de la severidad de este síntoma en las personas que tenían un riesgo de tener trastorno. En esta investigación se observó una disminución de interés sexual en los individuos con alto riesgo de trastorno bipolar. Este síntoma es considerado primordial en el trastorno bipolar siendo los cambios del deseo sexual frecuentes en las distintas fases en un sentido u otro (53). Parece importante tener presente estos síntomas dado lo contrastante que son en las dos fases del trastorno bipolar y a la vez son de mayor expresividad en la depresión bipolar que unipolar.

El riesgo de suicidio parece ser más elevado en la depresión bipolar que en la unipolar (30, 46, 54, 55) Esto guarda relación con lo hallado en nuestro estudio en el cual los sujetos con mayor riesgo de trastorno bipolar tenían también una mayor severidad en ideas suicidas.

Otro hallazgo relevante ha sido la asociación entre la elección de carreras artísticas específicamente y el riesgo de trastorno bipolar. El 40% de los que tenían riesgo moderado y alto habían elegido una carrera artística vs. el 18% de los que tenían riesgo bajo o nulo, no observándose dicha asociación entre la elección de una carrera artística y el riesgo de tener depresión clínica. La asociación hallada entre la elección de carreras artísticas y el riesgo nos lleva a pensar en la creatividad como elemento común. La creatividad, es la capacidad de generar un pensamiento original, es la generación de nuevas ideas, o de hallar asociaciones únicas entre conceptos conocidos, capacidad para encontrar conexiones nuevas e inesperadas que habitualmente producen soluciones originales. En un contexto artístico, la creatividad se manifiesta en la capacidad de la obra para diferenciarse de lo previamente existente y en su poder evocador de emociones.

En otros contextos no artísticos (científico, pedagógico, etc.), la creatividad se pone de manifiesto en lo que genera una idea y la virtud de ésta al dar respuesta a alguna necesidad.

Las primeras investigaciones buscando esta asociación afirman que la fase hipomaniaca y en la ciclotimia contribuirían a una mayor creatividad (56). Ello es porque se produce un incremento de energía, confianza y actividad (57), fenomenológicamente, las características emocionales, cognitivas y perceptivas de los estados hipomaniacos son las que en mayor grado comparte el pensamiento creativo (58).

Buscando esta asociación entre el trastorno bipolar y la creatividad, distintas investigaciones han confirmado dicha relación (59, 60), así como la mayor frecuencia de depresión y trastorno bipolar en artistas (61, 62, 63).

Nuestro estudio tiene ciertas limitaciones: la muestra fue intencional no probabilística, lo que puede restarle representatividad. Sin embargo, el número de la muestra permite disminuir este sesgo. Por otra parte, debemos ser cautos al considerar los diagnósticos mencionados. Las escalas utilizadas en nuestro estudio revelan el riesgo de tener trastornos, pero no son escalas diagnósticas.

Nuestro estudio ha permitido mostrar que existen posiblemente ciertas características clínicas asociadas con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno bipolar. La identificación de estos pacientes de alto riesgo permitiría tomar medidas específicas, tales como controles más frecuentes, monitorizar la aparición de síntomas de hipomanía o de ánimo mixto, y derivar oportunamente a los expertos si se sospecha que hay características sugerentes de bipolaridad. Esto último es particularmente importante si se consideran los hallazgos recientes que confirman que el tratamiento de la depresión bipolar y la unipolar serían muy diferentes (64).

La tasa de prevalencia de depresión hallada en la población universitaria de nuestro país nos debe hacer considerar este diagnóstico en esta población. La depresión está asociada con el abandono de los estudios así como con un bajo rendimiento académico (65). Por otra parte, el 62 % de los depresivos manifiestan no poder pedir ayuda, lo que significaría no contar con las destrezas adecuadas para lidiar con la depresión agravando así su situación (66).

Sería provechoso tener en cuenta esta información para mitigar dichas consecuencias y permitir una mejor calidad de vida en ese momento de la existencia.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración técnica de: Gisela Labreau, Lic. en Sociología y Maria Rato, Lic. en Psicología.

Aclaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

- Vázquez G, Romero E, Fabregues F, Pies R, Ghaemi N, Mota-Castillo M. Screening for bipolar disorders in Spanish speaking populations: sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale -Spanish version- (BSDS-S). *Compr Psychiatry* 2010; 51 (5): 552-6.
- Hirschfeld R, Lewis L, Vornik L. Perception and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of a national depressive and manic depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 161-174.
- Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22 (3): 517-34.
- Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of a diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59 (1): 5-30.
- Ghaemi S. Cade's disease and beyond: misdiagnosis, antidepressant use and prop? Definition for spectrum bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 124-134.
- Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Panamericana; 1999.
- Beck A, Steer R, Brown G. BDI-II: Inventario de Depresión de Beck. Barcelona: Paidós; 2006.
- Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Diez-Manrique FJ, Dowrick CF. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord* 2000; 57: 261-265.
- Bonicatto S, Dewa M, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res* 1998; 79: 277-285.
- Ghaemi S, Miller C, Berv D, Klugman J, Rosenquist K, Pies R. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord* 2005; 84: 273-7.
- Cano Vindel A, Salguero J, Mae Wood C, Dongil E, Latorre J. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo* 2012; 33 (1): 2-11 Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>.
- Leiderman E, Lolich M, Vázquez G, Baldessarini R. Depression: Point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *J Affect Disord* 2011; 30: doi:10.1016/j.jad.2011.09.032.
- Casullo MM, Pérez M. Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición. (BDI-II). Buenos Aires: Paidós; 2003.
- Agudelo Vélez DM, Casadiegos Garzón CP, Sánchez Ortiz DL. Relación entre esquemas mal adaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Univ Psychol Bogotá* 2009; 8 (1): 87-104.
- Riveros QM, Hernández VH, Rivera BJ. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI* 2007; 10 (1): 91-102.
- Barradas A. Depresión y consumo de alcohol en estudiantes del ITV [Internet] Congreso Academia Journal 2010; VII (9). Disponible en: <http://chiapas.academiajournals.com/downloads/CHIS%20SALUD.pdf.pdf>.
- Miranda Bastidas CA, Gutiérrez Segura JC, Bernal Buitrago F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la universidad del Valle. *Rev Colomb Psiquiatr* 2000; 29 (3).
- Amézquita M, Gonzáles R. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Rev Colomb Psiquiatr* 2003; 32: 341-356.
- Arrivillaga Quintero M, Cortés García C, Goicochea Jiménez VL, Lozano Ortiz TM. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Univ Psychol Bogotá* 2004; 3 (1): 17-26.
- Ferrel Ortega R, Barros O, Hernández Cantero O. Depression and socio demographic factors associated with college students of health sciences from a public university. *Psicología desde el Caribe* 2001; 10 (27).
- Czernik S, Jiménez S, Morel M, Almirón L. Variables socio-demográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de Corrientes, Argentina. *Alceon* 2006; 13: 64-73.
- Czernik GE, Dabski MF, Canteros JD, Almirón LM. Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2006; 162: 1-4.
- Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: incidencia y factores asociados. *Revista Biomédica* 200; 22: 407-416.
- Cova F, Alvial W, Arod M, Bonitette A, Hernández M, Rodríguez C. Mental health problems in students from the university of Concepción. *Terapia Psicológica* 2007; 25: 105-112.
- Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241 (4): 247-258.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (6): 617-627.
- Angst J. Epidemiology of the bipolar spectrum. *Encephale* 1995; 21 Spec (6): 37-42.
- Regeer EJ, ten Have M, Rosso ML, Hakkaart-van Roijen L, Vollebergh W, Nolen WA. Prevalence of bipolar disorder in the general population: a reappraisal study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110 (5): 374-382.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 543-52.
- Akiskal HS, Vázquez GH. Widening the borders of the bipolar disorder: validation of the concept of bipolar spectrum. *Vertex* 2006; 17 (69): 340-6.
- Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005; 85: 245-58.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276 (4): 293-299.
- Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50 (2-3): 143-151.
- GoiKolea JM, Colom F, Martínez Aran A, Sánchez Moreno J, Giordano A, Vieta E, et al. Clinical and prognostic implications of seasonal pattern in bipolar disorder: a 10 year follow up of 302 patients. *Psychol Med* 2007; 37 (11): 1595-1599.
- Young LT, Bagby MR, Cooke RG, Parker JDA, Levitt AJ, Joffe RT. A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar patients and unipolar depression. *Psychiatry Res* 1995; 58: 139-43.
- Vieta Pascual E, Gastó Ferrer C. Trastornos bipolares. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- Akiskal HS. The Dark Side of Bipolarity: Detecting Bipolar Depression in its Pleomorphic Expressions. *J Affect Disord* 2005; 84 (2-3): 107-115.
- Sánchez Moreno J. Programa de Trastornos Bipolares del Hospital Clinic de Barcelona, estudio "Screening de trastorno bipolar en los pacientes con depresión atendidos en las consultas psiquiátricas en España". En: 16º Congreso Europeo de Psiquiatría. Niza, Francia; 2008.
- Benazzi F. Prevalence and clinical correlates of residual depressive symptoms in bipolar II disorder. *Psychother psychosom* 2001; 70: 232-238.
- Serretti A, Mandelli C, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E. Cli-

- nical and demographic features of mood disorder subtypes. *Psychiatry Res* 2002; 112 (3): 195-210.
41. Judd L, Akiskal HS, Maser JD, Zeller P, Endicott C, Coryell W, Keller M. A prospective investigation of the natural history of long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60, 261-269.
 42. Leiderman E. Prevalencia de sintomatología psicótica en la población general de la Ciudad de Buenos Aires. En: XXVI Congreso Argentino de Psiquiatría. Mar del Plata, Argentina; 2009.
 43. Joffre-Velázquez V, Martínez-Perales G, García-Maldonado G, Sánchez-Gutiérrez de Lara. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Alcmeon* 2007; 14 (1): 86-93.
 44. Burt VK, Rasgon N. Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar Disord* 2004; 6: 2-13.
 45. Montaña I. La terapia cognitiva y otras intervenciones psicosociales en el manejo integral de los trastornos bipolares. *Avances en psiquiatría biológica* 2006; 7.
 46. Weinstock LM, Strong D, Uebelacker LA, Miller IW. Differential item functioning of DSM-IV depressive symptoms in individuals with a history of mania versus those without: an item response theory analysis. *Bipolar Disord* 2009; 11 (3): 289-297.
 47. Benazzi F. Symptoms of depression as possible. Switching markers of bipolar II disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30 (3): 471-477.
 48. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (8): 791-798.
 49. Ghaemi S, Saggese J, Goodwin F. Diagnosis of Bipolar Deression. In: Mallakh R, Ghaemi S, editors. USA: American Psychiatric Publishing Inc; 2006; p. 3-36.
 50. Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F, Malhi GS, Mitchell P, Phelps J, et al. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: A summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. *Bipolar Disord* 2008; 10: 117-28.
 51. Bowden CA. Different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord* 2005; 84: 117-25.
 52. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RM. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord* 2008; 10: 144-52.
 52. Schneck CD. Mixed depression: the importance of rediscovering subtypes of mixed mood states. 2009; 166: 127-30.
 53. Vieta E. VII Curso Internacional de Sexualidad y Salud Mental Salamanca. Salamanca, España; 2013.
 54. Bottlender R, Jäger M, Strauss A, Möller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 5: 257-61.
 55. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 896-9.
 56. Andreasen NC. Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* 1987; 144 (10): 1288-92.
 57. Richards RL, Kinney D, Lunde I, Benet M, Merzel A. Creativity in manic-depressives, cyclothymes, their normal relatives and control subjects. *J Abnorm Psychol* 1988; 97: 281-288.
 58. Barrantes-Vidal N, Vieta E. Creatividad y Bipolaridad. Barcelona: Mra Ediciones; 2001.
 59. MacCabe J, Lambe M, Cnattingius S, Sham P, David A, Reichenberg A, et al. Excellent school performance at age 16 and risk of adult bipolar disorder: national cohort study. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 109-115.
 60. Kyaga S, Lichtenstein P, Boman M, Hultman C, Långström N, Landén M. Creativity and mental disorder: family study of 300,000 people with severe mental disorder. *Br J Psychiatry* 2011; PMID: 21653945.
 61. Akiskal H. Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
 62. Akiskal HS, Akiskal KK, Perugi G, Toni C, Ruffolo G, Tusini G. Bipolar II and anxious reactive "comorbidity": toward better phenotypic characterization suitable for genotyping. *J Affect Disord* 2006; 96 (3): 239-247.
 63. Simeonova D, Chang K, Strong C, Keiter T. Creativity in familial bipolar disorder. *Psychiatric Res* 2005; 39 (6): 623-631.
 64. Leyton F, Barrera A. Bipolar depression and unipolar depression: differential diagnosis in clinical practice. *Rev Med Chile* 2010; 138: 773-779.
 65. Eisenberg J. "Correlational research about depression and dropping out of college". University of Michigan Medical School; Michigan, USA. 2009.
 66. Schwenk T. Depression at University. University of Michigan Medical School. *JAMA* 2009.

Sobre el concepto de lucidez

Daniel R. Martínez

*Médico psiquiatra; Doctor de la Universidad de Buenos Aires,
Hospital Borda; Universidad del Salvador.
E-mail: drmartinez@intramed.net*

Los conceptos de conciencia y lucidez en psiquiatría

Lo que habitualmente denominamos conciencia, o sea la capacidad que tiene un individuo de darse cuenta de sí mismo y de su entorno, ha generado innumerables controversias en la historia de la filosofía (1). Del mismo modo, el concepto ha tenido un sinuoso recorrido a lo largo de la tradición psiquiátrica (2, 3). Recién a partir de Griesinger, en el siglo XIX, se sientan las bases para fijar una noción psiquiátrica de conciencia con la suficiente aceptación en el desarrollo posterior de la disciplina.

Griesinger considera la conciencia como un “espacio vacío” donde, a partir de las sensaciones, se producen representaciones de diferente vigor, precisión y claridad, que se relacionan de acuerdo con las leyes de la asociación de ideas (4). A partir de esta concepción, Krafft-Ebing elabora el concepto de “estado crepuscular” (5) y Kraepelin extiende el concepto de “claridad” (*Klarheit*) a la conciencia en su conjunto, en lugar de restringirlo a representaciones particulares como hacía Griesinger (6).

Resumen

El concepto de lucidez o claridad de conciencia ha tenido un significado estable durante más de cien años. Esta noción que surge con Kraepelin es la base de las teorías actuales sobre alteraciones de la conciencia. Sin embargo, han aparecido en Buenos Aires dos definiciones alternativas de lucidez (Portnoy, Marietán) que producen desconcierto debido a su solapamiento conceptual. En el presente trabajo se revisa la definición del concepto de lucidez en los principales tratados de la especialidad con el objeto de discutir ambas propuestas y se formula además una clasificación de los trastornos de conciencia que sigue el criterio canónico de lucidez.

Palabras clave: Lucidez - Claridad de conciencia - Conciencia - Sensorio - Trastornos de conciencia.

ON THE CONCEPT OF LUCIDITY

Abstract

Kraepelin's concept of clarity of awareness (lucidity) had a stable signification during more than hundred years. It is the basis of most of current theories of disturbed consciousness. However, two alternative definitions that arise in Buenos Aires produce confusion due to their conceptual overlap. We discuss these definitions and propose a classification of disorders of consciousness that rely on traditional point of view.

Key words: Lucidity - Clarity of awareness - Consciousness - Sensorium - Disorders of consciousness.

De acuerdo con Hamanaka, la concepción de Kraepelin será la base de la mayor parte de las teorías actuales sobre alteraciones de la conciencia en neuropsiquiatría (3). Por otra parte, esta noción será retomada en la *Psicopatología General* de Karl Jaspers, quien, a su vez, hará un análisis minucioso de la actividad consciente en su conjunto (7, 8).

Jaspers define la conciencia de dos formas diferentes. En primer lugar, enumerando sus significados fundamentales, distingue el carácter subjetivo de la experiencia, la intencionalidad o referencia al objeto y, por último, la autoconciencia. En segundo lugar, adopta su famosa definición sobre el estado de conciencia como la totalidad de la vida psíquica momentánea, es decir, lo define como el conjunto de los fenómenos psíquicos (los contenidos de la conciencia) en el aquí y ahora (9). Jaspers utiliza la conocida analogía del teatro para ilustrar este concepto¹: la conciencia sería como un escenario en el que se mueven los fenómenos psíquicos particulares.

Ahora bien, el acto consciente requiere que los fenómenos psíquicos tengan una claridad adecuada y esta claridad se denomina lucidez. En palabras de Jaspers se llama "*lucidez al estado de conciencia en que los contenidos, en ausencia de un afecto intenso, poseen la claridad y la pureza medias, en que el curso de la vida psíquica es ordenada y dependiente de representaciones de fines*" (9). La lucidez se refiere entonces a la claridad de los contenidos de la conciencia independientemente de que estos tengan un referente real o imaginario. Como signos objetivos de lucidez menciona la orientación, la capacidad de reflexionar sobre los problemas y la de percatarse de algo.

Para que no queden dudas sobre este concepto de lucidez, Jaspers agrega de manera contundente: "*Si el estado total de la vida psíquica en los individuos está en líneas generales intacto -individuos que por lo demás pueden presentar las perturbaciones psíquicas más graves: ideas delirantes, alucinaciones, transformación de su personalidad- solemos decir: el enfermo está lúcido*" (9). Podemos añadir, como señala Scharfetter, que "*la lucidez² está íntimamente vinculada al grado de vigilancia. Tan sólo un sujeto despierto dispone de funciones claramente perceptivas, cognitivas, intelectuales y mnésicas*" (10).

Esta concepción de lucidez forma parte de la raigambre psiquiátrica europea (11-17), cuya influencia ha sido notoria en nuestro país (ver p. ej., 18-21). A modo de ilustración podemos citar el apartado que dedica Bleuler al concepto de lucidez en su *Tratado de Psiquiatría* (11):

"... En los estados lúcidos no existe alteración alguna de la conciencia y la capacidad de orientación es buena. Un melancólico inhibido es capaz de pensar y de orientarse normalmente: se dice de él, por lo tanto, que está lúcido. La mayoría de los estados crónicos de esquizofrenia, aun cuando los enfermos obren en ocasiones del modo más absurdo, no carecen de lucidez, pues en tales casos la función de pensar se realiza en su mayor parte correctamente, la capacidad de

orientación es buena y se halla conservada la capacidad de poder entenderse acerca de ciertos asuntos con el paciente..."

Una noción similar de lucidez vamos a encontrar también en la bibliografía latinoamericana (22, 23) y de los EEUU (24, 25), aunque en este país el término *lucidity* se utiliza con poca frecuencia y son más comunes las expresiones "*conciencia clara*" o "*claridad de conciencia*", que tienen un sentido equivalente³.

Las definiciones alternativas de lucidez

A pesar de esta larga tradición, han surgido en Buenos Aires dos definiciones alternativas y discordantes de lucidez, que han tenido cierta difusión en el medio -sobre todo una de ellas- y que a nuestro juicio han contribuido a generar confusión y a desvirtuar un concepto arraigado en el conocimiento de la especialidad. Si bien estas definiciones fueron introducidas por prestigiosos psiquiatras, consideramos que no tienen la independencia lógica suficiente como para suplantar una definición bien establecida como la expuesta anteriormente.

La primera de las definiciones alternativas que vamos a analizar, la más difundida, es la de Portnoy, quien sostiene lo siguiente (28): "*Se llama lucidez mental al Estado de la Conciencia capaz de lograr la máxima concentración intencional normal de su actividad ordenada; haciendo que sus contenidos posean claridad nitidez y distinción. Una persona tiene la conciencia lúcida cuando tiene TODAS sus funciones psíquicas normales, lo que lleva a una correcta orientación auto y alopsíquica*" (las mayúsculas son del autor). Más adelante agrega: "*No concebimos ninguna psicosis con lucidez mental*".

Podríamos decir que la definición de la primera parte del texto concuerda con el concepto de lucidez que venimos presentando hasta ahora. Sin embargo, al leer la tesis de la segunda oración, uno debe concluir necesariamente que *todas* las enfermedades psiquiátricas, y no sólo las psicosis, conllevan un trastorno de la lucidez. Para este autor, en consecuencia, no existe ninguna patología con conciencia lúcida. Esto es así porque quien tiene *todas sus funciones psíquicas normales* es, ni más ni menos, una persona normal. En resumen, de esta definición se desprende que lucidez es sinónimo de normalidad.

Si bien las definiciones científicas suelen ser estipulativas, es decir, no son verdaderas ni falsas en sí mismas, sino que deben guardar coherencia con el resto de las definiciones que forman parte de un determinado entramado teórico, en este caso, no vemos justificación alguna para la utilización del término en el sentido que se le está dando. ¿Cuál sería el aporte? ¿Por qué razón deberíamos cambiar el sistema conceptual vigente en la psiquiatría para introducir esta nueva definición? ¿Para qué intercambiar gratuitamente dos términos bien diferenciados como los de lucidez y normalidad? Por último,

¹ Retoma la idea de "*espacio vacío*" de Griesinger, la que -a su vez- remite a la noción de *theatrum internum* de Hume (3).

² Scharfetter utiliza *Bewusstseinsklarheit* o *Luzidität* para referirse a la claridad de la conciencia, a diferencia de otros autores de habla alemana, que usan el término *Besonnenheit*. Esta última palabra la usa Scharfetter en el sentido de *Besinnung* o conciencia reflexiva (*Störring*).

³ *Besonnenheit* ha sido traducido del alemán al inglés como *sensible state* en el caso de la *Psicopatología General* de Jaspers (26) y como *clear mindedness* en el *Tratado de Psiquiatría* de Bleuler (27).

y en relación con la parte final de la definición, todos los psiquiatras sabemos perfectamente que no hace falta ser normal para estar bien orientado.

La segunda definición alternativa es la de Marietán. Tenemos que mencionar aquí la definición de conciencia que introduce este autor antes de referirse a la lucidez. Para Marietán conciencia es la armonía de los sistemas neurofisiológicos responsables del ciclo sueño-vigilia que posibilita la activación de los rendimientos mentales⁴ (29). Esta definición presenta algunos problemas, ya que conciencia aparece aquí como sinónimo de buen funcionamiento neural, con lo cual se pierde la noción misma de conciencia. Probablemente este cortocircuito pueda solucionarse si incorporamos el concepto de proceso, de manera tal, que podríamos apelar al argumento de la identidad psicofísica para afirmar que la conciencia es el proceso neural que posibilita la activación de los rendimientos mentales.

De todas formas, si tenemos esta concepción de conciencia como activación, no corresponde que la lucidez se defina como el "autoconocimiento del rendimiento pleno de las funciones mentales" como ocurre en el párrafo siguiente. ¿Qué significa el autoconocimiento del rendimiento pleno de las funciones mentales? ¿Que tenemos conocimiento de que nuestras funciones mentales rinden al máximo o normalmente? ¿Y si alguna de esas funciones mentales no llegara al rendimiento pleno, dejaríamos de ser lúcidos a pesar de nuestro autoconocimiento? En principio, pareciera ser que lucidez aquí es sinónimo de autoconciencia o al menos de algún tipo de autoconciencia. Dicho sea de paso, la autoconciencia es algo mucho más complejo que la activación. A este intercambio conceptual le caben los mismos comentarios que al esgrimido anteriormente por Portnoy: ¿Qué beneficios obtiene la comunidad científica si llama luci-

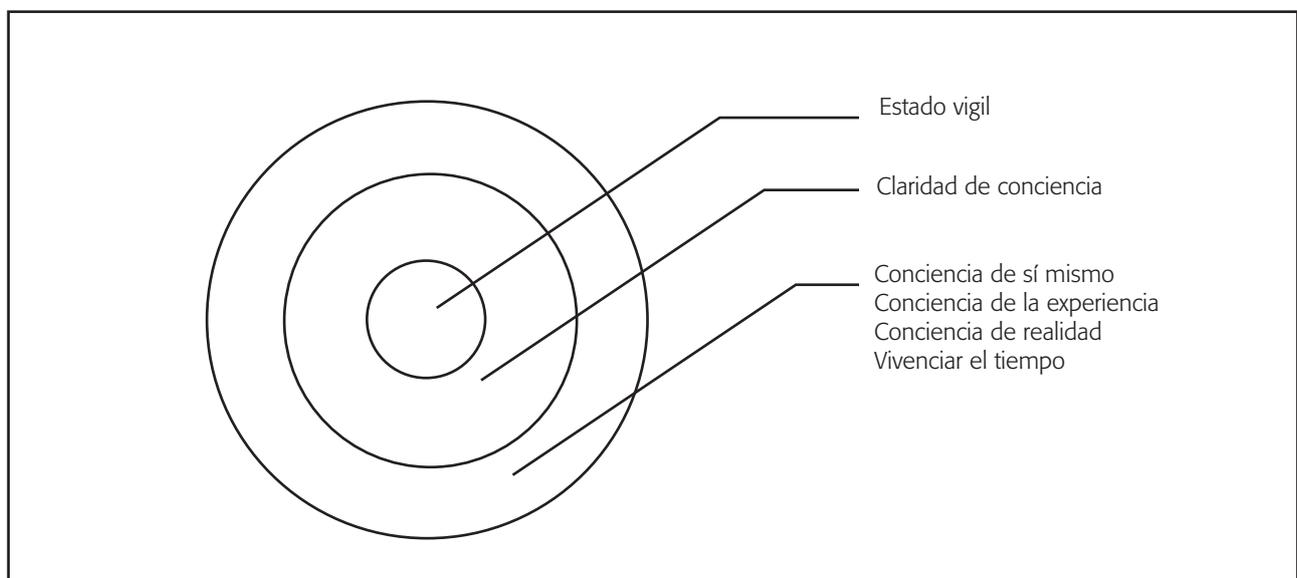
dez a la autoconciencia, dos conceptos bien establecidos en la tradición psiquiátrica y claramente disímiles?

Asimismo, resulta inconsistente la diferencia que introduce el autor entre "alteraciones de la conciencia" (que involucran al sustrato neurofisiológico del sistema sueño-vigilia) y "alteraciones de la lucidez" (cuadros con una sintomatología semejante pero debidos a disarmonías psíquicas con indemnidad del sistema neural). En esta división, la lucidez pierde su condición de atributo de la conciencia, ya que ambos conceptos se sitúan en un mismo nivel categorial. Por otra parte, si la esquizofrenia es un ejemplo de alteración de la lucidez, como dice el autor, no queda claro cuáles serían los síntomas propios de esa enfermedad que se asemejarían a los que se producen por una perturbación del sistema sueño-vigilia (los síndromes confusionales que pueden producirse en la esquizofrenia no constituyen el eje diagnóstico de la enfermedad, son verdaderas alteraciones de la conciencia con perturbación de la lucidez). Más aún, no se especifica en absoluto qué "sintomatología semejante" a la de las alteraciones de la conciencia presentan esos cuadros que se deben a "disarmonía de los rendimientos psíquicos" ni tampoco se aclara por qué en esos casos no estaría afectado el sustrato neurofisiológico responsable de la producción de los síntomas.

Los tipos de conciencia

A nuestro juicio, uno de los factores que pueden influir en la falta de comprensión del concepto de lucidez en psiquiatría es la concepción unitaria que se tiene de la conciencia (30). Scharfetter diferencia desde el punto de vista psicopatológico varios sectores en su funcionamiento (ver Figura 1). Los sectores internos del círculo son premisas de los externos: sin vigilancia no existe claridad de conciencia

Figura 1. Los sectores de la conciencia según Scharfetter.



⁴ Op. cit. pág. 183: "Denominamos a la armonía de dicho funcionamiento neurofisiológico [del ciclo sueño-vigilia] 'conciencia'".

y sin ésta no hay clara conciencia acerca de sí mismo, etc. La alteración de los sectores internos -estrechamente vinculados con la lucidez- son las alteraciones de la conciencia por Antonomasia. En efecto, en los tratados de psiquiatría se incluyen en este capítulo tanto los trastornos cuantitativos como la obnubilación, el sopor y el coma, como los considerados trastornos cualitativos -aunque siempre acompañados de alteraciones cuantitativas- como la confusión, los estados crepusculares y el onirismo. Si revisamos el Glosario de Psiquiatría y Psicología de Sadock comprobaremos que conciencia y sensorio se usan a veces como sinónimos (31). En estos casos, alteraciones de la conciencia y alteraciones del sensorio son conceptos intercambiables.

¿Qué pasa entonces con los sectores externos del círculo de Scharfetter? ¿Sus alteraciones -que, valga la aclaración, no implican perturbaciones de la lucidez- no se consideran trastornos de la conciencia? Como dijimos anteriormente, no se los considera como tales porque las alteraciones de la conciencia son por definición aquellas mencionadas más arriba. Los trastornos de la forma superior de conciencia, como son, por ejemplo, los trastornos del yo, suelen ser clasificados de manera independiente en la semiología europea, por fuera de los trastornos globales de la conciencia básica.

Habíamos dicho anteriormente que no había que considerar la conciencia como algo unitario: la conciencia tiene grados y jerarquías. Damasio, por ejemplo, diferencia la conciencia central de la conciencia ampliada (32); Edelman, la conciencia primaria de la conciencia de orden superior (33). Otros autores (p. ej., Farthing) hablan de conciencia primaria y conciencia reflexiva desde una perspectiva psicológica (34). La conciencia central o primaria es la más antigua desde el punto de vista filológico y ontogenético, y su función es más elemental que la de la conciencia ampliada o superior. Mientras la conciencia central consiste en la experiencia directa de objetos y eventos en el aquí y ahora; la conciencia ampliada -que presupone la existencia de la anterior- reside en un desarrollado sentido de identidad y de temporalidad (se constituye el "ser autobiográfico"). Desde el punto de vista anatómico, la conciencia central depende básicamente del tronco cerebral y de la corteza postero-medial, mientras la conciencia ampliada requiere del funcionamiento de amplios sectores del cerebro. Como en el ejemplo de los círculos de Scharfetter (aunque no son equivalentes), los déficits en la conciencia central comprometen a la conciencia ampliada porque ésta depende de la primera. Por su parte, los daños en la conciencia ampliada son compatibles con la preservación de la conciencia central. La conciencia central o primaria compromete todos los aspectos de la actividad mental. La vigilia, la producción de imágenes y la atención permiten el funcionamiento de esta conciencia básica. La memoria, el lenguaje y el razonamiento operan en la conciencia ampliada, la cual surge en la medida en que se van conformando los recuerdos autobiográficos. De esta forma, se constituye la autoconciencia con sus cualidades noética (conocimiento simbólico), autoética (conciencia de uno mismo en el tiempo) y cronotética (conciencia del tiempo subjetivo) (35, 36).

Los trastornos de la conciencia central que describe Damasio incluyen los automatismos epilépticos, el estado vegetativo persistente y el coma, entre otros. Como vemos, se trata de trastornos de la conciencia descritos habitualmente en las clasificaciones psiquiátricas. Algunos trastornos de la conciencia ampliada mencionados por este autor son la amnesia global transitoria y la anosognosia. Nosotros deberíamos incluir en este apartado a los trastornos del yo, ya que son alteraciones de la autoconciencia.

Para ilustrar estas disquisiciones, presentamos una propuesta de clasificación de los trastornos de la conciencia que, por un lado, respeta la tradición psiquiátrica y, por otro, incorpora la división jerárquica mencionada más arriba. En primer lugar, estos trastornos pueden ser divididos en globales y parciales. Las alteraciones globales de la conciencia afectan a la conciencia primaria y, por lo tanto, comprometen a la conciencia superior, de ahí su denominación. Comprenden todas las patologías consideradas como trastornos de la conciencia por Antonomasia (tanto las alteraciones cuantitativas como las cualitativas), las que cursan con pérdida de la lucidez en su inmensa mayoría. El otro extremo de la división lo constituyen las alteraciones parciales de la conciencia, que son las que afectan a la conciencia superior y, en consecuencia, no comprometen a la forma más elemental de conciencia. Por esta razón, a estos trastornos los denominamos parciales. Aquí incluimos a los trastornos del yo, que son perturbaciones que conservan la lucidez. Cabe aclarar que esta división es puramente ilustrativa y el lector interesado deberá consultar otras clasificaciones para tener un panorama más completo de la taxonomía de estos trastornos (véanse p. ej. Gastó (37) y los manuales de la especialidad ya citados).

Conclusiones

El concepto de lucidez en psiquiatría ha tenido un significado estable durante más de 100 años. La lucidez como término técnico se refiere a la claridad y nitidez de los contenidos de la conciencia. Las definiciones alternativas que hemos discutido, que asimilan la lucidez a la normalidad o a la autoconciencia, carecen de autonomía lógica como para suplantar a la utilizada habitualmente. Pareciera que estas concepciones están impregnadas de la influencia del lenguaje cotidiano con su inevitable polisemia. Creemos que la separación de los diferentes tipos de conciencia y sus trastornos relacionados puede contribuir a una mejor comprensión del problema que nos ocupa. Obviamente, la discusión sobre un tema tan complejo no puede limitarse a unas pocas páginas. La propia definición de conciencia es en sí misma problemática y suscita en la actualidad la producción de numerosos estudios de las distintas disciplinas que se ocupan del tema. Esperamos que esta discusión pueda contribuir a clarificar el significado de un término clave, cuya extensión se ha visto modificada a partir de definiciones endebles ■

Referencias bibliográficas

1. Seager W. A Brief history of the philosophical problem of consciousness. In: Zelazo PD, Moscovitch M, Thompson E. The cambridge handbook of consciousness. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
2. Berrios GE. The history of mental symptoms. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
3. Hamanaka T. The concept of consciousness in the history of psychiatry. *Hist Psychiatry* 1997; 8: 361-373.
4. Griesinger W. Patología y terapéutica de las enfermedades mentales. Buenos Aires: Polemos; 1997.
5. Krafft-Ebing R. Lehrbuch der psychiatrie. Stuttgart: Enke; 1879.
6. Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig; Abel; 1887.
7. Stanghellini G, Fuchs T. One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press; 2013.
8. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* 2013; 39: 270-277.
9. Jaspers K. Psicopatología general. Buenos Aires: Beta; 1967.
10. Scharfetter C. Allgemeine psychopathologie. Eine Einführung. Stuttgart: Thieme; 2010. (Ed. española: Introducción a la Psicopatología General. Madrid: Morata; 1979).
11. Bleuler E. Tratado de psiquiatría. Madrid: Espasa-Calpe; 1967. p. 44.
12. Störriing GE. Trastornos de la conciencia. En: Reichardt M. Psiquiatría general y especial. Madrid: Gredos; 1958.
13. Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Paidós; 1958.
14. Weitbrecht HJ. Manual de psiquiatría. Madrid: Gredos; 1969.
15. Alonso Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Madrid: Paz Montalvo; 1979.
16. Ey H, Bernard P, Brisset C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson; 1980.
17. Huber G. Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer; 1987.
18. Pereyra C. Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. Buenos Aires: Salerno; 1973.
19. Betta JC. Manual de psiquiatría. Buenos Aires: CEA; 1985.
20. Cabello VP. Psiquiatría forense en el derecho penal. Buenos Aires: Hammurabi; 2005.
21. Suárez Richards M. Introducción a la psiquiatría. Buenos Aires: Polemos; 2006.
22. Capponi R. Psicopatología y semiología psiquiátrica. Santiago de Chile: Ed. Universitaria; 2011.
23. Gómez Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Olea H, Uribe Restrepo M. Psiquiatría clínica. Bogotá: Panamericana; 2006.
24. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: LWW; 2007.
25. Black TN, Andreasen, NC. Introductory textbook of psychiatry. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2011.
26. Jaspers K. General psychopathology (Traducción al inglés de Hoenig J, Hamilton WM). Chicago: University of Chicago Press; 1963.
27. Bleuler E. Textbook of psychiatry (Traducción al inglés de Brill A). New York: Macmillan; 1934.
28. Portnoy M. La conciencia. Buenos Aires: Salerno; 1993. p. 231
29. Marietán H. Curso de semiología psiquiátrica. Buenos Aires: Ananké; 2005.
30. Morin A. Levels of consciousness and self-awareness: a comparison and integration of various views. *Conscious Cogn* 2006; 15: 358-371.
31. Sadock BJ, Sadock VA. Sadock's comprehensive glossary of psychiatry and psychology. New York: Sadock Titles Press; 2012.
32. Damasio A. The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness. New York: Harcourt Brace; 1999.
33. Edelman GL, Tononi G. A universe of consciousness. New York: Basic Books; 2000.
34. Farthing GW. The psychology of consciousness. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1992.
35. Tulving E. Memory and Consciousness. *Can Psychol* 1985; 26: 1-12.
36. Tulving E. Chronesthesia: conscious awareness of subjective time. In: Stuss DT, Knight RT. Principles of frontal lobe function. Oxford - New York: Oxford University Press; 2002.
37. Gastó C. Psicopatología de la atención, orientación y conciencia. En: Luque R, Villagrán JM. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta; 2000.

