



Asociación de Psiquiatras
Argentinos.
Residentes en el país
y en el exterior.



Sinopsis

APSA REVISTA

SUMARIO • **Psiquiatría Psicodinámica: del Magnetismo Animal al Managed Care. Una revisión crítica de la historia de la Psiquiatría Dinámica - Primera Parte** | *Psychodynamic Psychiatry: from Animal magnetism to Managed Care. A critical review of the history of Psychodynamic Psychiatry - Part I* | Dr. Ruiz, Dra. Vairo, Dr. Matusevich • **Aproximación no farmacológica para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos de demencia** | *Behavioral and psychological symptoms of dementia: non pharmacological strategies* | Dr. Osores • **Indicadores de riesgo que facilitan el diagnóstico temprano en Trastornos de la Conducta Alimentaria** | *Risk indicators that facilitate early diagnosis of eating disorders* | Dr. Omar A. Alva Lilué, Dr. Sebastián H. Cukier • **Terapia Cognitivo Conductual en la Esquizofrenia** | *Cognitive behavioral therapy for schizophrenia* | Dra. Vaernet • **Personajes de la Psiquiatría - John Zell Sadler** | Dr. Pedro Pieczanski, Dr. Daniel Matusevich • **Género y Psiquiatría: Bibliografía** | Dra. Guillermina Berkunsky Idiart



**Asociación de Psiquiatras
Argentinos.**
Residentes en el país
y en el exterior.



APSA

Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatras (WPA)

Miembro de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL)

Miembro de la World Federation for Mental Health

APSA

Rincón 355 - (C1081ABG)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel / Fax: (54 11) 4952-1249 - línea rotativa

www.apsa.org.ar • apsa@apsa.org.ar

Comisión Directiva de APSA

Presidente

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Secretario

Dr. Horacio Vommaro

Tesorero

Dr. Alfredo Cía

Vocales Titulares

Dra. Elba Picot

Dr. Alberto Sassatelli

Dr. Eduardo Fernández

Dr. Enrique Stein

Vocales Suplentes

Dra. Graciela Onofrio

Dr. José Moltrasio

Órgano de Fiscalización Titulares

Dr. Juan Carlos Liotta

Dr. Gustavo Gómez

Órgano de Fiscalización Suplentes

Dr. Santiago Levín

Dr. Humberto Velázquez

Comité Editorial (2007-2008)

Dr. Daniel Matusевич (Coordinador)
Dr. Ricardo Pérez Rivera (Coordinador)
Dr. Omar Alva Lilue
Dra. Guillermina Berkunsky
Dra. en Psicología Tania Borda
Dr. Eduardo Burga Montoya
Dr. Octavio Gallego Lluesma
Dr. Jorge Garramuño
Dr. Sergio Halsband
Dr. Carlos Lamela
Dr. Carlos Luchina
Dr. Pedro Pieczanski
Dr. Pablo Resnik
Dr. Martín Ruiz
Dra. Débora Serebrisky

Comité Científico Nacional

Dra. María de las Mercedes Baccaro
Dr. José R. Bozzo
Dr. Julio Angel Brizuela
Dr. Eduardo Burga Montoya
Dr. César Cabral
Dr. Enzo Cascardo
Dr. Roberto Cerino
Dr. Ángel Alberto Del Guercio
Dr. Hugo Dramisino
Dr. Eduardo Espector
Dr. Andrés Ferdman
Dra. Lía Marcela Fernández
Dr. Alejandro Ferreira
Dra. Graciela Girardi
Dr. Sergio Halsband
Dra. Alicia Kabanchik
Dr. Daniel Kersner
Dr. Elías Klubok

Dr. Gabriel Kunst
Dr. Bruno Linne
Dra. Nora Leal Marchena
Dr. Fabricio Moriconi
Dr. Oscar Olego
Dra. Adhelma Pereira
Dr. Humberto Persano
Dra. Elba Picot
Dra. Mónica Andrea Pucheu
Dr. Carlos Repetto
Dra. Lía Ricón
Dr. Carlos Rodríguez Peña
Dr. Darío Saferstein
Dr. Gabriel Schraier
Dr. Juan Carlos Scillamá
Dr. José Sliapochnik
Dr. Juan Cristobal Tenconi
Dra. Elba Tornese
Dr. Emilio Vaschetto
Dr. Juan José Vilapriño
Dra. Elsa Wolberg

Comité Científico Internacional

Julio Arboleda Florez (Canadá)
Manoel Albuquerque (Brasil)
José Arias (Paraguay)
Othon Bastos (Brasil)
Edgard Belfort (Venezuela)
Carlos Berganza (Guatemala)
Eugenio Bayardo Cancela (Uruguay)
Jean Garrabé (Francia)
Marco Antonio Brasil (Brasil)
Enrique Camarena Robles (México)
Oswaldo Caro (Puerto Rico)
Rigoberto Castro (Costa Rica)
Eduardo Correa (Chile)

José Miguel Fortín (San Salvador)
César González Caro (Colombia)
Ricardo González Menéndez (Cuba)
Nady Guebaly (Canadá)
Miguel Jorge (Brasil)
Robert Lespinasse (Venezuela)
Marco López Butrón (México)
Juan Maass (Chile)
Gustavo Matute (Ecuador)
Romeo Lucas Medina (Guatemala)
César Mella (Rep. Dominicana)
Juan Mezzich (EE.UU.)
Luiz Salvador Miranda Sa (Brasil)
Ariel Montalbán (Uruguay)
Rafael Navarro Cuevas (Perú)
Eduardo Ordaz Ducunge (Cuba)
Marcel Penna (Panamá)
Marcelo de la Quintana (Bolivia)
Pedro Ruiz (EE.UU.)
Rubén Rendon Aponte (Venezuela)
Antonio Ruiz Taviel (México)
Clara Sánchez (Nicaragua)
Elard Sánchez Tejada (Perú)
Octavio Sánchez (Honduras)
Carlos Sayavedra (Panamá)
Fior Solís (Rep. Dominicana)
Horacio Taborda (Colombia)
Alejandro Uribe (Rep. Dominicana)
Ángel Valmaggia (Uruguay)
José Vera Gómez (Paraguay)
Mauro Villegas (Venezuela)
Felipe Vintimilla (Ecuador)

Psiquiatras Argentinos Marie Langer	3
Editorial Comité de redacción	5
Editorial Comisión directiva	6
Psiquiatría Psicodinámica: del Magnetismo Animal al Managed Care. Una revisión crítica de la historia de la Psiquiatría Dinámica - Primera Parte <i>Psychodynamic Psychiatry: from Animal magnetism to Managed Care. A critical review of the history of Psychodynamic Psychiatry - Part I</i> Dr. Ruiz, Dra. Vairo, Dr. Matusevich	7
Aproximación no farmacológica para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos de demencia <i>Behavioral and psychological symptoms of dementia: non pharmacological strategies</i> Dr. Osores	11
Indicadores de riesgo que facilitan el diagnóstico temprano en Trastornos de la Conducta Alimentaria <i>Risk indicators that facilitate early diagnosis of eating disorders</i> Dr. Omar A. Alva Lilué, Dr. Sebastián H. Cukier	17
Terapia Cognitivo Conductual en la Esquizofrenia <i>Cognitive behavioral therapy for schizophrenia</i> Dra. Vaernet	21
Personajes de la Psiquiatría - John Zell Sadler Dr. Pedro Pieczanski, Dr. Daniel Matusevich	27
Género y Psiquiatría: Bibliografía Dra. Guillemina Berkunsky Idiart	29

El material publicado en la revista Sinopsis representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La revista Sinopsis es propiedad de APSA.

Foto de tapa: Caminito - La Boca - Buenos Aires

Diseño y armado de la revista Sinopsis. Q+D Diseño - (011) 45.24.34.82

Psiquiatras Argentinos



Marie Langer

Iniciadora del psicoanálisis en América Latina, pionera en psicoterapia de grupos, investigadora de la sexualidad femenina y crítica a la visión psicoanalítica tradicional sobre la mujer, la biografía que nos llega de esta mujer profesional describe una verdadera articulación entre la vida personal, profesional y la política.

Marie Langer o Marie Lizbeth Glas Hausser, nace en Viena el 31 de agosto de 1910. A los 4 años de edad, estalla la Primera Guerra Mundial y su padre parte al frente. Marie contaba que "Hubiera querido acompañarlo, pero ya sabía que eso no era posible, no solamente porque era pequeña, sino también porque era mujer. Las únicas mujeres que iban a la guerra eran las enfermeras. Desde entonces supe que tendría una profesión: sería enfermera". Ingresó a la Schwartzwaldschule, un liceo que posibilitaba la entrada a la Universidad, y al terminar el bachillerato ingresó a la escuela de medicina. Se especializa en psicoanálisis en el Instituto de Formación Psicoanalítica de Viena. Allí toma seminarios con figuras destacadas como Helen Deutsch de quien se influyó en su idea sobre la mujer, que plasma posteriormente en su primer libro.

Al ascender Hitler al poder, se afilia al Partido Comunista y parte a España para integrarse, como médica, a las Brigadas Internacionales en la Guerra Civil Española. Se exilia en Uruguay y luego en Buenos Aires donde funda junto a otros la Asociación Psicoanalítica Argentina, en 1942 y posteriormente la preside. En 1969, junto con otros colegas, se separa de esta Asociación y se integra a la actividad gremial como Presidenta de la Federación Psicoanalítica Argentina. Amenazada por la Alianza Anticomunista Argentina (Triple A) se exilia en México en 1974.

Antes de su exilio preside la muy combativa Federación Argentina de Psiquiatras, participa activamente en la constitución de la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental y de su Centro de Docencia e Investigación, opta por el desarrollo del psicoanálisis y la práctica terapéutica en hospitales populares, siempre confirmando en su praxis la búsqueda de una sociedad más justa y sin explotación.

Desde México, trabaja incansablemente denunciando los estragos de la dictadura argentina y regresa a Buenos Aires en 1987 con el cáncer que la lleva a la muerte, pero que no le impide comprometerse con las víctimas de la represión a las que atiende en el Movimiento Solidario de Salud Mental, lugar que ella misma elige para ser velada.

Expresa en una autobiografía de 1978 *“quiero subrayar que el psicoanálisis me interesa mucho. Pero combato su elitismo y la ideología que le imprimen sus instituciones. Nunca creí que fuese un instrumento para cambiar al mundo. Pero sirve, sin duda, para entender profundamente al ser humano. Como terapia mejora al paciente y le ayuda de todos modos, a manejarse mejor y a mentirse menos. Debiera conducirlo también a comprender el contexto social en el cual está inserto”*.

Los psicoanalistas José Ferrés H. y José L. González F. han trabajado en compilar su extensa bibliografía incluyendo entrevistas periodísticas, prólogos, ensayos, conferencias y revistas, expresando: *“Si su obra es importante, su enseñanza no se limita a ella. Ha dejado en todos los que la conocieron y amaron una imborrable marca. No se trata, por cierto, de hacerle homenajes, de recordarla o citarla, sino de no abandonar el camino de reflexión militante y crítica, al nivel social, profesional y personal, que caracterizó su vida y constituye su imperecedero legado. El primer paso, entonces, consiste en hacer conocer dicha obra, en todos sus matices e implicaciones. A ello estamos abocados.”*

De su extensa colaboración aquí podemos reseñar libros como única autora:

- 1) Maternidad y Sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático Primera Edición Nova, Bs.As. 1951.
- 2) Fantasías eternas a la luz del Psicoanálisis. Primera Edición Nova, Bs.As. 1957.
- 3) Memoria, Historia, y Diálogo Psicoanalítico. Primera Edición Folios, México, 1981.

Junto a otros.

- 1) Psicoterapia de grupo. Su enfoque psicoanalítico Primera Edición Paidós, Bs.As 1957.
- 2) El grupo psicológico - En la terapéutica, enseñanza e investigación. Primera edición Nova, Bs.As 1959.
- 3) Psicoanálisis en las Américas. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Primera Edición Paidós, Bs.As. 1968.
- 4) Cuestionamos 1 - Documentos de crítica a la ubicación actual del Psicoanálisis. Primera edición Granica, Bs.As. 1971.
- 5) Cuestionamos 2- Psicoanálisis institucional y Psicoanálisis sin institución. Primera edición Granica, Bs.As. 1973.

Agradecemos a La Dra. Guillermina Berkunsky la confección del perfil biográfico de la Dra. Marie Langer.



Comité de Redacción

El primer decenio del siglo XXI, ya en sus postrimerías, nos encuentra inmersos en nuevos conocimientos, acelerados cambios culturales -catalizados por la revolucionaria irrupción de Internet- y avances promisorios, como los abismos del futuro fármacogenético a los que de a poco vamos asomando, sin percibir de manera cabal, quizás, su potencial dimensión. Cada vez más aceptamos la idea de un futuro abierto y sorprendente, sobre todo en lo que al universo tecnológico y científico se refiere. El violento salto hacia adelante en las comunicaciones ha significado para nuestro tiempo no sólo la posibilidad, sino la forzada adaptación a nuevas condiciones de cultura que, en épocas normales, hubieran requerido de un largo período para producirse. Se han acortado los tiempos y las distancias. El lenguaje mismo, es decir el hombre, da cuenta de nuevas formas a la vez que es construido por ellas. La información global del planeta vive y se desarrolla en un Aleph cibernético que corre delante de nosotros. O mejor, del cual nosotros corremos detrás. Los profesionales de la psicología y de la psiquiatría nos vemos así compelidos a asimilar dichos cambios y a generar nuevos conocimientos desde los cuales fortalecer y actualizar nuestro trabajo.

Los tiempos que corren, plagados de grandes novedades, viejas costumbres, pandemias y crisis económicas particulares y globales (que instalan en la primera plana de los medios lo que ocurre en forma permanente en los sectores más sufridos del planeta, aunque estos últimos no merezcan tanta cobertura, tal vez porque su padecer y sus carencias son asumidas, por el resto del mundo, como una naturaleza) ponen a prueba nuestra capacidad de producción intelectual, de reflexión y de sentido del bien común.

Es en tal contexto en el que Sinopsis, en su nueva etapa, aspira a presentar un pensamiento vivo, abierto y congruente con la época que le ha tocado en suerte -y de la cual se siente parte responsable-, a partir del espíritu editorial que la anima y de los artículos de sus colaboradores. Valga, entonces, el recuerdo y la revalorización del compromiso en acción a través de la figura de Marie Langer, en la sección "Psiquiatras Argentinos", o la presentación de John Z. Sadler, en la nueva sección "Personajes de la Psiquiatría", y su reflexión crítica acerca del papel de los valores científicos intrínsecos (entendidos como predilecciones, opiniones o apreciaciones) en las formas que van adquiriendo el conocimiento y las patologías. La sección crítica de libros, una de las que más repercusión tuvo entre los lectores, aborda en esta oportunidad el tema de género, una temática compleja que requiere del enfoque multidisciplinario y de la apreciación histórica para un acercamiento en profundidad.

Contamos en este número, además, con cuatro trabajos originales. En *Una Revisión Crítica de la Historia de la Psiquiatría Psicodinámica*, los autores (Dr. Ruiz, Dra. Vairo, Dr. Matusevich) logran su propósito de estudiar la evolución de esa mirada de la Psiquiatría mediante el análisis de diferentes factores que la modifican, y asumen el coraje de hacerlo en esta etapa de predominio de las ideas neokrepelinianas. El Dr. Osoreo, a su vez, actualiza las herramientas con las que contamos para el manejo no farmacológico de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, un tratamiento al alcance de varios de los integrantes no médicos del equipo de salud, y lo hace de una manera didáctica y práctica para el manejo cotidiano del problema, tan prevalente y disfuncional. Los Dres. Alva Liliú y Cukier nos muestran los indicadores de riesgo a tener presentes para poder detectar de forma temprana los trastornos de la conducta alimentaria. Dichos indicadores exceden claramente el área psicopatológica, enfrentándonos nuevamente a la visión de este grupo de desórdenes como un emergente de la vida occidental moderna. Por último, en *Teoría Cognitiva Conductual de la Esquizofrenia*, la Dra. Vaernet presenta una revisión de las bases para un eficaz abordaje psicosocial que, integrado al tratamiento farmacológico, permita a los afectados un mejor manejo de sus experiencias psicóticas y un menor índice de recaídas.

Queremos destacar de manera especial que Sinopsis, sin dejar de aprovechar el tiempo que otorga el viejo texto en papel, sostiene su presencia y disponibilidad en el sitio web de la asociación (www.apsa.org.ar), con el objeto de facilitar el acceso a su contenido a los colegas de cualquier lugar del país y del mundo.

Comisión Directiva

El órgano oficial de APSA: Sinopsis, navega con nuevas velas, raudamente. Alentado por su nuevo equipo de redacción, que reúne a anteriores responsables de la publicación con nuevos colegas que aportan novedosas ideas gráficas y de línea editorial viene cumpliendo rigurosamente con el programa de trabajo solicitado por la Comisión Directiva el año pasado. Puntualmente nos llegan los ejemplares correspondientes a cada número y sabemos que los próximos esperan su confección. Es promisorio saber que ya hay artículos en espera para próximas entregas lo cual habla, elocuentemente, de dos cuestiones: la primera es que los socios de APSA generan, también en este ámbito, producción científica y, valga la aclaración, de excelente calidad; la segunda es que encuentran en las páginas de nuestra revista un lugar atractivo para publicar y comunicar sus opiniones e investigaciones. Esta comprobación nos obliga a renovar esfuerzos para impulsar la presentación de Sinopsis a fin de lograr su inclusión en las bases de datos internacionales más prestigiosas. La nueva diagramación de la revista y las exigencias para publicación que se les solicitan a los autores fueron concebidas para ir cumpliendo en Sinopsis con la regularidad de aparición y las características gráficas y editoriales que sabemos que piden los evaluadores de las bases de datos para incluir una publicación científica en catálogo.

Como se dijo antes, los socios de APSA producen científicamente en forma intensa y en distintos ámbitos. Una singular prueba de ello es el concienzudo informe que presentaron para cumplir con la primera etapa de nuestro acuerdo-marco con el Ministerio de Educación de la Nación las socias Dras. Marcela Armus ("*Primera infancia: detección temprana de indicadores de sufrimiento psíquico/mental*"), Cristina De Prati ("*Violencia en la escuela*") y Elsa Wolfberg ("*Desgaste ocupacional de los docentes de escuelas privadas. Propuesta de prevención*") cubriendo los temas oportunamente solicitados por las autoridades de ese ente estatal para ser distribuidas a los docentes de todo el país con propósitos formativos y preventivos de la salud mental de docentes y alumnos. Otro tanto puede decirse de la actividad de los Capítulos que en sus tradicionales reuniones internas y en las jornadas anuales que presentan muchos de ellos, junto al proyecto de publicación de un libro conjunto sobre diversos aspectos de la Salud Mental argentina que se encuentra en producción, dan muestra de una actividad constante de alta jerarquía.

Aún no se han apagado las luces de nuestro XXV Congreso aniversario de APSA que el Comité de Congresos ya se encuentra abocado a la organización del próximo evento a realizarse del 21 al 24 de abril de 2010, con el título: "Clínica, Psicopatología y Salud Mental. Necesidades y respuestas terapéuticas". En esta oportunidad la Asociación de Psiquiatría de Mar del Plata será co-organizadora del evento. Esta noticia nos llena de alegría al darle la bienvenida a su nueva Comisión Directiva en un estrecho lazo de trabajo con nuestra Asociación. Esta tarea conjunta da testimonio del intenso trabajo organizativo que la Comisión Directiva dedica a jerarquizar, coordinar y diseñar las políticas de la Asociación en el marco de un auténtico y efectivo federalismo como lo muestra el desarrollo de las Delegaciones creadas, y en vías de creación, en numerosas provincias del país.

También es inminente el pronunciamiento acerca del proyecto de ley sobre la tenencia de drogas para consumo personal que será objeto de una reunión de consenso de nuestros asociados para arribar a una opinión compartida desde la óptica de los profesionales de APSA en relación a tan acuciante problema que afecta a nuestra sociedad en su conjunto.

En el mismo espíritu de trabajo se inscriben las propuestas de trabajo y organización que lleva a cabo nuestro actual Tesorero, el Dr. Alfredo Cía, en sus funciones de Delegado Regional de los países del Cono Sur de APAL junto a las organizaciones hermanas de los países que la integran.

Todo ello y muchos otros logros son posibles gracias al esfuerzo del conjunto de los socios que trabajan por APSA.

Psiquiatría Psicodinámica: del Magnetismo Animal al Managed Care. Una Revisión Crítica de la Historia de la Psiquiatría Dinámica - Primera Parte | *Psychodynamic Psychiatry: from Animal Magnetism to Managed Care. A Critical Review of the History of Psychodynamic Psychiatry - Part I*

from Animal Magnetism to Managed Care. A Critical Review of the History of Psychodynamic Psychiatry - Part I

Dr. Martín Ruiz

Médico Especialista en Psiquiatría,
Sala de Internación,
Hospital Italiano de Buenos Aires

Dra. Carolina Vairo

Médica Especialista en Psiquiatría,
Consultorios Externos,
Hospital Italiano de Buenos Aires

Dr. Daniel Matusevich

Médico Especialista en Psiquiatría.
Coordinador de Sala de Internación,
Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia:

mruiz@elaleph.com
Florida 336 – 6to 603 (1005)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Los Paradigmas en la Historia de la Psiquiatría

Es bien conocida la influencia que ejercen los paradigmas sobre los programas de investigación científica, pero no es tan conocido el efecto que tienen los modelos de organización cuando se escribe una historia estructurada. Este ha sido el caso del psicoanálisis que, durante medio siglo, ha determinado las teorías, los temas y las figuras discutidas en la historia de la psiquiatría⁽²⁴⁾.

Desde sus primeros días el desarrollo de las ciencias psicológicas ha estado marcado por la competencia entre las diferentes escuelas. Más aún, desde el siglo XVIII el debate surgió entre las filosofías orgánica y estática de la mente. El resultado de esta división ha tenido un gran impacto sobre cómo se ha escrito la historia de la psiquiatría, originando el fenómeno de la estructuración paradigmática de la historiografía psiquiátrica⁽⁴¹⁾.

Los primeros historiales psiquiátricos aparecen en la primera mitad del siglo XIX en los países germano-parlantes^(26,35), debido a la presencia de escuelas de historia filosófica y del positivismo en las universidades, movimientos que dieron origen a las primeras escuelas científicas de estudios históricos, incluyendo las de la historia de la medicina y de la ciencia. En este período sobresalieron los psiquiatras románticos, llamados *Psychikers*, quienes estaban profundamente adheridos a la filosofía romántica alemana. Exploraban el rol de las fuerzas irracionales en las operaciones de la mente humana; fascinados por las alucinaciones y por el inconsciente formularon una psicoterapia rudimentaria^(7,49).

Después de las revoluciones de mediados del siglo XIX el romanticismo europeo comenzó a perder poder y surgieron así una serie de reacciones culturales y políticas que produjeron una reescritura de la historia de la psiquiatría. Nació entonces la escuela de los *Somatiker*, un grupo de psiquiatras dedicados al estudio de la anatomía y la fisiología del cerebro, adherentes a los métodos de la medicina general orgánica de la época. Este grupo consideraba a la psiquiatría metafísica de la generación previa como la expresión de un estado precientífico en el desarrollo de la psiquiatría^(40,41).

El ascenso de la historia de la psiquiatría como disciplina académica se vincula al ascenso de la teoría psicodinámica^(15,41). Con el psicoanálisis se estructuraron diferentes modelos de concebir la historia de la psicología. Dos ejemplos de ello lo constituyen *"A History of Medical Psychology"*⁽⁵⁹⁾ y *"The History of Psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present"*⁽⁷²⁾. Ambos textos fueron escritos durante la hegemonía del psicoanálisis americano a mediados del siglo XX siendo el pensamiento psicoanalítico el eje del desarrollo de la medicina psicológica. Según este esquema, la historia de la psiquiatría se dividiría entonces en los períodos pre y post Freud y los autores del siglo XX serían discípulos o disidentes según su lugar en la historización del psicoanálisis. Durante muchos años estos libros han sido las versiones oficiales de la historia de la psiquiatría^(43,58).

Una variante de este fenómeno, y que sugiere cuán complejos son los efectos de la ideología y los paradigmas en la historia, se halla en el libro de Henri Ellenberger *"The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry"*⁽¹⁵⁾. Esta obra ha sido reimpresa continuamente desde su aparición en 1970. Su publicación ubicó al autor como el primer historiador de la psiquiatría dinámica⁽⁴⁰⁾. La genialidad de Ellenberger radica en haber alcanzado una perspectiva sociocultural única en la historia de la enfermedad mental que debe ser leída como una crítica cultural a nuestro siglo de psicología. Este autor estableció que la historia de la psiquiatría dinámica constituye una evolución clara, continua y acumulativa de la no-ciencia a la ciencia⁽⁴⁰⁾. Adjudicó al paciente un rol fundamental porque creía fuertemente que muchos de los descubrimientos en la historia de la psiquiatría se debieron tanto a los médicos como a sus pacientes. Para Ellenberger el inconsciente no fue inventado ni formulado: fue descubierto. Sostenía que el eje de la psiquiatría era la antítesis consciente/inconsciente y que la exploración de los misterios del inconsciente representaba el objetivo intelectual de la historia de esta disciplina⁽⁴⁰⁾.

RESUMEN

En el presente trabajo propone el estudio de la evolución de la psiquiatría dinámica, basado en el análisis de diferentes factores: el entorno político y socioeconómico, las tendencias culturales, la personalidad de sus pioneros, y la ocurrencia de diversos hechos históricos. Henri Ellenberger ha sido considerado el primer historiador de la psiquiatría dinámica. Este autor marcó una perspectiva sociocultural única en la historia de la enfermedad mental que debe ser leída como una crítica cultural a nuestro siglo de psicología, estableciendo que la historia de la psiquiatría dinámica constituye una evolución clara, continúa y acumulativa de la no-ciencia a la ciencia. Si pensamos que la comunidad psiquiátrica actual se encuentra en un momento de transición paradigmática entre los modelos psicodinámico y neurobiológico, al historiador se le presenta un desafío para la exploración de puntos eclécticos desde los cuales pensar y escribir la historia.

Palabras Claves

Psiquiatría- Psicodinámica- Paradigma - Historia

ABSTRACT

The purpose of this paper is to go through the evolution of psychodynamic psychiatry, based on the analysis of different factors: the economic, social and political backgrounds, cultural ideologies, personality of the pioneers in psychiatry, and other important historical matters. Henri Ellenberger has been considered the first psychodynamic historian in psychiatry. He pointed out a unique cultural and social perspective in the history of mental health, which has to be understood as a positive review to our age of psychology, stating that the history of psychodynamic psychiatry is a continuous evolution from non-science to science.

Key words

Psychiatry- Psychodynamic- Paradigm - History

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

La visión humanística de Ellenberger sobre la psiquis se basó más en disciplinas como la filosofía, la antropología, la religión y el arte que en la neurofisiología, la farmacología y la genética. No es sorprendente que este autor no escriba nada sobre la psiquiatría orgánica, la psiquiatría clínica descriptiva y la psicología conductista, manteniendo un sesgo inconfundible: aquellos médicos que relacionaban la enfermedad mental con la patología cerebral y aquellos terapeutas que aplicaban métodos químicos o fisiológicos en el tratamiento de la enfermedad mental no eran incorporados a su visión de la historia de la psiquiatría⁽⁴⁰⁾.

Ellenberger planteó que el inconsciente no fue descubierto por Freud sino, paso a paso por un cientos de mitólogos, teólogos, hipnotistas, filósofos, poetas y novelistas⁽¹⁵⁾. Sin embargo, no extiende la historia de la psiquiatría dinámica más allá de Janet, Freud, Adler y Jung⁽¹⁵⁾.

La contribución de Freud a la historia de las ciencias psicológicas es crucial. Desde cualquier perspectiva histórica, el psicoanálisis es una de las teorías más fuertes sobre la naturaleza humana. Es difícil imaginar cualquier relato histórico futuro de las ciencias mentales sin que Freud ocupe un lugar prominente.

Todavía no está claro si el paso desde Freud a la psiquiatría genética, biológica y neuropsicofarmacológica representa el fin de la psicología tal como era concebida por la generación de Ellenberger, o un eclipse temporario de ésta, o el inicio de una nueva era en las ciencias clínicas humanas^(40, 41, 51).

Si pensamos que la comunidad psiquiátrica actual se encuentra en un momento de transición paradigmática entre los modelos psicodinámico y neurobiológico, al historiador se le presenta un desafío para la exploración de puntos eclécticos desde los cuales pensar y escribir la historia.

¿Podrá la psiquiatría producir, alguna vez, un relato histórico consensuado de sí misma y terminar con las eternas reescrituras de su propio pasado?

Desde lo dinámico a la Psiquiatría Dinámica

Leibniz utilizó el término dinámico para contraponer lo estático de lo cinemático en el ámbito de la mecánica. Herbert aplicó esta distinción en la psicología, diferenciando lo estático y lo dinámico de la conciencia; lo mismo hizo Auguste Comte en la sociología. Fechner utilizó el término en referencia a la energía mental y probablemente influyó a Freud. Los psicólogos franceses connotaban lo dinámico como funcional en oposición a lo orgánico⁽¹⁵⁾.

Charcot enseñaba las diferencias entre las parálisis orgánicas y las parálisis dinámicas, entre las cuales se encontraban aquellas producidas por la histeria, por la hipnosis y por el traumatismo psíquico. Finalmente, el término dinámico adquirió significado con relación al concepto de evolución y regresión, siendo Moreau de Tours el primero en llevarlo a la psiquiatría. Este autor postulaba que la enfermedad mental es un mundo en sí misma básicamente diferente a nuestro mundo y comparable al mundo de los sueños, pero con elementos del mundo real. Sostenía que un mundo de delirios y alucinaciones no proviene de la estimulación de ninguna función cerebral, sino de una disminución de las funciones intelectuales y un desarrollo desproporcionado de actividades psíquicas rudimentarias. Janet decía que su teoría dinámica se había inspirado en lo que él llamaba la *Ley Fundamental de la Enfermedad Mental de Moreau*⁽¹⁵⁾.

Finalmente, Hughlings Jackson acuñó el término para diferenciar fisiológico de anatómico, funcional de orgánico y regresivo de estático.

El término psicodinámico tuvo en sus comienzos un significado meramente psicoanalítico: todos los actos psicológicos son el resultado de fuerzas en conflicto en interacción dinámica⁽⁴⁴⁾.

Actualmente, el término adquirió un significado más general y popular^(3, 33, 47, 55, 56, 57), refiriéndose a los factores psicológicos involucrados

en síntomas, sueños, actos fallidos y conductas. A diferencia de los conductistas, la teoría dinámica utiliza un modelo que enfatiza las estrategias y las intenciones inconscientes de la conducta.