La enfermedad maniaco-depresiva: aspectos psicodinámicos y sintonía afectiva

Christian Widakowich

*Médico psiquiatra.
Servicio de Psiquiatría del Hospital Ambroise Paré, Mons, Bélgica.
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, la manía es la liberación del sufrimiento impuesto por el principio de la realidad. Para Freud, la manía es una fuga del yo ante un superyó demasiado tiránico. Klein explica que la manía se utiliza para contrarrestar la posición depresiva y así evitar la culpabilidad dentro del yo. Para Racamier, 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, mania is the liberation from suffering imposed by the reality principle. For Freud, mania becomes a leak from the ego face a tyrannical superego (the encounter of ego and the ego ideal). Klein explains that the mania serves to counter the depressive position and thus avoid the guilt inside of ego. For Racamier, 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 afección 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 precox), 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 síntono, 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 éstos 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 síntono 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 (9) 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. En este ejemplo, vemos claramente cómo la sintonía está más deformada que amplificada; se desconoce el contexto de la situación, y todo se transforma en algo disarmónico.

Para Bleuler, la sintonía en tanto que característica estructural del maniaco-depresivo sería más importante que la forma cíclica de la enfermedad (10, 11). Él 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, desplazará el foco del humor al afecto: lo que cuenta realmente, ya no son las variaciones alter-

nantes 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 es, entonces, ¿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 (1934), discípula de Abraham, 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; éstas 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 (1) encontramos que la importancia radica en la articulación dinámica interna entre la euforia maníaca, la angustia y la vivencia depresiva. 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 oniroides 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 (18). 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” (19), 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 Giovanni

Segantini (20). 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 5 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. Asimismo, 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 4 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 (21).

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 (22), 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. 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” (23).

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 sería un 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 (21).

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 (24).

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 (1921) en su Psicodiagnóstico. En un mismo paciente en fase melancólica distingue “un doloroso enfrentamiento en las formas reconocibles y en consecuencias buenas...” durante la

fase maníaca “una combinación de G confabuladas y malas formas” (25).

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, 3 fases hipomaniaca 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 (26). En este artículo encontramos 2 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.

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 (27).

En 2006 también, en un estudio realizado por Hussain y colaboradores (12), 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, 5 pacientes presentan síntomas de un halo depresivo y los otros 3 se situarían en la vertiente hipomaniaca. 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. 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 carac-

terizan 2 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 (1934)- para describir la sociabilidad sincrética de bebés, con sus interacciones miméticas donde los niños no se distinguen del otro (28). 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, el 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 maniaco-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.

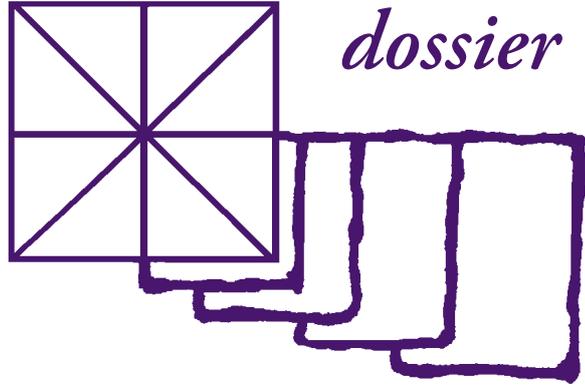
En cuanto a la existencia de una organización maníaco-depresiva en el sentido propio del término podemos decir, con Hussain y colaboradores, que “esta organización mantiene un patrón específico: el estímulo es abordado de un modo afectivo; la afectividad se expresa con insistencia e intensidad en la 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 esta mejor constituida 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 maníaco es ilusoria; “el maníaco concebido como el campeón del contacto con los otros, es por el contrario uno de los seres más difícil 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.º 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.º 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. La Psychologie clinique et projective 2006; 12: 429-458.
- Esquirol E. De la lypémanie ou mélancolie. En: Postel J. In 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 arkhè; 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. 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.



EMBARAZO Y SALUD MENTAL

Coordinación

Patricio Alba
Silvina Mazaira
Silvia Wikinski

A lo largo de los años y como resultado tanto de observaciones como de investigaciones formales, se hicieron evidentes las diferencias en relación a la salud mental y los problemas de ésta en las mujeres en relación con los hombres. Estas diferencias se ponen de manifiesto a través de la mayor vulnerabilidad de las mujeres a presentar determinados trastornos, y en las diferencias en relación al curso, duración, formas de expresión sintomática y respuestas a los distintos tratamientos. Si bien la prevalencia de trastornos mentales es mayor en varones en la infancia, esto se revierte a partir de la pubertad, momento en que las mujeres superan en prevalencia a los hombres. Durante la adolescencia, las mujeres presentan mayor riesgo de depresión y de trastornos de la alimentación, así como mayor tasa de intentos suicidas. Ya en la edad adulta, las mujeres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad, dos veces más que los hombres a lo largo de la vida (1, 2).

¿Qué factores predisponen a estas diferencias? Por un lado, encontramos los factores biológicos marcados por las diferencias genéticas, hormonales y constitucionales. Por otro lado, los factores sociales y culturales documentados por una historia de desigualdad, de presiones en relación al rol que deben cumplir, de inequidad laboral y económica, de la crianza de hijos en contextos de pobreza, de una mayor exposición a eventos estresantes, a violencia y abuso físico y sexual; lo que impacta en la salud mental y en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos mentales. De hecho, existe una relación positiva entre la frecuencia y la severidad de tales factores sociales y la frecuencia y severidad de los problemas de salud mental en las mujeres (3). Esto se hace particularmente importante en las distintas etapas de la vida reproductiva de una mujer,

desde la adolescencia a la menopausia, cuando la vulnerabilidad a los trastornos mentales puede ser mayor: ciclo menstrual, embarazo, puerperio, perimenopausia. De igual forma, los problemas mentales pueden desarrollarse como consecuencia de eventos reproductivos, entre los que se incluyen la falta de decisión de la mujer en cuanto a la procreación, el embarazo no planeado, el abuso sexual, el aborto inseguro, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y las complicaciones del embarazo y perinatológicas (4).

El embarazo como paradigma de un evento típicamente femenino ha despertado el interés de investigadores y clínicos. La salud mental de las mujeres embarazadas cada vez ocupa un mayor espacio en los ámbitos profesionales. Es así que se habla de psiquiatría perinatal, salud mental de la mujer, salud mental reproductiva. ¿Cómo impacta el embarazo en la condición psíquica de las mujeres que tienen trastornos psiquiátricos previos? Es una inquietud que todo psiquiatra se plantea cuando una paciente le informa sobre su embarazo. También observamos con frecuencia que el embarazo o el puerperio desencadenan cuadros psicopatológicos en mujeres que hasta ese momento estaban asintomáticas. Embarazo, puerperio, aborto, infertilidad, menopausia. Términos que a menudo involucran el sufrimiento femenino. En estos temas, la interrelación entre la dimensión biológica y la social resulta ineludible. La maternidad como punto de llegada en la realización personal de una mujer, es un concepto que ha prevalecido a lo largo de la historia. La capacidad de concebir, a diferencia del cuerpo masculino, ha signado el lugar que se le ha otorgado a la mujer en diferentes sociedades, desde una concepción paternalista dominante. Las mujeres en la casa criando a los hijos, los hombres afuera, en el sistema

de producción. En este último siglo, como nunca antes, esta distribución de roles ha ido cambiando. Las mujeres no buscan ser madres solamente para sentirse realizadas, tienen otros objetivos, comparten el mercado laboral, estudian, se desarrollan de otras maneras. Digamos que tampoco renuncian a la maternidad, sino que ampliaron sus intereses y con ello la complejidad de su universo.

Actualmente la maternidad ha ido adoptando otras formas. Con la ley del matrimonio igualitario, las nuevas técnicas de reproducción asistida, y el mayor desarrollo profesional encontramos niños que tienen dos padres, o dos madres, o una madre soltera sin pareja, o un padre soltero sin pareja, mujeres añosas que conciben, mujeres que postergaron la decisión y luego no consiguen el embarazo. En términos psicológicos hablamos de la función materna, más que de la madre propiamente dicha. De todas formas, la problemática de la maternidad todavía se circunscribe al universo de lo femenino.

Los artículos de este dossier abordan distintos aspectos de la salud mental de la mujer en distintas etapas de la vida reproductiva, haciendo eje fundamentalmente en el embarazo y sus avatares.

En el trabajo sobre trastornos psiquiátricos del puerperio Silvina Mazaira describe en detalle las particularidades de este momento trascendental y aborda las problemáticas de salud mental más frecuentes. El artículo resalta la complejidad del momento inicial del nuevo rol de madre en el encuentro con el bebé, que de ningún modo responde al ideal social que supone esta etapa plena, feliz y sin dificultades.

En el artículo sobre embarazo en mujeres bipolares, Eliana Marengo realiza una clara revisión sobre el tema de la planificación del embarazo y las consecuencias de las conductas médicas adoptadas al decidir continuar o suspender el tratamiento antirrecurrencial.

Por su parte, María Laura Pistani y Melina Ceccato abordan la temática del aborto, desde la perspectiva del trabajo en una conserjería de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Las mujeres que se realizan un aborto en nuestro país, se exponen a los riesgos del aborto inseguro, en medios inapropiados y muchas veces en manos no idóneas. El aborto es clandestino, lo que agrega un enorme peso a la ya difícil decisión de terminar con un embarazo. El problema es complejo, y como tal su abordaje. Se pone en juego el conflicto entre el deseo de hijo y el embarazo no planificado.

En el artículo sobre trastorno disfórico premenstrual (TDPM), Patricio Alba y Clara Rodríguez hacen una revisión bibliográfica del tema y su abordaje psicofarmacológico. Es importante destacar que si bien esta categoría diagnóstica está presente en el DSM-5, ha sido motivo de debate entre distintos grupos de investigadores. Quienes se oponen a la inclusión del TDPM como una entidad propia, señalan que la medicalización del ciclo menstrual implica un grave riesgo para las mujeres en su lucha por la igualdad de derechos con los hombres. Si se asocia una cuestión tan femenina como es el ciclo menstrual con sus oscilaciones hormonales con la aparición de un trastorno mental, se podría propiciar el estigma contra las mujeres, sustentar la desigualdad en el ámbito laboral, y sostener una nosología sexista (5).

Patricia Alkolombre desarrolla un tema de gran actualidad, la infertilidad y su impacto subjetivo en las mujeres. En esta época en la que se ha incrementado el desarrollo de modernas técnicas reproductivas que pueden ayudar a las parejas que no han podido concebir, el abordaje de este tema resulta imprescindible. La diferenciación del deseo de hijo con el deseo de embarazo, tan presente y tan objetivable en la clínica subraya el hilo conductor que transita el artículo.

La maternidad tardía es otro tópico de interés, que se vincula con el anterior. Graciela Girardi y Diana Zalzman desarrollan esta controversial problemática focalizando en la etapa menopáusica. Las madres abuelas logran el embarazo en momentos en los que la biología no lo permitiría. En este trabajo también se suscitan las preguntas sobre el deseo de hijo, el deseo de embarazo, las cuestiones bioéticas sobre la posibilidad de realizar la gestación en esta etapa, y la imposibilidad tan actual y posmoderna de aceptar los límites impuestos por la biología.

Por último, en el artículo de Alicia Levin se desarrolla el tema de la relación de la madre con el bebé, una vez superado el embarazo. La autora, desde una perspectiva psicoanalítica winnicottiana, explica los términos de la psicopatología desarrollada por Donald Winnicott, que tan útiles resultan a la hora de comprender las visciditudes del vínculo temprano.

Esperamos que el dossier contribuya al entendimiento y comprensión de un tema tan complejo, y estimule la investigación en áreas en las que se están produciendo cambios tan relevantes en las configuraciones familiares ■

1. Afifi M. Gender differences in mental health. *Singapore Med J* 2007; 48 (5): 387.
2. Altemus M, Sarvaiya N, Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol* 2014; 35 (3): 320-330.
3. OMS. Las mujeres y la salud. Suiza: OMS; 2009.
4. OMS. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Switzerland: OMS; 2009.
5. Matusevich D, Pieczanski P. La medicalización del sufrimiento femenino: el trastorno disfórico premenstrual. *Vertex* 2008; 81: 280-291.

Trastornos psiquiátricos del puerperio

Silvina Mazaira

*Médica especialista en Psiquiatría.
Docente del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.
Miembro de Proyecto Suma.
Presidenta del Capítulo de Salud Mental de la Mujer, APSA.
E-mail: smazaira20@gmail.com*

Introducción

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento sin dudas trascendente en la vida de las mujeres. Llega el momento tan esperado durante 9 meses, ese encuentro único que inaugura un nuevo vínculo. Es así que podemos conjeturar que paralelamente al nacimiento físico del niño, se produce el nacimiento de la madre como tal.

Sin embargo, este proceso de convertirse en madre no es algo inmediato, ni innato, sino que tomará tiempo, el necesario y singular para cada nueva madre (1).

Es muy frecuente que al atender mujeres con padecimientos mentales durante el embarazo, tanto la mujer como su familia imaginen que terminado el embarazo

Resumen

El puerperio representa un momento muy particular en la vida de la mujer, el comienzo de un nuevo vínculo, el inicio de su maternidad. Como muchas veces, los comienzos son turbulentos, intensos. En este período la mujer sufre drásticos cambios hormonales, que se traducen en cambios corporales y anímicos. Es muy frecuente que las mujeres experimenten intensa labilidad emocional, alternando momentos de alegría con otros de intenso pesar. La mayoría atraviesa un cuadro benigno denominado tristeza puerperal. Hasta un 20% pueden presentar un episodio depresivo y un porcentaje mucho menor, la psicosis puerperal. En este trabajo describiremos la sintomatología de dichos padecimientos, haremos un recorrido por los distintos abordajes de tratamiento, y puntualizaremos el tema del tratamiento farmacológico en coexistencia con la lactancia.

Palabras clave: Puerperio - Postparto - Psiquiatría perinatal - Trastornos afectivos - Depresión puerperal - Psicosis puerperal - Lactancia.

POSTPARTUM PSYCHIATRIC DISORDERS

Abstract

The postpartum period represents a very particular time in women's life, the beginning of a new bond, the maternity. As many times, beginnings are such turbulent, intense. In this period the women suffers deep changes in their hormonal status, with its body and changes and affective oscillations. Women are often so labile at this time, ranging from happiness to deep sadness. The vast majority suffers the blues, a benign form of mild depressive state. On the other hand, 20% may have a major depressive episode, and a much less percentage will suffer the most disruptive postpartum syndrome, the postpartum psychosis. In this paper it will be described the symptomatology of such cases, the most important treatment approaches and will focus on the clinical dilemma of using psychotropic medications during breastfeeding.

Key words: Puerperium - Postpartum - Perinatal psychiatry - Affective disorders - Postpartum depression - Postpartum psychosis - Breastfeeding.

se termina el malestar. “*Es el embarazo lo que la tiene mal, cuando nazca el bebé todo va a estar mejor, se va a quedar tranquila...*”. Lamentablemente, sabemos que nada es más lejano de la realidad, esa fantasía pocas veces sucede. El puerperio en general se presenta como un período tormentoso, de transición, que pone fin a la etapa de gestación a la que la mujer, finalmente, se había adaptado. La inauguración de la maternidad nada tiene que ver con los afiches publicitarios de mujeres espléndidas, flacas y maquilladas, ni con la existencia de un “instinto materno” universal. Si bien se admite que el instinto materno no existe como tal, el término instinto se sigue empleando coloquialmente en relación a la maternidad (2). Por el contrario, la maternidad como tal implica el deseo de la mujer de tener un hijo, y la ocupación de ese lugar (desde una mirada topológica), o el ponerse el traje de madre resulta de la interrelación de múltiples factores como son la historia personal, el propio vínculo con su madre, el contexto sociocultural, las identificaciones, los ideales, los proyectos, la biología o el acceso a las técnicas de fertilización asistida que así lo permitan.

Si bien la mayoría transita esta etapa de su vida con las dificultades características (falta de sueño, cansancio, desconcierto, labilidad emocional), las que además presentan un trastorno psiquiátrico están más expuestas a sufrir recaídas, especialmente aquellas con trastornos afectivos.

En este trabajo se describirán las particularidades del puerperio y los trastornos psiquiátricos puerperales más importantes: los trastornos de ansiedad, la depresión puerperal y la psicosis puerperal. Se detallarán también las especificidades del abordaje psicofarmacológico en las mujeres que amamantan.

El puerperio

Desde el punto de vista obstétrico se denomina *puerperio normal* al período de transformaciones anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucionan todas las modificaciones gravídicas, con la excepción de la glándula mamaria. Su duración es de 60 días (3) y comienza luego de ocurridos el trabajo de parto, el parto y el alumbramiento. Puede dividirse en: *puerperio inmediato* (las primeras 24 hs), *puerperio propiamente dicho* (los primeros 10 días), *puerperio alejado* (hasta los 45 días) y *puerperio tardío* (desde los 45 días hasta el retorno de las menstruaciones).

Se produce la retracción uterina, cierre del cuello, se aclaran las pigmentaciones de cara, senos y abdomen. Caen los estrógenos y la progesterona y se eleva la prolactina; comienza la lactancia. El estado general debería ser bueno, aunque la mujer puede estar constipada, presentar un rodete hemorroidal, sufrir la pérdida sanguínea y de restos del embarazo a través de los loquios. Las mujeres multíparas suelen referir contracciones dolorosas (entuerfos). En el *puerperio alejado* la reconstitución genital llega a término y alcanza el estado pregravídico. Por último, luego del *puerperio tardío* se restablecen los ciclos menstruales, lo cual es muy variable ya que depende de si se mantiene el amamantamiento.

La llegada del hijo inaugura un nuevo vínculo, la maternidad y un cambio en la estructura familiar que lo

recibe. Digamos que el inicio de la maternidad demanda un gran monto de flexibilidad para adaptarse a este abrupto reacomodamiento corporal, cerebral y social, en el que la mujer ya no vuelve a ser “la que era antes”. Se ha operado un cambio, visiblemente corporal, y profundamente subjetivo. El establecimiento del vínculo de apego de la madre con su bebé es el proceso psicológico más importante del puerperio. Si bien en la mayoría de las mujeres se alcanza este objetivo, hay casos en los cuales este vínculo no logra establecerse, en base a rechazo materno, ira, ansiedad, violencia o abuso (4).

Todo el período perinatal (embarazo y el primer año luego del parto) es uno de los segmentos vitales de mayor plasticidad en todas las especies de mamíferos, expresada en cambios corporales, hormonales y neuronales (5). La respuesta al estrés mediada por el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HHA) se encuentra reducida durante la gestación y el puerperio, a expensas de un cambio en el equilibrio de vías excitatorias e inhibitorias hipotalámicas. Se postula una disminución de la producción y liberación de CRH, y un aumento en las vías inhibitorias de oxitocina y prolactina (expresión, producción y liberación). Además se ha constatado un cambio morfológico del sistema de oxitocina, con mayor diversificación y aumento del número de dendritas. La oxitocina y la prolactina desempeñan un rol importante en las funciones reproductivas como el desencadenamiento del parto, producción y eyección láctea, así como en los comportamientos de cuidado maternal (comportamientos afectivos como mirada, contacto cuerpo a cuerpo y afecto positivo) (6, 7). Actualmente se reconoce que la oxitocina juega un papel relevante en los comportamientos parentales de cuidado, y en el establecimiento satisfactorio del vínculo madre-hijo. Se ha estudiado la presencia de este neuropéptido en parejas de madres y padres de bebés recién nacidos y de 6 meses, y se constató que tanto en las madres como en los padres los niveles de oxitocina plasmática aumentaron en consonancia con comportamientos afectivos en mujeres y de juego y estimulación en varones (6).

Contrariamente a la disminución de la activación del eje HHA por estímulos fisiológicos y psicológicos, durante la lactancia se observa en numerosas especies de mamíferos (humanos, ratas, ratones, ovejas) un aumento de los niveles de glucocorticoides circulantes, posiblemente como consecuencia del aumento de la vasopresina hipotalámica y del incremento de la sensibilidad hipofisaria a este neuropéptido (7).

La falla en estos mecanismos de adaptación propicia la instalación de los cuadros psicopatológicos propios de este período. Entre el 30% al 90% de las nuevas madres presentarán tristeza puerperal, hasta un 20% sufrirá una depresión postparto, la ansiedad será importante en el 5% a 12% de ellas y la psicosis puerperal afectará al 0.1% a 0.2% (7).

Tristeza puerperal o maternity blues

Reconocemos que el puerperio no es sólo un tiempo de cambios físicos, sino que todo el psiquismo se ve involucrado en este proceso. Lo más notable es la apa-

rición de tristeza, ansiedad e intensa labilidad afectiva, que la madre no puede explicar y que desconcierta tanto a la mujer como a su pareja. Este cuadro se ha denominado "tristeza puerperal" o "*maternity blues*", le ocurre a un gran porcentaje de mujeres (entre 50% y 90%), se instala luego del parto, alcanza su pico entre el 4to y 5to día, y luego va disminuyendo su intensidad hasta desaparecer aproximadamente a los 10 días (8). No se conceptualiza como un trastorno afectivo, más bien se entiende como la respuesta más habitual de la mayoría de las mujeres a esta nueva etapa en su ciclo vital. En general también coincide con la externación del sanatorio o del hospital, con el regreso de la mujer con su bebé a su hogar. Muchas mujeres refieren un estado de "confusión" y extrañeza al volver a su casa solas, sin el soporte médico de la institución donde fue atendido el parto (9).

Además de los síntomas afectivos también aparece irritabilidad, sensaciones de extrañeza y ambivalencia hacia el recién nacido. El nuevo hijo genera en la madre muchas inseguridades en cuanto a cómo atenderlo, aprender a decodificar qué le pasa, poder empezar a disfrutarlo, aunque no imagine cómo. La mujer puede sufrir gran agobio al experimentar la pérdida de libertad que implica la dependencia absoluta del bebé. Se agrega la falta de sueño, motivada por los despertares del bebé y el amamantamiento, que atenta contra el precario equilibrio emocional que intenta mantener la madre.

Las causas de la tristeza puerperal se pueden entender si se reconoce que en la madre se suceden una serie de cambios drásticos en pocos días: descenso hormonal abrupto, cambios físicos notables, dolores propios de las cicatrices por desgarro, episiotomía o la herida de la cesárea, ingurgitación mamaria. Además tenemos que agregar la ansiedad que provoca el cuidado del niño, el peso de la responsabilidad por el hijo, el cansancio y la fatiga por la falta de sueño, y las discusiones que surgen en la pareja frente a todo este nuevo y desconcertante panorama (10).

Como vemos, el sostén de la pareja y de su familia es imprescindible en estos primeros días postparto que nada tienen que ver con el idilio madre-hijo, supuesto en el imaginario social. Esto que puede resultar una recomendación obvia y entendible, demanda un esfuerzo notable del padre del bebé para acompañar, no juzgar, e intentar comprender los vaivenes emocionales de la mujer propios de este momento. Los padres actuales están más involucrados en las tareas de crianza que antes se pensaban exclusivas del terreno de las mujeres. Esta flexibilización en los roles, además de acercar al padre a su bebé, también colabora en alivianar el peso de la responsabilidad que los cuidados del bebé producen en la madre (11).

Para que la madre pueda dedicarse al cuidado de su hijo, necesita un sostén emocional, de su pareja en primer término, y en caso de no tenerla, de su familia o red social (amigos, vecinas). Lamentablemente muchas mujeres enfrentan la maternidad en soledad, lejos de sus familias de origen (las que sufren el desarraigo), o con vínculos de pareja conflictivos (violencia, adicción, marginalidad), o como producto de un embarazo no deseado (luego de relaciones ocasionales, o de abuso sexual, o por falta de educación sexual). En ellas, este comienzo será

aún más difícil, y en muchas ocasiones impactará negativamente en el apego a su hijo.

La tristeza puerperal es un cuadro benigno, que habitualmente se resuelve en 2 semanas, y no requiere intervención psicoterapéutica ni psicofarmacológica. Como mencionamos anteriormente, el adecuado sostén y acompañamiento familiar serán suficientes.

Depresión puerperal

La depresión puerperal es el diagnóstico psiquiátrico que se realiza en el postparto con mayor frecuencia, con una incidencia reportada entre 12% a 20% (12, 13, 14), similar a la que acontece en otras etapas de la vida de la mujer, aunque se estima un 7% para los casos más graves (5). Si bien el cortejo sintomático que presenta no difiere de la depresión en otras etapas de la vida (15), tiene algunas particularidades. Es frecuente la presencia de disforia, irritabilidad, ansiedad, agitación, y temores relacionados con el bebé (14). La falta de sueño por la atención nocturna del bebé complica el panorama. Las ideas de culpa también son típicas de esta etapa, en relación a la capacidad de maternaje. En algunos casos también pueden aparecer síntomas psicóticos, como ideas delirantes (celotípicas, ideas paranoides, hipocondríacas) y alucinaciones, lo cual obviamente agrava el cuadro y requiere inmediata intervención (16). Como en todo cuadro depresivo, es muy importante detectar la presencia de ideación suicida. Este riesgo no debe nunca minimizarse ya que, aunque la tasa de suicidio es menor que en otras etapas vitales, se ha reportado que el suicidio ocasiona el 20% de las muertes en el puerperio (habitualmente mediante métodos violentos) resultando en la segunda causa de muerte materna en el postparto (17).

No debemos pasar por alto que las mujeres que se deprimen en el puerperio se sienten frecuentemente muy avergonzadas, suponen que deberían estar felices, se atormentan por no sentirse conectadas con su hijo. Es habitual que a su entorno le cueste comprender la situación, por eso, para evitar el estigma y la culpabilización es tan importante el diagnóstico adecuado, y sin demoras. Desde ya que el factor tiempo es relevante, no sólo por lo antedicho, sino también por el impacto negativo que tiene la depresión materna en el ámbito familiar y en el establecimiento del vínculo con el bebé, particularmente en su desarrollo cognitivo-emocional (13). Los niños de madres que han estado deprimidas en el postparto presentan mayor dificultad en el contacto social, menor autoestima, mayor conducta agresiva, como también mayor predisposición a padecer trastornos de la serie depresivo ansiosa en la juventud, comparados con niños de madres eutímicas (13, 14).

La evolución del cuadro es variable; puede ser breve y de remisión espontánea, pero hasta el 25% pueden permanecer deprimidas luego del primer año (18).

Utilidad de la Edinburgh Postnatal Depression Scale

Para realizar el diagnóstico se cuenta con un instrumento que es ampliamente utilizado: la *Edinburgh Post-*

natal Depression Scale (EPDS), que ha sido validada y traducida a varios idiomas. Es una escala autoadministrada, de 10 preguntas, de fácil comprensión, que en algunos países se usa como método de *screening* en los servicios de obstetricia. La puntuación es de 0 a 30; un puntaje alto, mayor o igual a 13 es sugerente de depresión. Cabe aclarar que no es una escala diagnóstica, sólo detecta el riesgo de depresión. Para confirmar el diagnóstico se requiere una entrevista psiquiátrica o la utilización de otra escala como la de Beck (17). En un estudio en el que se contactó a 10000 mujeres a las 4 y 6 semanas del puerperio, se obtuvo un valor de EPDS positivo (en este trabajo se tomó como punto de corte un valor de 10) en 1396 mujeres. Luego se realizaron entrevistas diagnósticas, en las cuales se confirmó el dato de la prevalencia de depresión en un 20% de los casos (siendo la depresión unipolar el diagnóstico más prevalente, en comorbilidad con un trastorno de ansiedad en las tres cuartas partes de los casos) (17).

¿Por qué algunas mujeres se deprimen luego del parto mientras que otras lo hacen unos meses después? ¿Se trata de la misma condición mórbida? Las respuestas a estas preguntas no se conocen con exactitud, pero hay varias posibilidades. Actualmente se propone que la etiología de la depresión postparto es multifactorial (14), con intervención de factores hormonales, genéticos, ambientales y psicológicos. En una revisión publicada por la *Cochrane Library*, se comprobó que las intervenciones psicosociales (llamados por teléfono, visitas domiciliarias y apoyo psicoterapéutico) fueron eficaces para prevenir la aparición de depresión postnatal (14).

La teoría hormonal de la depresión postparto sostiene que un mismo grupo de mujeres sería más propenso para sufrir una depresión en momentos de cambios bruscos de los niveles de hormonas sexuales femeninas. Es así que se propuso el nombre de "depresión reproductiva" para los siguientes cuadros: depresión premenstrual, depresión postparto y depresión en el climaterio (19). Esta hipótesis se basa en los efectos de los estrógenos a nivel central, ya que intervienen en múltiples vías que regulan el afecto y la función cognitiva. Se encuentran receptores para estrógenos en corteza, hipocampo, hipotálamo, amígdala y en neuronas del rafe dorsal. El diagnóstico se basa en la historia clínica y no en la cuantificación de los niveles hormonales plasmáticos, que habitualmente son normales. Serían mujeres que tuvieron síndrome de tensión premenstrual durante sus ciclos, que transcurrieron el embarazo sin problemas y que luego se deprimen en el puerperio. Se ha probado que para este tipo de pacientes el uso de estrógenos sería beneficioso (19). De todas formas, el uso debe ser cuidadoso, ya que podrían aumentar el riesgo de trombosis venosa profunda, complicar la lactancia y predisponer a la hiperplasia endometrial, lo cual aumenta el riesgo de carcinoma (20). En el caso de utilizarse, no es nunca en monoterapia, sino en conjunto con psicoterapia y combinados con antidepresivos (20).

Entre los factores de riesgo se encuentran: la depresión antenatal, antecedente de depresión postparto previa, conflictiva social y de pareja, eventos estresantes negativos durante el embarazo, mayor número de hijos previos (es discutido), bebé recién nacido con compli-

caciones médicas (13, 20, 21). Otros factores de riesgo con menor frecuencia son: bajo nivel socio económico, madres solteras, embarazo no deseado, complicaciones obstétricas (5).

Peripartum del DSM-5

En la última edición del DSM, se ha incluido el especificador "de inicio en el periparto" (*peripartum onset*) para los episodios depresivos, hipomaniacos o maniacos de los trastornos bipolares I y II y de los trastornos depresivos, que ocurren durante el embarazo y las primeras cuatro semanas del puerperio. La ICD-10 ubica a la depresión postparto dentro del apartado de "trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar" (14, 22). Muchos autores consideran este diagnóstico en todo episodio depresivo dentro del año posterior al nacimiento (20), si bien en la mayoría de los casos el inicio se da en las primeras 12 semanas postparto.

Con esta categoría se engloba a los trastornos afectivos del embarazo y puerperio como una misma entidad. Se basa este postulado en que casi el 50% de las depresiones puerperales tuvieron su inicio durante el embarazo, aunque no se hubieran detectado a tiempo y en que entre un 3% a 6% de las mujeres iniciarán su patología afectiva en esta etapa (23). En las ediciones anteriores del DSM, se focalizaba sólo en el puerperio, y se pasaba por alto la depresión antenatal.

Este especificador también se aplica a los episodios hipomaniacos. Este dato cobra importancia ya que los episodios hipomaniacos del puerperio, si bien son frecuentes, habitualmente pasan inadvertidos por las características propias del momento. Una madre que ha dado a luz un bebé sano, habitualmente dice sentirse feliz, y no por eso se la diagnostica como hipomaniaca (conviene recordar que felicidad no es sinónimo de hipomanía). Más difícil se torna el asunto cuando agregamos insomnio, plenitud de energía, pensamiento acelerado, irritabilidad, logorrea... Se ha reportado que los episodios hipomaniacos aparecen entre un 9% y 20%, especialmente en los primeros 3 días del postparto (24). La correcta evaluación es importante porque las mujeres que los han padecido tienen un riesgo más elevado de presentar una depresión puerperal a las 6 semanas (25). El especificador de inicio en el periparto no diferencia entre el embarazo y el puerperio. En el caso de la depresión esta diferencia no tiene trascendencia, ya que la prevalencia es similar antes y después del parto (alrededor del 20%), pero en el caso de la hipomanía o la manía, la prevalencia es mucho mayor en el puerperio que en el embarazo.

Depresión bipolar

Otro punto importante es el diagnóstico diferencial entre un episodio depresivo unipolar y la depresión bipolar en el puerperio. La mayoría de la bibliografía se refiere a la depresión puerperal considerándola como parte del universo unipolar, no obstante, no podemos perder de vista que el puerperio es un momento de inicio frecuente en el trastorno bipolar. Entonces ¿cuándo sospechar que

la depresión puerperal corresponde al trastorno bipolar? Se han descrito algunas características de la depresión bipolar en el puerperio (24):

- Síntomas sugerentes de bipolaridad (síntomas atípicos, pensamiento acelerado, síntomas psicóticos).
- Antecedentes personales (hipomanías o manías previas) o familiares.
- Inicio temprano (en las primeras semanas postparto).

Lograr un correcto diagnóstico diferencial evitará las consecuencias negativas del uso de antidepresivos en este tipo de pacientes, al mejorar el pronóstico y la evolución en un momento en donde el tiempo transcurrido es crítico por el impacto que tendrá en el desarrollo posterior del niño.

El tratamiento de la depresión postparto requiere del abordaje psicoterapéutico, la inclusión de la familia y en los casos más graves el uso de antidepresivos. En el caso de falta de respuesta a un antidepresivo, deberá evaluarse siempre si la resistencia no es producto del error diagnóstico, y se trata de un trastorno bipolar.

También resultan útiles otras estrategias como la indicación de terapia corporal, yoga, ejercicios y lumino-terapia (5). En los casos más graves, está indicada la hospitalización.

Psicosis puerperal

La psicosis puerperal es el cuadro más grave que se puede presentar en el puerperio, con una prevalencia del 0.1% al 0.2% (5), y se considera una emergencia psiquiátrica. Generalmente comienza abruptamente en los primeros días postparto, con un cuadro caracterizado por pensamiento desorganizado, estado confusional, notoria fluctuación afectiva y presencia de síntomas psicóticos como ideas delirantes y alucinaciones de todo tipo. Habitualmente el delirio es mal sistematizado, se perturba el sueño, se altera la conducta que se torna bizarra y puede llegar a manifestarse con cuadros de despersonalización y agitación psicomotriz severa (5). La psicosis puerperal puede adoptar la forma de un episodio maníaco, mixto, depresivo con síntomas psicóticos, o de una psicosis cicloide (12).

Si bien es un cuadro con una prevalencia baja, tiene una alta recurrencia. Luego de un episodio de psicosis puerperal, el riesgo de volver a presentar otra en un nuevo parto es del 50% al 60%, y luego de 2 episodios psicóticos puerperales, el riesgo alcanza el 90% (21).

Entre los factores de riesgo se enumeran (26):

- Trastorno psicótico preexistente (especialmente trastorno bipolar).
- Historia personal de psicosis puerperal.
- Internación durante el embarazo por trastorno bipolar o cuadro psicótico.
- Antecedentes familiares de trastorno afectivo.
- Discontinuación de profilaxis con estabilizador del ánimo.
- Primíparas.
- Complicaciones del parto.

Trastorno bipolar

En general los cuadros psicóticos puerperales ocurren en el contexto del trastorno bipolar, mediante la presen-

tación en episodios maníacos o depresivos con síntomas mixtos. El puerperio es un momento de gran riesgo de descompensación en las mujeres bipolares, especialmente las que padecen un trastorno bipolar tipo I, con un 20% de riesgo de presentar un episodio psicótico (27). Se ha descrito un riesgo relativo de hospitalización psiquiátrica de 23.3 en los primeros 30 días del postparto (5), y de 6.3 entre los 30 a 60 días. Entre las posibles causas de esta vulnerabilidad luego del parto se detallan: factores genéticos, la gran sensibilidad al descenso hormonal, la privación de sueño con alteración del ciclo circadiano de sueño-vigilia (5). Si bien toda la etapa perinatal es un momento crítico para las mujeres bipolares, el puerperio supera ampliamente al embarazo en cuanto al riesgo de descompensación. En un trabajo con 2252 pacientes se detectó que el riesgo de padecer un episodio afectivo en el postparto era más del doble del que predispone el embarazo (28).

De todas maneras, pareciera que los episodios afectivos del puerperio no difieren en su presentación de los episodios afectivos en otras etapas de la vida. Su conocimiento es importante por la morbilidad que generan, pero no por la evolución o el pronóstico a largo plazo, que no difiere de las mujeres que no tienen episodios perinatales (29).

El tratamiento debe ser agresivo, en el sentido de no perder tiempo para controlar una situación que constituye una emergencia médica. Se emplean antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. Si se presenta el cuadro con una catatonía, el TEC ha demostrado eficacia (30).

Esquizofrenia

Las mujeres con esquizofrenia tienen un riesgo relativo de 7.86 de presentar un episodio psicótico en el puerperio, y de 11.2 de tener dificultades en el establecimiento del vínculo con su hijo (31).

Infanticidio

El infanticidio constituye uno de los mayores riesgos en el caso de las psicosis puerperales, con una prevalencia de 4%. Se relaciona con una edad menor de 25 años, y con mujeres que hayan atravesado un episodio psicótico con negación del embarazo (32). Esto no debe olvidarse nunca, para garantizar la seguridad del bebé. No podemos soslayar que al ser pacientes que están en un estado confusional, es difícil anticipar su comportamiento, y puede resultar catastrófico no advertir esta posibilidad porque la paciente no lo exprese claramente. El infanticidio (asesinato del bebé hasta el año de vida) se puede motivar en las siguientes causas (33):

1. Madres en un episodio psicótico agudo (con alucinaciones de comando, o ideas delirantes).
2. Maltrato infantil y muerte posterior.
3. Madres suicidas que prefieren matar al niño para que no quede huérfano (infanticidio altruista).
4. Niño producto de un embarazo no deseado.
5. Infanticidio como venganza hacia el padre del bebé.

Ansiedad en el puerperio

La ansiedad es frecuente en las embarazadas por la incertidumbre propia de tener un bebé sano, el miedo a perder el bebé o por la "falta de control" sobre el cuerpo como expresan muchas mujeres. En el puerperio, la ansiedad se relaciona con el miedo a no poseer aptitudes para la maternidad, haber tenido complicaciones al momento del nacimiento, niños prematuros o con patologías médicas (20, 34). La ansiedad se presenta muy frecuentemente como parte del síndrome depresivo del puerperio, con síntomas panicosos y pensamientos obsesivos de dañar al bebé. Un trabajo francés reporta una tasa de ansiedad antenatal de 18%, y postnatal de 20 % (34).

Como se mencionó al principio del trabajo, el puerperio es un momento en el que se produce un cambio drástico en el cuerpo de la mujer y en su psiquismo. Esta reacomodación lógicamente genera ansiedad, incertidumbre. Si además le agregamos al estado de hiperalerta de las nuevas madres, la falta de sueño y la labilidad emocional, no nos sorprende que surja el miedo ante lo nuevo de su desempeño. Diversos autores han postulado entonces que los "pensamientos de miedo" (del inglés *scary thoughts*), o la ansiedad, forman parte del normal proceso de adaptación que atraviesa la mujer en el postparto (35, 36). Estos pensamientos pueden ser: obsesiones, imágenes desagradables intrusivas, temores, rumiaciones, recuerdos dolorosos, interpretaciones catastróficas de sensaciones corporales (35). Se acompañan de malestar, y su condición patológica dependerá del psiquismo de la mujer y la trascendencia que ella les otorgue. Es decir, la mayoría de las nuevas madres tienen algún miedo, por ejemplo que el bebé se les caiga de sus brazos, pero no todas lo aprietan tanto como para asfixiarlo. La universalidad de tales pensamientos abarca también a los padres, lo que apunta a la teoría de la adaptación psíquica al nuevo rol de padres.

Entre los trastornos de ansiedad, el *trastorno obsesivo compulsivo* ha sido el más estudiado en este período. Se reconoce que toda la etapa perinatal es un momento de aparición o reagudización sintomática. En un metaanálisis publicado en 2013, se ha reportado que durante el embarazo y el puerperio el riesgo de padecer TOC se incrementa 1.5 a 2 veces en comparación con otras etapas vitales (37). El comienzo habitualmente es abrupto y rápido, desde los primeros días postparto hasta 2 a 3 semanas (38). Entre las mujeres con TOC, se ha descripto que entre el 15% y 40% tuvieron el inicio en esta etapa perinatal (38). En el puerperio, las obsesiones se refieren especialmente al bebé, mediante temores de contaminación o de dañar accidental o intencionalmente. Las compulsiones que acompañan estos pensamientos incluyen el lavado reiterado del bebé y sus ropas (lo cual lleva mucho tiempo, y el riesgo de lastimarlo por la excesiva fricción al limpiarlo), la evitación del contacto con el niño para no contaminarlo, las conductas de chequeo y verificación sobre si está bien cambiado (lo cual lleva a vestirlo y desvestirlo incontables veces) o sobre su bienestar (chequear que duerme, que respira, que no sufrió

una muerte súbita, y no dormir por ello) (37). Entre estos modos de presentación, se pueden dar las dos versiones opuestas: madres que evitan el contacto con el bebé para no dañarlo o no contaminarlo, o madres que no se despegan del bebé para verificar que nada malo les suceda. Como se comprende, los excesos en más o en menos afectarán el vínculo con el niño. Cabe aclarar que no se ha comprobado que las mujeres con TOC en el puerperio efectivamente tengan tasas mayores de maltrato o agresiones al bebé (37).

El trastorno por estrés postraumático en el puerperio ostenta una incidencia del 1.5% al 6%, en general asociado a un embarazo complicado (20, 39). Las consecuencias de una práctica obstétrica abusiva o muy cruenta, en general se verifican en un embarazo posterior, o más tardíamente y no en el postparto. El caso puede ser extremo y constituir la tocofobia, el temor extremo ocasionado por el embarazo y parto, que puede incluso propiciar la terminación voluntaria del embarazo para no reexponerse al trauma del parto.

Entre las mujeres que presentan un trastorno de pánico, alrededor del 10% tienen su inicio en el puerperio (20). Lógicamente esta condición afecta también el vínculo de la madre con su hijo, ya que el estar a solas con su bebé les puede resultar "peligroso" por el temor de sufrir un ataque de pánico y no poder cuidarlo.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) también puede resurgir en el puerperio. Al tratarse de una condición crónica, en general el diagnóstico no se hace por primera vez en el puerperio. Pero es importante tenerlo en cuenta en mujeres que ya vienen con ese diagnóstico porque el nacimiento de un hijo funciona claramente como un factor estresante importante y puede reactivar los síntomas. Se ha propuesto que el TAG es un factor de riesgo para la depresión puerperal (40).

Lactancia materna y tratamiento farmacológico

Pautas generales

Es bien conocido que el tratamiento farmacológico de una mujer embarazada que cursa un cuadro compatible con un trastorno mental es una de las situaciones más complejas para el psiquiatra clínico. La decisión de utilizar el recurso farmacológico lógicamente deberá ser cuidadosamente evaluada, y requiere tomar en consideración múltiples aspectos.

Pero este no es el tema que aquí nos ocupa. En este trabajo, tenemos la mirada puesta en el puerperio, una vez terminado el embarazo. Entonces, en el caso de haber tratado a la mujer durante la gestación, y con el advenimiento de un bebé sano, muchos pensarán: "*Ya está, misión cumplida, llegamos a la meta*". Eso sería así si la meta fuera solamente terminar el embarazo y que nazca un niño sano... Pero sabemos que nuestra tarea no culmina con el nacimiento del bebé, sino que continuamos atendiendo a la mujer, justamente en uno de los períodos más convulsionados de su vida: el puerperio. Contrariamente a lo que se podría suponer, muchas mujeres que han sido medicadas durante su embarazo, y que comprendieron la necesi-

dad de dicho tratamiento, presentan mayor resistencia a la toma de la medicación luego del parto. Para entender esta situación podemos intentar conjeturar algunas ideas. La presencia del bebé real les puede hacer tomar mayor conciencia de un potencial daño. Por otra parte, el comportamiento maternal de cuidado sobre su hijo provoca conductas diferentes a lo que ocurría durante la gestación, cuando todavía había un cuerpo, el propio, y no dos como se evidencia luego del nacimiento. Este mayor registro del bebé como un otro separado de su cuerpo se difumina en el momento de la lactancia. Allí los dos cuerpos se unen en el acto de la alimentación, se restablece la unión previa al parto. Sin embargo, sabemos que durante el embarazo, la placenta no cumple función de barrera, con lo cual todo fármaco que la madre recibe pasa en su totalidad al compartimiento fetal. Pero no ocurre lo mismo en el amamantamiento. La leche materna, en tanto secreción corporal, es una de las vías de excreción de fármacos que tiene el cuerpo humano, por cierto no la más relevante en términos de porcentaje total eliminado. Es decir, del total del medicamento que ingiere la madre, el bebé recibirá una porción, variable dependiendo de diversos factores.

¿Cuáles son estos factores a tener en cuenta a la hora de indicar un tratamiento farmacológico en una mujer que amamanta? La necesidad del fármaco por parte de la madre, el impacto del fármaco en la producción de leche, la cantidad de droga excretada en la leche materna, la tasa de absorción oral del bebé que recibe el fármaco de la leche y los potenciales efectos adversos del fármaco en el bebé lactante. La edad del bebé es otro factor relevante, ya que los efectos adversos de los medicamentos aparecen más frecuentemente en bebés menores de 2 meses, mientras que son muy raros en bebés de 6 meses o más (41).

Entre los factores antes enunciados se detalla la cantidad de fármaco excretado en la leche. Esta fracción dependerá de las características químicas individuales del compuesto. Si se trata de un compuesto no ionizado, de bajo peso molecular, de bajo volumen de distribución, con escasa unión a proteínas y alta liposolubilidad, entonces será una droga con gran pasaje a leche materna. Por el contrario, fármacos de alto peso molecular, alta unión proteica, poca liposolubilidad tendrán un menor pasaje. Las drogas con una vida media de eliminación larga, tenderán a acumularse en la leche, y las que tengan una alta biodisponibilidad oral serán mejor absorbidas por el bebé (41).

Con respecto a los efectos adversos que se pueden producir en el bebé, serán tolerados en la medida que la necesidad del tratamiento farmacológico en la madre sea absolutamente indispensable. Por otro lado, las características propias del recién nacido condicionan la mayor o menor vulnerabilidad a la toxicidad de los medicamentos. Los bebés prematuros o que presentan una enfermedad crónica o metabólica serán más propensos a padecer las reacciones adversas de los fármacos que recibe mediante la leche materna.

El otro aspecto a considerar en la administración de un medicamento a una mujer que alimenta a su hijo mediante lactancia natural, es que el bebé recién nacido

tiene sus sistemas metabólico y excretor más inmaduro que un adulto. Es así que la absorción puede aumentarse por un menor vaciamiento gástrico, el metabolismo se enlentece porque todavía no alcanza la madurez el sistema hepático de metabolización de drogas, y la función renal tampoco alcanza los niveles del adulto. Además, la barrera hematoencefálica se encuentra permeable en los primeros 3 meses. Por consiguiente, los fármacos se absorben en mayor proporción, alcanzan el sistema nervioso central en desarrollo y tardan más en eliminarse (41, 43).

Por todo lo anterior, se intenta no medicar a las madres que amamantan, y cuando se lo hace, se deben monitorear cuidadosamente en el bebé las posibles reacciones adversas del fármaco utilizado.

Los psicofármacos y el pasaje a leche

El tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos del puerperio se indica en los casos más graves, en los que existe riesgo de suicidio, o lo disruptivo del cuadro impide su manejo psicoterapéutico. Como se señaló anteriormente, durante el puerperio se juega un tiempo vital, en el cual se establece el contacto, el vínculo de la madre con su hijo. Por tal motivo, no es conveniente demorarse en la intervención. Cuanto antes se restablezca o se inicie el contacto de la mujer con el bebé, menores las consecuencias a largo plazo para ambos. De todas formas, no debe perderse de vista que no se conoce exactamente el impacto que el empleo de psicofármacos puede tener a largo plazo el empleo de en los bebés en plena etapa de neurodesarrollo (41, 42). Entre los psicofármacos, la Academia Americana de Pediatría destaca a la sertralina, paroxetina, clorimipramina y amitriptilina como los de uso menos problemático (42).

No es el foco de este trabajo desarrollar los protocolos de tratamiento de la depresión, el trastorno bipolar, los cuadros de ansiedad o los episodios psicóticos. Basta con aclarar que el tratamiento es el mismo que se indica fuera del puerperio.

No todos los medicamentos tienen el mismo nivel de pasaje a la leche. La literatura es difícil de comparar por la disparidad metodológica en el dosaje y en la muestra utilizada. Se considera compatible con la lactancia una droga que posea un grado de pasaje menor al 10% de la dosis materna (43).

La Academia Americana de Pediatría considera 3 categorías en relación con la lactancia: drogas contraindicadas (litio), drogas cuyos efectos son desconocidos aunque podrían resultar preocupantes (la mayoría de los antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos) y drogas compatibles (carbamazepina y ácido valproico) (43). El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología publicó en 2008 una guía que toma en cuenta una clasificación según el grado de pasaje, que divide a los medicamentos en 5 tipos (L1, L2, L3, L4 y L5), siendo los más seguros los ubicados en L1 y los del extremo L5, incompatibles (44). En la tabla 1 se mencionan los compuestos más utilizados y su nivel de pasaje a la leche:

Tabla 1. (26, 43, 44, 45, 46)

Benzodiazepinas: Alprazolam, clonazepam, lorazepam Clordiazepóxido, clorazepato, oxazepam, Temazepam Diazepam	L3 L3 L3 L4 en uso crónico
Hipnóticos: Buspirona, zolpidem Baleplón	L3 L2
Estabilizadores de ánimo: Litio Ácido valproico /carbamazepina Lamotrigina	L4 L2 L3
Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina, clorimipramina, Desipramina, imipramina, nortriptilina Maprotilina Doxepina	L2 L2 L3 L5
Antidepresivos ISRS: Citalopram, escitalopram Fluoxetina Se prefieren: fluvoxamina, paroxetina o sertralina	L3 L3 en recién nacidos, luego L2 L2
Otros antidepresivos: Bupropion, venlafaxina, mirtazapina Nefazodona Trazodona	L3 L4 L2
Antipsicóticos típicos: Haloperidol Clorpromazina Pimozida, tioridazina	L2 L3 L4
Antipsicóticos atípicos: Olanzapina Aripiprazol, clozapina, risperidona Quetiapina, ziprasidona	L2 L3 L4

En el caso de implementar un tratamiento farmacológico durante la lactancia, conviene que la mujer tome la medicación inmediatamente después de la puesta al pecho, o antes de acostarse, cuando el bebé tenga su período de sueño más largo, para minimizar el pico plasmático (47). La práctica de sacarse leche coincidiendo con el pico plasmático y luego desecharla no es unánime, algunos autores la desaconsejan por falta de evidencia de su utilidad real y por lo contradictorio del mensa-

je (si se prescribe un medicamento durante la lactancia tiene que ser porque se supone de bajo riesgo) (48).

¿Cuándo suspender la lactancia?

La decisión de suspender la lactancia nunca es una decisión fácil, aunque cuando la tomamos, notamos que si bien al principio puede generar mucha resistencia en la mujer (y culpa por no poder cumplir con los manda-

tos sociales en cuanto al “ser madre”), habitualmente lo que conseguimos es alivio. No es una indicación generalizable ni universal, dependerá del caso por caso. Es apropiada cuando las madres se sienten agobiadas, no descansan, no pueden dormir cuando el bebé duerme, la responsabilidad de ser la única que puede alimentar al niño las desborda y la hiperexigencia les impide tomar ellas la decisión de suspender el pecho. Compartir esa tarea con el padre o con otra persona a cargo permite poner una distancia que resulta necesaria para favorecer el acercamiento de la madre y su hijo (49).

En los episodios psicóticos puerperales, esta decisión es más contundente, y habitualmente se toma junto con la indicación de internación. Aquí la gravedad del cuadro genera menos dudas. Pero en los casos de depresión

o trastornos de ansiedad, con mucha crítica, un estado de duda permanente, culpa y autorreproches, no es tan fácil. Aceptar la indicación de suspender la lactancia implica aceptar un límite, una dificultad en lo que la mujer suponía que era “lo natural”.

Suspender la lactancia, o implementar lactancia mixta (para lograr que la madre duerma y se ocupe otro de alimentar al bebé de noche), son decisiones que tienen que estar consensuadas con el pediatra. El pediatra es el observador por excelencia del desarrollo del bebé y del vínculo de la madre con su hijo. Es imprescindible que trabajemos en conjunto con el pediatra y el obstetra para evitar las contradicciones que a estas pacientes las pueden confundir más en un momento de tanta zozobra ■

Referencias bibliográficas

1. Stern D, Bruschiweiler Stern N, Freeland A. El nacimiento de una madre. Buenos Aires: Paidós; 1999.
2. Ferro N. El instinto maternal o la necesidad de un mito. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; 1991.
3. Schwarcz R, Diverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1992.
4. Brockington I, Aucamp H, Fraser C. Severe disorders of the mother infant relationship: definitions and frequency. *Arch womens ment health* 2006; 9: 243-251.
5. O'Hara M, Wisner K. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28: 3-12.
6. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman J, Feldman R. Oxytocine and the development of parenting in humans. *Biol Psychiatry* 2010; 68: 377-382.
7. Hillerer K, Jacobs V, Fischer T, Aigner L. The maternal brain: an organ with peripartur plasticity. *Neural Plast* 2014; article ID 574159.
8. Miller L. Postpartum mood disorders. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999.
9. Sebastiani M. Embarazo ¿dulce espera? Buenos Aires: Paidós; 1995.
10. Sebastiani M. Lo que nadie te contó del embarazo y del parto. Buenos Aires: Paidós; 2011.
11. Sebastiani M, Raffo Magnasco de Testa M. Claroscuros del embarazo, el parto y el puerperio. Buenos Aires: Paidós; 2004.
12. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363: 303-310.
13. Burt V, Hendrick V. Postpartum psychiatric disorders In: Clinical manual of women's mental health. Arlington: American psychiatric Publishing, Inc; 2005.
14. Dennis C, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (review). *Cochrane database of systematic reviews* 2013, issue 2, Art CD001134. DOI 10.1002/14651858. CD 001134.pub3.
15. Cunningham N, Brown P, Brooks J, Page A. Th estructure of emotional symptoms in the postpartum period: Is it unique? *J Affect Disord* 2013; 151: 686-694.

16. Hanley J. Possible causes of postnatal depression. In: Hanley J. Perinatal mental health. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2009.
17. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, Eng HF, et al. Onset timing, thoughts of self harm and diagnoses in postpartum women with screen positive depression findings. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 490-498.
18. Sharma V, Khan M. Identification of bipolar disorder in women with postpartum depression. *Bipolar Disord* 2010; 12: 335-340.
19. Studd J, Nappi R. Reproductive depression. *Gynecol Endocrinol* 2012; 28 (S1): 42-45.
20. Henshaw C, Cox J, Barton J. Modern management of perinatal psychiatric disorders. Glasgow: The Royal College of Psychiatrists; 2009.
21. Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27: 185-193.
22. ICD 10. International classification of diseases [Internet]. Available from: www.who.int/classifications/icd/icdonline-versions
23. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
24. Sharma V, Burt V, Ritchie H. Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis and treatment. *Am J Psych* 2009; 166: 1217-1221.
25. Sharma V, Mazmanian D. The DSM 5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Health* 2014; 17: 171-173.
26. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2012.
27. Di Florio A, Forty L, Gordon Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, et al. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 168-175.
28. Viguera A, Tondo L, Koukopoulos A, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini R. Episodes of mood disorders in 2252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1179-1185.
29. Colom F, Cruz N, Pacchiarotti I, Mazarini L, Goikolea J, Popova E, et al. Postpartum bipolar episodes are not distinct from spontaneous episodes: implications for DSM V. *J Affect Disord* 2010; 126: 61-64.
30. Babu G, Thippeswamy H, Chandra P. Use of electroconvulsive therapy in postpartum psychosis: a naturalistic prospective study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 247-251.
31. Matevosyan N. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta study. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283: 141-147.
32. Barr J, Beck C. Infanticide secrets. Qualitative study on postpartum depression. *Can Fam physician* 2008; 1716-1717; e 1-5.
33. Hatters Friedman S, Resnick P. Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry* 2007; 6: 137-141.
34. George A, Luz R, De Tyche C, Tilly N, Spitz E. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13: 233.
35. Kleiman K, Wenzel A. Dropping the baby and other scary thoughts. New York: Routledge; 2011.
36. Paul I, Downs D, Schaefer E, Beiler J, Weisman C. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcome. *Pediatrics* 2013; 131; e1218. Available from: <http://pediatrics.appublications.org/content/131/4/e1218>.
37. Russell E, Fawcett J, Mazmanian D. Risk of obsessive compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 74 (4): 377-385.
38. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, Mc Dougle C, Epperson C. Onset and exacerbation of obsessive compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (8): 1061-1068.
39. Shaban Z, Dolatian M, Shams J, Alavi Majd H, Mahoodi Z, Sajjadi H. Post traumatic stress disorder (PTSD) following childbirth: prevalence and contributing factors. *Iran Red Cres Med J* 2013; 15 (3): 177-182.
40. Prenoveau J, Craske M, Counsell N, West V, Davies B et al. Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depress Anxiety* 2013; 30: 506-514.
41. Sachs H, Committee on drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics* 2013; 132: e796-809.
42. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129: e827-e841.
43. Mazaira S. Tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos durante el embarazo y la lactancia. En: Wikinski S, Jufe G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. 2ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2013.
44. ACOG Practice. Bulletin No 92. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1001-1020.
45. Amir L, Pirota M, Raval M. Breastfeeding. Evidence based guidelines for the use of medicines. *Aust Fam Physician* 2011; 40 (9): 684-690.
46. Chad L, Pupco A, Bozzo P, Koren G. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician* 2013; 59: 633-634.
47. Payne J. Antidepressant use in the postpartum period: practical considerations. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (9): 1329 - 1332.
48. Kim D, Epperson C, Weiss A, Wisner K. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. *Expert Opin Pharmacother* 2014; 15: 1223-1234.
49. Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatr Neurosci* 2008; 33: 302-318.

Embarazo en mujeres afectadas por trastornos bipolares: conceptos para el manejo clínico-terapéutico

Eliana Marengo

*Médica especialista en Psiquiatría.
Programa de Investigación en Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias.
Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.
E-mail: elianamarengo@gmail.com*

Los trastornos bipolares (TB) son trastornos de ánimo crónicos, de base genética, distribución poblacional ubicua y que presentan una prevalencia del 4% (1). El TB tipo I tiene distribución similar entre sexos mientras que el diagnóstico de TB tipo II sería más frecuentes en las mujeres (1). Dado que estos suelen iniciarse en la adolescencia o adultez temprana, gran número de mujeres con TB transitan sus años fértiles con la enfermedad (2). Los embarazos durante el tratamiento psiquiátrico de mujeres con TB no son, por lo tanto, un evento que pueda

considerarse inesperado o infrecuente. Sin embargo, ante un embarazo o el proyecto de maternidad se plantean situaciones clínicamente complejas y a veces dilemáticas para ellas y los profesionales que las asisten. Por un lado, el interrogante sobre si el tratamiento farmacológico que mantiene la eutimia genera algún nivel de riesgo para el desarrollo embriofetal. Por otro, la incertidumbre sobre si suspender el tratamiento en pos de prevenir los riesgos embriofetales supondrá riesgos para la salud de la dupla maternofetal. Esas son las dudas habituales entre profe-

Resumen

El embarazo en los trastornos bipolares plantea situaciones clínicas complejas para las mujeres afectadas y profesionales de la salud que las asisten. Por un lado, requiere la consideración cuidadosa de los riesgos que pueden tener los fármacos sobre el desarrollo embriofetal y la salud obstétrica. A la vez exige la valoración de las posibles consecuencias de discontinuar el tratamiento estabilizador para esta dupla. En este artículo se presentan los puntos críticos de para la discusión con las mujeres afectadas por trastornos bipolares, necesarios para el proceso de toma de decisiones informadas que ellas atraviesan. Además se exponen conceptos y recomendaciones para el abordaje clínico del embarazo en esta población durante los tratamientos de psiquiatría general.

Palabras clave: Trastorno bipolar - Mujeres - Embarazo - Salud reproductiva.

PREGNANCY IN BIPOLAR DISORDERS. CONCEPTS FOR CLINICAL AND THERAPEUTIC MANAGEMENT

Abstract

Pregnancy in women affected with bipolar disorders supposes a complex clinical decision making process for those women affected and their clinicians. On one hand, a careful weighing of potential consequences of maintains pharmacologic treatment for obstetric health and embryo-fetal development is essential. On the other, a thorough consideration of risks of discontinuing treatment for pregnant women and fetal health is needed. In this paper, critical items to discuss with women that make informed decisions regarding their mood stabilizing treatment in these complex circumstances are described. Likewise, some clinical recommendations for psychiatric management of pregnancy in this population are presented.

Key words: Bipolar disorder - Women - Pregnancy - Reproductive health.

sionales y consultantes. Mientras aún hoy predomina el intento de evitar la exposición a fármacos durante el embarazo en las mujeres con TB sin considerar los costos de la enfermedad, muchos investigadores sostienen que la pregunta fundamental no es si tratar o no tratar la enfermedad durante el embarazo, sino cuál es la opción más efectiva para el tratamiento en esta situación (3).

Las guías de tratamiento sobre psiquiatría perinatal, un recurso habitual para la consulta de los profesionales, han sido construidas con la evidencia científica disponible que muchas veces es escasa (4, 5, 6, 7). Además, el cuerpo teórico en el que basan estas guías se ha centrado más en el estudio de los riesgos de mantener el tratamiento y no tanto en los riesgos de no tratar la enfermedad por lo que muestran una visión parcial del problema. Por otra parte, estas publicaciones tienen un carácter clínico general pero su aplicación puede ser difícil cuando se considera cada caso en particular.

Afortunadamente en los últimos años el interés científico y la publicación de investigaciones sobre el embarazo en los TB ha ido en aumento por lo que es posible prever que en los próximos años contemos con más información de calidad que pueda orientar a profesionales y pacientes en la práctica diaria de la psiquiatría perinatal. El objetivo de este artículo es brindar conceptos esenciales y puntos críticos para el manejo terapéutico del embarazo en las mujeres con TB en consultorios generales de psiquiatría.

Modelo de toma de decisiones informadas

La salud reproductiva en nuestro país es un derecho e implica la decisión autónoma de si tener hijos o no, el número, e intervalo de tiempo entre cada hijo. También contempla el acceso a información científica y la atención integral de la salud reproductiva (8). En este contexto, el proceso de toma de decisiones que enfrentan las mujeres con TB y los profesionales tratantes ante un embarazo próximo o en curso plantea un desafío clínico. Idealmente debe incluir la valoración tanto de los riesgos asociados al uso de determinados fármacos a lo largo de la gestación para la salud obstétrica y embriofetal como los riesgos que puede suponer el no tratar la enfermedad para esa dupla. Como afirma Cohen, experto en psiquiatría reproductiva, un proceso adecuado de toma de decisiones informadas para la mujer con TB se dará en el contexto de saber que "*ninguna decisión está libre de riesgos y ninguna decisión es perfecta*" (9). De acuerdo al modelo de toma de decisiones informadas, en un primer paso nuestro objetivo como profesionales será proveer a las mujeres de datos de calidad científica disponibles (y también señalar la ausencia de estos) adaptados a la particularidad de ese caso. Luego, con el conocimiento sobre los riesgos y los potenciales beneficios de implementar las distintas opciones terapéuticas, la mujer podrá tomar su decisión integrando la información con sus valores y preferencias individuales (10).

Riesgos de no tratar la enfermedad:

Hasta hace algunos años, se sostenía que el embarazo tenía un efecto protector sobre la estabilidad del

ánimo en los TB. Pero en el año 2000 se publicó el primer estudio que cuestionaba esta afirmación. En esta investigación, que comparó la ocurrencia de episodios mayores afectivos entre mujeres embarazadas versus no embarazadas con TB tipo I en tratamiento con litio, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos al suspender el tratamiento. Alrededor de la mitad de las mujeres en cada grupo reportó recurrencias luego de la discontinuación del tratamiento (11). Desde entonces se han publicado 2 estudios prospectivos que mostraron que los riesgos de recurrencia luego de suspender el tratamiento en mujeres con TB embarazadas fueron significativamente mayores respecto de aquellas que lo mantuvieron (12, 13). En el primer estudio, el 86% del grupo sin tratamiento sufrió recaídas versus el 37% (12). En el estudio posterior, el 100% de las participantes que discontinuaron el estabilizador sufrió una recaída mientras que sólo el 30% de las que mantuvieron su tratamiento con lamotrigina (13). Como información complementaria, los episodios afectivos fueron significativamente más tempranos (12, 13) y prolongados en las mujeres sin tratamiento (12). Esta información subraya que la suspensión del tratamiento durante la gestación conlleva riesgos de recaída afectiva de magnitud considerables y se suma a los datos que muestran que las tasas generales de recurrencia a lo largo del embarazo en mujeres con TB son generalmente iguales o mayores al 50% (14).

Por otra parte, los riesgos maternofetales de no tratar los TB durante la gestación permanecen aún como un área subestudiada. Recientemente se publicó un estudio de cohorte en población sueca que comparó registros de medidas obstétricas y neonatales comparando mujeres con diagnóstico de TB con o sin tratamiento durante el embarazo con población general. Este estudio mostró que las mujeres con TB, independientemente de haber tenido o no tratamiento, presentaban un riesgo aumentado de tener hijos prematuros, partos instrumentales, cesáreas y nacimientos inducidos. Por otra parte, los neonatos de las mujeres con TB sin tratamiento presentaron más frecuentemente hipoglucemia neonatal y microcefalia respecto de los recién nacidos del grupo de mujeres sin TB (15).

Otras 2 investigaciones realizadas utilizando registros médicos muestran mayor riesgo de complicaciones en el embarazo, de parto pretérmino (16) y recién nacidos pequeños para la edad gestacional entre mujeres con TB (16, 17). Aunque estas investigaciones son valiosas deben tenerse en cuenta algunas limitaciones. Los datos provienen de registros médicos que no proveyeron datos respecto de la severidad de la enfermedad afectiva, si las mujeres mantenían tratamiento o no y con qué fármacos, o la fase de la enfermedad que cursaron en el embarazo. Tampoco se controló el impacto que pudieran tener otros factores clínicos como el abuso de sustancias, tabaquismo y obesidad, entre otras variables que pueden afectar las medidas consideradas.

De esta manera, teniendo en cuenta la limitada evidencia sobre el impacto de suspender el tratamiento en

medidas obstétricas y neonatales, pero contando con un buen volumen de datos que muestran un incremento en el riesgo de recaídas durante el embarazo, vale la pena considerar cuidadosamente junto a la mujer consultante los antecedentes de severidad, duración y consecuencias de episodios anteriores. En el caso de recurrencias en el embarazo es conveniente discutir sobre la posibilidad de que los síntomas limiten o impidan un adecuado cuidado de la salud de la mujer durante el embarazo con el consecuente impacto en la nutrición y los cuidados prenatales.

Riesgos del uso de fármacos durante el embarazo

Ninguna de las drogas utilizadas habitualmente en el tratamiento de los TB está catalogada como carente de riesgo en el embarazo. Los tipos de riesgos asociados al uso de fármacos durante el embarazo se conceptualizan en el Cuadro 1. En este artículo se reseñan las características principales de los fármacos habitualmente utilizados en el tratamiento de los TB durante el embarazo. Sin embargo, es indispensable la profundización bibliográfica sobre el manejo específico de cada fármaco a la hora de indicar y sostener su uso en el embarazo.

Cuadro 1. Aspectos del fenómeno complejo de la teratogenicidad.

Teratogenicidad estructural: Aumento del riesgo de malformaciones fetales.
Teratogenicidad perinatal: Aumento del riesgo de complicaciones perinatales.
Teratogenicidad gestacional: Aumento del riesgo de complicaciones durante el embarazo.
Teratogenicidad neuroconductual: Aumento del riesgo de alteraciones del neurodesarrollo.

Reproducido con permiso de Dr. Salvatore Gentile (Gentile S. Bipolar disorder in pregnancy: to treat or not to treat? *BMJ* 2012; 345: e7367).

Litio: El litio se encuentra entre las opciones de primera elección en el tratamiento de los TB durante el embarazo (9, 18). Su uso se ha asociado con un aumento de riesgo de malformación cardíaca de Ebstein con baja frecuencia relativa (18). Con el uso de litio en el embarazo avanzado, se han descrito síntomas perinatales respiratorios y neurológicos. Aunque las litemias tóxicas se asociaron más frecuentemente con estas complicaciones también hay reportes con valores en rango terapéutico (19). En cualquier caso, estos síntomas son de manejo clínico neonatal y no se ha reportado mortalidad por esta causa. El perfil sobre el desarrollo psicomotor, aunque con evidencia pequeña, es favorable (18, 20). El manejo adecuado del litio en el embarazo requiere estudios cardíacos fetales específicos, controles estrictos de litemias maternas (especialmente en caso de hiperémesis y sobre todo desde la segunda mitad del embarazo) y la suspensión temporaria en la fecha de nacimiento programada (4, 5, 6, 7). Para profundizar en el tema, se recomienda la revisión más actual sobre litio (18).

Antiepilépticos: Los embarazos expuestos a drogas antiepilépticas como valproico y carbamazepina durante el primer trimestre presentan un riesgo aumentado de malformaciones asociadas a defectos en el cierre del tubo neural aunque otras malformaciones también han sido reportadas (21). Por esta razón, se recomienda el uso de ácido fólico preconcepcional (4, 6). El valproico, cuyo efecto teratógeno se observa como dosis dependiente (22), también muestra mayor riesgo de afectar el desarrollo neuromadurativo de los niños expuestos intraútero

con disminución del IQ respecto de niños no expuestos (23). Por estas razones, junto a un mayor riesgo de presentación de síndrome de ovarios poliquísticos, el uso de valproico no se recomienda en mujeres en edad reproductiva (6).

De más reciente uso, la lamotrigina parece presentar un perfil reproductivo más seguro que el valproico y la carbamazepina. En 2006 se reportaron casos de paladar hendido asociado a la exposición a lamotrigina en el primer trimestre que sugerían un aumento en los riesgos para la presentación de esta malformación aunque más recientemente este hallazgo no fue replicado (24). Dado que el *clearance* hepático de lamotrigina aumenta durante el embarazo, debería monitorearse clínicamente a las pacientes para controlar aparición de recaídas a medida que avanza la gestación (14). Para profundizar en el manejo antenatal de antiepilépticos se recomienda la revisión más actual sobre el tema (25).

Antipsicóticos: Los antipsicóticos han sido asociados con mayor riesgo de teratogenia, alteraciones del crecimiento fetal y parto pretérmino, de manera no concluyente (26, 27). Ante el reciente uso de estas drogas, la FDA lanzó en 2011 una advertencia respecto del riesgo aumentado de alteraciones motoras perinatales y síndromes de discontinuación en recién nacidos expuestos durante embarazo a estas drogas (28). Recientemente se publicó el mayor seguimiento prospectivo de 142 niños expuestos intraútero a estas drogas (29). El 43% de los RN requirieron asistencia neonatal por síndromes respiratorios o de discontinuación. Al año de nacer, la

mayor parte de los niños de la cohorte habían tenido una evolución favorable. A otro nivel, los antipsicóticos han sido asociados con mayor riesgo de diabetes gestacional (26, 27, 29). Para profundizar en el tema, se recomiendan las revisiones más actuales sobre antipsicóticos (25, 26).

Más allá de la información científica: otros aspectos de las decisiones reproductivas

Las mujeres con TB deben atravesar un complejo proceso de toma de decisiones alrededor de sus planes de maternidad. Sin embargo, no siempre estas decisiones importantes se apoyan en el asesoramiento especializado sino siguiendo recomendaciones de familiares y allegados, medios de comunicación o profesionales que no están debidamente actualizados (30). Se ha prestado poca atención al estudio de otros factores que puedan influir en las decisiones reproductivas de las mujeres con trastornos del ánimo aunque las investigaciones han mostrado la relevancia de recibir información adecuada. Como ejemplo, alrededor del 40% de las mujeres con TB consultantes en un centro de psiquiatría perinatal reportaron haber sido desaconsejadas por profesionales de la salud sobre buscar un embarazo por su enfermedad; luego de recibir información especializada, el 63% decidió buscar un embarazo (31). Por otra parte, se ha observado que las mujeres sobreestiman los riesgos teratogénicos de los fármacos en general y de su propio tratamiento en particular, antes de realizar una consulta especializada; luego de recibir información detallada sobre los riesgos conocidos de la enfermedad psiquiátrica, del tratamiento específico y de otras variables demográficas o clínicas influyentes, la percepción del riesgo teratogénico disminuyó significativamente en las consultantes (32).

La percepción del riesgo del uso de medicaciones en el embarazo también varía entre profesionales de la salud. Aunque epilepsia y TB son enfermedades con alta morbilidad y en las que suspender el tratamiento determina un incremento significativo de riesgos, neurólogos y psiquiatras muestran prácticas diferentes: los neurólogos tienden a promover con mayor frecuencia la continuación del tratamiento farmacológico durante el embarazo que los psiquiatras (33). En nuestra población, una encuesta realizada entre psiquiatras, mostró que más de la mitad de los encuestados consideraba erróneamente que el litio presentaba riesgos teratogénicos similares al ácido valproico (34). A su vez, un tercio de los psiquiatras informó no estar en condiciones de contestar esa pregunta (34). Por otra parte, una encuesta regional reciente mostró la sobrestimación de los riesgos teratogénicos de los psicofármacos por parte del 43% de profesionales médicos que no eran psiquiatras (35). Dado que distintos actores pueden influir sobre el proceso de toma de decisiones terapéuticas en el embarazo de mujeres con TB y la evidencia de que la información específica y especializada modifica la mirada de las mujeres afectadas, el entrenamiento profesional continuo (en un área de avances científicos recientes) y una mejor difusión de la información en la comunidad podrían contribuir a un

proceso de toma de decisiones reproductivas basado en la evidencia.