Gabbard^(20, 21) define la psiquiatría dinámica moderna como una rama de la psiquiatría que explica el fenómeno mental como resultado de un conflicto o de una falta, conflicto que deriva de poderosas fuerzas inconscientes o de una falta de estructuras psíquicas (ausentes o débiles). Representa una forma de diagnóstico y tratamiento caracterizado por una manera de pensar al paciente y al terapeuta que incluye conflictos inconscientes, déficits y distorsiones de estructuras intrapsíquicas y relaciones objetales, y que integra todos estos elementos con hallazgos contemporáneos de las neurociencias. Es una manera de pensar, no sólo sobre un paciente sino sobre uno mismo en el terreno interpersonal paciente-terapeuta.

Historia de la Psiquiatría Dinámica

Platón dividía el alma en dos partes: racional (inmortal y divina, residente en el cerebro) e irracional (mortal, fuente de placer y dolor, ubicada en todo el resto del cuerpo). La locura se producía cuando el alma irracional escapaba a la influencia del alma racional o cuando una alteración divina del alma producía conductas inspiradas o divinas. Como tratamiento postuló la dialéctica verbal entre paciente y médico, un diálogo destinado a la curación mediante el conocimiento filosófico⁽⁷⁾.

Las enfermedades mentales han sido terreno de la magia y la religión a lo largo de la historia, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedad, atribuyéndoles orígenes diabólicos en los tiempos antiguos o un origen netamente social en la mucho más reciente antipsiquiatría. La historia de la psiquiatría es, pues, la historia del conocimiento científico y las muchas dificultades que ha tenido que atravesar y que aún hoy continúan⁽⁴⁹⁾.

Distintas disciplinas, entre las cuales se pueden mencionar la medicina primitiva, la mitología, la teología, la metafísica, el derecho, la antropología y la literatura han contribuido con la psiquiatría dinámica en diferentes épocas.

Primera Psiquiatría Dinámica

Los orígenes de la psiquiatría dinámica se ubican en el magnetismo de Mesmer. En 1770 éste desarrolló lo que creía era una teoría científica y una terapia médica universal. Su objetivo era provocar crisis en el paciente mediante la colocación de electrodos que movilizaban los fluidos corporales; estas crisis tenían valor diagnóstico y eran el arma de la cura. Su mayor descubrimiento radica en el hallazgo del rapport (empatía) entre el magnetizador y el paciente⁽¹⁵⁾.

Puységur reemplazó la teoría pseudofísica del fluido introduciendo la idea de que lo que entraba en juego eran fuerzas psicológicas. Su gran descubrimiento clínico fue el sonambulismo artificial o sueño magnético, estado similar al sonambulismo espontáneo con la diferencia que puede ser inducido o detenido a voluntad y utilizado para la exploración de funciones psíquicas desconocidas o para la terapia⁽¹⁵⁾.

A finales del siglo XVIII las poblaciones europeas estaban divididas en clases sociales rígidas, la aristocracia y la plebe. Esto explica por qué el magnetismo animal tomó distintas características con Mesmer y con Puységur. Cuando el primero trataba a las distinguidas damas de su clientela aristocrática, les provocaba crisis que no eran otra cosa que la abreacción de sus distinguidas neurosis. Cuando Puységur trataba a los pobres, les provocaba sueño magnético, un fenómeno que expresa una relación de autoridad y subordinación entre el amo aristócrata y el sirviente pobre⁽¹⁵⁾.

El período comprendido entre 1775 y 1900, llamado por Ellenberger como el de la primera psiquiatría dinámica, se dividió entre el magnetismo animal, el espiritismo y la enseñanza del hipnotismo y

la personalidad múltiple. Aunque algunos autores sostienen que ésta fue totalmente reemplazada por nuevas psiquiatrías dinámicas, un estudio exhaustivo de éstas demuestra que tomaron de aquella mucho más de lo esperado⁽¹⁵⁾.

El nacimiento de la psiquiatría dinámica también puede entenderse como una manifestación de victoria del movimiento cultural del Iluminismo sobre el espíritu barroco. Las vicisitudes de la psiquiatría dinámica durante el siglo XIX podrían representar la pugna entre el Iluminismo y el Romanticismo. La psiquiatría y la filosofía románticas influyeron en gran medida en la psiquiatría dinámica. Cuando el romanticismo fue derrotado y dio paso al positivismo se produjo una declinación temporal de la psiquiatría dinámica^(15, 49, 59, 106).

Durante la primera mitad del siglo XIX, la Escuela Francesa, fundada por Pinel, tuvo un rol primordial. Se basaba en la descripción clínica de signos y síntomas.

En la segunda mitad del siglo, mientras la Escuela Francesa avanzaba en la misma dirección, la Escuela Alemana ocupó su lugar de privilegio. Emil Kraepelin fue su figura emblemática. Elaboró un sistema nosológico que, aunque modificado y adaptado, permaneció como punto de referencia para todas las clasificaciones posteriores. El núcleo de las nuevas ideas de Kraepelin era su concepto de enfermedad, marcando un paso fundamental hacia la concepción clínica de la locura. Postulaba, asimismo, la existencia de entidades individuales en la patología mental, equiparándose al modelo médico. El énfasis en la evolución, que Kraepelin tomó de Kahlbaum, fue la base de la demencia precoz. Después de Kraepelin la mayoría de los psiquiatras tomaron su visión nosológica^(40,41).

La primera psiquiatría dinámica, eclipsada por la concepción médica de la enfermedad mental, despertará de su aletargada siesta con el inicio del nuevo siglo. Surgirán figuras emprendedoras cuyos aportes darán origen a nuevas psiquiatrías dinámicas.

Análisis Psicológico

Pierre Janet estudió, enseñó y escribió filosofía, y no está bien claro cuándo fue que su interés pasó de la filosofía a la psicología. Su sistema psicológico no puede ser entendido si no se tiene en cuenta su subestructura filosófica. Janet definió el método científico como una combinación de análisis y síntesis: la psicología científica debe empezar por el análisis psicológico, identificando y estudiando por separado las funciones psicológicas individuales, y seguir con la síntesis psicológica, o sea, la reconstrucción de un todo sobre la base de las partes separadas. Su mayor aporte es la obra *Automatismo Psicológico*⁽¹⁵⁾. Este término no era nuevo, ya había sido usado por otros; Despine (citado por Ellenberger⁽¹⁵⁾) lo define como actos complejos e inteligentes que buscan un objeto específico y de acuerdo a las circunstancias. Janet clasificó las manifestaciones del automatismo psicológico en dos grupos: el automatismo total, que se extiende al sujeto como un todo y cuya forma más rudimentaria es la catalepsia, y el automatismo parcial, que implica que una parte de la personalidad es escindida de la conciencia y sigue un desarrollo autónomo e inconsciente.

Janet afirmaba que el acercamiento experimental con los pacientes consistía en conocerlos bien –su vida, escolaridad, carácter, ideas- y estar convencido de que nunca se lo conoce lo suficiente. Luego, uno debe poner al paciente en circunstancias cómodas y específicas y observar detalladamente todo lo que dice y hace.

Pierre Janet se ubica en el umbral de toda la psiquiatría dinámica moderna. Sus ideas están tan difundidas que, a veces, su origen se desconoce o se le atribuye a otros autores. Pocos saben, por ejemplo, que la palabra subconsciente fue introducida por Janet. El concepto de esquizofrenia de Bleuler de síntomas primarios producto de una disminución de la tensión de asociación, que dan lugar a los síntomas secundarios, es una transposición del concepto de psicoastenia de

Janet de la disminución de la tensión psicológica. Bleuler afirmó que la palabra autismo designa desde el ángulo positivo lo que Janet llamó la pérdida de sentido de lo real desde el ángulo negativo⁽¹⁵⁾.

Jung se basó en Janet en repetidas ocasiones; la influencia del automatismo psicológico se observa en la forma en que Jung considera que la mente engloba un número de subpersonalidades (las existencias psicológicas simultáneas de Janet). Lo que Jung llamó complejo fue el equivalente de la idea fija inconsciente de Janet⁽¹⁵⁾.

En la teoría de la psicología individual de Adler se observan los aportes de Janet. Adler afirmó que su trabajo sobre el sentimiento de inferioridad era un desarrollo sobre la idea de Janet del sentimiento de incompletud⁽¹⁵⁾.

Janet también ejerció gran influencia sobre la psiquiatría francesa y sus tres figuras más importantes: Henri Baruk, Henri Ey y Jean Delay. La psicología organodinámica de Henri Ey y su teoría sobre las estructuras de la conciencia son un desarrollo de ideas de Janet. Jean Delay creía que los descubrimientos modernos en neurofisiología avalaban el concepto de Janet de tensión psicológica y que la psicofarmacología confirmaba algunas de las ideas de Janet, por lo que clasifica a los psicofármacos como psicolépticos, psicoanalépticos y psicodislépticos, clasificación basada en conceptos janetianos⁽¹⁵⁾.

Psicoanálisis

Es muy difícil valorar objetivamente la influencia de Sigmund Freud. La historia es muy reciente, ha sido distorsionada por la leyenda y no todos los hechos han salido a la luz. El consenso es que Freud ejerció una poderosa influencia, no sólo en la psicología y la psiquiatría, sino en todos los campos de la cultura y que ha ido tan lejos como para cambiar nuestro modo de vida y nuestro concepto del hombre. Hasta qué punto la influencia del psicoanálisis ha sido beneficiosa se convierte en un dilema para nuestros días, y nos enfrenta a tres grandes dificultades⁽¹⁵⁾:

- 1- Como en el caso de Darwin, la importancia histórica de una teoría no se restringe a lo que estaba en la mente de su creador, sino a sus extensiones, interpretaciones y a las distorsiones de esa teoría. Por lo tanto, una evaluación de la influencia de Freud debería comenzar con un estudio histórico de la escuela freudiana y de los variados caminos que abrió: los freudianos ortodoxos, los nuevos sucesores (por ejemplo los iniciadores del psicoanálisis del yo) y otras escuelas (Adler y Jung) que se impulsaban principios básicos diferentes originados en el psicoanálisis. También se debería tener en cuenta los conceptos freudianos distorsionados y divulgados popularmente.
- 2- El psicoanálisis nació y creció en una atmósfera de leyenda por lo que será difícil obtener respuestas objetivas hasta que los hechos históricos verdaderos sean desmitificados.
- 3- Muchos autores han intentado hacer un inventario sobre el impacto de las ideas de Freud en la psicología, sociología, antropología, criminología, arte, filosofía, religión, educación, etc. Sin embargo, el psicoanálisis en sí mismo estuvo desde sus comienzos ligado a disciplinas preexistentes. Entonces, ¿qué pertenece a Freud y constituye la originalidad de su trabajo?

Se podrían distinguir tres grandes contribuciones de Freud: la teoría psicoanalítica, el método psicoanalítico y la organización psicoanalítica⁽¹⁵⁾.

La teoría psicoanalítica es reconocida universalmente como una síntesis original y poderosa que ha incentivado muchos descubrimientos en la psicología normal y patológica pero su status científico no ha sido aún establecido.

El método psicoanalítico es una creación de Freud. Éste inventó una nueva manera de trabajar con el inconsciente, esto es, la situación

psicoanalítica con su regla fundamental, la asociación libre y el análisis de resistencias y de la transferencia.

Por último, Freud fundó una escuela al estilo de las viejas escuelas filosóficas de la antigüedad grecorromana. Desde el principio hizo del psicoanálisis un movimiento con una organización propia, con estrictas reglas de pertenencia y con una doctrina oficial.

Bibliografía

1. Albert H. Teatrise on critical reason. New York, 1985, Princeton University Press
2. Alexander FG, Selesnick ST. The history of psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from pre-historic times to the present. New York, 1966, Harper & Row
3. Anonymous. What is Psychiatry? Am J Psychiatry 1997; 154: 591-593
4. Barton WE. The history and influence of the American Psychiatric Association. Washington, 1987, American Psychiatric Press
5. Bayer R, Spitzer RL. Edited correspondence on the status of homosexuality in DSM-III. J Hist Behav Sciences 1982; 18: 32-52
6. Bergner JT. The origin of formalism in social science. Chicago, 1981, University of Chicago Press
7. Berrios GE. The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. New York, 1996, Cambridge University Press
8. Blashfield RK. The classification of psychopathology: neo-kraepelinian and quantitative approaches. New York, 1984, Plenum
9. Brendel DH. Multifactorial causation of mental disorders: a proposal to improve the DSM. Harv Rev Psychiatry 2001; 9: 42-45
10. Caparrós A. The problem of interpreting the meaning of behaviour. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1974; 20: 395-402
11. Caplan PJ. They say you are crazy: How the world's most powerful psychiatrists decide who's normal. Massachusetts, 1995, Addison-Wesley
12. Clark LA, Watson D, Reynolds S. Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. Ann Rev psychol 1995; 46: 121-153
13. Decker HS. Freud in Germany: Revolutionary and reaction in science. New York, 1977, International University Press
14. Detre T. The future of psychiatry. Am J Psychiatry 1987; 144: 621-625
15. Ellenberger HE. The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry. New York, 1970, Basic Books
16. Fabrega H. The psychodynamic approach in American psychiatry: a case study in ethnomedicine. Hist Psychiatr 1992; 3: 457-472
17. Faust D, Miner RA. The empiricist and his new clothes: DSM III in perspective. Am J Psychiatry 1986; 143: 962-967
18. Follette WC, Houts AC. Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM. J Cons Clin Psychol 1996; 64: 1120-1132
19. Follette WC, Houts AC, Hayes SC. Behaviour therapy and the new medical model. Behav Assesm 1992; 14: 323-343
20. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington DC, 1990, American Psychiatry Press
21. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in the "decade of the brain". Am J Psychiatry 1992; 149: 991-998
22. Goldstein J. Console and classify: the French psychiatric profession. Cambridge, 1987, Cambridge University Press
23. Grob GN. Origins of DSM I: a study in appearance and reality. Am J Psychiatry 1991; 148: 421-431
24. Grunbaum A. The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique. Berkeley, 1984, University of California Press
25. Guze S. Biological psychiatry: Is there any other kind? Psychol Med 1989; 19: 315-323
26. Harms E. The early historians of psychiatry. Am J Psychiatry 1957; 113: 749-752
27. Houts AC, Follette WC. Mentalism, mechanisms, and medical analogues: reply to Wakefield. J Cons Clin Psychol 1998; 66: 853-855
28. Houts AC. Fifty years of psychiatric nomenclature: reflections on the 1943 War Department Technical Bulletin, Medical 2003. J Clin Psychol 2000; 56: 935-967
29. Kandel ER. Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiologic research. N Engl J Med 1979; 301: 1028-1037
30. Kandel ER. From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety. Am J Psychiatry 1983; 140: 1277-1293
31. Kandel ER. Genes, nerve cells, and the remembrance of things past. J Neuropsychiatry Clin Neurosciences. 1989; 1: 103-125
32. Kendell RE. Relationship between DSM IV and ICD 10. J Abnorm Psychol 1991; 100: 297-301
33. Klein G. Psychoanalytic theory: an exploration of essentials. New York, 1976, International Universities Press
34. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago, 1970, University of Chicago Press
35. Marx OM. The beginning of psychiatric historiography in 19th century Germany. En Micale MS, Porter R: Discovering the history of psychiatry. Cap. 2. New York, 1994, Oxford University Press
36. Menninger WC. The role of psychiatry in the world today. En Hall BH: Selected papers on William Menninger: a psychiatrist for a troubled world. New York, 1967, Viking
37. Meyer A. The problems of mental reaction-type, mental causes and diseases. Psychol Bull 1908; 5: 245-261
38. Meyer A. The dynamic interpretation of dementia praecox. Am J Psychol 1910; 21: 385-403
39. Meyer A. The fourteenth Maudsley lecture: British influences in psychiatry and mental hygiene. J Ment Science 1933; 79: 435-464
40. Micale MS, Porter R. Discovering the history of psychiatry. New York, 1994, Oxford University Press
41. Micale MS. Paradigm and ideology in psychiatric history writing: the case of psychoanalysis. J Nerv Ment Dis 1996; 184: 146-152
42. Micale MS. On the disappearance of hysteria: a study in the clinical deconstruction of a diagnosis. Isis 1993; 84: 496-526
43. Pichot P. DSM-III and its reception. Am J Psychiatry 1997; 154: 47-54
44. Rapaport D, Gill M. The points of view and assumptions of metapsychology. Int J Psychoanal 1959; 40: 153-162
45. Sarason SB. An asocial psychology and a misdirected clinical psychology. Am Psychol 1981; 36: 827-836
46. Schacht TE. DSM III and the politics of truth. Am Psychol 1985; 40: 513-521
47. Schafer R. A new language for metapsychology. New Haven, 1976, Yale University Press
48. Seeley JR. The Americanisation of the unconscious. New York, 1967, International Science Press
49. Shorter E. A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac. New York, 1997, John Wiley & Sons
50. Starr P. The social transformation of American medicine. New York, 1982, Basic Books
51. Sullivan M. The history of psychiatric theories becomes self-aware. Curr Opin Psychiatry 1995; 8: 351-353
52. Valenstein ES. Blaming the brain: the truth about drugs and mental health. New York, 1998, The Free Press
53. Wakefield JC. DSM's theory-neutral nosology is scientifically progressive: a comment on Follette and Houts. J Cons Clin Psychol 1998; 66: 846-852
54. War Department. Nomenclature of psychiatric disorders and reactions: War Department Medical bulletin, Medical 203. J Clin Psychol 1946; 2: 289-296
55. Warne GE. An essay on contemporary dynamic psychiatry. Can J Psychiatry 1984; 29: 20-25
56. Warne G. Toward a clinical psychoanalytic theory. Psychiat J of the Univ of Ottawa 1981; 7: 30-43
57. Warne G. A critique of metapsychology. Psychiat J of the Univ of Ottawa 1980; 7: 39
58. Werman DS. The teaching of psychiatric history. Arch Gen Psychiatry 1972; 26: 287-289
59. Zilboorg G. A history of medical psychology. New York, 1967, Norton
60. Zimmerman M. Is DSM IV needed at all? Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 974-976