Entrevistas preconceptionales

El cuidado de la salud reproductiva y el proceso de toma de decisiones informadas respecto de un embarazo en mujeres con TB serán más provechosos si ocurre en un periodo de eutimia preconceptional. De hecho, a la hora de asistir a mujeres en edad reproductiva es recomendable incluir desde temprano en el tratamiento discusiones activas sobre el cuidado de la salud reproductiva, las expectativas de maternidad en el mediano o largo plazo y la importancia de uso de métodos anticonceptivos eficaces que reduzcan el riesgo de embarazos no planificados. Estos eventos, frecuentes entre mujeres con TB (36), se han visto asociados con mayor riesgo de recaídas (12, 13) y pueden conllevar la exposición involuntaria a drogas de riesgo teratogénico alto o desconocido.

Las planificación de un embarazo y las charlas preconceptionales son más útiles durante la eutimia. Por un lado los síntomas de depresión significativa en mujeres embarazadas se han asociado con una percepción aumentada de riesgos teratogénicos y se asociaron con mayor frecuencia a la consideración de interrumpir el embarazo con más frecuencia que las de mujeres eutímicas (32). Por otra parte, habitualmente ante la noticia de un embarazo las decisiones se precipitan llevando a la suspensión abrupta del tratamiento farmacológico. Esta conducta precipitada aumenta en sí misma los riesgos de recaída en gran medida (12, 13). La discusión previa al embarazo e idealmente su planificación, permite una valoración cuidadosa de los antecedentes psiquiátricos, reproductivos y obstétricos que permitirá trazar un plan a medida para cada caso. Esto puede incluir la suspensión gradual de algún o todos los fármacos, en parte o todo el embarazo, o realizar modificaciones del esquema terapéutico buscando opciones efectivas pero de menor riesgo relativo obstétrico-fetal.

Con respecto al uso de fármacos, se recomienda la monoterapia (o el plan más racional) a las menores dosis que sean efectivas (5, 6). Es importante evitar las dosis subterapéuticas porque pueden exponer al embarazo al doble riesgo: de los fármacos y de la enfermedad. El manejo farmacológico de cada droga que se indique debe ser conocido en relación a la fisiología del embarazo así como deben identificarse los estudios maternos y fetales específicos para el caso.

La posibilidad de realizar interconsultas con unidades o especialistas en psiquiatría perinatal o servicios de seguimiento fetal de alto riesgo es una herramienta útil para las entrevistas preconceptionales y/o el seguimiento durante el embarazo. A su vez, dado que los embarazos en el TB se consideran de alto riesgo, se utilicen fármacos o no, es recomendable el trabajo en equipo con una comunicación fluida a fin de anticipar posibles eventos y contar con instituciones con la infraestructura adecuada para la asistencia neonatal.

Finalmente, es muy importante discutir aspectos no farmacológicos del tratamiento del TB en el embarazo y

posparto con la mujer y su pareja o allegados. La importancia de la regularidad de hábitos en esta enfermedad se ve desafiada por los cambios de rutinas y privación de sueño que trae un bebé. Es útil anticipar quienes serán los allegados que puedan colaborar con la alimentación nocturna para permitir el descanso de la mujer. La identificación durante los periodos de eutimia de aquellos que puedan colaborar si ocurriera un episodio afectivo, es una medida operativa ante la situación de crisis que plantea un episodio puerperal (eventos frecuentes en la población con TB). Estas y otras consideraciones basadas en las particularidades del caso por caso son medidas fundamentales para un mejor tratamiento perinatal de las mujeres con TB.

Para concluir, las mujeres con TB que buscan o planean un embarazo deben tomar decisiones importantes que involucran su propia estabilidad anímica o los potenciales riesgos del tratamiento o de la enfermedad para su

futuro hijo. Los profesionales de la salud que acompañan esos procesos deben proveer evidencia actualizada sobre lo que hoy se conoce sobre psiquiatría perinatal para que estas decisiones no sean sesgadas, consideren las particularidades clínicas de cada caso y sean respetuosas de la autonomía de cada mujer. La interconsulta con especialistas en psiquiatría perinatal y/o salud fetal, el trabajo en equipo con los demás profesionales que asisten un embarazo y la inclusión de terceros en el plan de acción terapéutico durante embarazo y posparto son herramientas necesarias para asistir a las mujeres con TB en su derecho a la maternidad.

Declaración de conflictos de intereses

La autora no declara conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

1. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 543-52.
2. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot ML, Bellivier F. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. *Bipolar Disord* 2005; 7: 111-8.
3. Gentile S. Bipolar disorder in pregnancy: to treat or not to treat? *BMJ* 2012; 345: e7367.
4. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 426-436
5. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L, Manber R, Viguera A, Suppes T, Altshuler L: Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 608-620.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG45). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2007.

7. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 961-77.
8. Ministerio de Salud de la Nación. Leyes que reconocen tus derechos. Derechos sexuales y reproductivos. Ministerio de Salud; 2013.
9. Cohen LS. Treatment of bipolar disorder during pregnancy. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 Suppl 9: 4-9.
10. Trevena L, Barratt A. Integrated decision making: definitions for a new discipline. *Patient Educ Couns* 2003; 50: 265-8.
11. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 179-84.
12. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1817-24.
13. Newport DJ, Stowe ZN, Viguera AC, Calamaras MR, Juric S, Knight B, et al. Lamotrigine in bipolar disorder: efficacy during pregnancy. *Bipolar Disord* 2008; 10: 432-6.
14. Sharma V, Pope CJ. Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 1447-55.
15. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ* 2012; 345: e7085.
16. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 79-91.
17. Lee H-C, Lin H-C. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: a nationwide population-based study. *J Affect Disord* 2010; 121: 100-5.
18. Gentile S. Lithium in pregnancy: the need to treat, the duty to ensure safety. *Expert Opin Drug Saf* 2012; 11: 425-37.
19. Newport JD, Viguera AC, Beach AJ, et al. Lithium placental passage and obstetrical outcome: implications for clinical management during late pregnancy. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2162-7.
20. van der Lugt NM, van de Maat JS, van Kamp IL, Knoppert-van der Klein EA, Hovens JG, Walther FJ. Fetal, neonatal and developmental outcomes of lithium-exposed pregnancies. *Early Hum Dev* 2012 Jun; 88 (6): 375-8.
21. Galbally M, Roberts M, Buist A; Perinatal Psychotropic Review Group. Mood stabilizers in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44: 967-77.
22. Diav-Citrin O, Shechtman S, Bar-Oz B, Cantrell D, Arnon J, Ornoy A. Pregnancy outcome after in utero exposure to valproate: evidence of dose relationship in teratogenic effect. *CNS Drugs* 2008; 22 (4): 325-34.
23. Meador KJ, Baker GA, Browning N, Cohen MJ, Bromley RL, Clayton-Smith J, et al. NEAD Study Group. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes at age 6 years (NEAD study): a prospective observational study. *Lancet Neurol* 2013; 12: 244-52.
24. Cunningham MC, Weil JG, Messenheimer JA, Ferber S, Yerby M, Tennis P. Final results from 18 years of the International Lamotrigine Pregnancy Registry. *Neurology* 2011; 76: 1817-23.
25. Galbally M, Snellen M, Walker S, Permezel M. Management of antipsychotic and mood stabilizer medication in pregnancy: recommendations for antenatal care. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44: 99-108.
26. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophr Bull* 2010; 36: 518-44.
27. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Kieler H. Antipsychotics during pregnancy: relation to fetal and maternal metabolic effects. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 715-21.
28. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Antipsychotic drug labels updated on use during pregnancy and risk of abnormal muscle movements and withdrawal symptoms in newborns [Internet]. Rockville: FDA; 2011. Available from: <http://www.fda.gov/drugs/drug-safety/ucm243903.htm>.
29. Kulkarni J, Worsley R, Gilbert H, Gavrilidis E, Van Rheenen TE, Wang W, et al. A prospective cohort study of antipsychotic medications in pregnancy: the first 147 pregnancies and 100 one year old babies. *PLoS One* 2014; 9: e94788.
30. Einarson A. Challenges for healthcare providers in treating women with psychiatric disorders during pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012; 19: e371-5.
31. Viguera AC, Cohen LS, Bouffard S, Whitfield T, Baldessarini RJ. Reproductive decisions by women with bipolar disorder after prepregnancy psychiatric consultation. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2102-4.
32. Walfisch A, Sermer C, Matok I, Einarson A, Koren G. Perception of teratogenic risk and the rated likelihood of pregnancy termination: association with maternal depression. *Can J Psychiatry* 2011; 56: 761-7.
33. Viguera AC, Cohen LS, Whitfield T, Reminick AM, Bromfield E, Baldessarini RJ. Perinatal use of anticonvulsants: differences in attitudes and recommendations among neurologists and psychiatrists. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13: 175-8.
34. Strejilevich SA, Urtueta-Baamonde M, Teitelbaum J, Martino DJ, Marengo E, Igoa A, et al. Clinical concepts associated with lithium underutilization in the treatment of bipolar disorder. *Vertex* 2011; 22 Suppl: 3-20.
35. Cantilino A, Lorenzo L, Paula Jdos A, Einarson A. Use of psychotropic medications during pregnancy: perception of teratogenic risk among physicians in two Latin American countries. *Rev Bras Psiquiatr* 2014; 36: 106-10.
36. Marengo E, Martino DJ, Igoa A, Fassi G, Teitelbaum J, Scápola M, et al. Pregnancy Planning and Reproductive Health Care in Women with Bipolar Disorder. *Bipolar Disord* 2012; 14 (Suppl 1): 101.

Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad

María Laura Pistani

*Médica generalista. Médica de planta.
CeSAC 18, Área Programática Hospital Piñero, CABA, Argentina.
E-mail: laurapistani@yahoo.com.ar*

Melina Bárbara Ceccato

*Licenciada en Psicología. Psicóloga de planta.
CeSAC 18, Área Programática Hospital Piñero, CABA, Argentina.
E-mail: melina_2011@hotmail.com*

Resumen

El embarazo no planificado es un hecho frecuente en mujeres en edad reproductiva de cualquier condición social, y una situación crítica y vital que obliga a la mujer a tomar una decisión. El acto de interrumpir voluntariamente un embarazo, se encuentra circunscripto a la esfera de lo privado, lo clandestino y lo oculto, a pesar de ser una cuestión de salud pública, debido a los contextos legales restrictivos que dominan la temática, por lo que, el no acompañamiento profesional de esta situación expondría a las mujeres a una situación de riesgo para la salud y la vida. *Objetivo:* En el presente artículo nos proponemos visibilizar los significados y sentidos que cada mujer asigna a este proceso, y la reflexión acerca del impacto subjetivo y los efectos psicológicos que eventualmente resulten de la práctica; presentaremos las conclusiones arribadas a partir del análisis de los relatos de mujeres que atravesaron este proceso que va desde la notificación de un embarazo no planificado, la toma de decisión y la práctica de la misma, en un contexto de ilegalidad; con el acompañamiento profesional que se brinda desde las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva. Dichas consejerías se enmarcan dentro de las políticas públicas de reducción de riesgos y daños en abortos inducidos. *Conclusión:* Es en este contexto, que por medio del acompañamiento profesional se apunta a la aparición de las palabras que permitan comenzar a elaborar psíquica y simbólicamente, el efecto que imprime en las mujeres, la interrupción voluntaria del embarazo. Las significaciones que cada mujer le da al aborto dependen de cómo se atraviese dicha experiencia, ya sea como un drama que conmociona y desestabiliza el equilibrio psíquico, un evento crítico pero superable, o una oportunidad de reafirmación en su autonomía.

Palabras clave: Aborto - Subjetividad - Imaginario social - Autonomía - Acompañamiento profesional.

VOLUNTARY PRACTICE AND SUBJECTIVE IMPACT OF ABORTION ON WOMEN. REPRESENTATIONS, MEANINGS AND SOCIAL IMAGINARY IN CLANDESTINE SCENARIO

Abstract

The unplanned pregnancy is a common occurrence in women of reproductive age and at any social status since it is a critical and vital situation that forces women to make a decision. Despite being a public health issue, the act of voluntarily terminating a pregnancy is circumscribed to the clandestine, hidden, private sphere, due to the restrictive legal contexts that dominate the subject. The lack of professional assistance in these situations represents a risk to the health and lives of women. *Objective:* In this article we propose to visualize the meanings and senses that each woman assigns to the process, the reflection about the subjective impact and the eventually psychological effects of the practice; we introduce the conclusions reached from the analysis of the stories of women who went through this process from the notification of an unplanned pregnancy, decision making and the practice of it, in a context of illegality; with the professional support that is provided from the Integrated Counseling in Sexual and Reproductive Health. This counseling is part of the public policies to reduce risk and damage from induced abortions. *Conclusion:* In this context and through the professional accompaniment the words appear in order to elaborate, psychically and symbolically, the effects that the voluntary pregnancy interruption in women produces. The meanings that each woman gives to abortion depends on the appeal from that experience, either as a drama that shocks and destabilizes the mental equilibrium, a critical event but surmountable, or an opportunity to reaffirm their autonomy.

Key words: Abortion - Subjective impact - Social imaginary - Autonomous decision - Professional accompaniment.

“Nombrar el sexo se habría tornado más difícil y costoso. Como si para dominarlo en lo real, hubiese sido necesario primero reducirlo en el campo del lenguaje, controlar su libre circulación en el discurso, expulsarlo de lo que se dice y apagar las palabras que lo hacen presente con demasiado vigor” (1)

M. Foucault

Presentación del tema

El embarazo no planificado, es un hecho frecuente en mujeres en edad reproductiva de cualquier condición social y una situación crítica que obliga a tomar una decisión. Quienes no han buscado voluntaria y conscientemente un embarazo, se enfrentan a una maternidad posible o, para algunas, imposible.

En nuestra cultura la maternidad es considerada un “destino” para toda mujer, al punto que con frecuencia ésta se legitima socialmente a través de su maternidad. Simone de Beauvoir argumentaba sobre la idea de que los hombres trascienden la naturaleza, mientras que las mujeres la acompañan. Las mujeres dan la vida -acto natural-, los hombres la quitan -acto cultural-. Esta misma idea rige la noción producción/reproducción; la producción implica trabajo, transformación de la naturaleza, asimilado a lo masculino y a la esfera pública; la reproducción, asociada a lo femenino, es el acompañamiento a la naturaleza, circunscripta al ámbito de lo privado. Esta naturalización atribuida a la maternidad se traduce en muchas mujeres en una tensión entre su sexualidad y la procreación, siendo el embarazo no planificado, la expresión más extrema de esta situación.

Es en este contexto, que aún perdura en el imaginario social, a pesar de los avances alcanzados y las conquistas de las mujeres en diversas partes del mundo y de nuestro país, que la decisión de interrumpir voluntariamente un embarazo quede circunscripta a la esfera de lo privado, lo clandestino, lo oculto y en soledad, a pesar de ser una cuestión de salud pública. Ya que la mayoría de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, en un contexto restrictivo como en nuestro país, se expone a una situación de riesgo para su salud, y muchas veces para su vida.

A nivel mundial 46 millones de embarazos terminan interrumpiéndose anualmente. Sin embargo, las condiciones en las que esos embarazos se interrumpen varían de acuerdo al país en el que se realizan. En países desarrollados con leyes permisivas, el 92% de las interrupciones voluntarias son realizadas por personal idóneo, siendo la probabilidad de muerte por aborto alrededor de 1 cada 100000 procedimientos. Mientras que en países con leyes restrictivas sólo el 45% de las interrupciones cumple las condiciones de seguridad adecuadas para que el procedimiento sea de bajo riesgo (2). Esta diferencia muestra como en países con contextos restrictivos, como en nuestro país, muchas mujeres al intentar interrumpir

un embarazo por sus propios medios, o a través de personas que carecen de capacitación y utilizan métodos inseguros, quedan expuestas a una mayor morbimortalidad. Estas mujeres tienen menos acceso a la información y a servicios de salud reproductiva, con mayor probabilidad de tener que recurrir a métodos de aborto riesgosos y proveedores no especializados (3).

Se define al *aborto inseguro* o *en condiciones de riesgo* como el procedimiento destinado a interrumpir un embarazo no planificado, realizado por personas que carecen de las calificaciones necesarias y/o en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médica. Puede afirmarse entonces que la ilegalidad del aborto da lugar a prácticas riesgosas e inseguras para la salud y la vida de las mujeres, sobre todo a aquellas que pertenecen a los sectores más vulnerables de nuestra sociedad. A pesar de esto, sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres para terminar con embarazos no planificados.

La estructura de las causas de las muertes maternas, en nuestro país, ha variado poco en las últimas dos décadas. Las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro continúan figurando como la primera causa obstétrica directa. El peso proporcional de las muertes por aborto tiene relación con el 60% de embarazos no planificados reportados por el Ministerio de Salud (4).

En relación al marco jurídico en nuestro país, el aborto es legal en ciertas situaciones previstas por el artículo 86 del Código Penal de la Nación. En el artículo se regulan las situaciones en las que se autoriza el aborto sin incurrir en delito: en casos de peligro para la vida de la mujer, en los casos de peligro para la salud de la mujer, cuando el embarazo sea producto de una violación, y cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (en este último caso será requerido el consentimiento de su representante legal). Como lo plantea el Ministerio de Salud de la Nación la interpretación del primer inciso del artículo 86 supone una perspectiva del derecho a la salud y un enfoque de los determinantes de la salud congruente con una visión integral de la misma. De esta manera, de acuerdo con esta definición, todo embarazo no planificado se constituye en una vulneración a la salud de las mujeres.

El marco de los derechos humanos y la bioética definen que las mujeres en situación de embarazo no planificado deben recibir una atención digna, humanizada y de alta calidad. En este sentido el Programa Nacional de

Salud Sexual y Reproductiva (PNSSyR) de la Argentina, propone el dispositivo de consejerías integrales en salud sexual como parte de la estrategia de reducción de la mortalidad materna. Éstas, son un dispositivo donde se promueve la toma de decisiones consciente, autónoma e informada. Según lo establecido por Guías Nacionales, frente a las personas con la decisión firme de interrumpir un embarazo, los equipos de salud deben informar y orientar a la mujer/pareja (5). El objetivo es ofrecer opciones, brindar apoyo mediante un equipo interdisciplinario, y desalentar prácticas inseguras (usos de sondas, perejil, agujas, etc.) para evitar y/o minimizar riesgos o posibles daños. Este asesoramiento se enmarca en la ley vigente, se limita a ofrecer información científica disponible sin otro tipo de intervención y se basa en el modelo de reducción de riesgos y daños. La información científicamente validada incluye la correspondiente al aborto farmacológico y a los esquemas terapéuticos del misoprostol que han demostrado ser eficaces. El misoprostol es un fármaco análogo de la Prostaglandina E1, que inicialmente se utilizó como tratamiento de la úlcera péptica. Su evidente capacidad de provocar contracciones uterinas estimuló su uso en muchos países (aún sin estar aprobado para tal fin) para la inducción del parto, para realizar un aborto con huevo muerto y retenido (HMR), para el tratamiento del aborto incompleto y la hemorragia post-parto. Desde el año 2003, la OMS reconoce su uso, para reducir el aborto inseguro como un método seguro y efectivo.

Es así, que la interrupción voluntaria del embarazo continúa siendo un proceso y una práctica, que se resuelve en la clandestinidad de los hogares, con ocultamiento y aislamiento, generando diferentes efectos en las mujeres (y/o parejas) que lo transitan. Podemos pensar entonces al aborto como... *“un hecho social denso y complejo que ocurre en el contexto de relaciones de poder de distinto tipo: de género, económicas, legales-jurídicas; conlleva elementos del campo de la salud, de la sexualidad, de la moral y la ética, de los significados de la maternidad (...) su complejidad está dada porque no se trata de la sumatoria de planos y relaciones, sino que el aborto ocurre en la intersección y articulación de esos diferentes planos y sistemas de relaciones (...)”* (6).

El presente artículo, surge de la necesidad de visibilizar los significados y sentidos que cada mujer asigna a este proceso, y la posterior reflexión acerca del impacto subjetivo y los efectos psicológicos que eventualmente resulten de la práctica; presentaremos las conclusiones arribadas a partir del análisis de los relatos de mujeres que atravesaron el proceso que va desde la notificación de un embarazo no planificado, la toma de decisión de la interrupción voluntaria y la práctica de la misma, en un contexto de ilegalidad; con el acompañamiento profesional que se brinda desde las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva. Como mencionamos anteriormente, dichas consejerías se enmarcan dentro de las políticas públicas de reducción de riesgos y daños en la interrupción de embarazos en forma inducida; y es en este contexto, que por medio del acompañamiento profesional se apunta a la aparición de las palabras que permitan comenzar a elaborar psíquica y simbólicamen-

te, el efecto que imprime en las mujeres, la interrupción voluntaria del embarazo. A modo de ejemplo, una intervención desde los equipos profesionales en este sentido es nombrar la punibilidad del aborto como una realidad coyuntural, con afirmaciones tales como *“en este momento y en este lugar, no es legal...”*. Palabras acerca de este tema, que la ilegalidad procura acallar, silenciar, para, parafraseando a Foucault, lograr dominar y expulsar de su libre circulación.

La producción de subjetividad es un proceso que está dado por múltiples atravesamientos: social, histórico, político, cultural y en constante tensión entre el individuo y la sociedad, es decir que estos se afectan mutua y bidireccionalmente, sosteniéndose y reproduciéndose de modo constante. Los efectos de dicha construcción se traducen en las prácticas, ideas y sentimientos de los sujetos.

Para analizar el impacto subjetivo, emocional y psicológico que implica la interrupción del embarazo, es necesario señalar que dicha decisión está atravesada y afectada por diferentes aspectos:

- *Sentimientos frente al anociamiento del embarazo no planificado*: Cada momento histórico-cultural condiciona la aparición de emociones y sentimientos particulares, al estar en estrecho vínculo con la producción lingüística, histórica y social. Los sentimientos que mayormente han manifestado las mujeres son: sorpresa, angustia, soledad, bronca, miedo, culpa, etc.

Una mujer veinteañera, se presenta a la consulta con actitud temerosa, desconfiada. Se muestra muy angustiada al relatar su embarazo de 6 semanas. No está en pareja, y quedó embarazada en una relación ocasional. Refiere que no se lo esperaba. Dice *“no sé qué hacer, no se lo conté a nadie, me da vergüenza, estoy sola con todo esto...”*.

- *Contexto de dicho embarazo*: Si cuentan con pareja o no, situaciones de violencia (abarca desde la violación hasta el forzamiento del varón a no utilizar método anticonceptivo), red de contención social y/o familiar, situación económica, proyectos personales en relación al estudio, trabajo, etc.

Tal es la situación de otra mujer de casi treinta años, con dos hijos pequeños, que relata en una de las primeras consultas, que no puede continuar con el embarazo por su situación socioeconómica, y habitacional, vive con ellos en una habitación, junto a su pareja: *“... recién ahora pude conseguir un trabajo, no puedo seguir con este embarazo...”*.

O aquella que estando en pareja, y con un hijo en común pequeño, cuenta que quiere interrumpir el embarazo, porque no está muy bien con su pareja *“Estábamos por separarnos, nuestra relación no está bien desde hace mucho tiempo, es una locura seguir con esto...”*.

- *Condición de ilegalidad*: Está dado por la punibilidad de la práctica y realización de la misma en forma segura (a través de la información brindada en las Consejerías Integrales) vivenciada como clandestina, en la intimidad y soledad de sus casas, dejándolas expuestas a la marginalidad y sensación de vulnerabilidad de lo punible.

- *Diferencia entre el no deseo y la no planificación del embarazo*: Siendo dos variables distintas a tener en cuen-

ta, con diferentes implicancias. La *no planificación* que puede tener por causa el no uso o falla de método anticonceptivo, situación de violencia, ignorancia, etc. No se relaciona por sí misma con el *no deseo* de embarazo. La no planificación interpela a la mujer en su asombro y en su condición subjetiva para dar lugar o no al deseo de ese embarazo. El no deseo del embarazo tiene múltiples causas como, el proyecto de vida, económico, situación de pareja, de violencia, imposibilidad simbólica o momento vital. Pero es este no deseo de ser, no deseo de tener, el que está en relación directa de afectación con las representaciones sociales, subjetivas y psicológicas en la puesta en acto de la interrupción del embarazo. Implica la ruptura con el mandato socio cultural y destino absoluto de la mujer de ser madre.

Es en este sentido, que es relevante destacar que el embarazo no es igualable a la condición de maternidad. Esta última se construye en un proceso simbólico, mediante mecanismos de idealización, proyección, que configura al mismo tiempo el signifiante "hijo", el cual implica la libidinización de aquello que aún en sus inicios ya es investido de un deseo. Tener un embarazo no es igual a ser madre, ni tener un hijo. El tener y el ser se deslizan por diferentes caminos y no siempre terminan confluyendo.

A su vez, el proceso que la mujer atraviesa en la atención de Consejerías Integrales presenta diferentes tiempos: anoticiamiento y consulta con toma de decisión, puesta en acto y realización de la práctica, y atención post aborto.

Anoticiamiento y consulta con toma de decisión

Podemos señalar que es el momento de mayor angustia y desolación de las mujeres que llegan a consultar, ya sea por lo inesperado de la noticia, por el contexto de la misma o por no saber a quién recurrir. El anoticiamiento de un embarazo no planificado, en muchas mujeres significa un hecho que irrumpe en su existencia, generando ansiedad, desorganizando el pensamiento y poniendo en marcha, mecanismos de defensa y/o negación. Los sentimientos y emociones frecuentes son: angustia, ansiedad, urgencia subjetiva, temor, tensión, incertidumbre, malestar, dudas.

Hemos escuchado decir en distintas situaciones: *"yo lo tendría, pero no quiero tener otro hijo sin padre, ya crié 5 hijos sola, no quiero que eso vuelva a suceder..."*.

Una mujer en su perimenopausia, con 4 hijos de una pareja anterior, y un aborto provocado algunos años atrás, dice: *"...ese embarazo me lo saqué, obligada por mi ex pareja en un lugar clandestino, fue una situación muy traumática, con muchos dolores, yo no entendía nada, nadie me explicó qué iba a pasar"*. Se realizaron varias entrevistas, incluso algunas acompañada de su pareja por decisión de ella. Durante el transcurso, de la toma de decisión, pasó por distintos momentos. A veces muy decidida a no continuar, otros con mucho temor por la experiencia anterior, por los riesgos *"...quizás tendría que continuar con ese embarazo, pero no quiero ser "madre" nuevamente..."*.

Dicho anoticiamiento se incluye dentro de una tem-

poralidad signada por la urgencia, dado que el tiempo de decisión y ejecución de la misma debe ser dentro de un lapso determinado para incluirse dentro de una práctica segura, que evite poner en riesgo la vida de la mujer. Es por ello que estas consultas son tomadas también como situaciones de urgencia que deben ser atendidas y contenidas por los equipos de salud, de forma inmediata.

Dentro de la actividad que abarca la Consejería Integral, se incluye en este primer momento el brindar información, contención, acompañamiento y el trabajo sobre la autonomía de la mujer. Actividad que permite reducir algunos de los efectos emocionales con los que arriban a la consulta.

Puesta en acto y realización de la práctica

Esta etapa esta signada por el acto y la soledad. Ambos aspectos se entrelazan al ser el momento en el cual la mujer se confronta con lo concreto de su acto, lo *real* de su cuerpo. Esta contiene dos vertientes: todo acto efectuado por un sujeto que lo comanda está marcado por la soledad de su decisión sea cual fuere el acto que realice; en estas situaciones se suma la vertiente de la soledad que implica el ocultamiento de la práctica por su condición de punibilidad. Es de destacar la presencia de la soledad como emoción, dado que *"no existe estado fisiológico ni conductual característico, sino una situación de expectativa, una ausencia a veces sin forma que genera un estado de ansiedad difusa"* (7). En muchos casos hay una tercer dimensión de la soledad, que es la de aquellas mujeres que se encuentran solas, sin ningún tipo de acompañamiento (ni familiar, ni social). En esta etapa, el cuerpo en su dimensión real es el que cobra protagonismo y los sentimientos que surjan tendrán conexión o no con las fantasías que sobre el aborto, presentaba la mujer. Los sentimientos que prevalecen son coraje, valor, temores, fantasías.

"...No pensé que yo podría hacer esto sola, la verdad que tenía mucho miedo a los dolores, pero por suerte fue soportable, no fue tanto como me lo imaginaba...".

"Mi hijo era varón... me dio pena, pero estoy segura que lo que hice era lo mejor para todos. Me siento aliviada, mucho mejor".

Dentro de la actividad que abarca la Consejería Integral, se incluye en este segundo momento: información sobre el uso correcto del misoprostol (según las últimas recomendaciones basadas en la evidencia científica), información sobre los signos y síntomas esperables durante el proceso de interrupción, y las pautas de alarma, que deberán tener presentes, dado que en el caso de manifestarse corresponde concurrir a un servicio de urgencias para su atención.

Atención post aborto, post interrupción

Es aquí cuando florecen los efectos subjetivos de la interrupción voluntaria del embarazo y se continúa el acompañamiento para la contención, elaboración y la entrega de información sobre métodos anticonceptivos como cierre de la actividad de consejería. Las representa-

ciones sociales, culturales, morales, religiosas, subjetivas y psicológicas se concretizan al entrar en relación directa con la primer etapa de toma de decisión y se traducen en diversos sentimientos, como remordimiento, alivio, culpa, necesidad de castigo, etc. Es decir, que se resignifica lo expresado, imaginado, significado en la primer etapa, y a veces advienen otros sentimientos.

Una mujer regresa a la consulta luego de realizar la interrupción de su embarazo, no tiene pareja y trabaja en forma informal. Si bien se mostraba decidida en su decisión, también se mostraba retraída y lacónica respecto de lo que se imaginaba que sucedería. Es así que al regresar, nos cuenta que tras el acto de interrupción, colocó el producto eliminado en una caja con el fin de enterrarlo. Pese al ritual apelado, no estuvo acompañado de resonancia afectiva.

Otra mujer, concurre al seguimiento muy angustiada, dice: *"...me siento culpable con lo que hice, no sé si fue lo correcto..."*.

En los casos asistidos de mujeres acompañadas no han surgido complicaciones en la esfera psíquica. Observamos que la realización del aborto, no es causa por sí misma, suficiente como para desencadenar la aparición de un cuadro psicopatológico. Para la ocurrencia del mismo, sería necesario contemplar factores preexistentes o predisponentes.

En la actualidad, existe bibliografía sobre el tema, donde es posible encontrar la figura del *"Síndrome post aborto"* (8). Este se relaciona con el trastorno por estrés post traumático, y su existencia teórica está vinculada con las semanas de gestación que cursa una mujer al momento de interrumpir el embarazo y las implicancias ideológicas y creencias religiosas que envuelven el tema del aborto. En oposición a esa concepción, es dable destacar que las consecuencias psíquicas que derivan de la continuación de un embarazo no planificado, podrían configurar efectos más traumáticos que la interrupción del mismo en un contexto saludable, de contención y acompañamiento (9).

Significaciones de "una decisión autónoma"

Uno de los ejes centrales de las Consejerías Integrales, es trabajar la *autonomía* de las mujeres en la toma de decisiones. Desde esta orientación, se trata de subvertir el destino "natural" de la maternidad, como hecho instintivo, biológico, para a través de su problematización, introducirlo en un hecho de derecho a la elección, según las condiciones materiales, simbólicas, deseantes, económicas y subjetivas de posibilidad (derechos reproductivos). Tomar una decisión autónoma implica el ejercicio de los derechos por parte de las personas, que debería poder ser acompañada a partir del respeto por las preferencias y opciones, tomando en cuenta sus condiciones de vida. Para que esta decisión sea, a su vez, una decisión consciente. Es por ello que se realiza un abordaje integral desde la información, la prevención, el acompañamiento y la escucha, reconociendo la capacidad de comprender y decidir de cada mujer o de la mujer con su pareja, o ambos, ayudando a despejar o identificar cualquier tipo

de violencia o coerción, así como el respeto del poder de gestión de su propio riesgo, tomando protagonismo el principio fundamental que es el de la autonomía que *"(...)Significa autogobierno; el concepto de autonomía moral es equivalente al concepto de libertad moral, supone congruencia con sus planes de vida, de elección, de ausencia de coerción (...)"* (10).

Esta decisión, no es una decisión sencilla, y es tomada en grados variables de ambivalencia o certeza. Es posible afirmar que cuando la certeza acerca de la decisión está presente, si bien se acompaña también por sentimientos de tristeza, angustia y dolor psíquico, es procesada más fácilmente, que cuando la ambivalencia ha dominado la elección. En esos casos, la dicotomía aparece frente a la condena social, creencias culturales, religiosas, etc.

Esto da lugar a la aparición de otros sentimientos y malestar psíquico, como sentimientos de auto o hetero-reproche, culpa, necesidad de castigo, tristeza. Sin llegar a enmarcarse en cuadro psicopatológico. Tanto cuando se toma la decisión desde la certeza o la ambivalencia, se inicia un proceso de duelo, que requiere en algunos casos un acompañamiento psicológico que contenga a la mujer, o que el mismo tenga un curso "natural" como cualquier otra etapa vital de un sujeto.

Asimismo, hay quienes a partir de este hecho adverso, logran hacer de él una oportunidad de repensarse, de problematizar su lugar en la pareja y en la sociedad, visibilizando situaciones de violencia de género, naturalizadas hasta el momento. El acercamiento a equipos profesionales en ciertos casos, puede ser una instancia fundamental para la reflexión y el tránsito por la interrupción de un embarazo, una posibilidad de ejercicio de soberanía sobre el cuerpo y reafirmación subjetiva de autonomía.

Una mujer con un hijo pequeño cuenta que fue violentada sexualmente por su pareja en reiteradas ocasiones, *"No quiero tener otro hijo, me quiero dedicar a mi hijito que todavía es chico. No sabía que tenía esta posibilidad... es feo pero todo esto me sirvió para darme cuenta que no voy a estar más con alguien que no me trata bien... estoy cansada. No hay vuelta atrás, quiero estar sola con mi hijo... Me siento culpable, pero también bien después de mucho tiempo..."*.

Práctica, cuerpo, subjetividad

Desde el psicoanálisis es posible diferenciar tres concepciones de cuerpo que habitan en un sujeto; el *cuerpo biológico o real*, que es aquel que queda por fuera de toda representación, es la pura carne de un sujeto, la materia. El *cuerpo imaginario*, que es aquel que se constituye desde la identificación, con la imagen especular, sosteniéndose en la mirada del otro. Y el *cuerpo simbólico*, que es aquel que está dado por el ordenamiento simbólico que otorga el lenguaje, es el "baño significante" que imprime la lengua en el cachorro humano (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Es en el entrecruzamiento de estas tres formas del cuerpo, que la pura carne se hace cuerpo. Entrecruzamiento que implica una elaboración subjetiva de los procesos biológicos que ocurren en las mujeres, desde el desarrollo genital, la menstruación, las relaciones sexuales, el

embarazo, el aborto, y en el cual confluyen representaciones culturales, religiosas, éticas y sociales.

Encontramos en las mujeres que presentan un embarazo no planificado, que se produce una acentuación de los síntomas propios del embarazo, por el malestar psíquico que ese no deseo les genera. Las tres dimensiones del cuerpo se manifiestan, y se vuelve necesaria una intervención que permita elaborar lo simbólico y decidir sobre lo real, en un contexto que contemple las identificaciones y significaciones que constituyen a cada mujer en singular.