Aproximación no farmacológica para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos de demencia | *Behavioral and psychological symptoms of dementia: non pharmacological strategies*

Dr. Pablo Osores

Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital de Día, Hospital Italiano de Buenos Aires
E-mail: posores@gmail.com

Resumen

La presente revisión trata de investigar cuáles son las principales estrategias actuales para hacer frente a los síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD) desde una perspectiva no farmacológica. Este tipo de síntomas son un problema muy frecuente en los pacientes dementes con una prevalencia estimada de hasta el 92%. Resulta prioritario el tratamiento, ya que empeoran la evolución del cuadro demencial y dificultan la atención de los pacientes por parte de los cuidadores, aumentando la necesidad de institucionalización de los pacientes.

Palabras Clave

vejez – síntomas psicológicos y conductuales
- demencia

Abstract

This review tries to find out which are the main strategies to treat behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) from a non pharmacologic point of view.

These problems are common within dementia patients, up to 92 % of prevalence. To treat these symptoms becomes a priority because they tend to worsen the natural evolution of dementia, they make harder to take care of these kind of patients and are associated with an increase in the need of institutionalization.

Key words

old age – behavioral and psychological symptoms
- dementia

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Introducción

El síndrome demencial se caracteriza por el deterioro de la capacidad cognitiva de los individuos respecto de un nivel previo, manteniendo el nivel de conciencia. Con respecto a la clínica del cuadro, éste puede presentarse mediante la expresión de tres parámetros que el síndrome modifica en la vida de la persona afectada: síntomas que expresan el deterioro cognitivo, el deterioro funcional del paciente o síntomas comportamentales del cuadro.

Se consideran síntomas comportamentales, también llamados síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD), a aquellas conductas que, juzgadas inapropiadas, se presentan en el síndrome demencial y no se corresponden con trastornos cognitivos o de deterioro del nivel funcional. Éstas, además, se expresan mediante comportamientos que resultan disruptivos para el entorno del paciente y muchas veces generan sufrimiento en la persona enferma.

Otra definición útil de este tipo de síntomas es la utilizada por Cohen-Mansfield: “actividad inapropiada verbal o motora que no es juzgada por un observador externo como un resultado evidente de necesidades o de confusión del paciente”⁽¹⁾. Es decir, que la reacción del paciente es desmedida, exagerada o inadecuada y no tiene un desencadenante que la justifique en ese grado o de esa calidad.

El objetivo de este trabajo es revisar fuentes bibliográficas para aportar información respecto al manejo no farmacológico de estos cuadros.

Diferenciación clínica de los síntomas conductuales

Es importante reconocer que muchos síntomas conductuales en dementes no son síntomas específicos de demencia, sino que pueden ser cuadros agregados a partir de una afeción comórbida. De ahí la importancia de efectuar una revisión profunda de cada paciente con deterioro cognitivo que comienza a presentar conductas disruptivas. Se pueden deber a cuadros generados por sustancias (medicamentos, tóxicos), por enfermedades clínicas o trastornos psiquiátricos agregados.

En los casos de conductas inapropiadas en los que no es posible identificar claramente una causa específica que se agregue al deterioro cognitivo se presupone que la presentación de este tipo de síntomas es una consecuencia de la interrelación del entorno del enfermo con una predisposición del mismo paciente debido a la progresión de la misma demencia⁽²⁶⁾.

Etiopatogenia de SCPD

Siguiendo a la Dra Cohen-Mansfield⁽¹⁵⁾, existen tres modelos teóricos utilizados para explicar los SCPD: 1. las “necesidades insatisfechas”, 2. un modelo conductual de aprendizaje y, 3. un modelo de vulnerabilidad ambiental o umbral al estrés reducido.

El modelo que se aplica con mayor frecuencia y que sirvió para desarrollar la mayoría de las intervenciones no farmacológicas es el de las “necesidades insatisfechas”. Este modelo surge a partir de la observación de que los pacientes con deterioro de su capacidad cognitiva son, en ocasiones, incapaces de expresar con éxito situaciones, afectos o necesidades básicas, debido a una combinación de déficits perceptivos, dificultades en la comunicación y a una incapacidad para manipular el ambiente en el que se encuentran⁽¹⁵⁾. Los pacientes “formulan sus peticiones” de manera inapropiada, como por ejemplo con llamadas perseverantes, preguntas incesantes, quejidos, gritos, agresión física o verbal, etc. Las intervenciones derivadas a partir

de este modelo tienden a proporcionar aquellas necesidades que los pacientes no pueden proveerse ni solicitar.

Respecto al segundo modelo teórico, aquel de la relación entre conducta y aprendizaje, este modelo supone que existe una relación entre los antecedentes del sujeto, su conducta actual y los resultados de esa conducta como reforzadores. Entonces, muchos problemas de conducta en dementes son reforzados por los propios cuidadores que les prestan atención a los pacientes sólo en presencia de estos síntomas. Se propone entonces una serie de medidas de cambio de tipo de reforzadores.

De acuerdo al último de los modelos teóricos, existiría una mayor reactividad de los pacientes al medio ambiente y un descenso en su capacidad de afrontar situaciones de estrés. Los pacientes dementes habrían perdido sus capacidades de adaptación. Frente a esta dificultad, se vuelven dependientes del entorno. Por esto son más sensibles a cambios de ambiente y de cuidados. Las intervenciones que surgen a partir de esta base teórica intentan mantener un entorno tranquilizador y relajante para los pacientes con intervenciones tales como aromaterapia, música ambiental, características edilicias, etc.

Estos modelos no son mutuamente excluyentes. De hecho, más de un modelo puede ser aplicado a la misma conducta o para explicar la misma intervención.

Tipos de SCPD

La expresión de distintos tipos de síntomas conductuales en diferentes pacientes depende del balance entre tres elementos: características predisponentes del paciente (hábitos aprendidos, personalidad, etc.), eventos de vida que se susciten y la condición actual de la persona enferma (su estado físico y mental, el ambiente en el que se encuentra, etc.)⁽¹⁵⁾.

De acuerdo a la clasificación de Cohen-Mansfield^(13,15), los síntomas psicológicos y comportamentales de las demencias se pueden englobar en el término general de "agitación" y se pueden clasificar de la siguiente manera:

Conductas agresivas verbales

- Insultar
- Gritar
- Ruidos extraños
- Maldecir

Conductas agresivas físicas

- Patear
- Golpear
- Empujar
- Arañar
- Agarrar cosas o personas
- Morder

Conductas no agresivas verbales

- Preguntas o pedidos persistentes
- Llamados
- Negativismo
- Órdenes
- Quejas permanentes
- Interrupciones
- Perseverancias

Conductas no agresivas físicas

- Inquietud
- Manierismos
- Manipuleo de objetos en forma inapropiada
- Ocultar cosas
- Vestirse en forma inapropiada
- Vagabundeo
- Apatía
- Negativismo
- Insomnio

Tratamiento de los SCPD

Existen muchas dificultades técnicas para medir la efectividad de las medidas no farmacológicas para el tratamiento de síntomas de demencia. Sin embargo últimamente ha crecido la evidencia que apoya este tipo de intervención. Un metaanálisis demostró la eficacia de éstas para reducir la agitación⁽²⁾; otro estudio mostró los beneficios estadísticamente significativos de la luminoterapia⁽¹⁾ y otro de los programas estructurados de actividad diaria⁽¹⁷⁾.

Los programas que utilizan medidas no farmacológicas para tratar SCPD comienzan a expandirse teniendo en cuenta las evidencias que desaconsejan la utilización de la farmacoterapia (especialmente de los antipsicóticos) en pacientes dementes, excepto para tratar aquellos SCPD que conlleven riesgos^(4,31).

Teri y Logsdon recomiendan el siguiente esquema de manejo⁽³¹⁾:

1. Identificar el SCPD objetivo (Debe priorizarse uno por vez).
2. Reunir la mayor información posible relacionada con el síntoma específico. Es importante saber cuándo, cuán a menudo, con quién.
3. Conocer qué pasa antes y después de la conducta.
4. Fijar objetivos realistas.
5. Planificar el tratamiento. Resulta relevante la colaboración y el estímulo de los pacientes y de cuidadores. Tener paciencia, anticipar dificultades y ofrecer otros cursos de acción a los cuidadores.
6. Estimular a los cuidadores a recompensarse por la tarea.
7. Reevaluar y modificar los planes permanentemente.

La actitud empática hacia los pacientes también forma parte del tratamiento no farmacológico de los SCPD y de la prevención de la aparición de nuevos desordenes conductuales. Resulta relevante expresar preocupación y cuidado por los pacientes y permanecer con ellos hasta que se calmen.

Para que las intervenciones tengan un impacto significativo deben estar diseñadas para que sean fácilmente entendibles y ejecutables por los cuidadores y familiares.

Tipos de intervenciones no farmacológicas

Muchas medidas no farmacológicas para el tratamiento de los SCPD no apuntan al tratamiento específico de un tipo de síntoma, sino a la disminución general del grado de agitación del paciente. Aquí se trata de describir los tipos de intervenciones, siguiendo la clasificación de la *Internacional Psychogeriatric Association*⁽²⁰⁾.

Intervenciones ambientales

Fundadas en el hecho que el individuo con demencia no puede adaptarse a los cambios del medio por lo que resulta útil que el medio se adapte al paciente. El ambiente ideal para el paciente demente consiste en uno que sea familiar, constante y no-estresante⁽²⁰⁾.

Intervenciones ambientales físicas

1. Resulta preferible el uso de luces tenues y paredes pintadas de colores suaves. Evitar estridencias, y los ambientes sobrecargados que resultan sobreestimulantes. Evitar los cambios en la casa.
2. El uso de alfombras resulta positivo para evitar los ruidos no constantes, que resulten irritantes, como los timbres o teléfonos.
3. En pacientes que tienen dificultades posturales o de marcha resulta apropiado proveerles camas bajas para evitar accidentes, especialmente si el paciente sufre insomnio. Otra posibilidad en estos casos es sembrar el piso de almohadones o ajustar las sábanas a la cama, luego de que el paciente se acueste^(6, 8).
4. Música de fondo suave, permanente y de la preferencia del paciente.
5. Utilización de ruido blanco para reducir el grado de agitación y de síntomas comportamentales en general⁽³⁾.
6. Agregar barreras visuales para evitar fugas.
7. Evitar espejos (que pueden resultar confusos).
8. Eliminar los estímulos extraños si resultan excitatorios o confusores como la televisión o la radio⁽²⁰⁾.
9. Visitas programadas de los familiares en horario habitual y de un número reducido de personas.
10. Eliminar objetos que puedan ser peligrosos en cuadros de agitación.
11. Favorecer el acceso a sitios especiales del interior o del exterior de la vivienda para permitir la deambulación cuidada.
12. Mantener una luz tenue encendida durante la noche para disminuir la confusión y la agitación.
13. Promover la exposición a luces brillantes, especialmente durante la mañana, como la luz solar o la terapia lumínica. Esto ha sido corroborado en varios estudios como método que reduce el grado de agitación, de SCPD y de desorden en el ciclo sueño-vigilia^(21, 22, 25).
14. Mantener una temperatura agradable y constante en el domicilio del paciente.
15. Reducir todo tipo de contención física (chaleco, sujeciones, silla, barandas, etc.) ya que suelen aumentar el nivel de agitación del paciente⁽⁵⁾. Se podría disminuir la necesidad de las contenciones físicas individualizando el tratamiento⁽⁷⁾.

Intervenciones ambientales temporales

1. Intentar realizar los actos relacionados con el cuidado o con las actividades diarias de los pacientes de la forma más previsible y rutinaria posible.
2. Es importante que el tiempo de exposición por día a la luz solar o muy brillante sea suficiente⁽²⁸⁾.
3. La elaboración de programas diarios de actividad física, como

las caminatas programadas contribuirían al mantenimiento de los ritmos circadianos⁽³⁴⁾.

4. Medidas de higiene del sueño: mantener horarios fijos de comidas, de acostarse y de despertarse. Utilización de la cama sólo para dormir, evitar ciertos medicamentos cerca del horario de dormir, evitar la cafeína, alcohol y nicotina, disminuir el consumo de fluidos por la noche, minimizar los ruidos y las luces durante la noche.
5. No está demostrado que la privación de sueño diurna mejore el descanso nocturno de los pacientes dementes.

Intervenciones sobre déficit sensoriales

1. Déficit visual. Algo muy frecuente en pacientes añosos. Es importante el cuidado oftalmológico y el mantenimiento de ambientes luminosos, sin desniveles en el suelo y estables. Muy relevante en el tratamiento de alucinaciones visuales.
2. Déficit auditivo. Suele ser una de las principales causas de agitación y de cuadros catastróficos en pacientes dementes, también de alucinaciones e ilusiones auditivas que los pueden impulsar a tener conductas inapropiadas o paranoia. El aporte de aparatos para mejorar la audición disminuye esta clase de síntomas.

Intervenciones nutricionales

Casi todos los pacientes dementes bajan de peso⁽²⁰⁾. Esto suele empeorar todos los síntomas del cuadro, como percepciones anormales, paranoia, apatía, negativismo, conductas agresivas.

1. Mantener el horario de comida lo más estable posible.
2. Preparar bocadillos que se puedan comer a cualquier hora, para aprovechar los episodios de voluntad de ingesta.
3. Prestar atención a los gustos previos de los pacientes.

Intervenciones conductuales

En ocasiones este tipo de intervenciones persigue la adaptación de la conducta del paciente al ambiente en el que vive, mediante diversos estímulos, pero en otras se trata de adaptar el ambiente a la conducta del paciente para que ésta ya no sea tan inapropiada⁽⁵⁾.

Las intervenciones conductuales pueden ser útiles en el tratamiento de síntomas comportamentales y de las alteraciones y trastornos que los pueden promover. En todos los casos es prioritario mantener el nivel de estímulo de los cuidadores y tratar de individualizar las medidas para cada paciente^(31, 32).

Algunas estrategias recomendadas

Para sintomatología depresiva:

1. Estimular las actividades que el paciente demente disfruta o disfrutaba previo al inicio de los síntomas. Confirmar, con el paciente, que realmente disfrute estas actividades.
2. Intentar aumentar el tiempo de compañía con quien disfrute estar acompañado.
3. Estimular al paciente a que hable acerca de cuestiones agradables.

Para agitación y conductas agresivas manifiestas:

Es importante actuar lo más rápidamente posible para evitar la instalación del cuadro. Si es posible hay que prevenir el trastorno de conducta. Evitar situaciones, y personas, que puedan resultar provocadoras. Utilizar en todo momento una voz tranquila, calma y reconfortante. Aproximarse solo por el frente del paciente. Evitar discutir o intentar razonar con pacientes agitados. Dentro de lo posible, también evitar la contención física. Hay que enfatizar a los cuidadores la necesidad de buscar asistencia inmediatamente en el caso de verse o sentirse en peligro.

1. Distracción. Se puede intentar modificar la conducta llevando el interés del paciente a otro tema, especialmente en pacientes con cuadros de demencia avanzados.
2. Permitir que el paciente exprese sus ideas. Hablarles mientras se mantiene contacto visual. Escucharlos activamente. La sensación de que se les presta atención suele calmar a los pacientes.
3. Utilizar música (especialmente, tranquila y apaciguadora, que sea del gusto previo del paciente).
4. No usar la agresión o amenazar. El aumento de la tensión percibida por el paciente suele desencadenar violencia.
5. Reforzar y estimular la conducta y las interacciones no violentas. Recompensar logros en este sentido con comida o con privilegios diferentes, masajes u otras intervenciones.
6. Estimular la autonomía del paciente. Con frecuencia la conducta violenta resulta de un sentimiento de los pacientes de verse invadidos.
7. Promover el ejercicio físico regular y cotidiano ayuda a controlar y a canalizar las energías de los pacientes.
8. Utilizar audio o video de los familiares del paciente.
9. Masajear las manos.
10. Mantener contacto físico con los pacientes.
11. Aromaterapia.

Para vagabundeo:

Descartadas las causas secundarias de vagabundeo (acatisia, depresión, agitación general) podemos pensar en que el paciente está desorientado, aburrido, necesitando alejarse de una situación estresante o buscando objetos, lugares o personas cuyo paradero ha olvidado⁽⁹⁾.

Algunas estrategias posibles son:

1. Siempre que la seguridad del paciente no se vea comprometida el vagabundeo del paciente puede ser permitido. Asegurar un calzado cómodo y silencioso.
2. Recordar con frecuencia a los pacientes dónde están y por qué.
3. Paseos por el exterior de las viviendas. Utilizar ambientes interiores o exteriores, donde el paciente pueda caminar sin peligro.
4. Lograr que se adapten lo suficientemente bien a un lugar como para evitar el vagabundeo con intención de escape.
5. Si puede seguir instrucciones una estrategia es que lleve tarjetas con instrucciones para regresar al hogar.
6. Uso de brazaletes, alarmas o tarjetas identificatorias para pacientes que se alejan de sus casas.

Para preguntas, llamados y conductas repetitivas:

1. Algunos pacientes pueden agitarse al ignorarse estos llamados, otros pueden dejar de hacerlos.
2. Aportar objetos para el manipuleo repetitivo.
3. Prestar atención selectiva a conductas más adaptativas.
4. Delantal para pacientes con manipuleo de ropas con bolsillos, cierres y botones⁽⁵⁾.
5. Aportar tareas repetitivas y específicas a los pacientes.
6. En ocasiones, frente a la perseverancia de los pacientes, ésta cede únicamente ante el acuerdo de los cuidadores. Por ejemplo, afirmándole al paciente que su familiar o amigo fallecido efectivamente vendrá mas tarde.

Para conducta sexual inapropiada:

Se trata de un tipo de síntoma que resulta muy perturbadora para los cuidadores. Es importante verificar que no se trate de que no pueden vestirse solos o de que se toquen los genitales por prurito, o *discomfort*. Reaccionar calmadamente, evitar confrontaciones y actuar de manera en que el paciente pueda entender que su conducta no es aceptada.

1. Frente a proposiciones al personal o a familiares rechazarlas informalmente y de manera tranquila. Tratar de distraerlos y evitar reacciones desmedidas.
2. Si se desviste en público, cambiar el tipo de vestimenta, con cierres o botones por detrás, por ejemplo.
3. En caso de masturbación en público distraer al paciente y cambiarlo de sitio.

Intervenciones recreacionales y sociales

Una de las intervenciones no farmacológicas más extensamente estudiadas y con mayor nivel de evidencia a favor de su efectividad en el tratamiento de los SCPD es la utilización de programas de actividades diarias recreativas o de ejercicios para estructurar el día del paciente⁽¹⁷⁾. Sería especialmente efectiva la utilización de ejercicios suaves durante las horas diurnas. Los beneficios se amplían al tener en cuenta que se preservan capacidades cognitivas y funcionales. Se aporta, además un ambiente que propicia la socialización.

Algunas terapias son las de reorientación, musicoterapia (la más estudiada), recordatorias, validación de aspectos de realidad, actividades religiosas (pensadas como actividad terapéutica), terapia de arte, terapia de movimiento⁽¹⁴⁾.

En el nivel más básico del aporte de una intervención de apoyo social aporta a la necesidad insatisfecha de “soledad”, muy frecuente en pacientes mayores. También se han ensayado el aporte de presencia familiar simulada, mediante grabaciones de conversaciones de familiares, ya sea mediante audio o video⁽¹⁴⁾. Esta última estrategia resulta más efectiva en pacientes con deterioro más pronunciado.

Otro aporte en el contacto social es el de la zooterapia que en pacientes mayores ha sido más estudiada con perros. Este tipo de medida resultó ser bastante efectiva para reducir el nivel de agitación pero sólo durante la presencia de aquellos⁽¹¹⁾.

Musicoterapia

Se sabe que la música, en términos generales, reduce la ansiedad. Esta reducción se mantendría hasta bien avanzada la enfermedad de Alzheimer debido a que el neocórtex está involucrado en la memoria musical y en la coordinación, y resulta ser uno de los últimos sitios afectados por la enfermedad. La música más efectiva en reducir la ansiedad suele ser aquella de predominio del aspecto melódico, donde la percusión no sea muy marcada, del país del paciente, de su adolescencia y relacionada con los gustos del paciente⁽¹⁸⁾.

Dentro de los beneficios de la musicoterapia en pacientes demenciales se conocen: reducción de la ansiedad, inquietud, hostilidad e inducción del sueño.

Algunas técnicas utilizadas son: música de fondo, tipo acompañamiento (sería útil asociar una actividad con una canción o un estilo de música particular), moverse o bailar con la música.

Intervenciones psicológicas

Psicoterapia individual

Sería efectiva especialmente en pacientes afectados de demencia leve o moderada cuando aún está mantenida la capacidad de comprensión, y empatía afectiva. Resultaría útil para ayudar a estructurar la vida de los pacientes, a realizar duelos por sus capacidades perdidas, a involucrarse en actividades que el paciente sí puede realizar, a mantener un vínculo afectivo con el terapeuta que ayude a lo largo de la evolución del deterioro.

Psicoterapia familiar

La función de la terapia en el acompañamiento y cuidado de un paciente con una enfermedad crónica y progresiva resulta un aspecto. En el caso de la demencia a lo antes planteado, se suma la importancia del acompañamiento a los familiares que cursan du-

rante la vida del paciente el duelo por haber perdido una figura que dé referencia. Se percibe y se convive con el deterioro y con la modificación de conductas y de la personalidad del paciente. Los familiares pueden reaccionar con pánico, negación o aceptación automática. Requieren información, apoyo, y técnicas para tratar con las situaciones que se van planteando.

Psicoterapia grupal

Se sabe que, especialmente los pacientes con deterioro cognitivo leve a moderado, se benefician del contexto de compartir con otros individuos que enfrentan una problemática similar.

Conclusiones

El nivel de efectividad de las medidas no farmacológicas en el tratamiento de SPCD no presenta tanto respaldo como el de las farmacológicas. Esto se debe a dificultades en el diseño de estudios apropiados y a menor estímulo en efectuarlos. Sin embargo una cantidad cada vez mayor de estudios se han ido acumulando y aportan a justificar el uso de este tipo de medidas. Sí se sabe que cada medida por separado tiene un pequeño impacto en el tratamiento global, aunque este "pequeño impacto" puede significar un gran avance en el cuidado de un paciente con una enfermedad crónica, irreversible y progresiva⁽²⁶⁾. A esto se agrega la posibilidad de implementar más de una medida concomitante con la intención de generar una "suma" de efectos.

Otro concepto importante, a la hora de utilizar medidas no farmacológicas es que éstas deben ser a la medida de cada paciente. Es de suma importancia, de acuerdo a los diferentes estudios que el tratamiento sea individualizado. Muchas veces se hace necesario apelar a la creatividad. Abriéndose, de esta manera toda una serie de oportunidades de tratamiento y de alivio para los pacientes con SPCD, y para sus familiares.

Bibliografía

1. Ayalon L, Gum A, Feliciano L, Areán P: "Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for the Management of Neuropsychiatric Symptoms in Patients With Dementia": Arch Intern Med. 2006;166:2182-2188
2. Brodaty H, Green A, Koschera A: "A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia." J Am Geriatr Soc. 2003 May;51(5):657-64.
3. Burgio L, Scilley K, Hardin J, Hsu C, Yancey J: "Environmental "white noise": an intervention for verbally agitated nursing home residents" J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1996 Nov;51(6) 364-73.
4. Bustin J: "Antipsicóticos atípicos y el CATIE-AD ¿Un antes y un después?" Vértex Rev. Arg. de Psiquiat. 2009 Vol XX: 136-143.
5. Camp C, Cohen-Mansfield J, Capezuti E: "Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia" Psychiatr Serv. 2002 Nov;53(11):1397-401.
6. Capezuti E, Talerico K, Strumpf N, et al: "Individualized assessment and intervention in bilateral siderail use" Geriatric Nursing 1998 19:322-330.
7. Capezuti E, Strumpf N, Evans L, Grisso J, Maislin G: "The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents" J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1998 Jan;53(1):47-52.
8. Capezuti E, Talerico K, Cochran I, et al: "Individualized interventions to reduce falls from bed and bilateral siderail use" Journal of Gerontological Nursing 1999 25:26-34.
9. Carlson D, Fleming K, Smith G, Evans J: "Management of Dementia-Related Behavioral Disturbances: A Nonpharmacologic Approach" Mayo Clin Proc. 1995 Nov;70(11):1108-15.
10. Chen S, Cummings J: "Tratamiento de los trastornos conductuales en la demencia". En: Mangone C, Allegri R, Arizaga R, Ollari J, editores. "Demencia, enfoque multidisciplinario" Buenos Aires, Pólemos, 2005. p 509-521.
11. Churchill M, Safaoui J, McCabe B, Baun M: "Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease" J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1999 Apr;37(4):16-22.
12. Cohen-Mansfield J, Billig N: "Agitated behaviors in the elderly, a conceptual review" J Am Geriatr Soc. 1986 Oct;34(10):711-21.
13. Cohen-Mansfield J: "Conceptualization of agitation: Results based on the Cohen-Mansfield agitation inventory and the agitation behavior mapping instrument" Int Psychogeriatr 1996, 8 (3): 309-15
14. Cohen-Mansfield J, Werner P: "Management of verbal disruptive behaviors in nursing home residents" J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1997 Nov;52(6):369-77.
15. Cohen-Mansfield J: "Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviours in dementia" Am J Geriatr Psychiatry. 2001 Fall;9(4):361-81.
16. Cohen-Mansfield J: "Nonpharmacologic Interventions for Psychotic Symptoms in Dementia" J Geriatr Psychiatry Neurol. 2003 Dec;16(4):219-24.
17. Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx M: "Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention" J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Aug;62(8):908-16.
18. Gerdner L: "Music, art, and recreational therapies in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia" Int Psychogeriatr 2000; 12 (Suppl 1):359-366.

-
19. Hogan D, Bailey P, Black S, Carswell A, Chertkow H, Clarke B, et al.: "Diagnosis and treatment of dementia (part 5): Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia" *CMAJ* 2008;179(10):1019-26.
 20. Internacional Psychogeriatric Association: "Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Educational Pack." 2002.
 21. Lovell B, Ancoli-Israel S, Gevirtz R: "Effect of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects" *Psychiatr Res* 1995; 57:7-12.
 22. Lyketsos C, Lindell Veiel L, Baker A, Steele C: "A randomized, controlled trial of bright light therapy for agitated behaviors in dementia patients residing in long-term care" *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Jul;14(7):520-5
 23. Matusevich D, Ruiz M, Vairo C, Finkelsztein C: "Síntomas conductuales y psicológicos en los pacientes con demencia" *Evidencia en atención primaria*, 2002 6 (5): 177-79.
 24. Mc Gonigal-Kenney M, Schute D: "Nonpharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions" *J Gerontol Nurs*. 2006 Feb;32(2):9-14.
 25. Mishima K, Okawa M, Hishikawa Y, Hozumi S, Hori H, Takahashi K: "Morning bright light therapy for sleep and behavior disorders in elderly patients with dementia" *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Jan;89(1):1-7.
 26. Taragano F, Lyketsos C: "Trastornos del comportamiento en las demencias" En: Mangone C, Allegri R, Arizaga R, Ollari J, editores. "Demencia, enfoque multidisciplinario" Buenos Aires, Polemos, 2005. p 545-574.
 27. Opie J, Rosewarne R: "The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review" *Aust N Z J Psychiatry*. 1999 Dec;33(6):789-99.
 28. Satlin A, Volicer L, Ross V, Herz L, Campbell S: "Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease" *Am J Psychiatry*. 1992 Aug;149(8):1028-32
 29. Slachevsky A, Fuentes P: "Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica" *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1242-1251
 30. Szulik J: "Síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias. Nuevas líneas de investigación" *Vértex Rev Arg. de Psiquiat*. 2001, Vol XII: 107-118.
 31. Teri L, Logsdon R: "Assessment and management of behavioral disturbances in Alzheimer's disease" *Compr Ther*. 1990 May;16(5):36-42.
 32. Teri L, Rabins P, Whitehouse P, Berg L, Reisberg B, Sunderland T, et al: "Management of behavior disturbance in Alzheimer disease: current knowledge and future directions" *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1992 Summer;6(2):77-88.
 33. Teri L, Logsdon R, McCurry S: "Nonpharmacologic treatment of behavioral disturbance in dementia" *Med Clin North Am*. 2002 May;86(3):641-56.
 34. van Someren E, Mirmiran M, Swabb D: "Non-pharmacological treatment of sleep and wake disturbances in aging and Alzheimer's disease: chronobiological perspectives" *Behav Brain Res* 1993; 57:235-253.