Ese deseo o no de hijo

Es de relevancia señalar que la categoría "hijo", implica una concepción que está determinada por una construcción subjetiva y deseante. Desde esta perspectiva, vale la pena detenerse en el término "concebir". La Real Academia Española establece cuatro acepciones en la definición de "concebir": *"comprender, encontrar justificación a los actos o sentimientos de alguien; comenzar a sentir alguna pasión o afecto; formar idea, hacer concepto de algo; dicho de una hembra: quedar preñada"*. A la luz de tal definición, podría pensarse en la improductividad de los inacabables debates acerca del momento de su ocurrencia desde un punto de vista meramente biológico; la concepción será en tanto haya un ser que la ejerza, que haga concepto de ese hecho biológico. La significación de un hijo no está dada por sí misma, se parte de lo biológico pero es en relación a otro que se va construyendo, es una significación que libidinizada adquiere una categoría filial. El anudamiento de lo simbólico e imaginario "da vida" al puro organismo desinvertido, le da un ser, le da filiación. Es necesario un recorrido libidinal y singular de esa mujer para con su embarazo, para ejercer la función parental del ser madre y tener un hijo. Desde el psicoanálisis, decimos que lo hablado es mensaje si hay otro que lo sancione como tal, en este sentido, podemos decir que un embrión es posible de ser significado como hijo, si hay allí un deseo puesto. El significante hijo es producto de una relación dialéctica, así como no hay madre sin hijo que la reconozca, tampoco hay hijo si no hay quien asuma su maternidad. Es necesaria una

marca, un nombre, una inscripción, un lugar simbólico donde la criatura se aloje. Ese deseo o no de hijo preexiste a lo real de su materialización. Es importante en esta línea, que el equipo de salud interviniente esté alertado al momento de expresarse, sabiendo que lo nombrado y significado tiene implicancias en la subjetividad de las personas. Ejemplo de esto es la decisión deliberada de no reproducir discursos que, desde el sentido común, tratan como sinónimos términos como "bebé, embrión/feto". Las representaciones e imaginario social se ponen en juego en todos los implicados en este proceso, y cobra relevancia el tener conciencia de ¿qué representaciones nos atraviesan como profesionales de salud? para poder tomar la necesaria disociación instrumental en pos de respetar los derechos de quienes asistimos.

Para concluir, y continuar abordando este tema

Podemos finalizar señalando que la ilegalidad, penalización y clandestinidad del aborto, las relaciones desiguales de poder entre los géneros, las prescripciones, prohibiciones y mandatos de género que, centrados en un modelo hegemónico de femineidad ubican a la maternidad, a partir de la capacidad reproductiva de las mujeres como la función más trascendente en sus vidas, es el texto en el que tienen lugar las condiciones de subjetivación de las mujeres. Las significaciones que cada mujer le da al aborto no son entonces ni homogéneas ni lineales y de ellas, y del tratamiento y del nivel de decisión, dependen que la experiencia se viva como un drama que conmociona y desestabiliza su equilibrio psíquico, un evento crítico pero superable, o una oportunidad -a partir de un hecho adverso- de reafirmación en su autonomía.

Entonces, partimos de pensar en el aborto como un hecho plausible de ser atravesado como una situación vital en la historia de una mujer, el cual imprimirá sus marcas en lo simbólico, imaginario y real del cuerpo, que habrá que ir inscribiendo y acompañando, con los sentimientos que de este proceso aparezcan (alivio, tristeza, pena), que conviven y tienen un curso natural, como cualquier proceso vital ■

Referencias bibliográficas

1. Foucault M. Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI. p. 19.
2. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual. Nueva York: Guttmacher Institute; 2009.
3. OMS. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas de salud. 2da edición. Ginebra: OMS; 2003.
4. Romero M, Ramos S, Abalos E. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el objetivo de desarrollo del milenio 5. Hoja informativa Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva 2013; Numero 8.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Consejerías en salud sexual y reproductiva, propuesta de diseño, organización e implementación. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
6. Gamba S. Diccionario de estudios de género y feminismos - Agenda de las mujeres. Buenos Aires: Biblos; 2008. p. 15.
7. Muchnik E, Seidman S. Aislamiento y soledad. Buenos Aires: Eudeba. p. 12.
8. Lopez Martin I, Rivas Jerez A, Alférez Maldonado A, Sanchez Salas E, Doblado Pedrosa A, Montes Galdeano F. Síndrome post aborto. En: 15º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis; 2014.
9. Red Global Doctors for Choice. Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. Colombia: Documento de posición; 2011.
10. Briozzo L, Gros Espiell H. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay; 2002.
11. Freud S. La metamorfosis de la pubertad. Tres ensayos para una teoría sexual. Buenos Aires: Amorrurtu; 2003.
12. Lacan, J. El Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud. Buenos Aires: Paidós; 1981.
13. Lacan, J. El Seminario 3. Las psicosis. Buenos Aires: Paidós; 1984.
14. Lacan, J. El Seminario 5. La Formación del inconciente. Buenos Aires: Paidós; 1999.
15. Lacan, J. El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1987.
16. Valas, P. El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis. Vectores del acontecer analítico. Buenos Aires: B.I.P.; 1988.
17. Laplanche L, Pontalis, Vectores J-B. Especial Psicopatología. Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 2004.



**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



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

Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual

Patricio Alba

*Médico especialista en psiquiatría.
Médico de planta del Hospital de emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear.
E-mail: patricio.alba@gmail.com*

Clara Rodríguez

*Médica especialista en psiquiatría.
Ayudante de la Cátedra de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.*

Introducción

El término síndrome premenstrual (SPM) se utiliza para describir una serie de síntomas físicos, cognitivos, afectivos y conductuales que se producen cíclicamente durante la fase lútea del período menstrual y resuelven con rapidez al inicio o a pocos días de comenzada la

menstruación (1); si bien estas alteraciones son generalmente leves (2), en un pequeño grupo, pueden llegar a ser muy significativas y causar dificultades en las relaciones interpersonales, el trabajo y la familia (3).

Lo que se nomina como trastorno disfórico premen-

Resumen

El síndrome premenstrual se caracteriza por una serie de síntomas físicos, cognitivos, afectivos y conductuales que se producen cíclicamente durante la fase lútea del período menstrual y resuelven con rapidez al inicio o a pocos días de comenzada la menstruación. La forma de presentación más severa está representada por el trastorno disfórico premenstrual, incluido en el DSM-5. Más del 40% de las mujeres sufren síntomas afectivos como irritabilidad, tensión, labilidad emocional; y síntomas físicos como sensibilidad en los senos, fatiga y distensión abdominal. Todavía no ha podido establecerse cuál es el mecanismo fisiopatológico subyacente, aunque se postulan hipótesis relacionadas con las hormonas sexuales y a nivel de la regulación GABAérgica y serotoninérgica. El tratamiento incluye intervenciones no farmacológicas y farmacológicas, siendo los inhibidores de la recaptación de serotonina el tratamiento de primera línea.

Palabras clave: Síndrome premenstrual - Trastorno disfórico premenstrual - Fisiopatología - Tratamiento - Inhibidores de la recaptación de serotonina.

PREMENSTRUAL SYNDROME AND DYSPHORIC PREMENSTRUAL SYNDROME

Abstract

Premenstrual syndrome is characterized by physical, cognitive, affective and behavioral symptoms that occur cyclically during the luteal phase of the menstrual cycle and resolved quickly at the beginning or within few days after menstruation started. The most severe form is represented by premenstrual dysphoric disorder included in the DSM 5. Over 40% of women experience emotional symptoms such as irritability, tension, emotional lability; and physical symptoms such as breast tenderness, fatigue, and abdominal distension. It has not yet been established the underlying pathophysiological mechanism, although hypotheses related to sex hormones and the GABAergic and serotonergic regulation have been postulated. Treatment includes nonpharmacologic and pharmacologic interventions, being serotonin reuptake inhibitors the first-line treatment.

Key words: Premenstrual syndrome - Premenstrual dysphoric disorder - Pathophysiology - Treatment - Serotonin reuptake inhibitors.

strual (TDPM) es una forma de presentación severa en la que predominan los síntomas afectivos relacionados con el ciclo menstrual. Actualmente se halla incluido en la quinta edición del DSM en la sección de trastornos depresivos.

Fue descrito originalmente como "tensión premenstrual" en 1931 y como "síndrome premenstrual" en 1953, pero es cerca de 1980 que los síntomas y signos vinculados con el ciclo menstrual se transformarían en una preocupación. Se trataba de una entidad con síntomas físicos y afectivos que se podía observar en la práctica clínica pero de la que se sabía muy poco. A punto de partida de esto, se debatió su inclusión en el apéndice A del DSM-III. Para los que la apoyaban, significaba una manera de gatillar la investigación en el tema y así, poder ajustar sus criterios clínicos para evitar el subdiagnóstico. Para sus detractores, sin embargo, era una forma de estigmatizar una parte normal del ciclo menstrual sin que se contara con evidencia científica suficiente que avale la existencia de enfermedades mentales relacionadas con el período menstrual (4).

Sin desmedro de lo anterior, diferentes estudios mostraron que los signos y síntomas premenstruales pueden afectar a las mujeres que los padecen de una manera muy intensa, como en el caso del TDPM, que ha sido vinculado con dificultades en las relaciones interpersonales, un incremento del ausentismo laboral y mayor utilización de utilización de los servicios de salud. Incluso hay estudios que mostraron que los efectos sobre las actividades de la vida cotidiana son comparables a otras condiciones como la depresión (5).

Epidemiología

La prevalencia exacta del SPM y del TDPM no se conoce con precisión, pero se estima que del 70% al 90% de las mujeres que presentan ciclos menstruales tienen algún grado de síntomas antes de la menstruación. Según un metaanálisis reciente, en un 47.8% de las mujeres, estos síntomas resultan lo suficientemente molestos para alterar la funcionalidad diaria y se englobarían en SPM; de estas últimas, un 3% al 8% presentan síntomas muy graves, causando un deterioro funcional que afecta negativamente a la calidad de vida y podrían clasificarse como TDPM (1, 6, 7, 8).

Fisiopatología

El vínculo de este síndrome con el ciclo menstrual parece obvio, primero por la relación temporal entre ambos y luego, porque los síntomas están ausentes durante los ciclos anovulatorios (espontáneos o inducidos por agentes anovulatorios) o en las pacientes ooforectomizadas, y reaparecen con la administración de hormonas sexuales exógenas. Sin embargo a pesar de un esfuerzo que lleva casi 20 años todavía no ha podido establecerse cuál es el mecanismo fisiopatológico subyacente (9).

Inicialmente se sugirió que la disminución del nivel de progesterona en la fase lútea estaba asociada con las manifestaciones del síndrome; teoría que fue discuti-

da por el hecho de que muchas mujeres tienen síntomas que comienzan en la ovulación y durante la parte temprana de la fase lútea, antes de que la progesterona comience a descender (10). A su vez, la mayoría de los ensayos no pudieron encontrar que la administración de progesterona era superior a placebo en reducir los síntomas premenstruales; de hecho, los estudios que han abordado las alteraciones de esta hormona en el ciclo menstrual han obtenido resultados dispares, algunos un incremento, otros una disminución y otros ninguna diferencia en el nivel (11).

En búsqueda del desbalance hormonal se han llevado a cabo numerosos estudios. Algunos midieron los niveles circulantes y el patrón de secreción de estrógenos, progesterona, testosterona, FSH, LH y no se han podido establecer anomalías que con certeza estén vinculadas con el síndrome (12).

Entonces, la forma en que las variaciones de las hormonas sexuales provocan los síntomas permanece incierta. Se hipotetizó que las mujeres que padecen SPM y TDPM tendrían una sensibilidad diferente a las alteraciones afectivas generadas por las fluctuaciones hormonales propias del ciclo menstrual, y que ésta podría tener un origen multifactorial (13). Una hipótesis es la interacción entre las variaciones hormonales normales y un sistema serotoninérgico, GABAérgico y de endorfinas alterado (14).

La alopregnenolona (metabolito de la progesterona, lo mismo que otros esteroides 5- reducidos) se fija al receptor GABA-A en modo similar al de los barbitúricos, incrementando su sensibilidad al GABA e induciendo la actividad del canal de cloro asociado y de este modo ejerce un profundo efecto ansiolítico como parte de sus propiedades de depresor general del sistema nervioso central (15). Niveles bajos de alopregnenolona y de GABA en la fase lútea de mujeres con SPM han sido relacionados con síntomas de ansiedad e irritabilidad (16).

Algunos investigadores han sugerido cambios relevantes en las endorfinas y que el complejo de síntomas de la fase lútea está causada por la disminución de la concentración de opioides endógenos, pero otros no han logrado detectar estos cambios en las endorfinas circulantes (17).

Se conoce que la serotonina tiene un rol en la génesis de las alteraciones afectivas y conductuales. El SPM y la depresión están caracterizados por síntomas afectivos y conductuales parecidos: tristeza, visión negativa del mundo, ideas de desesperanza, disminución del interés, fatiga, alteraciones en el sueño, cambios en el apetito son comunes en ambos trastornos. Incluso sin el registro diario de los síntomas es difícil de distinguir entre un PMS y un episodio depresivo; por este motivo el nivel de serotonina ha sido el foco de muchas investigaciones que han podido mostrar reducción de la captación de serotonina por parte de las plaquetas antes de la menstruación de mujeres con SPM, como así también disminución de la concentración de serotonina a nivel plaquetario. El nivel plasmático también se encontró disminuido durante los últimos días del ciclo, y la administración de triptófano a controles y mujeres con PMS, mostró que estas últimas tenían una síntesis alterada de serotonina (18).

Igualmente el aval más fuerte sobre el rol de este neurotransmisor en el fisiopatología de este síndrome tiene que ver con la mejoría sintomática evidenciada con el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) (19).

Clínica

Se han descrito en la literatura más de 200 síntomas del SPM y el TDPM. Los síntomas afectivos más comunes son irritabilidad, ansiedad y tensión, labilidad emocional, llanto fácil, depresión, enojo, confusión, falta de memoria, hipersomnia o insomnio y aislamiento social. Los síntomas físicos más comunes incluyen fatiga, distensión abdominal, sensibilidad en los senos, dolor de cabeza, hinchazón de las extremidades, dolor articular o muscular, acné, aumento del apetito y deseo de algunos alimentos en particular (1, 12, 14, 20, 21). La irritabilidad parece ser el síntoma más frecuente y el factor que contribuye más significativamente a la disfuncionalidad de las mujeres (4, 20).

Aunque los síntomas pueden aparecer en cualquier momento después de la menarca, la edad media de inicio de los trastornos premenstruales es a mediados de los años 20, y las mujeres por lo general no buscan tratamiento hasta los 30 años. Las mujeres informan que comúnmente sus síntomas empeoraron gradualmente con la edad, hasta el comienzo de la menopausia (21, 23).

Los síntomas del SPM y del TDPM pueden reaparecer con cada ciclo ovulatorio hasta la menopausia, aunque la severidad y la frecuencia de los diferentes síntomas pueden variar a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas en promedio es de 6 días, cada mes; siendo, en general más severos los 2 días previos y el día posterior al inicio de la menstruación (10, 24). La ira y la irritabilidad son los síntomas más reportados y suelen comenzar un poco antes que las otras manifestaciones (24).

Diagnóstico

No existen hallazgos físicos o estudios de laboratorio que permitan el diagnóstico de SPM. De acuerdo con los criterios de diagnóstico propuestos por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), el diagnóstico de SPM se hace si se presenta al menos un síntoma somático y un síntoma psíquico con gravedad moderada o intensa, lo que lleva a la disfunción en el desempeño social y económico. Los síntomas deben presentarse durante los 5 días anteriores a la menstruación en al menos los 2 ciclos menstruales previos y cesar dentro de los cuatro días de iniciada la menstruación (2, 23). Los síntomas son los siguientes:

Afectivos:

- Depresión
- Explosiones de ira
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Confusión
- Aislamiento social

Somáticos

- Sensibilidad en los senos
- Hinchazón abdominal
- Dolor de cabeza
- Hinchazón de las extremidades

La disfunción en las actividades diarias incluye los conflictos en la pareja, los problemas de crianza de los hijos, el aislamiento social, los problemas legales, la ideación suicida, los problemas en la escuela o el trabajo relacionados como el bajo rendimiento, el ausentismo o tardanza en el trabajo, y la búsqueda de atención médica para las quejas somáticas (1, 22, 25).

Por su parte, para el diagnóstico de TDPM son necesarios al menos 5 síntomas con aparición en la semana previa a la menstruación y con la mejoría de los mismos los días posteriores a la menstruación, durante la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Al menos 1 síntoma del grupo de síntomas afectivos debe estar presente y se deben completar 5 combinando estos con los demás síntomas (somáticos, cognitivos) En la Tabla 1 se describen los criterios diagnósticos propuestos.

Los síntomas deben provocar malestar clínicamente significativo o interferencia en las actividades diarias como el trabajo, la escuela, las actividades sociales o la relación con otras personas.

Si bien los SPM propuesto por la ACOG y el TDPM del DSM-5 se solapan sintomatológicamente, en este último prevalecen los síntomas de la serie afectiva, situación que, según algunos autores, configuraría una presentación más severa. Más allá de los sistemas diagnósticos, las mujeres con SPM clínicamente importante suelen corresponderse con un diagnóstico de TDPM, es por esto que se piensa al SPM como un espectro de severidad, encontrándose el TDPM en el extremo de mayor severidad (1, 10, 22, 25).

Para un diagnóstico adecuado de SPM/TDPM es esencial una evaluación completa de los antecedentes: edad de comienzo de los síntomas, número de días sintomáticos por ciclo, síntomas más importantes y sus variaciones de un ciclo a otro, magnitud y gravedad del impacto en el ámbito laboral, familiar, social; presencia de síntomas durante el uso de anticonceptivos orales, antecedentes de historia psiquiátrica y tratamientos previos efectuados. Es aconsejable que la paciente realice un registro prospectivo de los síntomas con respecto a sus ciclos menstruales, que debe repetir durante al menos 2 ó 3 ciclos consecutivos. También se recomienda un examen físico general y examen genitomamario, así como una evaluación psiquiátrica y/o psicológica (14, 20).

Se han descrito algunos factores de riesgo para el SPM que incluyen la edad avanzada (más de 30 años) y la prevalencia familiar. El SPM parece más frecuente en las mujeres que son obesas, realizan menos ejercicio y con menor nivel académico (20). Algunos datos sugieren que las mujeres cuyas madres presentaron SPM tienen más probabilidades de desarrollar SPM (70%, frente al 37% de las hijas de las madres no afectados) (1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TDPM. Adaptado de DSM-5 (26).

Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo). 2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales. 3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio. 4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas afectivos:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones). 2. Dificultad subjetiva de concentración. 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía. 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos. 5. Hipersomnia o insomnio. 6. Sensación de estar agobiada o sin control. 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.
Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).
La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Diagnóstico diferencial

Si después de la menstruación no hay una semana libre de síntomas, es importante cuestionar el diagnóstico de un trastorno premenstrual y proseguir la investigación diagnóstica hacia un trastorno psiquiátrico o físico no relacionado con el ciclo menstrual (22).

Muchas condiciones están sujetas a una exacerbación premenstrual o menstrual, en la cual el ciclo menstrual desencadena o aumenta las expresiones de los síntomas. Se reportó que el 64% de 1500 mujeres con depresión mayor que ingresaron al estudio STAR*D, habían reportado retrospectivamente la presencia de exacerbaciones sintomáticas de los síntomas depresivos, de trastorno por pánico y de trastorno de ansiedad generalizada (3). Otras enfermedades clínicas como la migraña, las convulsiones, el asma, las alergias, el colon irritable, la diabetes y las enfermedades autoinmunes pueden empeorar durante la etapa premenstrual (1, 24, 27).

Algunas condiciones médicas o ginecológicas, como el hipotiroidismo, la anemia, la endometriosis, el síndrome de ovario poliquístico y el panhipopituitarismo pueden replicar los síntomas físicos del SPM (3, 22, 24).

Tratamiento del síndrome premenstrual

Una vez descartadas otras posibles causas del cuadro y en tanto se hace el registro de síntomas durante el lapso de 2 ciclos, las pacientes con SPM severo pueden iniciar el tratamiento no farmacológico que incluye modificaciones en el estilo de vida y/o intervenciones psicoterapéuticas (técnicas de relajación y otras formas de reducción del estrés) y comenzar con el tratamiento farmacológico si después del lapso de 2 meses no hay mejoría sintomática (28). En cambio, para el TDPM, cabe preguntar si hay que iniciar el tratamiento con medidas no farmacológicas, en este punto quizás lo mejor sea ofrecerlas como opción y si la paciente acepta evaluar su eficacia por 1 ó 2 ciclos y después, sólo si no hay mejoría sintomática, comenzar con el tratamiento farmacológico (29).

Las modificaciones en el estilo de vida incluyen el ejercicio y los cambios dietarios. Se cree que el ejercicio durante 30 minutos, 2 o 3 veces por semana tendría efectos beneficiosos ayudando a aliviar el humor depresivo y la retención de líquidos que se experimentan en el premenstruo. Los cambios dietarios podrían proveer también alivio somático sin embargo no hay estudios con-

trolados que avalen su uso; incluyen limitar la ingesta de sal, cafeína, chocolate, alcohol y grasas e incrementar la ingesta de hidratos de carbono (25).

En cuanto al tratamiento farmacológico las opciones con las que contamos son los antidepresivos, los ansiolíticos, los antiinflamatorios no esteroideos, espironolactona y las intervenciones hormonales (30).

Los antidepresivos serotoninérgicos han sido hallados más efectivos que el placebo, con una tasa aproximada de respuesta del 60% (31). Se consideran la primera línea de tratamiento farmacológico en el TDPM, en el que se ha visto que son efectivos en cuestión de días, usualmente dentro de la semana de iniciado el tratamiento y esto permite que podamos administrarlos de forma continua o intermitente (32).

En la forma continua la paciente recibe diariamente el antidepresivo y en la forma intermitente se inicia 14 días antes de la fecha esperada de menstruación y se suspende al inicio de ésta o unos pocos días después. Un metaanálisis reciente informa que no existiría diferencia a nivel de la eficacia entre ambas formas de administración. Sin embargo otros estudios señalan que el tratamiento intermitente es tan efectivo como el continuo en reducir la irritabilidad y otros síntomas del humor, pero menos efectivo en reducir los síntomas somáticos. La experiencia clínica sugiere que la mayoría de las mujeres prefieren el tratamiento intermitente al continuo, aunque esta forma de administración parece menos efectiva para los síntomas somáticos y no ha generado síntomas de discontinuación (22).

Los IRS que mostraron eficacia fueron antidepresivos tricíclicos (ATC) como la clomipramina (33, 34) y dentro de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina): citalopram (35), escitalopram (36, 37), fluoxetina (38, 39, 40, 41, 42), paroxetina (43, 44, 45), paroxetina de liberación prolongada (46, 47) y sertralina (48, 49, 50, 51, 52, 53). En el caso de los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina la venlafaxina (54, 55) mostró eficacia. Los antidepresivos aprobados por la FDA en el TDPM son la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina de liberación prolongada (en ambas formas de administración) (56). Los ISRS reducen ambos, los síntomas afectivos y las quejas somáticas y mejoran la calidad de vida y el funcionamiento social (57).

En general los ISRS son bien tolerados. Los efectos adversos más comunes son dolor de cabeza, náusea, insomnio, fatiga, letargo, diarrea, disminución de la concentración, nerviosismo, mareos y disminución de la libido (58).

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas son drogas que generan un *down regulation* (regulación en menos) de receptores gonadotróficos en la glándula pituitaria y crean un estado hipogonadotrófico por el cual se suprime la función ovárica a niveles menopáu-

sicos y se induce amenorrea (59). Si bien estos fármacos son efectivos en reducir los síntomas, su uso es limitado debido a los efectos adversos provocados por los niveles bajos de estrógenos, como por ejemplo, la desmineralización ósea y consecuente riesgo de osteoporosis si el tratamiento es prolongado (más de seis meses) (60). Son consideradas como segunda línea de tratamiento y sólo en casos en los que no hay respuesta a antidepresivos. Se pueden utilizar solos pero en general, y con el objeto de evitar los efectos adversos, se les adiciona terapia con dosis bajas de estrógenos (61).

Los síntomas premenstruales son gatillados por la ovulación y por tanto se espera que los anticonceptivos (que inhiben esta última) sean efectivos en su tratamiento. Sin embargo en muchas mujeres se ha visto un empeoramiento de los síntomas. Es por eso que se han estudiado diferentes formulaciones. Se mostró en dos estudios controlados y randomizados que el uso de la combinación de etinilestradiol (20 ug) y drospiridona (3mg) lograron mejoría sintomática, tanto somática como afectiva. Son 24 pastillas que contienen un progestágeno de vida media larga y una dosis baja de estradiol y 4 días de placebo, que resulta en una supresión de la foliculogénesis y del estrógeno endógeno, de manera más completa. Por lo cual la FDA los aprobó para su uso y se debe considerar como opción de tratamiento para mujeres con TDPM que se encuentran en edad fértil y se deciden por la anticoncepción oral (62).

Los ansiolíticos son fármacos de segunda línea, sobre todo para casos en los que persiste ansiedad a pesar de un tratamiento adecuado con ISRS pero su uso es controvertido por su potencial dependencia (63).

Conclusión

A diferencia de otros trastornos, la disfuncionalidad y la sobrecarga en el SPM y el TDPM parecen estar subestimadas. Sin embargo, las mujeres tienen entre 400 y 500 ciclos durante su edad fértil y el pico sintomatológico ocurre 4/7 días previos al período menstrual, de modo que estas mujeres pueden pasar un lapso importante de sus vidas en un estado de disfuncionalidad física y compromiso de su bienestar psicológico (64). Nuestra tarea como clínicos, entonces, será hacer un diagnóstico preciso, buscando descartar condiciones psiquiátricas y orgánicas que puedan generar síntomas similares; y tener presente que contamos con medidas no farmacológicas y farmacológicas para su tratamiento. Dentro de estas últimas los ISRS han demostrado ser eficaces en la mejoría sintomatológica tanto en su forma de administración continua como intermitente ■

Referencias bibliográficas

- Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20 (1): 3-12.
- Milewicz A, Jedrzejuk D. Premenstrual syndrome: From etiology to treatment. *Maturitas* 2006; 55S: S47-S54.
- Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci* 2007; 33 (4): 291-301.
- Zachar P, Kendler KS. A diagnostic and statistical manual of mental disorders history of premenstrual dysphoric disorder. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202 (4): 346-52.
- Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009; 9 (2): 157-70.
- Ko CH, Long CY, Chen SY, Chen IJ, Huang TH, Yen JY. Depression, irritability, and anxiety in women with premenstrual dysphoric disorder. *Int J Psychiatry Med* 2013; 46 (1): 39-55.
- Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 (Suppl 3): 1-23.
- Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi Sattar. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) - A systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res* 2014; 8 (2): 106-109.
- Segebla B, Segebladh B, Borgström A, Nyberg S, Bixo S, Sundström-Poromaa I. Evaluation of different add-back estradiol and progesterone treatments to gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in patients with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol* 2009 Aug; 201 (2).
- Yonkers KA, O'Brien S, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008; 371: 1200-10.
- Girdler SS, Straneva PA, Light KC, Pedersen CA, Morrow AL. Allopregnanolone levels and reactivity to mental stress in premenstrual dysphoric disorder. *Biol Psychiatry* 2001 May; 49 (9): 788-97.
- Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome-revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 130 (1): 4-17.
- Sundström I, Andersson A, Nyberg A, Ashbrook A, Purdy RH, Backstrom T. Patients with premenstrual syndrome have a different sensitivity to neuroactive steroid during the menstrual cycle compared to control subjects. *Neuroendocrinology* 1998 Feb; 67 (2): 126-38.
- Claman F, Miller T. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20 (5): 3-12.
- Guinjoan SM, Golombek DA, Cardinali DP. Time-dependent anesthetic and anticonvulsant activities of alfaxalone in Syrian hamsters. *Life Sci* 1992; 51 (26): 2089-95.
- Klatzkin RR, Morrow LA, Light KC, Pedersen CA, Girdler SS. Histories of depression, allopregnanolone responses to stress, and premenstrual symptoms in women. *Biol Psychol* 2006; Jan; 71 (1): 2-11.
- Campagne DM, Campagne G. Nuevos parámetros clínicos del síndrome premenstrual. *Prog Obstet Ginecol* 2006; 49 (9): 493-511.
- Rapkin AJ. The role of serotonin in premenstrual syndrome. *Clinical Obstetric and Gynecology* 1992; 3 (35): 629-636.
- Pearlstein T. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual dysphoric disorder. The emerging gold standard. *Drugs* 2002; 62 (13): 1869-1885.
- Royal College of Obstetricians And Gynaecologists. Management of premenstrual syndrome. Green-Top Guideline N°48, 2007.
- Zukov I, Ptáček R, Raboch J, Domlulvilová D, Kuzelová H, Fischer S, et al. Premenstrual dysphoric disorder. Review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy. *Prague Med Rep* 2010; 111 (1): 12-24.
- Nevatte T, O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, et al. ISPMDD consensus on the management of premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16 (4): 279-91.
- Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecol Endocrinol* 2013; 29 (1): 67-73.
- Biggs WS, Demurth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician* 2011; 84 (8): 918-924.
- Kelderhouse K, Smith Taylor J. A review of treatment and management modalities of premenstrual dysphoric disorder. *Nurs Womens Health* 2013; 17 (4): 294-305.
- American Psychiatry Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: American Psychiatry Association; 2013.
- Claman F, Miller T. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescence. *J Pediatr Health Care* 2006; 20 (5): 329-333.
- Steiner M, Pearlstein T, Cohen LS, Endicott J, Kornstein SG, Roberts C, et al. Expert guidelines for the treatment of severe PMS, PMDD, and comorbidities: the role of SSRIs. *J Womens Health (Larchmt)* 2006 Jan-Feb; 15 (1): 57-69.
- Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment. *Clin Psychiatry* 2003; 5 (1): 30-39.
- Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Ann Pharmacother* 2008; 42 (7): 967-78.
- Pearlstein T. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual dysphoric disorder: the emerging gold standard? Adis International Limited. *Drugs* 2002; 62 (13).
- Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jun; 7; 6: CD001396.
- Sundblad C, Modigh K, Andersch B, Eriksson E. Clomipramina effectively reduces premenstrual irritability and dysphoria: a placebo-controlled trial. *Acta psychiatr Scand* 1992; 85: 39-47.
- Sundblad C, Hedberg MA, Eriksson E. Clomipramina administered during the luteal phase reduces the symptoms of premenstrual syndrome: a placebo-controlled trial. *Neuropsychopharmacology* 1993; 9: 133-45.
- Wikander I, Sundblad C, Adersch B, Dagnell I, Zylberstein D, Bengtsson E, et al. Citalopram in premenstrual dysphoria: is intermittent treatment during luteal phases more effective than continuous medication throughout the menstrual cycle? *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18 (5): 390-8.
- Eriksson E, Nissbrandt H, Sorvik K. Escitalopram in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15 (Suppl 3): S636.
- Eriksson E, Ekman A, Sinclair S, Sorvik K, Ysander C, Mattson UB, et al. Escitalopram administered in the luteal phase exerts a marked and dose-dependent effect in premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2008 Apr; 28 (2): 195-202.
- Stone AB, Pearlstein TB, Brown WA. Fluoxetine in the treatment of late luteal phase dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 1991 Jul; 52 (7): 290-3.
- Ozeren S, Corakci A, Yucesoy I, Mercan R, Erhan G. Fluoxetine in the treatment of premenstrual syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997 Jun; 73 (2): 167-70.
- Pearlstein TB, Stone AB, Lund SA, Scheft H, Zlitznick C, Brown WA. Comparison of fluoxetine, bupropion, and placebo in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Clin Psychopharmacol* 1997; Aug; 17 (4): 261-6.

41. Steiner M, Steinberg S, Stewar D, Carter D, Berger C, Reid R, et al. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. Canadian Fluoxetine/Premenstrual Dysphoria Collaborative Study Group. *N Engl J Med* 1995 Jun 8; 332 (23): 1529-34.
42. Steiner M, Mac Dougall M, Berger C, Carter D, Reid R, Steinberg S, et al. Assessment of sexual drive and desire in women with premenstrual dysphoric disorder who have been treated with fluoxetine. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2005; 9 (2): 120-3.
43. Landen M, Nissbrandt H, Allgulander C, Sorvik K, Ysander C, Eriksson E. Placebo-controlled trial comparing intermittent and continuous paroxetine in premenstrual dysphoric disorder. *Neuropsychopharmacology* 2007; 32: 153-61.
44. Pearlstien TB, Bellew KM, Endicott J, Steiner M. Paroxetine Controlled Release for Premenstrual Dysphoric Disorder: Remission analysis following a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7 (2): 53-60.
45. Steiner M, Hirschberg A, Bergeron R, Holland F, Gee M, Van Erp E. Luteal phase dosing with paroxetine controlled release (CR) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 352-60.
46. Cohen L, Soares C, Yonkers K, Bellew K, Bridges I, Steiner M. Paroxetine controlled release for premenstrual dysphoric disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 2004; 66: 707-13.
47. Yonkers KA, Holthausen GA, Poschman K, Howell HB. Symptom-onset treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2006 Apr; 26 (2): 198-202.
48. Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E, Brown C, Endicott J, Frank E, et al. Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment. A randomized controlled trial. Sertraline Premenstrual dysphoric Collaborative Study Group. *JAMA* 1997; Sep 24; 278 (12): 983-8.
49. Young SA, Hurt PH, Benedek DM, Howard RS. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with sertraline during the luteal phase: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 76-80.
50. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M. Differential response to antidepressants in women with premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 93-39.
51. Freeman E, Rickels K, Sondheimer S, Polansky M, Xiao S. Continuous or intermittent dosing with sertraline for patients with severe premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 343-51.
52. Halbreich U, Bergeron R, Yonkers KS, Freeman E, Stou AL, Cohen L. Efficacy of intermittent, luteal phase sertraline treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2002 Dec; 100 (6): 1219-29.
53. Kornstein SG, Pearlstein TB, Fayyad R, Farfel GM, Gillespie JA. Low-dose sertraline in the treatment of moderate-to-severe premenstrual syndrome: efficacy of 3 dosing strategies. *J Clin Psychiatry* 2006 Oct; 67 (10): 1624-32.
54. Freeman EW, Rickels K, Yonkers KA, Kunz NR, McPherson M, Upton GV. Venlafaxine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 737-44.
55. Cohen L, Soares C, Lyster A, Cassano P, Brandes M, Leblanc G. Efficacy and tolerability of premenstrual use of venlafaxine (flexible dose) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 540-43.
56. Shulman LP. Gynecological Management of Premenstrual Symptoms. *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14: 367-375.
57. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003 Aug; 28 Suppl 3: 39-53.
58. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M: Differential response to antidepressants in women with premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Oct; 56 (10): 932-9.
59. Backstrom T, Andreen L, Birzniece V, Bjorn I, Maj Johansson I, Nordenstam-Haghjo M, et al. The role of hormones and hormonal treatments in premenstrual syndrome. *CNS Drugs* 2003; 17 (5): 325-342.
60. Jhonson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. *Obstet Gynecol* 2004; Oct; 104 (4): 845-59.
61. Freeman EW. Current update of hormonal and psychotropic drug treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Curr Psychiatry Re* 2002 Dec; 4 (6): 435-40.
62. Rapkin AJ, Akipians AL. Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause Int* 2012; Jun; 18 (2): 52-9.
63. Dickerson L, Mazyck PJ, Hunter M. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician* 2003 Apr 15; 67 (8): 1743-52.
64. Lustyk MKB, Gerish WG. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: issues of quality of life, stress and exercise. In: Preedy VR, Watson RR. Handbook of disease burdens and quality of life measures. USA: Springer Science + Business Media LCC; 2010.

Maternidad durante el climaterio

Graciela Girardi

*Médica psiquiatra y psicoanalista.
Secretaría del Capítulo de Salud Mental de la Mujer.
E-mail: gracielagirard@gmail.com*

Diana Zalzman

*Médica psiquiatra y psicoanalista.
Prof. Adjunta Interina, Dpto. Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.
Vicepresidenta del Capítulo Salud Mental de la Mujer.*

Introducción

Un hecho significativo del siglo pasado fue la progresiva longevidad de la población. Entre otros, lo posibilitaron el avance de la ciencia aplicado a la medicina, a la industria farmacéutica y la tecnología de alimentos. El aumento de la expectativa de vida humana impone redefinir y ampliar las etapas vitales, dando nombres a nuevos períodos que alargan lo que anteriormente se denominaba como edad adulta y vejez. Así surgieron

otras definiciones de las etapas vitales a partir de la adolescencia: edad adulta (20-45 años), la mediana edad (45-65 años), tercera edad (65-80 años) y la edad mayor/mayor o cuarta edad (más de 80 años) (1). La edad dejó de ser el único eje para entender el proceso de envejecimiento. Se tienen que considerar otros aspectos de relevancia tanto colectiva como individual. No es lo mismo envejecer siendo hombre que mujer, ser miembro de un

Resumen

El climaterio es la última etapa de la vida reproductiva de la mujer, comprendida entre el período fértil y la finalización de la misma. El proceso climatérico presenta en cada mujer diferentes manifestaciones en relación a su propia historia, su estado de salud y la cultura a la cual pertenece. Tradicionalmente se ha relacionado la menopausia con depresión. Sin embargo, hoy la consideramos una crisis vital en la que surgen nuevas posibilidades y entre ellas se encuentra la maternidad. Los cambios operados durante el siglo XX en la condición femenina, el incremento de la longevidad y las nuevas técnicas reproductivas permiten pensar la maternidad más allá de los límites impuestos por la biología.