Indicadores de riesgo que facilitan el diagnóstico temprano en Trastornos de la Conducta Alimentaria. | *Risk indicators that facilitate early diagnosis of eating disorders*

Dr. Omar A. Alva Lilué

Coordinador Asistencial del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Psiquiatra de Planta del Hospital Argerich. Director de CETAL (Centro de Excelencia en Trastornos Alimentarios). Miembro Fundador del Capítulo de Cognitivismo, Conductismo y Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Profesor Regular Adjunto de Neurociencias III, Carrera de Especialización en Psiquiatría, Universidad Católica Argentina (UCA).
E-mail: contactocetal@gmail.com

Dr. Sebastián H. Cukier

Psiquiatra de Planta del Servicio de Hospital de Día del Hospital Tobar García y Psiquiatra del Instituto FLENI, sede Escobar.
E-mail: sebastiancukier@hotmail.com
scukier@fleni.org.ar

Resumen

Objetivos: Identificar conductas, signos u otras variables que puedan ser observables por los profesionales en contacto con potenciales pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, para que puedan tomar alguna conducta preventiva y/o realizar la derivación pertinente a un Equipo interdisciplinario especializado en el tratamiento de estas patologías. **Fuentes:** Se buscó en las bases de datos PubMed y PsycINFO usando las palabras clave “prevención” “trastornos de la conducta alimentaria” y “detección” (en inglés). Después, los abstracts y títulos resultantes fueron revisados para constatar si tenían información pertinente, al igual que las referencias de los artículos leídos para identificar otros artículos relevantes. Se consultaron también capítulos de libros y revisiones para obtener información general.

Palabras Clave

Trastornos de la Conducta Alimentaria, prevención, detección, factores de riesgo, vulnerabilidad.

Abstract

Objectives: Identify behaviours, signs or other variables that could be observed by the professionals in contact with patients in risk of developing Eating Disorders, for them to be able to make a preventive intervention and/or try to refer to a specialized interdisciplinary service. **Sources:** PubMed and PsycINFO data bases were searched using the key words: “prevention”, “Eating Disorders” and “detection”. After that, the resulting abstracts and titles were revised to determine if the information was relevant. Then the references of the read articles were checked to identify other relevant articles. Chapters of books and revisions were also consulted to obtain general information.

Key words

Eating Disorders, detection, prevention, risk factors, vulnerability

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Introducción

La prevención y el tratamiento precoz de los trastornos psiquiátricos en general, dependen en parte de la identificación de factores de riesgo causales modificables. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), así como otros trastornos frecuentes en la adolescencia, suelen detectarse tardíamente. La prevalencia de signos de alerta a edades tempranas y las consecuencias individuales y familiares, a corto y a largo plazo de estos trastornos, justifican la detección y el diagnóstico precoces^(1,38). La identificación y el tratamiento precoces mejoran el pronóstico de estas complejas condiciones. Si se detecta tempranamente a un individuo que ha llevado una dieta estricta por mucho tiempo, usualmente puede prevenirse que desarrolle un TCA, como se describe en diversos trabajos^(14, 28, 40). Inclusive han sido identificados diversos factores de riesgo modificables y se evaluaron intervenciones que pueden reducirlos tempranamente^(ver por ejemplo 1, 49). Aproximadamente un 80% de las adolescentes mujeres expresan el deseo de perder peso, aún aquellas con peso normal o bajo peso. Entre ellas, muchas comienzan una dieta, algunas la completan, un número menor realiza dietas en exceso, o bien perdiendo demasiado peso o utilizando métodos poco saludables para lograrlo, y dentro de este grupo, algunas desarrollan un TCA temprano. De no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, estas situaciones suelen permanecer e incrementar su sintomatología a lo largo de la adolescencia, provocando dificultades que pueden mantenerse en la vida adulta⁽¹⁴⁾. Es importante considerar el hecho de que la Anorexia Nerviosa es la enfermedad más letal de la Psiquiatría, con una mortalidad de alrededor del 5.6 % por década de enfermedad^(2, 47).

Pocos pacientes consultan espontáneamente por conductas alimentarias patológicas. En algunos casos ni siquiera reconocen sus problemas alimentarios como patológicos⁽³³⁾. Inclusive muchos pacientes con características anoréxicas rechazan la ayuda que se les ofrece y pacientes con bulimia sufren frecuentemente de culpa y vergüenza⁽³⁾ o niegan sus síntomas⁽⁵⁵⁾. A esto se suma que muchos pacientes que realizan conductas de riesgo, o aún pacientes con TCA, pueden estar funcionando muy bien en algunas o en todas las otras esferas de la vida. En un estudio gubernamental realizado en Estados Unidos en el año 2000, se describe que un 9% de las adolescentes reportó vómitos autoinducidos o uso de laxantes para controlar su peso⁽²²⁾. A su vez, entre un 35 y un 45% de las adolescentes reportan dificultades para controlar su peso, se ven a sí mismas demasiado gordas o aspiran a ser más delgadas⁽²⁴⁾. Esto hace que sea importante que cualquier profesional médico que atienda a estas adolescentes conozca y detecte los síntomas relevantes para posibilitar intervenciones terapéuticas tempranas. A su vez, pueden identificarse estresores familiares cuyo abordaje podría facilitar la prevención o eventualmente la recuperación de los afectados⁽⁵³⁾.

Existen en la comunidad diferentes niveles en los cuales pueden identificarse conductas que constituyen posibles factores de riesgo. Hay muchos trabajos sobre medidas y programas de detección temprana y prevención en ámbitos escolares^(8, 15, 50, 54), en distintos niveles de atención primaria de la salud- incluyendo enfermeros⁽²⁹⁾, clínicos y endocrinólogos⁽⁴²⁾, ginecólogos⁽⁵⁵⁾, dentistas⁽⁹⁾, etc.; también en medios de comunicación masiva como Internet (ver 20 y 49 como ejemplos), videograbaciones^(22, 51), etc.

Se mencionan en la bibliografía múltiples “factores de riesgo” para el desarrollo de TCA que pueden rastrearse precozmente ayudando a prevenir dichos síndromes. A su vez, algunas actitudes que constituyen factores de riesgo de TCA, pueden de por sí tener consecuencias psicológicas y físicas deletéreas. Pueden generar baja auto confianza y autoestima, y favorecer el aislamiento como en el caso de la insatisfacción con la imagen corporal; o en el caso de los vómitos autoprovocados, pueden generar erosión dental, rotura de esófago y otros problemas médicos⁽³²⁾ a pesar de no llegar a conformar un TCA.

Síntesis de datos hallados: Factores de riesgo, señales de alarma y conductas asociadas a TCA

Sociales y Culturales: La presión social para tener un cuerpo más delgado, asociado a otros factores psicológicos, predice el desarrollo de síntomas de TCA en la adolescencia tardía^(19, 23, 31, 46). Se describe también la mayor incidencia de TCA ante la presencia de amigos consumidores de drogas ilegales⁽³⁸⁾, y algunas influencias específicas de los medios de comunicación masiva: existe discusión sobre el rol de los medios en la exacerbación del deseo de ser delgado y la presión para hacer dietas cada vez desde más temprana edad^(14, 50). También sería factor de riesgo la escasa adaptación al medio social⁽⁴⁹⁾, los ideales de delgadez y concepción de salud y enfermedad en la cultura⁽²⁷⁾; algunos programas de prevención en las escuelas, que produjeron efectos dañinos como aprendizaje de síntomas⁽⁴³⁾. También los intentos de prevención contra la creciente epidemia de obesidad podrían terminar aumentando los casos de TCA⁽¹⁴⁾. Así como la gran presión por parte de los compañeros de los colegios para adelgazar⁽¹⁾ o el recibir burlas por el peso⁽¹⁷⁾. Stice y col, en un trabajo de seguimiento, describen cómo las niñas vulnerables, ya preocupadas por su peso y figura, aumentan su preocupación al exponerse a las influencias mediáticas⁽⁴⁵⁾.

Familiares: La alta insatisfacción de los padres con su cuerpo (asociado con sobrepeso de los padres), la preocupación de los padres con el peso de la niña, las intervenciones de los padres para controlar el peso de las niñas en la infancia tardía (8-9 años), las burlas de los familiares, las horas de televisión que mira la niña por día (posiblemente relacionado con la influencia de los medios en la visión del peso y la figura), los controles parentales impuestos a los niños respecto de la alimentación (por ejemplo limitando la cantidad de comida a los 3 a 5 años de edad), son factores mencionados por Agras W y col⁽¹⁾ como factores de riesgo indirectos para desarrollar Bulimia Nerviosa y Trastornos por Atracones en la adolescencia tardía. Es posible que los padres preocupados por su propio peso y figura, sean hipersensibles al peso y figura de sus hijas y expresen desaprobación del sobrepeso directa o indirectamente. Varios trabajos sugieren la importancia de las influencias maternas en la actitud frente al peso y la figura de sus hijas (ver por ejemplo 11 y 30). Otros autores mencionan: Antecedentes psiquiátricos familiares positivos, un trabajo menciona 46% de incidencia de familiares con trastornos psiquiátricos en pacientes con TCA⁽¹³⁾. La historia familiar de Obesidad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Alcoholismo y otros Trastornos Relacionados con Sustancias son mencionados con frecuencia⁽³⁸⁾. También se mencionan: diversas actitudes parentales como la alta frecuencia de comentarios negativos de los familiares sobre el peso, la figura, la alimentación^(7, 48, 49, 52); padres con alta insatisfacción con su imagen corporal y excesiva búsqueda de la delgadez⁽¹⁾; excesivo control de la alimentación del hijo y gran presión para adelgazar⁽¹⁾; y características familiares de excesivo involucramiento con los hijos⁽¹⁴⁾. Los familiares femeninos de primer grado de pacientes con TCA tienen mayor frecuencia de TCA que los parientes de los controles⁽²⁶⁾.

Genéticos: Los estudios de carga familiar y con gemelos sugieren un fuerte componente genético en el desarrollo de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa^(4, 5) pero no se conoce con precisión cuáles son las vulnerabilidades que se transfieren ni los mecanismos a través de los cuales contribuyen a la patogénesis de los TCA. Es probable que vulnerabilidades genéticas mediadas por alteraciones en diversas reacciones químicas puedan jugar un rol. Se describen alteraciones hormonales como las de grelina, leptina o melanocortina y algunos loci relacionados entre otros con genes para receptores de serotonina⁽¹⁴⁾. La descripción de dichos factores va más allá de los objetivos de este trabajo. Características conductuales específicas que podrían

indicar un fenotipo particular y que amerita atención incluyen: perfeccionismo, síntomas obsesivos asociados con simetría y compulsiones asociadas con acumulación y ordenamiento durante la infancia⁽¹³⁾.

Psiquiátricos: Antecedentes de Trastornos de Ansiedad (en especial el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el Trastorno por Ansiedad Social y el Trastorno por Estrés Postraumático)⁽¹³⁾, Trastornos Depresivos y Trastornos Relacionados con Sustancias son más comunes en personas con TCA⁽⁵³⁾. También el Trastorno Límite de la Personalidad. La presencia de Trastorno de la Personalidad en general es más la regla que la excepción en los pacientes con TCA; los individuos con Anorexia Nerviosa Subtipo Restrictivo presentan mayor incidencia de Trastornos de Personalidad del clúster C (sobre todo Obsesivo Compulsivo y Evitativo) mientras que en los pacientes con síntomas bulímicos (pacientes con Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa Subtipo Compulsivo Purgativo) predominan los rasgos impulsivos del clúster B (sobre todo Límite, Histriónico y Narcisista)^(15, 53). Los Trastornos de Ansiedad en la infancia frecuentemente preceden el inicio de un TCA en esa etapa de la vida; la extensión de la incidencia de Trastorno por Estrés Postraumático en los pacientes con Bulimia Nerviosa sugiere una asociación entre trauma infantil, sobre todo abuso sexual, y aquel trastorno⁽⁵³⁾. Una historia infantil de rasgos obsesivos como el perfeccionismo excesivo, la rigidez y el seguimiento estricto de reglas pueden asociarse con un aumento del riesgo del TCA.

La evidencia de conductas autolesivas como equimosis, cicatrices lineales o quemaduras de cigarrillos, así como la debilidad muscular, la irritabilidad muscular (por hipocalcemia) pueden aparecer como signos visibles, aunque inespecíficos, de un TCA incipiente o instalado⁽⁵³⁾.

Psicológicos: Diversos estudios prospectivos con niñas y adolescentes mujeres han descrito las preocupaciones por el peso y la delgadez, asociadas con la presión social para adelgazar, como predictores de síntomas de la conducta alimentaria (en particular para Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracones) sobre el fin de la adolescencia^(19, 23, 31, 46). También se describe mayor frecuencia de baja autoestima^(15, 36), poco autocontrol y confianza en sí misma, impulsividad (relacionada con la Bulimia Nerviosa) y conductas obsesivo-compulsivas (con la Anorexia Nerviosa), abuso de sustancias⁽¹⁴⁾; insatisfacción con la imagen corporal^(38, 17), temor a madurar, sentimientos de ineficacia y ascetismo^(41, 16) perfeccionismo⁽⁵⁴⁾, percepción por parte de la paciente, de abuso y/o negligencia durante su infancia^(49, 14) como factores asociados al desarrollo de TCA. Se describe también un alto nivel de actividad a la edad de 5 años como antecedente frecuente en pacientes que desarrollarán TCA⁽¹⁾.

Hábitos Alimentarios e Higiénicos: En el importante trabajo de seguimiento realizado por Agras W. y cols. en el año 2007⁽¹⁾ se describe que el sobrepeso en la infancia temprana (un Índice de Masa Corporal mayor al percentil 85 a los 5 años de edad) y comer muy rápido (junto con otros factores) se asocian con mayor preocupación por el peso y la delgadez en la adolescencia, siendo este último un demostrado factor de riesgo para TCA.

También se describe la excesiva selectividad de los alimentos en niñas (que a su vez se correlaciona con baja frecuencia de succión en la lactancia) como factor de riesgo para el desarrollo de anorexia nerviosa⁽²⁵⁾. Otras conductas que deben tomarse como señales de alarma:

- ayuno (sólo ingesta de líquidos) de duración igual o mayor a un día; esta característica es fundamental para la detección de pacientes con TCA ya que 1 cada 4 pacientes con Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa lo presentan a diferencia de 1 cada 100 en la población general⁽¹²⁾.
- mantenimiento crónico de dietas (3 o más dietas para descender de peso el último año)^(38, 50).

- alto consumo de alcohol y episodios de embriaguez⁽³⁸⁾.
- recuento compulsivo de las calorías⁽³⁾.
- pesarse frecuentemente⁽³⁴⁾.
- observancia reiterada en el espejo con preocupación por una parte del cuerpo⁽¹⁰⁾.
- priorización de la figura corporal como valor⁽¹⁰⁾.
- padecimiento de sintomatología gastrointestinal post-ingesta⁽¹⁰⁾.

También la presencia de vómitos frecuentes, el uso de píldoras, laxantes o diuréticos pueden anunciar el desarrollo de un TCA⁽¹⁴⁾. Se mencionan también como conductas asociadas: las dificultades de los individuos para comer algunas comidas en particular junto con ansiedades que estallen en el curso de las comidas o rituales compulsivos relacionados con separar los alimentos, amasarlos, cortarlos excesivamente, etc.⁽⁵³⁾. Más en general, un trabajo evidenció que los niños que realizan dietas antes de los 14 años tienen 8 veces más riesgo de desarrollar TCA⁽⁶⁾.

Ocupacionales: Personas realizando carreras relacionadas con la alimentación o el ejercicio físico y los atletas presentan mayor riesgo de desarrollar TCA^(21; 54; 55). Las atletas femeninas que participan en deportes competitivos que enfatizan la delgadez o la apariencia como el patinaje artístico, o las gimnastas, están particularmente en riesgo; como lo están las bailarinas de ballet. Los atletas varones que hacen físico culturismo o lucha libre también tienen mayor riesgo⁽⁵³⁾. Se describe la “tríada atlética femenina” que consiste en desórdenes en los hábitos alimentarios, amenorrea y osteoporosis⁽³⁷⁾. También se describe un “síndrome de sobre entrenamiento” que consiste en agotamiento, depresión e irritabilidad en el cual los atletas continúan entrenando pero su performance disminuye⁽³⁹⁾.

Edad y Sexo: Es factor de riesgo para TCA el sexo femenino, el cual presentaría una frecuencia que estaría entre 6:1 y 20:1 en relación a los varones^(14, 38, 53). Sin embargo, los varones con TCA no son infrecuentes: el estereotipo de que los TCA son trastornos femeninos puede limitar la detección y comprensión de la naturaleza de los problemas enfrentados por los varones con TCA. Estos presentan más frecuentemente comorbilidades psiquiátricas y psicosociales que las mujeres⁽⁵³⁾.

La Anorexia Nerviosa tiene su comienzo por lo general en la primera adolescencia mientras que la Bulimia Nerviosa es más frecuente en las adultas jóvenes⁽¹⁴⁾. El pico de comienzo de los TCA parece estar entre los 13 y los 20 años de edad, aunque existen casos de comienzo más temprano y más tardío⁽¹⁵⁾. Entre los niños más pequeños con comienzo temprano (entre los 7 y los 12 años) es frecuente encontrar conductas obsesivas y depresión⁽⁵³⁾. Los niños de 8 a 12 años muchas veces no manifiestan temor a ganar peso sino temor a atorarse, interpretaciones erróneas de los consejos nutricionales o selectividad alimentaria⁽¹⁴⁾. Hacia el otro lado del espectro, se reportan casos de Anorexia Nerviosa en pacientes de 70 u 80 años, pero en general arrastran el trastorno desde 40 o 50 años antes⁽⁵³⁾.

Médicos, excluyendo los psiquiátricos: Antecedentes de dificultades alimentarias en la niñez se describen con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de TCA⁽¹³⁾. Obesidad y Sobrepeso también son más frecuentes en individuos con TCA que en la población general^(49, 50) así como las fluctuaciones importantes en el peso⁽¹⁵⁾. Debe prestarse atención a la presencia de síntomas que pueden estar asociados con déficits en la nutrición (como constipación, sensaciones de frío o desmayo); o causados por vómitos (dolor de pecho o hematemesis) o por utilización de laxantes o diuréticos (diarreas persistentes,

poliuria y polidipsia)⁽¹⁴⁾; así como la presencia de irregularidades menstruales y amenorrea⁽⁵³⁾. Por otro lado, los TCA serían más frecuentes entre pacientes con diabetes tipo 1 o 2 que en los individuos no diabéticos⁽¹⁸⁾ aumentando las complicaciones y la mortalidad de estas pacientes (ver 44 y 35 respectivamente). A partir de lo cual los profesionales que atiendan niñas, niños o adolescentes con diabetes, además de prestar atención a las conductas y factores de riesgo mencionados para TCA en la población general, deben considerar las conductas específicas de las niñas y adolescentes con diabetes y TCA como ser la disminución de la dosis de insulina o la omisión de tomas (con el objetivo de perder peso). La omisión de insulina en pacientes diabéticos podría aparecer como conducta purgativa específica en la próxima revisión del DSM⁽⁵³⁾.

Los niños con TCA suelen presentarse con síntomas físicos como náuseas, dolor abdominal, sensación de saciedad, o dificultades para tragar. De manera que ante estos síntomas, entre los diagnósticos diferenciales que se consideren, deben estar los TCA. Lo mismo ante pérdidas de peso rápidas y dramáticas o la falta de ganancia de peso esperada⁽⁵³⁾.

Discusión y conclusiones

Se estima que un 2 a 4% de la población femenina adulta presenta algún TCA (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracónes u otro Trastorno Alimentario No Especificado). Considerando la gravedad de estos cuadros, sobre todo de la Anorexia Nerviosa, y la temprana edad a la cual comienzan, su adecuada prevención y detección temprana es de fundamental importancia. ¿Cuáles serían entonces, desde nuestro punto de vista, los factores de riesgo que, en forma rápida y luego de una sencilla anamnesis, pueden ser detectados en consultorio? No es fácil su elección, pero, sobre todo si estamos frente a una paciente menor de 35 años, no debemos dejar de tener en cuenta los siguientes:

1. En niñas y púberes: excesiva preocupación por el peso y la figura corporal por parte de los padres (incluyendo la preocupación hacia la niña o púber y/o hacia ellos mismos).
2. Realización de uno o varios episodios de ayuno (sólo ingesta de líquido) durante un día o más, para descender de peso.
3. Realización de menos de 3 ingestas diarias.
4. Dietantes crónicas (prácticas de 3 o más dietas hipocalóricas al año).
5. Realización de dietas disociadas sin indicación médica y continuarlas a pesar de haberse sentido mal la paciente.
6. Ausencia de la paciente en las principales comidas familiares.
7. Presencia de sintomatología gastrointestinal inespecífica postingesta.
8. Selectividad alimentaria (limitación de la elección de alimentos a unos pocos, siendo muy importante cuando aparece en la pubertad y cuando la paciente tiende a dejar de ingerir alimentos con alto contenido de hidratos de carbono y/o grasas).
9. Amenorrea primaria o secundaria asociada a pérdida de peso.

Basta dedicar menos de 5 minutos a preguntar sobre la alimentación a la paciente y/o los familiares para contribuir a la prevención y detección temprana de estas graves patologías y poder así tomar una conducta simple y fundamental en un estadio temprano de la enfermedad: la consulta a un Equipo Interdisciplinario especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Bibliografía

1. Agras WS, Bryson S, Hammer LD y col. Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007 Feb;46(2):171-8
2. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, Third Edition, USA, American Psychiatric Association, 2006 (http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm)
3. Buddeberg-Fischer B. Disorders of eating behaviour- early detection and treatment possibilities in general practice. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1997 Jul;86(31-32):1209-12 (Abstract)
4. Bulik C, Sullivan P, Kendler K. Heritability of binge-eating and broadly defined Bulimia Nervosa. *Biol. Psychiatry* 1998; 44:1210-1218
5. Bulik C, Sullivan P, Wade T. Twin studies of eating Disorders: a review. *Int J Eat Disord* 2000;27:1-20
6. Cumella E. Helping children with Eating Disorders. *Arizona school Boards Association Journal* 2004;34:22-23
7. Crowther JH, Kichler JC, Kuhnert ME, Sherwood NE: The role of familial factors in Bulimia Nervosa. *Eat Disord* 2002 Summer;10(2):141-51
8. Dalle Grave R; De Luca L; Campello G: Middle School primary prevention program for Eating Disorders: a controlled study with a twelve-month follow-up. *Eat Disord* 2001;9(4):327-37
9. Debate RD, Vogel E, Tedesco LA y col. Sex differences among dentists regarding Eating Disorders and secondary prevention practices. *J Am Dent Assoc* 2006 Jun;137(6):773-81
10. Deforel M, Gallo A y Rodríguez G. Perfil de la conducta alimentaria en adolescentes de escolaridad secundaria. *Rev Soc Arg Ginecol Inf juv* 1997; vol 4 n°3:81-92
11. Efhag K, Linne Y. Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obes Res* 2005; 13:1070-1076
12. Fairburn C. *Overcoming Binge Eating*. The Guilford Press, New York, USA, 1995
13. Favaro A, Tenconi E y col. Perinatal factors and the risk of developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatr* 2006; 63: 82-88
14. Fisher M. Treatment of Eating Disorders in children adolescents and young adults. *Paediatrics in Review*, vol 27 Nro1:5-16 January 2006
15. Garner D, Garfinkel P. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Second Edition. The Guilford Press, New York, USA, 1997
16. Garner D. EDI-3 Eating Disorder Inventory-3 Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Inc. Florida, USA, 2004
17. Haines J y Neumark-Sztainer D. Prevention of Obesity and Eating Disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res* 2006; 21(6):770-82. Epub. 2006 Sep
18. Herpertz S, Albus C, Wagener R y col. Comorbidity of Diabetes and Eating Disorders: does Diabetes control reflect disturbed eating behaviour? *Diabetes Care* 1998;21:1110-16
19. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M y col. Coming to terms with risk factors for Eating Disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull* 2004;130:19:65
20. Jacobi C, Morris L, Beckers C y col. Maintenance of internet-based prevention: a randomised controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2006;40(2):114-119 Epub ahead of print
21. Jonson C, Powers P, Dick R. Athletes and Eating Disorders: A national Collegiate Athletic Association study. *Int J Eat Disord* 1999;26:179-188
22. Kann L, Kinchen S, Williams B y col. State and Local YRBSS Coordinators; youth risk behaviour surveillance system. Youth risk behaviour surveillance-United States, 1999. *MMWR CDC Surveill sum*. 2000;49(5):1-32
23. Killen J, Taylor C, Hayward C y col. Weight concerns influence the development of Eating Disorders: a 4 year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:936-940
24. Klemchuk H, Hutchinson C, Frank R. Body dissatisfaction and eating-related problems on the college campus: usefulness of the Eating Disorders Inventory with a non Clinical population. *J. Couns Psicol* 1990;37:297-395
25. Leon G, Fulkerson J, Perry C y col. Prospective analysis of personality and behavioural influences in the later development of disordered eating. *J Abnorm Psychol* 1995; 104:140-149
26. Mangweth B, Hudson J, Pope H y col. Family study of the aggregation of Eating Disorders and Mood Disorders. *Psychol Med* 2003;33:1319-1323
27. Markey C. Culture and the development of Eating Disorders: A Tripartite Model. *Eat Disord* 2004; 12 (2): 139-56
28. Martín H y Ammerman S. Adolescents with eating Disorders. Primary care screening, identification, and early intervention. *Nurs Clin North Am* 2002 Sep;37(3):537-51
29. Martín H y Ammerman S. Adolescents with eating Disorders. Primary care screening, identification, and early intervention. *Nurs Clin North Am* 2002 Sep;37(3):537-51
30. Mc Cabe M, Ricciardelli L. A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviours among adolescent boys and girls. *Behav Res Ther* 2005; 43:656-658
31. McKnight Investigators. Risk factors for the onset of Eating Disorders in adolescent girls: result of the Mc Knight Longitudinal Risk Factor Study. *Am J Psychiatry* 2003;160:248-254
32. Mitchell J, Myers T, Glass J. Pharmacotherapy and medical complications of Eating Disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:365-385
33. Mond J, Hay P, Rodgers B y col. Self recognition of disordered eating among women with bulimic-type Eating Disorders: A community-based study. *Int J Eat Disord* 2006 Dec;39(8):747-53
34. Neumark-Sztainer D, van den Berg P, Hannan PJ y col. Self-Weighting in adolescents: helpful or harmful? Longitudinal associations with body weight changes and disordered eating. *J Adolesc Health*. 2006 Dec;39(6):811-8
35. Nielsen S, Emborg C, Molbak A. Mortality in concurrent type 1 diabetes and Anorexia Nervosa. *Diabetes care* 2002;25:309-312
36. O' Dea JA. Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eat Disord* 2004; 12 (3): 225-39
37. Otis C, Drinkwater B, Jonson M y col. American College of Sports Medicine position stand: the female athlete triad. *Med sci Sports Exerc* 1997;29:I-ix
38. Paniagua Repetto H, García Calatayud S. Warning signs of Eating, Depressive, Learning Disorders and violent behaviour among teenagers in Cantabria, Spain. *Rev Esp Salud Pública* 2003 may-jun; 77(3):411-22
39. Raglin J, Wilson G: Overtraining in athletes, in *Emotions in sport*. Edited by Hanin YL. Champaign, IL, Human Kinetics 1999:191-207
40. Rathner G. Anorexia Nervosa: diagnosis, early detection and treatment concept. *Paediatric Patol* 1985;20(2):135-42 (abstract)
41. Rocco P, Ciano R, Balestrieri M. Psychoeducation in the prevention of Eating Disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *Br J Med Psicol* 2001 Sep;74 Part 3:351-358
42. Rome E, Imrie R, Rybicki L y col. Prevalence of abnormal eating attitudes and behaviors in hospital-based primary and tertiary care clinics: a window of opportunity? *J Paediatr Adolesc Gynecol* 1996 Aug;9(3):133-8
43. Rosenvinge J, Westjordet M. Prevention series. *Eat Disord* 2004; 12 (1): 11-20
44. Rydall A, Rodin G, Olmsted M y col. Disordered eating behaviour and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N England J Med* 1997;336:1849-1854
45. Stice E, Spangler D, Agras W. Exposure to media-portrayed thin ideal images adversely affects vulnerable girls: a longitudinal experiment. *J Social Clin Psychol* 2001; 20:270-288
46. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002;128:825-848
47. Sullivan P. Mortality in Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1073-1074
48. Taylor C, Bryson S, Celio Doyle AA y col. The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for Eating Disorders. *Paediatrics*. 2006 Aug;118(2):731-8
49. Taylor C, Bryson S, Luce K y col. Prevention of Eating Disorders in at-risk college-age women. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Aug;63(8):881-8
50. White JH. Eating Disorders in elementary and middle school children: risk factors, early detection, and prevention. *J Sch Nurs* 2000 Apr;16(2):28-35
51. Withers G y Wertheim E. Applying the elaboration likelihood model of persuasion to a videotape based Eating Disorders primary prevention program for adolescent girls. *Eat Disord* 2004;12(2):103-24
52. Yael Latzer; Sarit Shatz: Disturbed attitudes to weight control in female kibbutz adolescents: a preliminary study with a view to prevention. *Eat Disorder* 2001 Fall;9(3):225-37
53. Yager J, Delvin M, Halmi K y col. Work Group on Eating Disorders. Practice Guidelines for the treatment of patients with Eating Disorders. Third edition. APA Practice Guidelines June 2006
54. Yager Z y O'Dea J. The role of teachers and other educators in the prevention of Eating Disorders and Child Obesity: what are the issues? *Eat Disord* 2005; 13(3):261-78
55. Zerbe KJ. Eating Disorders in the 21st century: identification, management and prevention in obstetrics and gynaecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007 Jan 4;Epub ahead of print

Terapia cognitivo conductual en la Esquizofrenia | *Cognitive behavioral therapy for Schizophrenia*

Dra. Ana María Vaernet

Médica Especialista en Psiquiatría
Vicepresidente Capítulo de

Psicoterapias de APSA

Docente Carrera de postgrado de Médicos
Psiquiatras (UBA)

E-mail: anavaernet@cidepp.com.ar

Resumen

En los últimos años hay un número cada vez más importante de publicaciones que avalan la terapia cognitiva en el tratamiento de la esquizofrenia, contribuyendo a consolidar las bases de esta modalidad terapéutica.

El tratamiento se basa en el abordaje de los síntomas centrales, utilizando el modelo básico de la terapia cognitiva que correlaciona los eventos con las cogniciones, emociones y conductas.

En este artículo, la autora se propone realizar una actualización de lo publicado en referencia al tema, destacando los aspectos más relevantes de esta modalidad terapéutica, que ha demostrado eficacia en relación a la disminución sintomática y mejoría del funcionamiento psicosocial del paciente.

Palabras Clave

Esquizofrenia- Terapia cognitiva conductual- Enfoque normalizador- Afrontamiento-Estresores

Summary

An increasing number of publications in the last years that encourage the use of cognitive psychotherapy in schizophrenia treatments have helped to consolidate the bases of this therapeutic approach.