Palabras clave: Mujer - Climaterio - Menopausia - Crisis vital - Maternidad tardía.

MATERNITY DURING THE CLIMACTERIC

Abstract

The climacteric is the last stage of the evolving life of women between the fertile period and its completion. The climacteric process in every woman has different manifestations in relation to their own history, their health and culture to which they belong. Traditionally the menopause has been linked with depression; we today consider it as a vital crisis which brings new possibilities, including motherhood. The changes during the 20th century in the status of women, the increase in longevity and reproductive techniques suggest motherhood is possible beyond the limits imposed by biology.

Key words: Woman - Climacteric - Menopause - Vital crisis - Late maternity.

país del primer mundo que haber nacido en uno en vías de desarrollo. Tampoco supone lo mismo gozar de buena educación, acceso a la cultura, tener un trabajo digno y relaciones afectivas e interpersonales satisfactorias que envejecer por fuera de los límites del sistema (2). Las teorías del ciclo vital hacen hincapié en la diversidad de experiencias de las personas a lo largo de la vida, considerando que los seres humanos en vez de atravesar de forma previsible etapas fijas, se enfrentan a situaciones variables y plurales. Se evita así caer en el concepto de igualar edad a pérdida y/o deterioro y permitir una diversidad de procesos de envejecimiento (3).

A partir de la mediana edad las mujeres atravesarán el climaterio y particularmente la menopausia. En la actualidad las mujeres llegan en mejores condiciones de salud y viven un tercio de sus vidas en la post menopausia.

La condición femenina en el siglo XX

En el curso del siglo XX la condición de la mujer se vio modificada por más cambios que los ocurridos en el resto de la historia de la humanidad. Se habla del siglo de las mujeres, ya que ingresaron de modo paulatino pero constante en el espacio público mediante el acceso a la educación, la participación en el mercado laboral y fundamentalmente la adquisición de derechos civiles. Al decir de Gilles Lipovetsky aparece la "tercera mujer" (4).

La maternidad dejó de ser el único camino de realización de la mujer. Las técnicas de control de la natalidad permitieron la posibilidad de controlar la cantidad de embarazos y así negarse a traer al mundo un número ilimitado de hijos. Este avance diferenció el goce sexual de la procreación.

En simultáneo, la ciencia brindó nuevos tratamientos para la infertilidad en ambos sexos, incluso la fertilización y reproducción asistida. Por primera vez en la historia de la humanidad la ciencia reemplaza el acto sexual por una acción médica. Se puede concebir niños sin placer y sin deseo.

La relación entre los sexos se ha visto modificada. La constitución de la familia cambia y lleva a redefinir los conceptos de maternidad y parentesco dentro de la idea tradicional de familia (5).

En este contexto de prolongación de la vida y nuevas tecnologías, la mujer puede construir el espacio laboral, de la familia y de pareja postergando la decisión de la maternidad a límites antes impensables.

Las mujeres y la crisis de la mediana edad de la vida

La mediana edad de la vida parece arrancar alrededor de los 35-40 años y se extiende hasta los 50-55. Hablar de crisis implica pensar en cambios, pérdidas y oportunidad de adquisiciones. Atravesar esta etapa incluye la elaboración de pérdidas tales como la juventud, con las características de valoración positiva que hoy tiene en nuestra sociedad, la disminución gradual de la capacidad de procreación hasta su conclusión definitiva. Como también las transformaciones de la pareja, del rol mater-

no en la medida que los hijos maduran, crecen y se van (cuyos efectos fueron descriptos por Rose Oliver como el "síndrome del nido vacío" (24)), cambios del rol de hija cuando los padres empiezan a entrar en la etapa de la senescencia y el de la realización laboral, profesional y social.

Estar de duelo no es sinónimo de depresión. Se denomina duelo al conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen a consecuencia de las pérdidas. Los duelos para las mujeres de mediana edad más estudiados son:

- El duelo por el cuerpo juvenil: las mujeres se enfrentan ante el conflicto de cambio en su imagen corporal como uno de los determinantes claves del sentimiento de pérdida. Gilles Lipovetsky, refiere que en la sociedad actual la belleza es la esencia de la feminidad y su fuerza de seducción. La mujer desea ser mirada por los hombres y sabe que a ellos lo primero que les seduce es el aspecto físico. Y concluye que el fervor estético actual es una muestra de libertad (4). Podemos debatir acerca de esta posición, pero vemos cómo estos cambios cuando empiezan a registrarse en esta etapa implican para muchas mujeres una preocupación y ocupación para hacer todo lo necesario para detenerlos.

- Duelo por los padres juveniles: en esta etapa es más frecuente enfrentarse con la realidad del envejecimiento, enfermedad y/o muerte de uno o ambos padres. La elaboración de la vida con su finitud y los deseos hostiles y/o amorosos hacia ambos padres se impone en esta etapa. Es frecuente que las hijas mujeres asistan en cuidados a padres o familiares mayores; entonces, a la doble tarea, hogar y trabajo, que venía realizando se puede agregar el cuidado a los mayores, siendo un motivo de gran stress y compromiso emocional.

- Duelo por los deseos juveniles: es un momento de bisagra, en el que se replantean el cumplimiento de los ideales juveniles orientados hacia la construcción de una pareja y una familia por un lado y por otra parte los ideales relativos a su desarrollo personal que puede incluir ideales intelectuales, laborales y/o profesionales en el ámbito público. En esta etapa existe un balance, una revisión de lo acontecido en la vida hasta ese momento. Según el grado de satisfacción con lo logrado, lo deseado y lo perdido se tendrá un sentimiento de valoración y aceptación de sí, que facilitará la consolidación de la identidad actual. Por el contrario si en el balance predomina lo negativo, la frustración, se puede profundizar la crisis y llegar a necesitar una consulta que permita reformular nuevas metas posibles.

Climaterio y menopausia

Climaterio deriva del término griego *klimater*, alude a escalón o peldaño. Es un período crítico de la vida humana en el que se producen cambios. Si bien es un proceso común a ambos sexos, sólo en la mujer está asociado al fin de su vida reproductiva. Es la última etapa evolutiva que atraviesa como ser sexuado. La Sociedad Internacional de Menopausia define al climaterio como el período de transición entre la fertilidad y el fin de la misma.

En su transcurso la mujer que nace con un número limitado de folículos primordiales para toda su vida reproductiva, va disminuyendo paulatinamente el potencial de reproducción. La fertilidad puede finalizar antes de la llegada de la menopausia.

El climaterio desde el punto de vista biológico está determinado por los cambios hormonales que se producen a partir de la declinación y posterior cese de la función ovárica. Va acompañado, además, de modificaciones en el hipotálamo y la secreción cíclica de las gonadotropinas hipofisarias. Es un período largo. Se considera que dura alrededor de 10 años. Comprende la perimenopausia, menopausia y postmenopausia.

Durante la perimenopausia hay una creciente disminución del estradiol y la inhibina ovárica que produce un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH) (6). Esto lleva a un rápido desarrollo folicular con el consiguiente acortamiento de los ciclos. La expresión clínica de esta situación es la polimenorrea. Esta anomalía al principio ocasional se torna progresivamente más frecuente (7). En simultáneo con este proceso aparece la falla ovulatoria. Se producen ciclos anovulatorios con la consiguiente disminución de la progesterona. La FSH también estimula más folículos primordiales a iniciar su desarrollo acelerando así la depleción de los folículos.

Más adelante comienza a subir el nivel de la hormona luteinizante (LH). Ambas hormonas hipofisarias llegan a alcanzar el estadio hipergonadotrófico propio de la menopausia; el mismo se mantiene durante largo tiempo. El climaterio culmina en la menopausia, definida como el cese permanente de la menstruación, que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Se reconoce que ha ocurrido luego de 12 meses de amenorrea consecutivos para el que no hay ninguna otra causa fisiológica o patológica obvia. Por consiguiente el diagnóstico siempre es retrospectivo. En general ocurre alrededor de los 50 años.

En la postmenopausia la síntesis y secreción de estrógenos ováricos es mínima. La mayor proporción proviene de la aromatización periférica de los precursores androgénicos y se realiza a nivel del tejido adiposo.

Para comprender los síntomas del climaterio debemos recordar que los estrógenos no sólo actúan en los órganos sexuales, tienen acciones en diversos órganos y tejidos. En el cerebro intervienen en importantes funciones, tales como la conducta sexual, el ciclo vigilia/sueño, los ritmos circadianos, la conducta y el estado anímico, entre otras. Actúan sobre la neurona a través de la síntesis y metabolismo de neurotransmisores y neuromoduladores. La actividad estrogénica está centrada en el hipotálamo, la región preóptica y el núcleo arcuato. En el hipotálamo sobre la termoregulación, en la amígdala a nivel de las emociones, en los núcleos del rafe sobre el ánimo, y en el hipocampo en las funciones cognitivas.

Los estrógenos participan en el sistema colinérgico, regulan los receptores GABA-A, pudiendo neutralizar los glucocorticoides liberados en una situación de stress. El déficit estrogénico aumenta la noradrenalina, por lo que se ha asociado a un aumento de la ansiedad. Tienen acción sobre el sistema dopaminérgico.

Aumentan la síntesis de serotonina. El déficit de estrógenos produce una franca disminución de las β -endorfinas. Por eso algunos autores califican a la menopausia como un estado de "deprivación de endorfinas".

Además tienen un efecto beneficioso sobre la plasticidad neuronal, resultando ser un factor neurotrófico y neuroprotector (8).

En lo que respecta a la sintomatología del climaterio, como hemos descripto antes, en la perimenopausia es el trastorno del ciclo menstrual. En la etapa menopáusica pueden aparecer síntomas vasomotores, afectivos, cognitivos y somáticos.

Desde lo somático, la disminución de los estrógenos produce atrofia uretral y del trigono vesical lo que ocasiona infecciones. También atrofia de la vagina y genitales externos con la posibilidad de disfunciones sexuales. Se produce una pérdida ósea del 1% al 2% anual que lleva a la osteopenia. Para la OMS, los síntomas vasomotores junto a la sequedad vaginal son los únicos síntomas relacionados a los cambios hormonales propios de la menopausia.

Los síntomas vasomotores, también llamados tuforadas o sofocos se observan en el 60% a 90% de las mujeres. Persisten durante un año; en un 20% de las mujeres pueden durar más de 5 años. Se producen por una alteración del centro termorregulador del hipotálamo. Pueden presentarse durante el descanso nocturno, acompañados de sudoración profusa y frío, provocando la fragmentación del sueño.

A nivel cognitivo pueden observarse fallas en la memoria y disminución en la concentración. En algunas mujeres también encontramos ansiedad, irritabilidad, cambios en el humor (9).

A partir del DSM-III se excluyó del mismo a la melancolía involutiva que representaba al trastorno anímico de la menopausia. En 1890 Kraepelin la describió como una depresión agitada, con manifestaciones hipocondríacas e ideas delirantes nihilistas, considerándola una enfermedad de mal pronóstico. Aunque el mismo Kraepelin con el tiempo descartó su presentación exclusiva en la menopausia, durante muchos años persistió la idea en la psiquiatría de asociar menopausia con depresión.

Hoy se reconocen cambios anímicos menores, que no llegan a constituir un cuadro depresivo, especialmente durante la perimenopausia, el trastorno depresivo mayor se presenta con la misma frecuencia que en otras etapas de la vida (10). No hay un consenso en cuanto a por qué se producen estos estados anímicos que algunos autores describen como depresión atípica y otros síntomas depresivos perimenopáusicos. Según algunas investigaciones están directamente ligados a la disminución de estrógenos y el efecto que esto produce en el SNC.

Campbell y Whitehead propusieron la teoría "del dominó" señalando que la alteración anímica sería secundaria a la profundización de los bochornos y la sudoración nocturna, que al intensificar la fragmentación del sueño puede precipitar en un episodio anímico (10).

Otros factores que pueden intervenir en la génesis del cuadro están vinculados con la historia anímica previa,

relacionada con los cambios hormonales de la mujer, si ha presentado trastorno disfórico premenstrual o trastornos anímicos durante el embarazo y puerperio. El estado de salud de la mujer también es un factor a considerar. Autores como Helen Deutsch (12) postulan que las mujeres pasan una etapa depresiva frente a la pérdida del potencial reproductivo. Hoy se considera que el impacto psicológico del climaterio va a estar determinado por la valoración social hacia la fertilidad, el envejecimiento y los roles femeninos. En aquellas comunidades en las cuales las mujeres mayores tienen un rol jerarquizado, la sintomatología que se presenta en esta etapa es menor o incluso está ausente.

El climaterio es una etapa en la vida evolutiva de las mujeres, que puede implicar una crisis en el sentido de necesidad de reacomodación a un cambio. Una crisis significa enfrentarse con un momento trascendente, que genera sensaciones diversas de acuerdo a la vida y cultura de cada persona, afecta la subjetividad y el cuerpo y pone en movimiento mecanismos de adaptación para la situación.

Maternidad tardía

La mujer ha podido posponer la maternidad a partir de dos hechos fundamentales científico médicos del siglo XX. Por un lado la llegada en 1951 del primer anticonceptivo oral, noretisterona, permitió elegir tener sexo sin estar obligada a preocuparse en la reproducción, y en 1978 gracias al Dr. P. Steptoe y el Dr. E. Edwards surge la posibilidad de procrear sin sexo a través de la fertilización *in vitro*. Estos dos hechos relevantes han promovido que la mujer pueda plantearse el momento de elegir ser madre y por otro lado han dado lugar a un grupo de mujeres que rondando la menopausia y más allá también han sido madres en edades impensables en siglos previos. Creemos que la realización de la mujer abarca varios aspectos como el desarrollo personal, laboral, social y no pasa por la maternidad con exclusividad, pero nos importa pensar el impacto de las nuevas técnicas de reproducción que al dar un plus de tiempo para tener un hijo en algunas situaciones se comporta más como una Medicina del Deseo sin contemplar los límites de edades lógicas con un proyecto vital, de manera de contar con el tiempo suficiente para la crianza y no exponer su salud como acontece en las "madres abuelas".

¿Hay un límite de edad para la maternidad? Las recomendaciones de la Sociedad de Reproducción Argentina en consonancia con la americana y la europea recomiendan los 50 años como edad límite. Dicen que pueden ser madres primerizas hasta los 43 con sus propios óvulos, para las mayores de 44 años se recomienda la donación de óvulos (25). En las "madres-abuelas" -mujeres de 60 años- estas recomendaciones no han tenido lugar. Por ejemplo en India, Bhatari de 66 y Deva de 70 han tenido trillizos por fertilización asistida por ovodonación. Llevaban 44 años de casados y muchos años de tratamiento. ¿Quién puede asegurar que los padres sigan con vida cuando esos hijos/as entren en su adolescen-

cia? ¿Qué efectos genera en esos niño/as tener padres tan añosos? ¿Qué efectos tiene en la madre la maternidad tardía?

Motivos de la Maternidad Tardía

Son muchos los motivos que pueden acontecer para la postergación de la maternidad a pesar de que los ginecólogos siguen recomendando tener los hijos antes de las 35 años, edad en que ya se considera a la madre añosa (a pesar de la mayor esperanza de vida) debido a que los óvulos envejecen.

Vemos parejas en las que el matrimonio e hijos no parecen ser la meta principal, prefieren convivir viviendo el presente, disfrutar a pleno de viajes, de amigos, de salidas sin obligaciones antes de aceptar las ataduras de la crianza. Otras veces se pospone la maternidad para lograr el desarrollo de una posición en la carrera profesional o laboral que asegure una estabilidad económica financiera. Existen motivos de control de natalidad por causas médicas por ejemplo hipertiroidismo, problemas ginecológicos, oncológicos, accidentes. También por causas emocionales, como haber sufrido una infancia difícil, por ejemplo uno de los motivos inconscientes que hace que la mujer no quiera tener hijos, es justamente el no querer reiterar modelos que le han hecho daño durante la niñez, como haber padecido una experiencia de abuso, violencia familiar, patología relacionada con adicciones o trastornos mentales en padres o hermanos. Otro motivo muy importante y frecuente es la dificultad en lograr una pareja estable, ya que para muchas mujeres esta meta es fundamental para llegar a la maternidad, a pesar de que hoy se puede tener hijos sin padre, por fertilización asistida con inseminación heteróloga.

Debate bioético. Libertad reproductiva. Madres abuelas

Según Annas G, "el concepto de libertad reproductiva se refiere a la libertad de determinar si tener hijos (cuántos y cuándo) o evitarlos" (22).

Nos parece necesario pensar en forma interdisciplinaria hasta qué edad sería recomendable acceder a la maternidad mediante fertilización asistida. Los 50 años como edad límite no siempre se respetan (25). Nos enteramos por los medios periodísticos que una mujer hindú de 66 años tuvo trillizos por ovodonación; otra de 67 años tuvo gemelos en Barcelona habiéndose sometido a una fecundación *in vitro* en Estados Unidos, esta madre fallece de cáncer a los dos años, por el impacto hormonal, y sus hijos quedan en custodia de un sobrino. Estos acontecimientos extraordinarios nos llevan a interrogarnos: ¿Es aceptable desde el punto de vista ético que los avances de la medicina reproductiva permitan estos embarazos? Sabemos que hay consecuencias para las madres abuelas en cuanto a su salud física. En un estudio efectuado en Israel se concluyó que 8 de cada 10 de madres primerizas mayores tienen problemas de salud durante el embarazo, 4 de cada 10 desarrollaron diabetes asociada con el embarazo y 2 de cada 10, preeclampsia

(elevación de la tensión arterial y proteinuria); la mitad de los bebés fueron más pequeños que el promedio poblacional y casi todos los partos fueron por cesárea (17). Un tema problemático en estos embarazos es pensar cuál es el tiempo de vida que podrán criar y acompañar a sus hijos activamente. Es oportuno recordar siguiendo a Piera Aulagnier el concepto de *Deseo de hijo*, como un ser único, con necesidades de estimulación y cuidados sostenidos desde la concepción hasta lograr ser independiente, y diferenciarlo del *Deseo de embarazo*, que implica gestar un hijo imaginario, que no es visto como diferente de la madre, para alimentar el propio narcisismo (¿desafiar la finitud?) o tener un sujeto que cuide de ellos si enferman o si surgen limitaciones (26). Los niños de padres abuelos al tener una brecha generacional de 4 décadas, pueden tener dificultades para lograr el sostén afectivo y comprensión por parte de sus progenitores.

Para la mayoría de los especialistas, los embarazos y partos posmenopáusicos constituyen un abuso de la tecnología. "Si le damos a un niño unos padres de 60 años o más, lo ponemos en serio riesgo de quedar huérfano", señala el Dr. Arthur Caplan, director del Centro de Bioética de la Universidad de Pensilvania (26).

Conclusión

El incremento de la longevidad y las nuevas técnicas reproductivas parecen permitir traspasar el límite que nos marca la biología en cuanto a la fertilidad. Esto abre nuevas posibilidades y muchos interrogantes. Históricamente se ha relacionado a la maternidad con la juventud. En este momento las mujeres que viven un tercio de sus vidas en la postmenopausia, pueden postergar la decisión de la maternidad hasta ese momento. Actualmente estamos lejos de considerar que estas técnicas sean una alternativa posible para todas las mujeres. Sólo algunas podrán alcanzar la maternidad por este camino. Si la medicina puede modificar el fin de la fertilidad, ¿cómo se atravesará la menopausia?, ¿cambiarán las manifestaciones del síndrome climatérico? La maternidad tardía hace posible nuevas formas de familias, aquellas en las cuales la diferencia de edad entre padres e hijos sobrepasa los 40 años y se denominan "familias tardías". Ante estos nuevos vínculos familiares, ¿cómo pensar la diferencia generacional? ■

Referencias bibliográficas

- Freixas Farré A. Envejecimiento y perspectiva de género. En: Barberá E, Martínez Benlloch I, editores. *Psicología y género*. Madrid: Pearson; 2004. p. 326-339.
- Rodríguez Rodríguez P. Mujeres mayores, género y protección social. En: *Mujeres mayores en el siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo*. Madrid: Imsero; 2002. p. 87-136.
- Baltes JP, Reese H, Nesselroade J. Métodos de investigación en psicología evolutiva: enfoque del ciclo vital. Madrid: Morata; 1981.
- Lipovetsky G. La tercer mujer. III. Barcelona: Anagrama; 2002. p. 218-221.
- Rudinesco E. La familia en desorden. El poder de las madres. México: Fondo de Cultura Económica; 2003. p. 162-188.
- Urban R. Neuroendocrinology of aging in the male and female. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1992; 21 (4): 921-31.
- Greendale G, Sowers M. The menopause transition. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26 (2): 261-77.
- Correa E, Jadresic E. Aspectos endocrinológicos en el climaterio. En: *Psicopatología de la mujer*, 465-470, Mediterráneo, Santiago de Chile, 2005.
- Montero I, Ruiz Pérez I. Depresión y menopausia En: *Trastornos depresivos en la mujer*. Coord. Carmen Leal Cercos, 135-141, Ed Masson, 1999.
- Jadresic E, Correa E. Trastornos depresivos y climaterio. En: *Correa E, Jadresic E, editores. Psicopatología de la mujer*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2005. p. 475-480.
- Campbell S, Whitehead M. Estrogen therapy and the menopause syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1977; 31-47.
- Deutsch H. El climaterio. *Psicología de la mujer*. Buenos Aires: Losada.
- Alkombre P. Deseo de hijo-Pasión de hijo. Buenos Aires: Letra Viva; 2008.
- Burin M. Estudios sobre la subjetividad femenina. *Mujeres y Salud mental*. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editora; 2002. p. 82-93.
- Chatel MM. El malestar en la procreación. Buenos Aires: Nueva Visión; 1996.
- Zalzman D. El envejecer saludable, la senescencia y el rol médico. En: Ferrari H. *Aportes del psicoanálisis a la medicina*. Buenos Aires: Corpus; 2009.
- Grens K. ¿Madre primeriza después de los 45? Nueva York: Medline Plus; 2011.
- Langer, M. *Maternidad y sexo*. Buenos Aires: Paidós; 1951.
- Leal Cercós C, Benages Martínez A. *Mujer y Psicopatología*. Valencia: Real Academia de Medicina de Valencia; 2009.
- Lipovetsky G. *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama; 2000.
- Lipovetsky G. *El imperio de lo efímero*. Barcelona: Anagrama; 1996. p. 157-158.
- Luna F, Salles A. *Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana; 1998.
- Meler I. Estudios de género. Estados depresivos en pacientes mujeres. La perspectiva de los estudios de género [Internet]. México: *Revista Subjetividad y Cultura*; 1996. Disponible en: <http://www.psiconet.com/foros/genero/depresivos.htm>.
- Oliver R. Empty nest syndrome or relationship restructuring? A rational-emotive approach to mid-life transition. En: *Octava Conferencia anual de Psicología Feminista*. Boston; 1981.
- American Society for Reproductive Medicine. *Edad y fertilidad* [Internet]. Birmingham; ASRM. Available from: www.asrm.org.
- Aulagnier P. Qué deseo, de qué hijo. *Revista de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes* 1992; 3.

El deseo de hijo en las parentalidades actuales: Infertilidad y técnicas reproductivas

Patricia Alkolombre

*Psicóloga clínica y psicoanalista.
Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina.
Coordinadora del Capítulo Psicoanálisis e Interdisciplina en Ginecología,
Obstetricia y Esterilidad de la Asociación Psicoanalítica Argentina.
Miembro Enlace del Comité de Mujeres y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Internacional.
E-mail: patricia.alkolombre@gmail.com*

Resumen

Los avances en medicina reproductiva han ampliado en forma inédita las posibilidades de constituir una familia. Hoy podemos hablar de *una diversidad en los modos de acceso a la parentalidad*. Se ha modificado también el paradigma de constitución de las familias a partir de los distintos proyectos de parentalidad: en parejas heterosexuales, en parejas ensambladas (post-divorcios), en parejas formadas por lesbianas y gays y en monoparentalidades.

Las vicisitudes del “deseo de hijo” en las parentalidades actuales nos llevan a pensar en sus alcances en la clínica de los trastornos reproductivos o infertilidad y en las nuevas configuraciones familiares. Uno de los destinos del deseo de hijo en la mujer es “la pasión de hijo”, el hijo a cualquier precio.

Pensar en las transformaciones en la parentalidad en este campo implica no sólo tener presente el deseo de hijo en una mujer, en un hombre o en una pareja, sino también la historia de los orígenes en los niños. En particular cuando se emplean algunas de las técnicas reproductivas, como son la donación de gametos -óvulos y espermatozoides- y el alquiler de vientre. En estos casos estamos frente a nuevas articulaciones entre los lazos de sangre, el parentesco y la filiación.

Palabras clave: Deseo de hijo - Pasión de hijo - Infertilidad - Técnicas reproductivas - Parentalidades.

THE DESIRE FOR A CHILD IN TODAY PARENTHOOD: INFERTILITY AND REPRODUCTIVE TECHNIQUES

Abstract

The advances in reproductive medicine have unprecedentedly expanded the possibilities to form a family. Today we can speak of a diversity of ways to access to parenthood. The paradigm of family formations has also changed following the diversity of parenting projects: heterosexual couples, blended families (post-divorce), couples formed by lesbians and gays and single parenting.

The vicissitudes of “desire for a child” under current parenthood lead us to think about their scope in clinical reproductive disorders or infertility and new family configurations. One of the destinies of the desire for a child in women is the “passion for a child”, the child at any cost.

Thinking of the changes in parenthood in this field involves not only the desire to have a child in a woman, a man or a couple, but also the history of the origins in children. Especially with some of the reproductive techniques used, such as surrogacy and the donation of gametes-eggs (ovum and sperm). In these cases we are dealing with new articulations of blood ties, kinship and parenthood.

Key words: Desire for a child - Infertility - Passion for a child - Reproductive techniques - Parenthood.

Introducción

En este trabajo propongo hacer un recorrido en torno a las vicisitudes del deseo de hijo en la parentalidades actuales para pensar en sus alcances dentro de la clínica de los trastornos reproductivos o infertilidad y en las nuevas configuraciones familiares. De estos desarrollos se desprenden interrogantes sobre los nuevos orígenes en los casos que emplean técnicas de fertilidad asistida.

Hoy en día, a partir de los avances en medicina reproductiva se han ampliado en forma inédita las posibilidades de constituir una familia, podemos hablar de una diversidad en los modos de acceso a la parentalidad.

Se ha modificado también el paradigma de constitución de las familias, estamos frente a distintos proyectos de parentalidad: en parejas heterosexuales, en parejas ensambladas (post-divorcios), en parejas formadas por lesbianas y *gays* y en monoparentalidades.

Pensar en las transformaciones en la parentalidad en este campo implica no solamente tener presentes el deseo de hijo en una mujer, en un hombre o en una pareja, sino también la historia de los orígenes en los niños. En particular, cuando se emplean algunas de las técnicas reproductivas, como la donación de gametos -óvulos y espermatozoides- y el alquiler de vientre. En estos casos estamos frente a nuevas articulaciones entre los lazos de sangre, el parentesco y la filiación.

Ya no podemos sostener como antes lo hacíamos, que la maternidad es certera y la paternidad incierta. Son enunciados que se transmitieron con un valor de certeza a través de las generaciones, pero las pruebas genéticas y la nueva arquitectura presente en fertilidad humana al combinar óvulos, espermatozoides y vientres, hacen de los orígenes hoy en día, una quimera.

Nos encontramos, no obstante, con una coexistencia de criterios en el cuerpo social sobre estos temas, ya que para el derecho y la legislación los lazos de sangre son los que predominan en los derechos filiatorios. A su vez desde el punto de vista de la subjetividad y la construcción de la identidad, los nuevos orígenes se abren a un universo de significaciones singulares, en el caso por caso.

Indisolublemente ligada a la filiación, la biología tendrá su lugar en el contexto de la significación que adquiere para los padres en el ejercicio de sus funciones parentales. Como señala Leclair la filiación tiene múltiples determinantes y no puede reducirse a un criterio de verdad biológica, sin incluir un "criterio de deseo" que alude a un orden simbólico y se enlaza con la historia singular en cada sujeto (1).

No caben dudas que es muy importante hacer una puesta al día y una revisión de estos temas (2) que nos llevan a repensar y a preguntarnos sobre lo que permanece y aquello que cambia en estos escenarios en los que se combinan cuerpos y deseos en un anhelo de parentalidad. Al repensarlos, el prefijo "re" introduce la historia (3) e implica volver a pensar lo conocido en este campo y hacer una nueva lectura.

A partir de estas ideas me voy a referir inicialmente al deseo de hijo en la mujer, en el hombre, en las parejas y en uno de sus destinos en la mujer, la pasión de hijo. Luego presentaré algunos interrogantes sobre el empleo

de las técnicas reproductivas en las distintas configuraciones familiares y finalmente algunas reflexiones sobre la diversidad en los orígenes.

El lugar del deseo de hijo como hilo conductor se constituye en el punto de partida. Es un tema central en la parentalidad, como también la identidad del niño ligada a un saber sobre sus orígenes.

El deseo de hijo en la mujer

Desde el psicoanálisis el concepto de "deseo de hijo" es producto de la elaboración de un deseo inconsciente y es singular en cada sujeto, posee diferentes resonancias y formas de procesamiento. Es también la base sobre la cual se construirá la prehistoria del niño por nacer, una prehistoria que está inscrita en las fantasmáticas parentales, imagos de la sexualidad infantil.

Históricamente, es un observable la hegemonía del tema en torno a la mujer y la maternidad, teniendo como apoyatura biológica la diferencia anatómica y desde el psicoanálisis la apoyatura teórica que hace que cuando hablamos del deseo de un hijo pensemos en la resolución del Complejo de Edipo en la mujer.

El deseo de hijo en la niña desde Freud es centralmente un deseo de orden fálico (4) asociado con el deseo de pene en los avatares del Complejo de Edipo. Está también atravesado por componentes pre-edípicos (5), pregenitales anales (6) e indisolublemente ligado a aspectos centrales del narcisismo (7). De allí que sus raíces y significados son múltiples.

Como deseo, tiene dos movimientos libidinales en cierto modo opuestos: por un lado conlleva libido narcisista y permite a su vez el pasaje del narcisismo hacia el amor objetal, en el amor al hijo. Podemos conjeturar que Freud amplía estas ideas hacia el campo vincular cuando señala que "*el conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres*" (7).

En esta afirmación articula la presencia por un lado de los deseos parentales proyectados en los hijos, y a la vez anuda las historias que se entrelazan en la trama edípica en el encuentro de los padres en la llegada de los hijos.

Hoy podemos preguntarnos por el deseo de hijo más allá de la ecuación simbólica inmersa en una lógica fálica y binaria y ampliar sus fronteras. En esta dirección Leticia Glocer Fiorini señala una diferencia entre el hijo como efecto de una demanda, un hijo con un valor fálico que deviene de la ecuación simbólica, y propone pensar el deseo de hijo como una producción deseante, propiciando una experiencia que va más allá de las fronteras del narcisismo (8).

Piera Aulagnier establece a su vez una diferencia entre el deseo de hijo y el deseo de embarazo. Plantea que cuando hablamos del deseo de hijo éste es considerado como un objeto diferenciado de la madre e implica el abandono de la posición narcisista ya que presupone desde la madre la posibilidad de enfrentar sus carencias e incluir la terceridad (9).

En el deseo de embarazo en cambio, el hijo es un objeto no diferenciado de la madre y lo que está en juego es una unidad ilusoria, ocupando el hijo un lugar reparador del narcisismo de la madre, orbitando en la economía libidinal materna, a merced de su deseo.

En su libro "Maternidad y sexo", Marie Langer aborda los trastornos en la reproducción a la luz de la sexualidad femenina. Plantea que así como las problemáticas centrales de la mujer en la época de Freud -envuelta en una moral victoriana- giraban alrededor de la represión de la sexualidad, dando lugar a un predominio de cuadros histéricos en la mujer; en el siglo XX, en donde la sexualidad ya deja de ser un tabú, los trastornos reproductivos se constituyen en la principal causa de conflictos en la mujer, dando lugar a problemáticas psicosomáticas en esta esfera. La maternidad y el sexo entran así en conflicto (10). Estas reflexiones de Marie Langer son un observable clínico en pleno siglo XXI, han aumentado los trastornos reproductivos, no disminuyó la tasa de abortos provocados ni los índices de mortalidad que éstos acarrearán. Todo esto, a pesar de los avances tecnológicos dentro de la medicina reproductiva y los métodos anticonceptivos orales que están en vigencia desde los años sesenta.

El deseo de hijo en las parejas

Hasta hace un poco más de tres décadas, cuando una pareja se encontraba con la imposibilidad de lograr un embarazo se abrían dos caminos, comenzar el tránsito hacia una adopción o la aceptación de una vida sin hijos.

Actualmente es habitual que comiencen con las primeras consultas médicas, muchas veces la mujer visita a su ginecólogo o ginecóloga y posteriormente a algún especialista en reproducción. A lo largo de las consultas el cuerpo entra en escena: es explorado, analizado, medido. Estos procesos están sujetos a una temporalidad particular teñida por una vivencia de perentoriedad en las cuales las dificultades para lograr un embarazo frente al paso del tiempo y la día: esperanza-desesperanza se van instalando dentro de la trama de la vida conyugal y en cada integrante de la pareja. Se trata de un deseo que interroga al cuerpo y la ausencia de hijo es un dolor ante la imposibilidad de alcanzarlo.

Es un observable clínico la presencia de una "nueva" ecuación simbólica: fértil/infértil. El mundo se transforma en los que tienen hijos y los que no los tienen. Gran parte de las experiencias cotidianas comienzan a ser vividas a través de esta nueva luz en las salidas con amigos, familiares, en vacaciones, reuniones laborales, cumpleaños. Todo se resignifica a partir de la ausencia de los hijos.

La búsqueda de embarazo se constituye en una espera signada por la ausencia y se traduce en la expresión freudiana de "herida narcisista". La lógica inconsciente percibe esta imposibilidad de engendrar como una condena que presupone una falta.

El embarazo se inscribe desde el punto de vista psíquico, en una larga historia constituida por la prehistoria de un niño por nacer. En la clínica de los trastornos reproductivos el tiempo de la prehistoria adquiere características diferentes. Incluye siempre una historia clínica médica, la búsqueda de un diagnóstico que "explique" la ausencia del embarazo, estudios médicos e intervenciones, noches y días muy largos, sangre menstrual y lágrimas. Situaciones que bordean el cuerpo, el trauma y el duelo.

Muchos pacientes que realizan tratamientos de fertilización asistida presentan dificultades en elaborar e integrar las transformaciones que produce en ellos las intervenciones médico-tecnológicas. Esto puede darse en los distintos momentos del proceso, durante la etapa diagnóstica o bien en los tratamientos de fertilidad asistida.

Lo que subyace en el imaginario social actual es la idea de un *cuerpo predecible*, pero en la reproducción humana se torna complejo. El riesgo que encontramos es que el sujeto -hombre o mujer- quede "por fuera" del proceso que implican los tratamientos y en una posición de proyección omnipotente en la tecnología. La clínica psicoanalítica muestra que habitan en el sujeto y permanecen siempre, deseos que pulsan desde lo inconsciente y dejan al descubierto el hecho de que somos portadores de un cuerpo "impredecible".

Otro punto importante en este campo es el de la temporalidad. Los tiempos de espera implicados en los tratamientos por esterilidad tienen como única expectativa placentera la posibilidad de un embarazo, única fuente de placer anticipada.

Sobre el tiempo de los ciclos menstruales se proyecta como en una pantalla la imagen del embarazo. Se va abriendo la brecha entre actividad sexual y reproducción, produciéndose un incremento del deseo sexual durante el pico ovulatorio -encuentro posible de los cuerpos en la etapa fértil-, para luego caer. Será este ciclo, la próxima ovulación, el próximo tratamiento. El tiempo y los avatares del cuerpo se van ajustando en una relojería imposible de sincronizar. El placer y el deseo se transforman en deber y deseo. La búsqueda se convierte en un largo embarazo.

Esta observación va más allá de la implementación de técnicas que sustituyan los efectos del paso del tiempo, como en las maternidades en mujeres menopáusicas, donde se reemplaza el envejecimiento de los gametos a través de la donación de óvulos de mujeres jóvenes. También se da en situaciones de problemas orgánicos, por ejemplo en casos de una falla prematura de ovario, en donde no es posible para la mujer ser madre con sus propios óvulos. Tiene como posibilidades comenzar a pensar en una adopción, decidir una vida sin hijos o recurrir a una ovodonación.

Dentro del vínculo conyugal, para muchas mujeres la posibilidad de no tener un hijo se transforma en una idea amenazante. Quedan envueltas en crisis en las que tambalea su proyecto de vida y también su identidad como mujer. Sin el embarazo-bebé quedan sin el "soporte" necesario para transitar lo que debería ser el destino de una mujer: poder ejercer la función maternal.

Son pacientes que viven (en) la espera del embarazo-bebé. Esta atadura les priva de toda posibilidad, pero también de toda responsabilidad en el registro de la elección. Van abandonando una a una sus actividades, dando lugar a cuadros depresivos de mayor o menor intensidad.

Sabemos que existe siempre la tentación y la posibilidad de que el hijo ocupe el lugar de una nueva ilusión orientada a completar imaginariamente a la mujer. De allí que el deseo de hijo puede tener otros destinos, ligados a aspectos narcisista-pasionales.

Destinos del deseo de hijo en la mujer: la pasión de hijo

En la clínica de los trastornos reproductivos nos encontramos con un tipo de búsqueda de embarazo que presenta una fuerte raigambre narcisista al que denomino "pasión de hijo" (11). Son búsquedas de embarazo que se definen por tener un hijo "a cualquier precio". Son mujeres que realizan un tratamiento de fertilidad asistida tras otro, con presencia de aspectos sacrificiales y tanáticos asociados con recorridos médico-tecnológicos en los que se recrea un vínculo narcisista-pasional con el hijo por venir.

Subyace un imperativo en el cual se juega a todo o nada: "serás mío o de nadie", como en los vínculos de pareja pasionales. El hijo se constituye en este caso en un objeto único, insustituible y destinatario del amor materno. En este movimiento buscan recrear un estado de fusión con el objeto originario fallido en la infancia, a través de la maternidad.

Son búsquedas de embarazo que tienen dos características: una intensidad y una fijeza inusual en sus metas, aun al precio de la autodestrucción. Se produce allí el pasaje del deseo de hijo a una pasión de hijo y ésta se constituye en la forma que adquiere el sufrimiento del yo sometido al ideal de la maternidad.

Va acompañada de cierta naturalización de un deseo típicamente femenino. Y si bien desde la escucha analítica hay distintas líneas teóricas y puntos de vista, el campo deseante de la mujer se presenta saturado casi totalmente por la maternidad. De las tres salidas que plantea Freud en el Complejo de Edipo en la mujer, la que la conduce a la femineidad es la maternidad. En este sentido es importante dejar estos interrogantes abiertos junto con las distintas perspectivas en el devenir psicosexual en la mujer para continuar pensando y profundizando sobre este tema.

El deseo de hijo en el hombre

Durante mucho tiempo se pensó que la principal causa médica de la esterilidad conyugal se ubicaba en las profundidades del cuerpo de la mujer. Pero lo cierto es que el cuerpo del hombre está implicado en esta clínica, sólo que ha llegado más tarde a escena. Esta moratoria alrededor de la figura del hombre en este campo pone al descubierto aspectos que no estaban visibles. La paternidad y el deseo de hijo en el hombre son temas incluíbles en la clínica de los trastornos reproductivos (12).

Al explorar el tema vemos que la esterilidad masculina es tan antigua como la humanidad misma, encontrando cada cultura alternativas para su resolución. Por ejemplo, las primeras inseminaciones con semen de donante se remontan a tres siglos atrás (13). Podemos preguntarnos si aquello que no está enunciado es el sufrimiento del hombre que no puede engendrar. Este interrogante nos pone frente a la clínica masculina de los trastornos reproductivos y nos lleva hacia una dimensión simbólica de la paternidad, poniendo al descubierto el campo deseante masculino.

Desde otro vértice, están presentes las homoparentalidades y las monoparentalidades masculinas. Observamos en la actualidad que un hombre puede decidir tener

un hijo solo, logrado gracias al alquiler de vientre y la donación de óvulos, o bien adoptar a un niño, una tendencia en aumento según las solicitudes de registros de adopción (14). Son modos nuevos en el ejercicio del rol paterno que nos llevan a investigar en esta dirección.

Diversidad en los accesos a la parentalidad

Hoy en día son tantas y tan variadas las formas de nacer, además de las tradicionales; por ejemplo, ser albergado en el vientre de una mujer que no será su madre de crianza sino su madre subrogante, o bien provenir de un embrión del que no podrá conocer su procedencia genética por haber sido gestado a partir de donantes anónimos, o a partir de espermatozoides de un padre muerto años atrás. Estos casos -entre otros- dan cuenta de nuevos contextos que han posibilitado a hombres y mujeres ser padres "de otra manera" a través del empleo de técnicas reproductivas. Las mismas están conformadas por la fertilización *in vitro* (FIV), la inyección intracitoplasmática de espermatozoides dentro de un óvulo (ICSI), la donación de gametos -ovodonación y espermodonación-, y el alquiler de vientre (también llamada maternidad subrogada).

Somos testigos de estas transformaciones en el campo de la reproducción humana que comenzaron el siglo pasado con dos avances médicos de gran alcance. En los años sesenta se produce el hallazgo de la anticoncepción oral cuando nace la "era de la píldora" que permite a las parejas tener *sexo sin hijos*. Veinte años más tarde la ecuación se invierte con la llegada de las técnicas de fertilización asistida. Desde entonces se pueden tener *hijos sin sexo*.

Las innovaciones más importantes la constituyen la maternidad subrogada y la donación de gametos -óvulos y espermatozoides-, en particular la donación de óvulos. La donación de espermatozoides como práctica es más antigua, algunos escritos señalan que se remonta al siglo XIX. La congelación de espermatozoides se dio desde los años setenta en Francia dando lugar a los primeros bancos de semen (13). La donación de óvulos es una técnica más reciente y requiere de una intervención quirúrgica. El primer caso reportado es del año 1983.

Un tema que se desprende necesariamente son los alcances y efectos a nivel intra e intersubjetivo, es la problemática del anonimato en la donación de gametos. Qué efectos tendrá en los vínculos y en los niños por nacer esta herencia muda. Están presentes los riesgos de incesto y fantasmas incestuosos, como el caso de una mujer que se inseminó con semen del hermano, o sujetos que piden donación de gametos a familiares o amigos. Está también todo el campo de investigación sobre los donantes.

El alquiler de vientre plantea la duplicación de la maternidad en dos cuerpos: la madre "del deseo" y aquella que ocupa el lugar de la mujer gestante. Es la primera vez en la historia que una mujer puede estar frente a su embarazo, el hombre fue siempre el que ocupó ese lugar, frente al embarazo.

Los destinatarios del empleo de las técnicas reproductivas y de todos los empeños médicos en resolver las dificultades reproductivas fueron históricamente las parejas heterosexuales con dificultades en la fertilidad.

En estos años fueron surgiendo en estos contextos nuevas demandas: maternidades a destiempo biológico, llamadas también maternidades añosas; inseminación en mujeres solas a través de los bancos de esperma, una práctica en aumento; solicitudes de inseminación post-mortem; y el alquiler de vientre.

Junto con la diversidad en los accesos a la parentalidad se produjo un cambio de paradigma en la constitución de las familias, esto llevó a una ampliación en las demandas y los distintos usos de la tecnología en parejas de gays y lesbianas y en solicitudes de monoparentalidades masculinas y femeninas.

Cambio de paradigma en la constitución de las familias

Actualmente coexisten junto con la denominada familia moderna, la clásica familia nuclear heterosexual y mayoritaria en la población (15), junto con nuevas configuraciones vinculares como ya lo señalamos.

La monoparentalidad femenina por elección, con la exclusión del hombre en el ejercicio del rol paterno, era la forma de monoparentalidad más frecuente hasta no hace muchos años. Mujeres solas, sin figuras masculinas que acompañen la crianza de sus hijos biológicos o adoptivos. Posteriormente surgió como práctica social, en mujeres movidas por el reloj biológico que deciden tener un hijo recurriendo a un banco de esperma (algunas para garantizar el anonimato del padre) o bien a la adopción de embriones.

La monoparentalidad masculina es una figura nueva en nuestra sociedad. Hombres solos que deciden adoptar o bien tener un hijo biológicamente propio a través del alquiler de un vientre y la donación de óvulos -como señalamos-, territorio que históricamente perteneció a la mujer. La monoparentalidad masculina trae en este sentido una novedad.

Está también presente la monoparentalidad en la diversidad de géneros, que incluye a los colectivos constituidos por gays y lesbianas, travestis y transexuales. Por último están las homoparentalidades, las parejas de gays y lesbianas que están incluidas en la legislación de nues-

tro país. No me extenderé en este apartado, hay mucho por investigar.

Para ir finalizando

Ya no hacen falta necesariamente una madre, un padre y una relación sexual para el nacimiento de los niños, los lazos entre los orígenes y la filiación se están transformando. En este sentido, pensar en lo materno y en lo paterno en la estructuración psíquica frente a los nuevos orígenes constituye un desafío para el psicoanálisis.

La diversidad en los orígenes y las proyecciones parentales sobre el niño tendrán incidencia en la constitución de su identidad, dando lugar a un trabajo psíquico adicional en las funciones parentales de crianza.

La identidad, como señala Silvia Bleichmar, tiene que ver con las formas con las cuales el yo se percibe a sí mismo (16) y la misma está interpelada hoy en día en los distintos armados de familia y la diversidad en los orígenes. Los padres abordan en el ejercicio de sus funciones la transmisión sobre los orígenes de los niños a través de enunciados conscientes e inconscientes, en la adopción y cuando se emplean distintas técnicas reproductivas.

Coexisten en la actualidad como vimos distintos proyectos de filiación, lo que da lugar a distintas paternidades y maternidades. Es un campo muy amplio que requiere mucha investigación y poder vislumbrar qué fenómenos se hacen visibles a partir de estos cambios en las subjetividades y dentro de los vínculos.

En la clínica cotidiana podemos continuar pensando en los efectos de los nuevos accesos a la parentalidad y en la diversidad en el engendramiento. Son cambios que nos lanzan fuera del lugar de origen y de la sexualidad y nos plantean como señalamos, una articulación diferente entre los lazos de sangre, el parentesco y la filiación como sistema simbólico.

En este sentido, es una clínica que contiene en sí misma elementos novedosos, que exceden lo conocido hasta hace un poco más de tres décadas y nos confrontan con lo diferente, en un campo que aún, reúne cuerpos y deseos en distintos proyectos de parentalidad ■

Referencias bibliográficas

1. Leclair S. El criterio de verdad biológica: un apoyo renego. *Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes*. 1992; 3:56-60.
2. Alkolombre P. Parentalidad y nuevas técnicas reproductivas. *Revista de Psicoanálisis* 2003; LXII (3): 765-777.
3. Hornstein L. Repensando el Edipo. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados* 2012/2014; 34: 31-52.
4. Freud S. El sepultamiento del complejo de Edipo. Volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu; 1924. p. 186.
5. Freud S. Sobre la sexualidad femenina. Volumen XXI. Buenos Aires: Amorrortu; 1931.
6. Freud S. Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular el erotismo anal. Volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu; 1917. p. 120.
7. Freud S. Introducción del narcisismo. Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu; 1914. p. 88.
8. Glocer Fiorini L. Lo femenino y el pensamiento complejo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
9. Aulagnier P. ¿Qué deseo? ¿De qué hijo?. *Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes* 1992; 3: 45-49.
10. Langer M. Maternidad y sexo. Buenos Aires: Paidós; 1951.
11. Alkolombre P. Deseo de hijo. Pasión de hijo. Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis. Buenos Aires: Letra Viva; 2008.
12. Alkolombre P. La paternidad y el deseo de hijo en el hombre: vicisitudes en los procesos de subjetivación. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados* 2012/2014; 34: 153-164.
13. Frydman, R. L'irrésistible désir de naissance. Paris: Presses Universitaires de France; 1986.
14. Cada vez más solteros adoptan chicos. *Diario La Nación*. Miércoles 10 de mayo de 2010.
15. Roudinesco E. La familia en desorden. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2003.
16. Bleichmar S. La identidad como construcción. En: Rotenberg E, Agrest de Wainer B, editores. *Homoparentalidades. Nuevas familias*. Buenos Aires: Lugar; 2010. p. 33-46.

Vínculo temprano: Relación madre-bebé en las teorías de Donald Winnicott

Alicia Rut Levín

Lic. en Psicología, UBA.

Psicoanalista.

Máster en Psicoanálisis.

E-mail: alevin@fibertel.com.ar

Resumen

El presente texto aborda la función maternal en el vínculo temprano madre-bebé desde el marco referencial de la teoría psicoanalítica de Donald Winnicott. Este autor autorizado en su profesión de pediatra y psicoanalista fue capaz de observar la prematuridad del infans y el estado afectivo de la función madre desde antes del nacimiento del niño. Las necesidades del recién nacido y las de su madre, lejos de ser complementarias poseen especificidades que hacen necesario pensar en la función de sostén que se le requiere a la madre. Se aborda la dimensión de la realidad como limitante y organizadora del psiquismo en el vínculo temprano madre-bebé. La autora trabaja sobre estos elementos desde el paradigma de la creación de un espacio que acontece influyéndose mutuamente. Analiza la función de ilusión con su par desilusión para así construir un destino posible en la maternidad y en la transformación en la persona del bebé para que advenga paulatinamente su autonomía. Cuando se habla de "lo primario", se hace referencia a un tiempo de construcción de lo psíquico. Un tiempo relacional, al decir de Winnicott, en el que siempre que encontremos un infante encontraremos también el cuidado materno.

Palabras clave: Función madre suficientemente buena - Medio ambiente facilitador - Desarrollo primitivo - Creatividad - Objeto subjetivo - Objeto transicional - Fuerza vital.

EARLY LIFE ATTACHMENT: MOTHER-BABY RELATIONSHIP IN DONALD WINNICOTT'S THEORY

Abstract

The present article refers to the maternal function in the mother-infant early bond from Donald Winnicott's psychoanalytic point of view. This author, authorized since he was a pediatrician and a psychoanalytic doctor, was capable to see the prematurity of the human baby and the affective state of the mother function before the child's birth. The needs of the newborn and his mother far from being complementary have their specificity that make necessary to consider the holding function that is expected from the mother. This work addresses the dimension of the reality as a limit and an organizer of the psychism in the early mother-baby relationship. The author works this topic from the paradigm of the building of a space that takes place in the mutual dynamic. She analyzes the illusion and disillusion function to build a possible destiny for the maternity and in the transition of the baby to the autonomy of a new person. When it's said about "the primary", it is in the sense of the time of building the psychism. A relational time, as Winnicott says, in which when we find an infant, we will always find the maternal care.

Key words: Function mother good enough - Enabling environment - Early development - Creativity - Subjective object - Transitional object - Vital force.

Conceptos alrededor del vínculo temprano

Los *vínculos*, *desarrollo* y *temprano* son términos que, en la relación de la madre con el bebé, se encuentran desde el origen en la bibliografía psicoanalítica. Particularmente el psicoanálisis escrito por autores ingleses y rioplatenses ha especificado que el término *temprano* introduce lo primario, lo arcaico en la constitución del psiquismo. Asimismo el término desarrollo incluye la capacidad de maduración en el bebé y las nociones de capacidad de integración en el sí-mismo, con la imprescindible asistencia amorosa de la *función madre suficientemente buena*.

Es de interés poner a trabajar dichos términos dado que la *función madre* es fundante, primordial, imprescindible y devienen de esta capacidad efectos diversos en el desarrollo del bebé.

Winnicott rechazaba la creación de nuevos términos teóricos, afirmando en cambio la necesidad de “remozar un poco” viejos términos. No obstante, algunos conceptos son novedosos tales como: “preocupación maternal primaria”, “madre suficientemente buena”, “ambiente facilitador”, “capacidad de preocupación”, etc.

Nuestro autor parece haber encontrado una salida al dilema tradicional que pone el acento en la ausencia o, por el contrario, en la presencia en el encuentro madre-bebé, remarcando en cambio el punto de encuentro entre la reunión (presencia) y la separación (ausencia) mostrando así como en el momento que precede a la reunión, el objeto era creado justo en el instante en que la separación (el comienzo de la ausencia) podía ser ulteriormente utilizada como espacio de reunión potencial.

Este autor ha sido sin duda alguna una de las figuras más destacadas del psicoanálisis post-freudiano. Su teoría trata principalmente el tema de las relaciones humanas, en particular las de la madre y el bebé. Entre sus aportes más reconocidos se destacan los conceptos de objeto y fenómenos transicionales, junto con la descripción de la zona intermedia de experiencia, en la que ubica la experiencia cultural en la vida adulta.

Se puede llamar nuevo paradigma a la metapsicología de Winnicott, ya que utiliza categorías propias para nombrar tanto los temas teóricos del psicoanálisis freudiano como para denominar y abordar lo que define como su concepto de individuo sano y su relación con la creatividad. Como toda teoría psicoanalítica, ésta incluye nuevas definiciones de persona, sujeto y de su psicopatología. Ejemplos de ello son los términos: relación, función, intersubjetividad, espacio intermedio, objeto subjetivo, objeto transicional, gesto espontáneo, agresión, y falso y verdadero *self*.

Sobre el concepto de cultura en el vínculo primario

El término “creatividad” en el vínculo temprano implica que el pensamiento psicoanalítico no ha sido ajeno a la relación entre la historia de la cultura y la subjetividad. En 1930 Freud plantea la condición del hombre en el “*Malestar en la cultura*”, postulando una condi-

ción sufriente y conflictiva para la naturaleza humana. Llamaremos desde nuestro punto de vista “experiencia cultural” aquello que en el vínculo temprano madre-bebé está del lado del creador, de cada creador, señalando el estado de ilusión creativa, del juego que cada uno puede hacer posible en tiempos del espacio inaugural de la existencia humana.

Es necesario recordar que para este autor, en el origen no hay sujeto, no hay bebé. El bebé no existe sino en un “*estado disociado de soledad no traumática*”. El medio ambiente, la madre, favorecerá su gesto espontáneo, su espejarse en el rostro materno, o mejor dicho establecerá está lógica del objeto subjetivo, que se sostiene en el movimiento paradójico. Nos encontramos frente a la primera definición de *creatividad primaria*, contenida en la primera paradoja, encuentro madre-bebé.

El bebé necesita crear omnipotentemente el pecho, la madre, y para que dicha condición resulte eficaz, ella deberá estar ahí, disponible para ser hallada-encontrada en las necesidades casi inmediatas. Para este autor la creatividad es inherente a la naturaleza humana y existe como potencial a ser desarrollado en el transcurso de la vida de todo individuo, en tanto se den las condiciones necesarias. Es a estas condiciones a lo que denomina “*fuerza vital*”.

Estas condiciones son básicamente otorgadas por el “suficiente cuidado” y amparo del ambiente, es decir la función “madre-medio ambiente” es lo que sostiene la realidad presentándola al niño, tal como ella la percibe. Si la madre se adapta suficientemente bien, el bebé presume que el pezón y la leche son resultado de un gesto que surgió de la necesidad, de una idea que se montó en “*la cresta de la ola de tensión instintiva*” (1). Winnicott reflexiona sobre esta idea de creación, de cómo la misma se origina y en qué consiste su despliegue en los diferentes momentos del proceso de desarrollo emocional, teniendo siempre presente que el término creatividad se aplica a la vida corriente. El origen de la creatividad se remonta a los primeros momentos de la vida, cuando la madre y el bebé, sumergido en la absoluta dependencia de sus cuidados y en la cúspide del fenómeno ilusorio, siente que crea, por ejemplo el pecho, en el momento en que ha sido dado por la madre para que sea encontrado.

La madre coloca el pecho en el lugar en que el bebé está pronto para crear, y en el momento oportuno. Esta primera experiencia paradójica de lo “creado-encontrado” será la base que permitirá al niño ir adquiriendo la sensación de ser una unidad en el espacio con una continuidad temporal, al tiempo que le permite aprehenderse como artífice de su propia vida. Esta progresiva integración de lo interno junto con las percepciones de su interioridad se ven acompañadas por efectos de placer y satisfacción en la madre.

Este inicio de adaptación de la madre a las necesidades primarias va paulatinamente creando sensación de amparo en el bebé y concomitantemente una confiabilidad física y psíquica en la madre, quien en la creación y reiteración de afectos y cuidados se sostiene cada vez más haciendo la experiencia conjunta.

La función madre

El desarrollo emocional de la función madre como paradigma supone, pues, un postulado preliminar: las emociones, que juegan un papel esencial en la psique humana y que están arraigadas en el cuerpo, como Freud pensaba a las pulsiones representantes psíquicos en lo somático.

Los afectos, emociones o sentimientos, tienen por definición una triple faz. Implican: 1) un cambio físico perceptible para los demás; 2) el registro propioceptivo de esos cambios corporales; y 3) las sensaciones directas de placer o displacer que le dan una cualidad o tono dominante. En consecuencia: toda vez que hablemos de afecto, emoción o sentimiento debemos imaginar que existen al mismo tiempo los aspectos citados, un cambio físico perceptible tanto por los demás como por uno mismo, y una vivencia subjetiva.

En el caso específico de la angustia, por ejemplo, es el acto del nacimiento el que la causa, tanto por el lado de la madre como por el del bebé. En él se produce esa ensambladura entre las sensaciones displacenteras, mociones de descarga y sensaciones corporales (taquicardia, ahogo, sensaciones de estrechez y estrangulamiento, etc.). Ésta es la vivencia subjetiva tan específica que llamamos angustia. Afecto esencial a la naturaleza humana, que en gran intensidad invade el psiquismo y en otras circunstancias puede funcionar a la manera de una señal de alerta de los peligros que acechan al yo.

Los diversos investigadores del psicoanálisis han forjado siempre teorías más o menos complejas acerca del surgimiento psíquico y sus efectos en la función de la madre, desarrollando hipótesis acerca de los orígenes. Seguramente el método psicoanalítico, que propone un recorrido en reversa, intenta llegar a aquello que para cada escuela es lo más temprano, aunque para Winnicott cabe destacar que lo más temprano no sea lo más profundo.

Se establece entonces una notable diferencia entre más temprano cronológicamente (el ambiente indiferenciado aún del dúo madre-bebé) y lo que resulta más profundo (aquello ligado a los fenómenos depresivos y el odio no tramitado en emoción productiva).

La madre y el infante humano deben recorrer alguna distancia desde lo temprano para acceder a la madurez, término que implica desarrollo en tiempo y espacio. Cuando se habla de "lo primario", se hace referencia a un tiempo de construcción de lo psíquico, un tiempo relacional en el que, al decir de Winnicott, siempre que encontramos un infante encontramos también el cuidado materno, y sin cuidado materno no habría infante. Es decir que, desde una visión intersubjetiva los primeros movimientos de estructuración son dependientes de la función madre suficientemente buena.

El bebé llora, el pecho aparece casi en el momento justo, la boca se llena de leche y se produce así un apaciguamiento de la necesidad inmediata. ¿Qué clase de alimento necesita el bebé para sobrevivir? Necesita tanto de nutrientes físicos como afectivos. Es decir que durante el amamantamiento además de la leche necesita recibir

otros estímulos para su desarrollo. Estímulos que en un trabajo subterráneo de ligazón de la energía proveniente del accionar materno, serán el origen de la subjetivación del cachorro humano.

Imaginemos ese encuentro entre la madre y el bebé. El hambre irrumpe y el bebé llora. En primer lugar se puede decir que ese llanto es también un estímulo para ella.

¿Qué afecto despierta en la realidad psíquica de la madre el oír el llanto? Angustia. Nos encontramos, así-métricamente con una psique, la materna con historia, que decodifica las señales del bebé a través del filtro de su propia biografía más lo nuevo que acontece en esta relación con su bebé. El psicoanálisis presta mucha atención a ese alimento "placer" que se entrama en los intercambios madre-bebé, porque considera que la libidinización es fundamental para el desarrollo de ambos.

Cuidados maternos: afecto y realidad

Una de las cualidades de este cuidado materno es que tiene que tratarse de un cuidado suficiente. Hay cuatro conceptos en la obra de Winnicott que se relacionan estrechamente con las ideas de afectos, realidad y nacimiento: 1) el objeto transicional, 2) el fenómeno y espacio transicional, 3) el concepto de "jugando" en términos de "proceso que se está realizando", y 4) el concepto de "necesidad maternal primaria" y "creatividad primaria" en la dialéctica ilusión-desilusión. Los iremos desarrollando.

El *objeto transicional* representa el viaje del niño desde la subjetividad pura a la objetividad, desde la indiferenciación con la madre a la aceptación paulatina de ésta como objeto exterior, con el cual puede establecer una relación objetal. Hay que reconocer que este viaje a la realidad no termina nunca. Podríamos pensar que este camino de aceptación de la realidad es interminable, sin olvidar que al mismo tiempo la realidad posee un límite y la fantasía resulta infinita. Esta experiencia "en un estado de buena salud el objeto transicional no entra (al aparato psíquico) ni es forzoso que el sentimiento relacionado con él sea reprimido. Pierde significación, y ello porque los fenómenos transicionales se han vuelto difusos, se han extendido a todo el territorio intermedio entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior tal como lo perciben dos personas en común, es decir, a todo el campo cultural (...) En este punto mi tema se amplía, y abarca el del juego, el de la creación y apreciación artísticas, el de los sentimientos religiosos, y el de los sueños..." (3). Esto implica que el espacio, la realidad de la diada madre-bebé es pasible de cambio constante, funciona a la manera dinámica, tanto en el cuerpo a cuerpo como en las pulsiones.

En tanto proceso dinámico, se caracteriza por ser de naturaleza vincular. Sin embargo, o mejor dicho por esto mismo, su desarrollo es procesual y progresivo en el mejor de los casos, y puede incluir un movimiento derivativo desde lo material a lo simbólico con el agregado de que, en un determinado momento, hay una ruptura de esta continuidad o un salto cualitativo cuando el objeto transicional es abandonado.

Con respecto al fenómeno y al espacio transicional es necesario decir que este espacio potencial denominado

transicional no es completamente exterior ni interior. La relación objetal misma es un fenómeno transicional, un espacio intersubjetivo en el cual los dos sujetos que se vinculan juegan activamente y participativamente. El amamantamiento, proceso complejo y placentero da cuenta de este jugar en un espacio y tiempo dimensionado por los miembros de la díada.

Lo anteriormente dicho implica una constitución compleja, podemos afirmar la díada como un "entre", un constructo nuevo, que implica un rango de variaciones de una determinada tensión y sus diversas resoluciones. Cuando esta tensión se resuelve por la presión del medio ambiente, es decir excesos de la participación materna a la manera de intrusiones, podemos conjeturar que desembocaría en una sumisión pasiva a la realidad. La necesidad que posee la función madre es de ser sostenida y acompañada en dicha función, ya que la misma deviene en excesos permanentes. Resulten necesidades del bebé o bien de la madre misma en su modificación interna bio-psíquica. La creatividad primaria, ese gesto espontáneo, el estar solo en compañía del otro, da un paso más, ya que es el primer acto pre-simbólico del bebé; este se puede sustraer de la presencia de la función materna antes requerida con apremio, para poder esperar, madre y bebé pequeñas ausencias. Es necesario para la díada la sustracción de la cuasi omnipresente presencia materna, para dar lugar a que el bebé pueda imaginarizar su presencia a la manera de una creación propia. Esta espera se cree que es aquello que permite enfrentar la experiencia inicial del desamparo, con la posibilidad de crear un sostén, un tiempo de espera, un desvío en la ruta de la repetición traumática, un camino nuevo que implique una diversión -en la múltiple acepción de la palabra-.

En cuanto al concepto de "jugando", en gerundio, se refiere al proceso que está realizando el bebé en tanto crear al objeto en sus orígenes, es un jugar por medio de la ilusión gracias a la disponibilidad materna específica. La madre juega a hacerle creer al niño que es él quien dispone de un objeto que en realidad es ofrecido por ella, el efecto paradójico que esto tiene es que ese objeto fue puesto allí por un "otro". Jugar es hacer y eso lleva tiempo, y este devenir paradójico entre la omnipotencia del primer objeto (que fue creado mágicamente por el bebé) y el otro, que es en realidad su creador, va a ir cediendo hacia la instalación de un "espacio de ilusión-desilusión" que se procesa dinámicamente.

La permanencia de esta unión-separación está asegurada por ese marco que es la función materna. Esta experiencia creativa consiste en el gesto espontáneo del bebé, en su actividad. Algo que nuestro autor denominaría "el tener desde el comienzo algo que empujar" y no un "objeto consuelo".

La importancia que este autor otorga al papel de la función materna en la creatividad, se debe a la dependencia del sujeto de la necesidad de vivir una confianza y una seguridad a nivel de su ser. La zona informe, de descanso, el garabato, el juego son equivalentes para el sujeto al entrar en el sueño.

En cuanto a la *preocupación maternal primaria* es importante percibir una dialéctica entre ilusión y des-

ilusión. Hay un primer momento que lleva a la madre a adecuarse casi perfectamente a las necesidades del niño en las primeras semanas. La rapidez y la adecuación al deseo del bebé con que se repite dicha experiencia crea en el niño la "ilusión" de que el pecho es parte de él. Así el niño siente que su deseo crea el objeto gratificante cada vez que lo necesita. Y este objeto es, no sólo el pecho, sino el conjunto de cuidados que su madre le brinda.

Dado el marco proporcionado por la madre, el bebé es capaz de concebir la idea de algo que satisface la tensión de su necesidad; a esto lo llama Winnicott "*creatividad primaria*" que sería el componente subjetivo de la "*preocupación maternal primaria*". Entonces frente a la tensión se produce en el niño la idea de que algo va a salir al encuentro de esa necesidad, es un momento en que la madre provee el pecho coincidentemente con la necesidad del bebé. Este hecho genera en el niño la ilusión de que él ha creado el pecho, lo que constituye un objeto subjetivo bajo su control omnipotente.

Si bien el resultado de lo antedicho es un "objeto subjetivo" desde la perspectiva de la subjetividad del bebé, es un "objeto objetivo" desde la posición de la madre, término nada menor dado que la madre modifica sus requerimientos afectivos paulatinamente. En realidad es tanto subjetivo como objetivo pues se abre una intersección entre la madre y el hijo que supone una tercera zona intermedia que Winnicott nomina "zona de ilusión", esta es la zona por antonomasia de los fenómenos transicionales. Con la extinción paulatina de la preocupación maternal primaria, la madre pasa a ser lo que nuestro autor llama una madre "suficientemente buena". Ésta continúa proporcionándole al bebé experiencias de ilusión, pero también le provee frustraciones derivadas de la natural imperfección en la adecuación a sus necesidades.

Función de la realidad en la madre y el niño

Vemos entonces como en el interjuego de estos cuatro elementos de la teoría winnicottiana se construye el sistema de la realidad para el aparato psíquico, cuando este proceso se distorsiona tiene como consecuencia la percepción de la existencia como una vivencia fútil, vacía o la instalación de un sentimiento de no vida. El reconocimiento de este estado afectivo permite instalar precozmente un dispositivo que ofrezca espacios de creatividad a la madre y al bebé para transformar este estado afectivo en una nueva condición de vínculo vivaz, pudiendo acceder a jugar y crear.

Con respecto a la agresividad nuestro autor sostiene que el bebé en su origen carece de intención, y por lo tanto su finalidad no consiste en hacer daño, pasando a ser responsabilidad del yo en el momento en que éste ha alcanzado la integración y unificación suficientes, el surgimiento de la ira.

Difícilmente, aún en distintas culturas y en diversas épocas se admita la agresión y la ambivalencia materna como afectos pertenecientes a la naturaleza humana. Permanece en la sociedad la tendencia a adjudicar a la

función materna sacrificio y ser objeto de diversos juicios morales. La función “*madre suficientemente buena*”, posee límites y lejos de constituirse en un estado de Nirvana presenta múltiples dificultades. La madre como primera representante del ambiente es la que debe sostener y al mismo tiempo presentar oposición para que el nuevo individuo pueda ser y sentirse él mismo y experimentar la vida como real.

La madre empática es aquella que, al adaptarse de manera suficiente a las necesidades de sostén del bebé y fallar en el momento oportuno -es decir cuando el infante pueda tolerar la falla- le permite instalar a su hijo, o al niño que tenga a su cargo, la dimensión de una realidad creativa propia de este momento transicional, construyendo paulatinamente su crecimiento en el vínculo.

En este sentido, el término “suficiente” resultó valioso porque alude a la economía libidinal materna en el ejercicio de su función. Esto quiere decir que un psiquismo requiere de cierta estimulación -que no puede medirse en unidades discretas- porque es particular de cada individuo, pero que requiere de un límite, un umbral para el procesamiento y metabolización psíquica de la madre y del *infans*.

El *infans* requiere que la madre alivie la tensión que generan las necesidades con la finalidad de alcanzar una posición de equilibrio. Las tareas se centran principalmente en la regulación fisiológica del organismo del

niño, pues buscan asegurar la conservación de la vida; paradójicamente y al mismo tiempo, el ejercicio de esa función adaptativa para el bebé, genera un plus de placer cuya función es anti-homeostática.

En la crianza cotidiana, el encuentro con el cuerpo del niño activa el placer sensorial de la madre, quien experimenta sensaciones ante la fragilidad y el tamaño del *infans*, la suavidad de su piel transmitiendo este placer de su cuerpo al *infans*. El dar o retacear un gesto, una tensión postural, una relajación dispuesta, una mirada hostil, los matices de una caricia, las entonaciones de una voz, entre otras manifestaciones, envuelven al bebé en el escenario deseante de la madre.

El adverbio *suficientemente* hace presente el deseo materno con sus límites y sus alcances. “*La madre capaz de entregarse durante un lapso limitado a su tarea natural, puede proteger el ‘seguir siendo’ del infante. Toda intrusión o falla de la adaptación causa una reacción en el infante, y esa reacción quiebra el ‘seguir siendo’ e instala una perturbación que es en ambos silenciosa. Esta perturbación no tiene que ver con el placer-displacer, sino con el aspecto posibilitador o no de la función ‘madre suficientemente buena’.*”

Lejos de la simplicidad, lejos de los imposibles, esta función “*madre suficientemente buena*” es posible en el nivel de una percepción intuitiva que regula la existencia de este vínculo de la madre y su hijo ■

Referencias bibliográficas

1. Winnicott D. El papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En: Winnicott D. Realidad y Juego. España: Gedisa; 1971.
2. Winnicott D. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del niño. En: Winnicott D. El Proceso de maduración en el niño. España: Laia.
3. Winnicott D. La creatividad y sus orígenes. En: Winnicott D. Realidad y Juego. España: Gedisa; 1971.
4. Freud S. Obras completas. Pulsiones y destinos de pulsión. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
5. Freud S. Obras Completas. El malestar en la cultura. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
6. Levin A. Los afectos en la obra de Winnicott. En: Jornadas de la AEAPG de niños y adolescentes. Buenos Aires; 2001.
7. Levin A. Figuras de lo Traumático. Creatividad, sublimación, elaboración. En: Simposium AEAPG. Buenos Aires; 2001.
8. Kahn M. La formación y el llegar a ser una persona. Soledad y preocupación en la localización de la experiencia cultural. Temas de Psicoanálisis.
9. Pontalis JP. Este tiempo que no pasa. Buenos Aires: Topia; 2005.
10. Winnicott D. Una reflexión sobre D.W.W. En: Winnicott D. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós; 1991.
11. Winnicott D. [1952] 25 - A Melanie Klein. En: Rodman FD, compilador. El gesto espontáneo. Cartas escogidas D.W. Winnicott. Buenos Aires: Paidós; 1990.
12. Winnicott D. La agresión en relación al desarrollo emocional. En: Winnicott D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. España: Laia; 1958.
13. Winnicott D. El individuo sano. En: Winnicott D. El hogar nuestro punto de partida. Buenos Aires: Paidós.
14. Winnicott D. La creatividad en la clínica. Niños del psicoanálisis. AEAPG. 2005.

el rescate y la memoria



La Edad de Oro de la Melancolía: André Du Laurens y su *De las enfermedades melancólicas*

Norberto Aldo Conti



André Du Laurens (1558-1609)

André Du Laurens perteneció a una familia acomodada, su padre era médico y su tío materno, médico también, estaba a las órdenes de Enrique II, sus hermanos Gaspard y Honoré fueron altos dignatarios eclesiásticos. André estudió medicina en Aviñón y se doctoró en Montpellier, a los 25 años en 1583, llegando luego

a ser rector de esa importante Universidad. Participó también de la vida cortesana al ser nombrado médico de la Duquesa de Uzés, por encargo suyo escribió *De las enfermedades melancólicas*, ya que ella padecía ese mal y tenía la expectativa de poder superarlo. Luego del fallecimiento de la duquesa, en 1600, Du Laurens afianzó su presencia en la corte y fue médico sucesivamente de María de Médicis y de Enrique IV.



De Laurens escribió varias obras de diferente envergadura; por un lado trabajos académicos en latín como Apología de Galeno e Historia Anatómica, por otro lado obras de divulgación en francés como De las enfermedades melancólicas, la cual no es una obra especializada pero contempla una mirada acerca de la melancolía actualizada a la concepción de la época y en lenguaje claro y ameno, motivo por el cual tuvo diez ediciones entre 1597 y 1626.

De las enfermedades melancólicas se inscribe entre las obras que abordan esa afección no solo como problema médico sino como un fenómeno cultural que atra-

viesa toda la historia de occidente y que, a la manera del humanismo renacentista al que pertenecen, basan sus descripciones en una profusa cantidad de fuentes del mundo antiguo griego, el helenismo tardío y la tradición latina. El interés por la melancolía observado durante el pasaje del siglo XVI al XVII ha llevado a considerar al período comprendido entre 1580 y 1621, momento de tránsito del Renacimiento al Barroco, como la Edad de Oro de la Melancolía, en efecto, durante ese período se publican una serie de obras que dan testimonio de este fenómeno: el Libro de la melancolía, de Andrés Velázquez, de 1585, Un Tratado de Melancolía de Timothy Bright de 1586 y la monumental Anatomía de la Melancolía, de Robert Burton publicada en 1621 y reeditada en 1624, 1628, 1632, 1638, 1651, 1660 y 1676, por citar solo las ediciones clásicas ya que a partir de principios del siglo XIX se suceden otra cantidad de ediciones hasta nuestros días.

En los fragmentos que hemos seleccionado para esta presentación pueden encontrarse algunos de los tópicos representativos de esta tradición: la naturaleza humoral, los cuatro temperamentos, las relaciones entre el genio y la locura, las localizaciones melancólicas, la tendencia al ensimismamiento y la búsqueda de la oscuridad y el profuso catálogo de ideas delirantes descriptas desde Hipócrates ■

De las enfermedades melancólicas (1597)

Capítulo III

A quiénes llamamos melancólicos, y cómo hay que distinguir a los melancólicos enfermos de los sanos

No todos aquellos a quienes llamamos melancólicos están atormentados por esa miserable pasión que se llama *melancolía*, pues hay complexiones melancólicas que se encuentran en los límites de la salud, la cual (si hacemos caso a los antiguos) tiene una extensión bastante considerable. Por lo tanto, hay que tratar este tema metódicamente, distinguir primero todas las diferencias de melancólicos, para que la similitud de los nombres no perjudique al desarrollo de nuestro discurso.

Es algo aceptado en medicina que hay cuatro humores en nuestro cuerpo: la sangre, la flema, la cólera y el humor melancólico, que se encuentran siempre mezclados, en cualquier edad y en cualquier estación, y confundidos juntos en las venas, pero de manera desigual.

Pues así como no se puede encontrar un cuerpo en el cual los cuatro elementos estén mezclados por igual, y no hay temperamento en el mundo en el que las cuatro cualidades contrarias sean idénticas en todo y por todo, sino que siempre tiene que haber una que destaque, no puede haber animal perfecto en el cual los cuatro humores estén homogéneamente mezclados, siempre hay uno que domina, y es el que da nombre a la complexión.

Si la sangre supera a los demás, se llamará sanguínea a esta complexión; si es la flema, flemática; si la cólera, colérica, o biliosa; si la melancolía, melancólica. Esos cuatro humores, si no son excesivos, pueden ser perfectamente compatibles con la salud, pues no ofenden las acciones del cuerpo de manera sensible. Es muy cierto

que cada compleción produce sus efectos diferentes, que hacen las acciones del alma más vivas o más pesadas.

Los flemáticos suelen ser estúpidos y pesados, tienen el juicio lento y todas las potencias nobles del alma como dormidas, porque la sustancia de su cerebro es demasiado grasa, y los espíritus que en ella se engendran son demasiado groseros: no son indicados para altos cargos, ni están capacitados para bellas ciencias, sólo necesitan una cama y una olla.

Los sanguíneos han nacido para la sociedad. Están casi siempre enamorados y les gusta reír y bromear. Es la mejor compleción para la salud y para vivir mucho tiempo, pues tienen los dos elementos principales de la vida, que son el calor y la humedad. Pero no están tan capacitados para los cargos importantes ni para empresas elevadas o difíciles, porque son impacientes y no pueden ocuparse durante mucho tiempo de una misma cosa, pues suelen distraerles los sentidos y los placeres, a los que se entregan de manera natural.

Los biliosos o coléricos, por ser calientes y secos, tienen el entendimiento sutil y lleno de amables invenciones, pero no se hunden en profundas contemplaciones. No hay que darles asuntos que requieran constancia y trabajo del cuerpo, porque no sabrían llevarlo a cabo, pues tanto el cuerpo como los espíritus se lo impiden. Sus espíritus se disipan enseguida debido a la tenuidad y sus cuerpos débiles no pueden soportar largos desvelos. Añadiré lo que dice Aristóteles en su *Ética*: les gusta la variedad de los objetos, y por ello no son aptos para las deliberaciones de importancia.

Los melancólicos son considerados como los más capacitados para altos cargos y grandes empresas. Escribe Aristóteles en sus *Problemas* que los melancólicos son

los más ingeniosos, pero hay que entender este pasaje de manera adecuada, pues hay varias especies de melancolía. Hay una totalmente grosera y terrestre, fría y seca; y otra, que es caliente y adusta, que se llama *atrabilis*; y hay también otra que está mezclada con algo de sangre, que no obstante tiene más sequedad que humedad. La que es fría y terrestre hace a los hombres totalmente groseros y lentos en todas sus acciones, tanto del cuerpo como del alma, tímidos, perezosos y sin entendimiento: la llaman *melancolía asinina*, La que es caliente y quemada hace a los hombres furiosos e incapaces de asumir cualquier cargo.

Por lo tanto, sólo la que está mezclada con algo de sangre vuelve a los hombres ingeniosos y les hace ser superiores a otros. Las razones son muy claras: el cerebro de esos hombres no es ni demasiado blando ni demasiado duro, y es cierto que en él domina la sequedad. Y Heráclito solía decir que la luz seca hacía el alma más sensata, pues hay pocos excrementos en su cerebro, los espíritus están más limpios y no se disipan con facilidad, no se desvían de su camino, su imaginación es muy profunda, la memoria más firme, el cuerpo robusto para soportar el trabajo. Incluso, cuando este humor se recalienta por los vapores de la sangre, constituye como una especie de furor sagrado, que se llama *entusiasmo*, un furor que hace filosofar, poetizar y profetizar, de modo que parece tener algo de divino.

Tales son los efectos de las cuatro compleciones, y cómo pueden encontrarse todas ellas en los límites de la salud. Pero en este discurso no hablaremos de estos melancólicos sanos, sólo trataremos de los enfermos, y de los que están atormentados por esta pasión, que llaman *melancólica*, y que voy a pasar a describir.

Capítulo IV

Definición de la melancolía y todas sus diferencias

Las enfermedades suelen tomar el nombre o de la parte a la que afectan, o de algún molesto accidente que las acompaña, o de la causa que las engendra. La melancolía se encuentra en este último caso, pues recibe ese nombre porque es causada por un humor melancólico. Con los buenos autores, la definiremos como una especie de ensoñación sin fiebre, acompañada por miedo y tristeza habituales, sin motivo aparente alguno.

La ensoñación contiene en esa definición el nombre de géneros. Los griegos la denominan más propiamente *paraphrosynè*, los latinos *delyrium*. Pues hay dos tipos de ensoñaciones: una es con fiebre, la otra sin fiebre. La que se da con fiebre, o es continua, y afecta siempre al enfermo, o es intermitente; la continua suele llamarse «frenesí», y se produce o por la inflamación del cerebro y de sus membranas, o por la inflamación del diafragma. Por eso los antiguos griegos la llamaban *phrènes*. La que da tregua, suele producirse con las fiebres ardientes, y con

el vigor de las fiebres tercianas, se llama *paraphrenítis*. La otra especie de ensoñación se da sin fiebre, y puede ser con rabia y furia –y la llaman manía–, o con miedo y tristeza, y en ese caso se llama *melancolía*. Por lo tanto, la melancolía es una ensoñación sin fiebre, con miedo y tristeza.

Hablamos de ensoñación cuando una de las potencias nobles del alma, como la imaginación o la razón, resultan alteradas. Todos los melancólicos tienen la imaginación turbada, porque se forjan mil quimeras fantásticas, y objetos que no existen. A menudo, también su razón está alterada. No cabe dudar, pues, de que la melancolía sea ensoñación, pero suele ser sin fiebre, porque el humor es seco, y tiene esas dos cualidades, frialdad y sequedad, que resisten plenamente a la corrupción, de modo que no puede exhalar ni cenizas ni vapor podrido que pueda ser llevado al corazón para encender allí la fiebre. El miedo y la tristeza son accidentes inseparables

de esa miserable pasión por las razones que ofreceré en el capítulo siguiente.

Así es la melancolía descrita como un síntoma o accidente, que se refiere a la acción dañada, a saber, a la imaginación y a la razón alterada. Este accidente es como un efecto de alguna causa, y depende inmediatamente de una enfermedad, pues igual que la sombra sigue al cuerpo, el síntoma sigue y acompaña a la enfermedad. Todos los médicos griegos y árabes piensan que la causa de este accidente es una enfermedad similar, es decir, la intemperie fría y seca del cerebro. Por lo tanto, el cerebro es la parte afectada, no en su conformación, pues no hay tumor contra natura, sus ventrículos no están ni oprimidos ni llenos como en la apoplejía y en la epilepsia, sino en su propia sustancia y temperatura. Su temperamento queda alterado, está demasiado seco y frío. Hipócrates, en sus *Epidemias* y en los *Aforismos*, lo observó muy bien. Los epilépticos, dice, se vuelven melancólicos a menudo, y los melancólicos, epilépticos, según que el humor melancólico ocupe los ventrículos o la sustancia del cerebro. Si este humor altera la temperatura a la que llama alma (porque parece que las acciones más nobles del alma se ejercen por esa temperatura), causará sin duda la melancolía. Pero si se expande por los ventrículos y cavidades del cerebro, producirá la epilepsia, porque al estar los ventrículos oprimidos y al no poder el espíritu llegar

libremente a los nervios, el cerebro se retira y lleva consigo esa gran cola, de donde vienen todos los nervios, que es causa de esta contracción general.

Creo que la definición de la melancolía queda bastante aclarada con este pequeño discurso. Pasemos ahora a sus diferencias. Hay tres melancolías diferentes: una viene por algún defecto del cerebro; otra, por simpatía de todo el cuerpo, cuando todo el temperamento y todo el hábito es melancólico; la última procede de los hipocondrios, es decir, de las partes contenidas en ellos, pero sobre todo el bazo, el hígado y el mesenterio. La primera se llama simplemente melancolía; la última con añadido se llama melancolía hipocondríaca o ventosa. La primera es la más molesta de todas, atormenta continuamente a quien la padece, y le da poco respiro; la hipocondríaca no le trata con tanta rudeza, tiene sus períodos, y concede a su enfermo muchos momentos de tregua. La primera tiene varios grados de malicia: si no tiene nada extraordinario, no cambiará de nombre, pero si se vuelve totalmente salvaje, se llamará licantropía; si procede de esta rabia y violenta pasión que se llama Amor, erótica. La hipocondríaca también tiene sus grados: las hay muy ligeras, las hay violentas. Ahora trataré de todas estas especies por orden, empezando por la que tiene su sede en el cerebro.

Capítulo V

De la melancolía que tiene su propia sede en el cerebro. De todos los accidentes que la acompañan y de dónde procede el miedo, la tristeza, los desvelos, los sueños horribles y otros síntomas

La melancolía que se produce por la intemperie seca y fría del cerebro, suele ir acompañada por tantos accidentes diversos y molestos, que tiene que despertar compasión en todo el mundo, pues no sólo el cuerpo queda aterido, sino que el alma se ve aún más atormentada. Estos son todos los tiranos y verdugos del melancólico: el miedo le acompaña siempre y a veces se adueña de él con tal fuerza que se asusta a sí mismo; no le abandona nunca la tristeza, la desconfianza le sigue de cerca, los suspiros, el insomnio, los sueños espantosos, el silencio, la soledad, la vergüenza y el horror del sol, son como accidentes inseparables de esta miserable pasión. Aquí disponemos de un hermoso campo para filosofar. Me voy a entretener buscando todas las causas de esos accidentes, empezando por el miedo.

Los médicos más importantes han discutido mucho a propósito del origen de este espanto de los melancólicos. Galeno lo reduce todo al color del humor que es negro, y piensa que al haberse vuelto salvajes los espíritus, y la sustancia del cerebro como tenebrosa, se les representan todos los objetos repelentes, el alma está en una tiniebla perpetua.

Y del mismo modo que vemos que la noche provoca cierto espanto, no sólo a los niños, sino a veces a los

más resueltos, los melancólicos, por estar su cerebro en una noche eterna, viven perpetuamente atemorizados. Averroes, más sutil filósofo que gran médico, y enemigo declarado de Galeno, se burla de esta razón. El color, dice, no puede ser causa de ese miedo, porque el color no puede alterar más que el ojo, y es solamente objeto de la vista, el alma no puede ver sin los ojos. Pero si no hay ojos en el cerebro, ¿cómo es posible que pueda turbarse con lo negro del humor melancólico, puesto que no puedo verla? Añadiré para reforzar la opinión de Averroes, que no es cierto que el color negro sea causa de ese miedo en los melancólicos, puesto que es el color que más les gusta: son enemigos del sol y de la luz, les gusta estar siempre a oscuras, buscan los lugares sombreados, salen de noche con más tranquilidad que de día. Además, la manía es causada por un humor tan negro como la melancolía, pues el humor atrabiliario es todo negro y reluciente como la pez, que pueden oscurecer por igual la mente y el cerebro. Pero los maníacos no son en modo alguno medrosos, son atrevidos e impetuosos, no temen ningún peligro, se arrojan a través de llamas o espadas. Finalmente, si fuera cierto que lo negro nos asusta, entonces el color blanco tendría que hacernos atrevidos, y sin embargo en aquellos en quienes abundan las fle-

mas suelen ser tímidos. Por lo tanto, el color no puede ser causa de ese miedo.

Es preciso que sea, dice Averroes, la temperatura del humor, que es fría, y que produce efectos contrarios al calor. Lo caliente hace a los hombres atrevidos, agitados y precipitados en todas sus acciones. Por el contrario, lo frío; les vuelve tímidos, pesados y taciturnos. Quienes tienen un temperamento frío se vuelven temerosos: los viejos suelen ser tímidos, y también los eunucos; las mujeres son siempre más miedosas que los hombres. En resumen, que las costumbres del alma siguen el temperamento del cuerpo.

He ahí esos dos importantes personajes bien diferentes en cuanto a opinión, pero creo que conseguiríamos ponerles de acuerdo uniendo estas dos causas: la temperatura del humor como principal, y el color negro de los espíritus como la que puede contribuir mucho. Al ser frío, el humor melancólico enfría no solamente el cerebro sino también el corazón, que es la sede de esta potencia atrevida, que se llama irascible, y abate su ardor. De ahí viene el temor: siendo negro el mismo humor, vuelve a todos los espíritus animales que tienen que ser puros, sutiles, claros y luminosos, los vuelve, digo, groseros, oscuros y como encerrados. Pero, al ser el espíritu el primer y principal instrumento del alma, si está a la vez ennegrecido y enfriado, trastorna sus más nobles potencias, y sobre todo la imaginación, representándole siempre especies negras y visiones extrañas que pueden ser vistas con los ojos aunque estén dentro. Tal vez sea una sutileza que todavía no se ha visto, y que ayuda mucho para la defensa de Galeno: el ojo no ve sólo lo que está fuera, sino también lo que está dentro, aunque lo considere exterior. Los que tienen un principio de sufusión ven varios cuerpos revoloteando como hormigas, moscas y pelos largos; los que vomitan, también.

Hipócrates y Galeno sitúan estas visiones falsas entre los signos del flujo crítico de sangre. Se ven cuerpos rojos en el aire, que sin embargo no están, pues los veía todo el mundo: es un vapor interno que se representa al cristalino según su propio color: si procede de la sangre parece rojo, si es de la cólera, amarillo. Entonces, ¿por qué el vapor del humor melancólico y de los espíritus que son completamente negros, no podría verse en su propio color, y presentarse corrientemente a la vista y, luego, a la imaginación? El melancólico puede ver lo que está en su cerebro, pero bajo otra especie, porque los espíritus y vapores negros van continuamente por los nervios, venas y arterias del cerebro hasta el ojo, que le hacen ver varias sombras y fantasmas en el aire; desde el ojo, las especies son llevadas a la imaginación, que al tenerlas casi todas presentes, está siempre asustada. Lo que me empuja a relacionar el color negro con la temperatura es que, a menudo, el cerebro está enfriado, y no por ello se tiene ese miedo, ni esos espectros horribles. La flema es aún más fría que el humor melancólico, y sin embargo no turba la imaginación, porque su blancura tiene alguna similitud con la sustancia del cerebro, y con el color y claridad de los espíritus. Pero el humor melancólico es totalmente contrario. El frío y la oscuridad son adversarios de nuestro espíritu, pues al sentir el frío se retraen al interior, y cuando llegan las tinie-

blas, escapan a su ciudadela, abandonan las extremidades y nos inducen a dormir. El humor melancólico tiene los dos, es frío y tenebroso. Por lo tanto, no hay que extrañarse si trastorna las potencias nobles del alma, puesto que infecta y oscurece a su órgano principal, que es el espíritu, el cual yendo del cerebro al ojo, y del ojo al cerebro, puede provocar esas visiones negras, y representárselas al alma continuamente.

Ese es el primer accidente de los melancólicos: siempre tienen miedo, todo les asusta, incluso lo más seguro; no tienen valor, se rinden a sus enemigos y abusan de sus amigos; temen la muerte y no obstante, lo cual no deja de ser extraño, la desean a menudo, llegan incluso a buscarla, pero sólo cuando el temor se convierte en desesperación, aunque es cierto que ocurre menos en los melancólicos que en los maníacos. Hay pocos ejemplos de verdaderos melancólicos que se hayan matado, pero de furiosos hay muchos, y entre personajes importantes. Empédocles de Agrigento que se había vuelto loco, se arrojó a las llamas del Etna. Áyax el Telamónio, que se había vuelto loco porque le habían negado las armas de Aquiles, que habían sido entregadas a Ulises, descargó una parte de su rabia sobre todo animal que encontraba a su paso, convencido de que mataba a Ulises y a todos sus compañeros. Cleómenes, enloquecido, se mató con su propia espada. Una vez que hubo matado a su madre Clitemnestra, Orestes estuvo tan poseído por su manía, que si su amigo Pílates no le hubiera vigilado atentamente, se habría matado cien veces. Por lo tanto, es más frecuente que se maten los maníacos que los melancólicos.

El segundo accidente que no abandona a los melancólicos es la tristeza. Lloran, sin saber por qué. Creo que la causa es la intemperancia del humor, pues igual que la alegría procede de calor y de humedad temperados, así la tristeza procede de dos cualidades contrarias que se encuentran en este humor. Los sanguíneos suelen ser alegres, porque tienen humedad mezclada con el calor. Los coléricos son pesarosos y disgustados, porque su calor es seco y tiene como una punta. Los melancólicos son tristes y taciturnos, porque son fríos y secos. Así, ese pobre Belerofonte, tan bien descrito por Homero, vagaba por los desiertos, lamentándose y quejándose siempre. Y el filósofo efesio llamado Heráclito vivía en llanto perpetuo porque, dice Teofrasto, era melancólico. Sus escritos tan confusos y llenos de oscuridad así lo atestiguan.

El recelo sigue muy de cerca a esos dos accidentes, pues el melancólico siempre está sospechando: si ve a dos o tres personas hablando se cree que es de él. La causa de la sospecha procede del temor, y del discurso oblicuo, pues al tener siempre miedo, cree que le están preparando trampas y quieren matarle. Los melancólicos, dice Aristóteles, suelen engañarse con las cosas que dependen de la elección, porque a menudo se olvidan de las proposiciones generales, en que consiste la honradez, y más bien siguen los movimientos de su loca imaginación.

Están perpetuamente inquietos, tanto de cuerpo como de espíritu. No pueden contestar cuando les interrogan y cambian a menudo de tema. La inquietud procede de la diversidad de los objetos que se proponen,

pues al recibir todas las especies e imprimírselas en forma de desagrado, tienen que cambiar frecuentemente y buscar otras nuevas, que al no serle más agradables que las primeras, les mantienen en esa inquietud.

Los melancólicos suelen suspirar porque al estar el alma ocupada en toda una variedad de fantasmas, no se acuerda de respirar, de manera que la naturaleza se ve obligada a expulsar de una vez tanto aire como en dos o tres, y esa gran respiración se llama suspiro, que es como un incremento de aliento. Lo mismo les pasa a los enamorados, y a cuantos están sumidos en profunda contemplación; incluso quienes están contemplando alguna bella pintura, se ven obligados a suspirar profundamente, pues su voluntad, causa eficiente de la respiración, está totalmente distraída y ocupada por esa imagen.

Hay un accidente muy molesto que consume a los pobres melancólicos: el insomnio constante. Sé de algunos que han estado tres meses sin dormir. Pero si sabemos qué es lo que nos hace dormir, será bastante fácil averiguar cuáles son las causas de esos desvelos. En lo que al sueño se refiere habrá que tener en cuenta la causa material, final, formal e instrumental.

La materia del dormir es un vapor suave, que se eleva de la primera y segunda digestión, la cual, por su blandura se relaja y taponan todos los nervios, haciendo que cese todo sentimiento y movimiento. La causa final es la reparación de los espíritus, y el descanso de todas las facultades animales, que al estar cansadas por un ejercicio continuo, exigen un poco de descanso. Ésa finalidad no puede alcanzarse si el alma que ejerce todas las acciones no gozan de cierta tranquilidad. Por eso la pobre Dido, trastornada, no podía ver la noche ni con los ojos ni con el pecho. La forma del dormir consiste en la retirada de los espíritus y del calor natural de fuera hacia dentro, y de toda la circunferencia al centro. La causa instrumental es el cerebro, que debe estar bien templado, pues si está demasiado caliente, como en el caso de los frenéticos, o seco, como en el de los viejos, el dormir no será nunca apacible.

Capítulo VI

A qué se debe que los melancólicos tengan objetos particulares, todos diferentes, con los cuales sueñan

La imaginación de los melancólicos, de acuerdo con la diversidad de los sujetos, produce efectos tan diferentes, que no se encontrarían cinco o seis entre diez mil, que sueñen de la misma manera, por lo cual los antiguos compararon muy acertadamente este humor con el vino. Pues, igual que el vino, según el temperamento y los hábitos de quienes lo beben, produce efectos diferentes –hace reír a unos y llorar a otros, adormece a unos y les hace pesados, a otros despierta exageradamente y les aloca–, este humor trastorna la imaginación de maneras distintas.

Esta diversidad viene de la disposición del cuerpo, o de la manera de vivir y del estudio a que más se aplique,

En los melancólicos, falta la materia, el alma no está en reposo: el cerebro está mal dispuesto; la materia es un humor melancólico, seco como la ceniza, de la cual no puede elevarse ningún vapor suave; el cerebro es destemplado y está completamente reseco; el alma está en perpetua inquietud, pues el miedo que tienen les representa siempre objetos desagradables que les corroen e impiden dormir. Y si a veces ocurre que le sorprenda algo de sueño, es un dormir molesto, acompañado por mil fantasmas horribles y sueños tan espantosos que les resulta más agradable quedarse despiertos.

La causa de todos esos sueños se refiere a la propiedad del humor, pues igual que el flemático suele pensar en inundaciones o el colérico en incendios, el melancólico no piensa más que en muertes, sepulcros y todo tipo de cosas funestas, porque presenta a su imaginación una especie parecida al humor que domina, despertando a la memoria, o porque al estar como salvajes y ennegrecidos, revoloteando por todo el cerebro y paseándose hasta por el ojo, los espíritus representan a la imaginación todo tipo de cosas oscuras.

Los melancólicos también son enemigos del sol y rehuyen la luz, porque sus espíritus y humores son totalmente contrarios a la luz. El sol es claro y caliente, el humor melancólico es negro y frío. Les gusta la soledad porque, estando ocupados y atentos a su imaginación, temen que les distraiga la presencia de los demás y los rehuyen. Pues lo que hace que estén atentos es que tienen los espíritus groseros y como sin movimiento.

Tienen los ojos fijos y como inmóviles por el frío y la sequedad del órgano; tienen zumbidos en los oídos; padecen a veces de vértigo, y como observa Galeno, les gusta de manera infinita el silencio y muy a menudo les resulta imposible hablar, no por defecto de la lengua, sino más bien por no sé qué empecinamiento. Finalmente, siempre se fraguan alguna imaginación extraña, y casi todos tienen un objeto particular que sólo con el tiempo se puede borrar.

o de alguna otra causa oculta. La disposición del cuerpo representa los objetos totalmente idénticos, o que se parecen mucho, siempre que la ocasión, es decir, alguna causa externa contribuya a ello.

Quienes sean de temperamento extremadamente seco, y tengan el cerebro muy árido, en general, si ven un jarro o un vaso, que son objetos bastante frecuentes, pensarán que se han convertido en jarras o vasos. Quienes tengan gusanos en el estómago y el intestino, si son melancólicos, creerán con mucha facilidad, que tienen una culebra, una víbora o cualquier otro animal en el vientre. Quienes se quejan de vientos a menudo se creerán que vuen-

lan por el aire y que son convertidos en pájaros. Quienes tienen simiente abundante se empeñarán en perseguir a las mujeres, y tendrán siempre ese objeto ante los ojos. Todas esas imaginaciones dependen de la disposición del cuerpo, y del mismo modo que vemos que al dormir a menudo pensamos en mil cosas extrañas que dependen de la temperatura del cuerpo y el natural del humor que domina (por eso se dice que esos sueños son «naturales»), los melancólicos, dormidos o despiertos, pueden imprimirse mil fantasmas que siguen la propiedad del humor. No obstante, hay diferencia en el medio de impresión, cuando los espectros se representan a los que están sanos mientras duermen, fluyen y no se detienen, porque la disposición es ligera. Pero en los melancólicos el cerebro parece haber adquirido ya cierto hábito, y además como el humor, que es seco y terrestre, ha grabado su imagen en un cuerpo duro, no deja que se borre fácilmente.

Hay entre los melancólicos otras imaginaciones que no proceden de la disposición del cuerpo, sino de la manera de vivir y del estudio al que más se han dedicado. Las condiciones de los hombres y sus costumbres no son todas iguales: uno se alimenta de avaricia, otro de ambición; a este le gusta el amor, a ese otro la devoción. Por lo tanto, ese humor imprimirá a los melancólicos objetos conformes a su condición, a sus acciones ordinarias. Si un ambicioso se vuelve melancólico, se imaginará que es rey, emperador, monarca. Si es un avaricioso, toda su locura se volverá hacia las riquezas. Si le agrada la devoción, no hará más que farfullar y no saldrá de los templos. Si es un enamorado, sólo pensará en sus amores, correrá tras su sombra. Lo mismo cabría decir de quienes aman los procesos, o de quienes estando sanos se habían apasionado por algún tema en particular.

Finalmente, en ciertos melancólicos observamos imaginaciones tan extrañas, que no podríamos relacionarlas ni con la complexión del cuerpo ni con la condición de su vida: la causa es desconocida, parece que hay un misterio oculto. Los antiguos creyeron que había en ese humor *theion* ti, algo divino. Rhazés y el Tralliano escriben que vieron cómo algunos melancólicos a menudo predijeron lo que luego sucedió.

Un médico árabe compara a los melancólicos con buenos monteros: «Igual que un buen cazador antes de disparar y aflojar su arco se asegura de que el animal ha caído, el melancólico por la precipitación de su imaginación ve a menudo lo que ha de ocurrir como si estuviera presente». Leemos que un Marco y otro Melando de Siracusa, se convirtieron en buenos poetas después de su melancolía. Avicena observa que los melancólicos hacen a veces cosas tan extrañas que el vulgo piensa que están poseídos por un demonio. ¿Cuántas personas importantes hoy en día ponen dificultades para condenar a esas viejas brujas, y que creen que no es más que un humor melancólico, que altera su imaginación y les imprime todas esas vanidades? No quiero adentrarme más en este discurso, el tema merecería más dedicación.

Concluyamos, pues, que la diversidad de los objetos que un melancólico se imprime, procede de la disposición del cuerpo, o de la condición de su vida, o de alguna otra causa que está por encima de la naturaleza.

Quienes no han podido comprender todas razones a la primera, me parece que las comprenderán si tienen la paciencia de leer este pequeño discurso, que será muy útil para aclarar este tema, y no estará fuera de lugar. De todas formas, a los melancólicos les ocurre como a los que sueñan, y por eso encontramos causas parecidas en unos y otros: el sueño se refiere tanto a la imaginación como a la melancolía.

Tenemos tres tipos de sueños: unos son naturales, otros animales, y los últimos se hallan por encima de esos dos.

Los naturales dependen de la naturaleza del humor que domina. El que es colérico no sueña más que con fuegos, batallas, incendios. El flemático piensa siempre que está en el agua. El buen médico tiene que conocer esos sueños para comprender la complexión y el temperamento de su enfermo.

Hipócrates hizo sobre ello un librito, que fue comentado por un personaje importante, Julio César de la Scala. Galeno hizo otro en el que enseña que por esos sueños naturales se puede predecir la aparición de enfermedades. Los que tienen que sudar, dice, suelen soñar que están en un baño de agua templada, o en un río. Uno que soñó que su muslo se había convertido en piedra, y cuando se despertó ese muslo quedó paralizado.

El segundo tipo de sueños es de los que se llaman animales, que proceden de alguna perturbación del alma. Se define el sueño como una representación de lo que ha ocurrido de día, o por los sentidos o por el entendimiento. Suelen ser los más frecuentes, pues si hemos visto o pensado, o discurrido durante el día algo con mucho interés, se representará por la noche el mismo objeto. El pescador, dice Teócrito, suele soñar con peces, ríos y redes; el soldado con alarmas, ataques a ciudades, trompetas; por la noche, el enamorado no sueña más que con sus amores.

El último tipo de sueños está por encima de la naturaleza, por encima de todos los sentidos, y por encima del entendimiento humano. Esos sueños son divinos o diabólicos. Los divinos vienen de Dios, que nos avisa a menudo de lo que ha de ocurrirnos, y nos manda revelaciones llenas de grandes misterios. Así fueron en el

Antiguo Testamento los sueños de Abraham, Jacob, José, Salomón, Nabucodonosor, faraón, Daniel, Mardoqueo. Y en el Nuevo, los de san José, los tres reyes de Oriente, san Pablo.

Los sueños diabólicos vienen a menudo por la astucia del espíritu maligno que está siempre dando vueltas a nuestro alrededor e intenta atraparnos cuando estamos despiertos o dormidos. Nos representa con frecuencia cosas extrañas y, mientras dormimos nos descubre secretos que parecen estar ocultos en la misma naturaleza; perturba nuestra imaginación con una infinidad de vanas ilusiones.

Esas son todas las causas de los sueños. Lo mismo puede decirse de los melancólicos. Su imaginación está alterada sólo de tres maneras: por la naturaleza, es decir, por la complexión del cuerpo, por el alma, por alguna pasión violenta, a la que se habían entregado, y por medio de los demonios malignos, que a menudo les hacen predecir e imaginar cosas extrañas ■

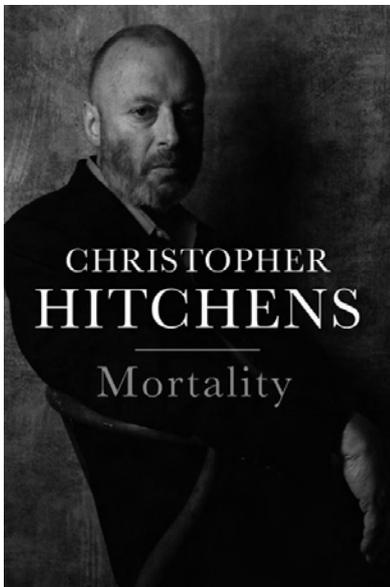
Lecturas y señales



Mortalidad

Daniel Matusevich

Mortalidad, el texto que les proponemos hoy, narra en primera persona la historia de Christopher Hitchens, periodista y escritor inglés que escribe de manera profunda, detallada y descarnada la crónica de su propia muerte. Hitchens se licencio en Filosofía, Política y Economía en Oxford, emigrando en 1981 a los Estados Unidos donde desarrolló la mayor parte de su carrera. Se caracterizaba por desplegar una prosa sarcástica, elegante y categórica gracias a la cual supo ganar gran cantidad de enemigos debido a sus posiciones radicales acerca de la religión y la política, intentando con sus intervenciones sacudir permanentemente las conciencias dormidas de sus lectores.



Autor: Christopher Hitchens
Debate, 2012

Este es el relato: el día 8 de junio del 2010, durante la gira de presentación de su libro de memorias *Hitch 22*, a partir de un severo dolor en el pecho le diagnostican un cáncer de esófago (“pero ahora que visualizo la escena retrospectivamente la veo como una deportación muy amable y firme que me llevo desde el país de los sanos a la frontera inhóspita del territorio de la enfermedad”). El libro que comentamos es el diario de su enfermedad, que es contada a lo largo de los dieciocho meses que duró con una brillantez y complejidad que sorprenderán aun al lector más avezado.

A través de un despliegue de ironía que no se detiene ante nada ni nadie nos da información de primera mano acerca de lo que implica la vida con cáncer (“te quedas por aquí un tiempo pero a cambio vamos a necesitar unas cosas tuyas... pueden incluir tus papilas, tu capacidad de concentración, tu capacidad de digerir y el pelo de tu cabeza...”) y las variadas facetas que presenta (“la gente no tiene cáncer: se informa de que luchan contra el cáncer. Ninguna persona que te comunique sus buenos deseos omite la imagen combativa: puedes vencerlo. No se oye cuando se habla de personas que padecieron del corazón o el riñón durante mucho tiempo”).

Ateo conocido y reconocido, la cercanía de la parca no modifico en nada su posición frente a las religiones, al contrario, a pesar de vivir durante varios meses en el país del cáncer, sus burlas a todas las religiones mantuvieron el mismo nivel de intensidad al que tenía acostumbrados a sus lectores (“el video de You Tube que anuncia el día dedicado a la intercesión en mi favor suena acompañado de la canción “I think I see the light”, interpretada por el mismo Yusuf Islam que aprobó la llamada histórica de la teocracia iraní para matar a mi amigo Salman Rushdie. La letra banal de su canción parece estar dirigida a una chica... una tardía decisión de adherirme al judaísmo o al islam me privaría inevitablemente de muchas oracio-

nes de ambas facciones. Simpatizo con el poderoso Voltaire: cuando en su lecho de muerte lo importunaban y le pedían que renunciara al diablo, murmuro que no era momento de hacer enemigos”). El hecho de que haya mantenido su intransigencia religiosa hasta las últimas consecuencias nos habla claramente de la firmeza de sus convicciones en tiempos donde la mayor parte de los intelectuales sufren de corrección política y de fragilidad argumentativa.

En el capítulo tercero encontramos varios fragmentos que iluminan de manera clara y concisa la jornada de aquellos que padecen “la C mayúscula”, el cuerpo y sus cambios, la oncología, los consejos más variados, las recomendaciones más bizarras, todo mediatizado por un sentido del humor que en ningún momento nos aleja del contenido (“a veces, en Villa Tumor sientes que puedes morir a fuerza de consejos. Muchos llegan gratis y sin que uno los solicite. Debo, sin demora, comenzar a ingerir la esencia granulada de la semilla del melocotón, un remedio soberano que las civilizaciones antiguas conocían bien, pero que ahora ocultan los codiciosos médicos modernos”).

A la manera de algunos de los ensayos de Byron Good, Hitchens nos aporta con su breve texto una genuina

diseción de las relaciones entre el sufrimiento humano, las representaciones culturales de la enfermedad y el lenguaje médico, alcanzando alturas verdaderamente difíciles de olvidar (“la enfermedad me ofrece una burlesca especialidad del día, o un sabor del mes. Pueden ser dolores y úlceras arbitrarias, en la lengua o en la boca. O ¿por qué no un poco de neuropatía periférica, que incluya pies entumecidos y fríos?”); otra inspirada obra que camina a la par con esta de Hitchens es el increíble libro de Susan Sontag *La enfermedad y sus metáforas*, especie de manifiesto contra los significados cuando las enfermedades son misteriosas y los tratamientos muy poco eficaces (ella misma escribió esta obra a partir del cáncer de mama que padeció).

En resumen, creemos que aquellos lectores que se atrevan dar un paseo por el país del cáncer no se sentirán defraudados ya que Christopher Hitchens es un estupendo guía que los acompañara por los costados más oscuros de la enfermedad y su circunstancia, iluminando el recorrido con importantes cuotas de escepticismo pero también alcanzando conmovedores momentos de humanismo difíciles de olvidar ■

“Pero nada me había preparado para la mañana de junio en la que, al recobrar la conciencia, me sentí como si de verdad estuviera encadenado a mi propio cadáver”