The treatment, based on the intervention of central symptoms, uses the basic model of cognitive therapy that correlates the events with the cognitions, emotions and behaviors.

In this paper, the author presents an overview of what has been previously published regarding this subject, emphasizing the most relevant aspects of this therapy, which has proved efficacy in relation to the symptomatic diminution and an improvement in the psychosocial functioning of the patient.

Key words

Schizophrenia. Cognitive Therapy. Normalizing. Coping. Stressor.

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Introducción

Se suele citar a Beck como el precursor del tratamiento de la esquizofrenia basado en la terapia cognitiva (TC), ya que existen datos del abordaje de un paciente con este diagnóstico del año 1952. Se trataba de un paciente con un delirio resistente al tratamiento farmacológico, el cual consistía en la convicción de ser espiado por el FBI. El abordaje terapéutico consistió en treinta sesiones, luego de las cuales el paciente adquirió la capacidad de cuestionarse y razonar sobre sus creencias erróneas cuando empezaba a sospechar que estaba siendo observado⁽³⁾. Beck aplicó técnicas similares a las que había utilizado con éxito en la depresión⁽⁴⁾: tomó a las ideas delirantes del paciente al estilo de pensamientos automáticos, desafiándolas y realizando la búsqueda de alternativas. Este autor no continuó hasta muchos años más tarde en esta línea, siendo muy escasa la literatura sobre el tema hasta los años 90. Desde esta época comienzan a aparecer cada vez más autores, tales como Scott⁽³⁴⁾, Kingdon⁽²⁴⁾, Turkington⁽³⁴⁾, Perris⁽³¹⁾, Chadwick y Lowe^(12,13) que, utilizando herramientas cognitivas conductuales desarrollaron estrategias para el abordaje de la esquizofrenia.

Tomaremos los aportes de todos ellos para el desarrollo de este artículo, como así también los más recientes de Beck, pero con especial énfasis en los autores de Gran Bretaña, tales como Scott, Kingdon y Turkington, por considerar que son los que han brindado los mayores aportes de la terapia cognitiva en la esquizofrenia⁽³⁴⁾.

Antes de comenzar el desarrollo del tema, y ante el estado actual de nuestros conocimientos, cabe realizarnos algunas preguntas, que sin duda pueden presentarse en algunos de los lectores:

¿Es útil la terapia cognitiva en la esquizofrenia?

Si nos remitimos a la historia, podríamos recordar que inicialmente hubo una “lucha” entre dos corrientes por disputarse el tratamiento de la psicosis: El modelo biológico versus el modelo psicoanalítico.

Luego de estudios exhaustivos realizados entre 1960/70 se llegó a la conclusión de que el psicoanálisis no sólo era ineficaz, sino que además podría ser iatrogénico para los pacientes^(14, 19, 26, 27, 37). Esto, sumado a los avances psicofarmacológicos que permitieron mejorar el pronóstico de la esquizofrenia, hizo que los biólogos “ganaran” esta lucha, desestimándose así todo valor de la psicoterapia. Se pasó a considerar una pérdida de tiempo hablar con los pacientes del contenido de sus delirios o alucinaciones.

Se abandonó la investigación y se redujo la literatura abocada a este tema, hasta muchos años más tarde, en que la terapia cognitiva encontró el campo propicio para introducirse. Esta modalidad terapéutica, que presta especial énfasis a la investigación y a la comprobación empírica de su eficacia, tenía ya el reconocimiento en el tratamiento de la depresión y la ansiedad, por lo que se desarrolló un programa específico para el tratamiento de la esquizofrenia, tomando como base las patologías mencionadas.

La terapia cognitiva ofrece un modelo que, lejos de excluir lo biológico, lo integra tanto desde el modelo explicativo como desde el tratamiento.

La segunda pregunta a formularnos sería:

¿Qué podría aportarle al paciente? teniendo en cuenta el peso de lo biológico en este cuadro, así como la importancia del tratamiento con psicofármacos.

Una posible respuesta a esta pregunta la podemos encontrar en Muser y Gurk⁽³⁰⁾. Estos autores, basándose en diversos estudios, llegaron a las siguientes conclusiones:

- Entre el 25 al 40% de los pacientes esquizofrénicos tratados con psicofármacos continúan presentando síntomas de manera persistente.
- Entre un 20 a 60% abandonan la medicación.
- El 50% de los que interrumpen el tratamiento farmacológico recae al cabo de un año.

De allí la importancia de desarrollar estrategias terapéuticas que complementen el tratamiento farmacológico.

Como veremos a continuación, la terapia cognitiva aporta técnicas de ayuda a los pacientes para manejar sus experiencias psicóticas, enseñándoles no sólo a re-etiquetar o cambiar las creencias sobre la naturaleza de las mismas, sino a revestirlas de sentido psicológico⁽²¹⁾.

Indicaciones de la Terapia Cognitiva (TC)

¿Cuáles serían entonces las Indicaciones de TC?

Seguindo a algunos autores como Scott, Kingdon, Turkington^(34, 42), el blanco de nuestras intervenciones terapéuticas sería:

- Síntomas Refractarios o Persistentes de Esquizofrenia.
- Personalidad Premórbida.
- Actitud respecto a la medicación.
- Problemas familiares e interpersonales.
- Problemas por abuso de sustancias.
- Reacciones adversas hacia el diagnóstico.
- Estresores Psicosociales.

Objetivos de La Terapia Cognitiva⁽³⁴⁾

- Desarrollar una comprensión de la enfermedad, que involucre al paciente a participar activamente en el tratamiento.
- Identificar factores que exacerben los síntomas.
- Desarrollar manejo del estrés y de los síntomas.
- Mejorar adherencia farmacológica.
- Revisar metas incumplidas.
- Mejorar habilidades sociales.
- Mejorar relaciones familiares.
- Reducir riesgo de recaídas.
- Tratar comorbilidades.

Por motivos prácticos desarrollaremos aquellos ítems que hacen más a los objetivos de esta publicación.

Estrategias terapéuticas: Algunas consideraciones

La intervención que se propone en este artículo es una modalidad que ha resultado efectiva^(5, 42): la aplicación de los principios de la terapia cognitiva para el abordaje de los síntomas centrales asociados a la psicosis: esto es: delirios, alucinaciones, síntomas negativos y desorganización del pensamiento.

Partimos del modelo propuesto por Zubin y Spring⁽³⁶⁾ sobre el modelo de diátesis vulnerabilidad/estrés, entendiendo como tal que el trastorno esquizofrénico se produciría por una interacción entre la

vulnerabilidad biológica a la psicosis; sobre el cual actuarían eventos de estrés generando la aparición de síntomas.

De allí la importancia de regular el estrés percibido por el paciente, como una posible vía de intervención, a partir del desarrollo de estrategias de afrontamiento (factores ambientales), que serán descriptas al referirnos al abordaje de síntomas específicos.

La intervención terapéutica es aconsejable cuando el paciente se halla estable o en fase residual, y por un tiempo limitado, que en general se halla entre 4 y 16 sesiones⁽³³⁾.

Otros aspectos a tener en cuenta, son algunas premisas desarrolladas por Beck y Rector⁽²⁾:

- El paciente presenta “áreas libres” de psicosis que pueden ser aprovechadas en la terapia.
- Las alucinaciones y los delirios no son impermeables a las intervenciones psicológicas.
- Los síntomas pueden ser exacerbados o atenuados por cambios ambientales y pueden ser puestos en un contexto con significado para el paciente.

Una cuestión a considerar es que los pacientes esquizofrénicos tienen en sí fallas cognitivas, por lo que se debe adecuar el tratamiento a estos déficits que incluyen memoria verbal, concentración y funciones ejecutivas. Una de las modificaciones con respecto al abordaje de otras patologías, es la duración de las sesiones, que en general no debe ser mayor a 30 minutos, ya que estos pacientes tienen dificultades para sostener la atención por tiempos más prolongados⁽²⁾.

Otra adaptación sugiere hacer intervalos en las sesiones, o planificar tareas intersesiones más focalizadas y delimitadas, e instrumentar una mayor flexibilidad en las metas propuestas⁽³³⁾.

Por último, señalamos que la terapia cognitiva se propone no sólo tratar problemas aislados, sino también el modo en que el paciente afronta y maneja aquellos aspectos que se constituyen como fuente de problemas.

Proceso terapéutico⁽⁴²⁾

Construir la alianza terapéutica

Para comenzar el tratamiento, insistimos en una de las premisas básicas: construir una buena alianza terapéutica. En este sentido, no debemos olvidar que en general los pacientes han sido descalificados en su discurso, por lo que no es fácil que puedan confiar y contarnos aquello que les preocupa. Será necesario construir primero este vínculo y consolidarlo, para que la terapia pueda instrumentarse. De la misma forma, será de suma utilidad establecer un buen vínculo con la familia. Recordemos que en muchas ocasiones y a veces a causa de algunas intervenciones psicológicas, los familiares, y en particular los padres, pueden haberse sentido señalados como “culpables” de la enfermedad del paciente, con lo que el brindarles otra explicación acerca de este problema, y hacerles saber que tienen mucho para aportar, en general posibilita que podamos sumarlos como aliados muy valiosos en nuestro tratamiento.

Reconstruir Primer episodio

Es importante dedicar especial atención a la recolección de elementos acerca del primer episodio psicótico y de las circunstan-

cias que rodearon su aparición; de este modo se consigue, por lo general, echar nueva luz sobre los síntomas actuales e introducir una continuidad donde aparentemente no la había. El contenido de las alucinaciones y delirios suele comprenderse mejor cuando se clarifican en este contexto. El primer episodio marca un patrón de síntomas que se continúan en episodios posteriores. Recordemos que el delirio representa para el paciente conservar un mundo de significados y de dar sentido a su experiencia⁽¹⁶⁾.

Normalizar la experiencia

El enfoque “Normalizador” de Turkington y Kingdon^(34, 42) representa un aspecto destacado de esta forma de intervención: se plantea que más que tratar que el paciente acepte el diagnóstico, lo que podría incrementar su sentimiento de alienación con los demás, se intenta normalizar la experiencia, haciendo hincapié en que en determinadas circunstancias -como describiré al referirme a las alucinaciones o delirios- es posible para cualquier persona tener experiencias similares a las del paciente. Se establece así un *continuum* entre normalidad y experiencias del paciente, más que una ruptura^(12, 13). Si bien entendemos que la esquizofrenia comprende una dimensión más compleja de estos síntomas, lo importante es acercar al paciente una comprensión empática de esta experiencia. Para ello puede ser útil, por ejemplo, si el paciente se siente perseguido por la policía, relatarle algún episodio similar en el que nosotros mismos pudimos habernos sentido así. Esta intervención no implica reforzar la idea que el paciente sostiene como verdadera, sino que apunta a que él pueda percibir que lo comprendemos. A partir de ello, podremos empezar a investigar la validez del contenido delirante en un marco más favorable.

Está comprobado que este tipo de intervención contribuye a desestigmatizar este trastorno, disminuyendo la vergüenza y depresión asociadas, así como también ayuda a tomar un rol activo en el tratamiento y mejorar la adherencia terapéutica^(24, 42).

Abordaje de síntomas específicos

Describiremos a continuación el abordaje de delirios, alucinaciones, síntomas negativos y desorganización del pensamiento. Si bien lo haremos en forma separada para una mejor conceptualización, en la práctica esto se lleva a cabo en forma simultánea.

Delirios

Durante mucho tiempo se consideraron los delirios como algo inexplicable y estático, impermeable a las intervenciones psicoterapéuticas. Sin embargo, este concepto ha ido modificándose ya que se observa que los delirios presentan variaciones en el tiempo en relación al grado de convicción y preocupación asociadas, así como también ser pasibles de modificarse a través de la terapia^(8, 23, 39).

Otro aspecto a tener en cuenta desde la modalidad “normalizadora” descrita, es que se considera que las ideas delirantes no son cualitativamente diferentes a las de las personas sin trastornos psiquiátricos, sino cuantitativamente en relación a su resistencia a modificarse por las evidencias^(20, 42). Ejemplo de ellos son ciertas creencias muy arraigadas en la población acerca del poder de fuerzas sobrenaturales o maleficios.

Hipótesis acerca de la formación de los delirios:

Beck y Rector⁽¹⁾ plantean algunos sesgos que podrían distorsionar

la percepción de la experiencia, colaborando de ese modo en la formación del delirio:

Sesgo egocéntrico: esto es, interpretar los hechos que suceden desde la perspectiva de sí mismo, de manera excluyente.

Sesgo Externalizador: Síntomas o sensaciones internas son atribuidos a agentes externos.

Sesgos intencionales: Los pacientes atribuyen intenciones hostiles a las conductas de la gente.

Otra de las características importantes en la formación de delirios es la de saltar a conclusiones rápidamente con información limitada y con dificultades para considerar otras posibles alternativas a sus interpretaciones⁽⁷⁾.

Estrategias cognitivas en los delirios

Se proponen dos estrategias principales de intervención⁽⁴⁰⁾: una sobre los estresores que podrían favorecer la aparición o incrementar las ideas delirantes, y otra sobre los delirios en sí.

Intervención sobre estresores

Debe explorarse en qué circunstancias aparecen estas ideas, así como las reacciones emocionales y/o conductuales ante tales circunstancias.

Es importante que el paciente aprenda a detectar esos estresores, los cuales pueden tener que ver con demandas que éste no puede cumplir, con situaciones de conflictiva familiar o con los mismos síntomas, como por ejemplo las alucinaciones, que pueden actuar como un estresor en sí mismas.

Al respecto, además de atender estas situaciones en sí, en particular mediante el trabajo con el sujeto afectado y su familia, podemos enseñarle a nuestro paciente algunas modalidades de afrontamiento para reducir el estrés, por ejemplo técnicas de relajación/respiración o planificación de actividades recreativas o deportivas .

Intervenciones sobre los delirios

Es importante en primer lugar examinar hechos ligados a nuestras intervenciones que podrían generar en el paciente ideas delirantes, tales como la situación de internación vivida como una conspiración, o los efectos colaterales de la medicación: excesiva sedación como intento de control, o ginecomastia como idea de querer cambiarle el género. En estos casos, es importante instrumentar una buena psicoeducación para propiciar que estos fenómenos puedan ser entendidos desde una perspectiva más racional⁽⁴²⁾.

El abordaje de los delirios en sí mismos se lleva a cabo en forma similar a la utilizada en otros trastornos, es decir, a través del desafío verbal y las técnicas conductuales que a modo de experimento busquen anular el modo delirante de construcción de la realidad, al favorecer el hallazgo de explicaciones alternativas.

Se puede comenzar por la exploración de una idea delirante que menos fuerza de convicción sostenga (para que sea más fácil intervenir y lograr resultados, y después aplicarlos a otros) o aquella que el paciente elija por ser más preocupante para él⁽³⁴⁾. Tomemos como ejemplo un paciente que sostiene la idea de ser un enviado de Cristo. Se comienza a cuestionar el delirio, tomando el empirismo colaborativo como base, esto es: el terapeuta es un aliado

del paciente en esta búsqueda. Así, teniendo especial cuidado en no confrontar al delirio en sí, sino que mediante la realización de preguntas que busquen cuestionar las evidencias que lo sostienen, (a partir del razonamiento guiado) se intenta ayudar al paciente a que pueda ir reconsiderando sus ideas, revisarlas, y a buscar con el terapeuta alternativas posibles:

“¿Qué lo lleva a pensar que esto es así?”

“¿Qué otra explicación podría haber?”

“X también piensa que es enviado de Cristo, ¿que opina Ud. al respecto?”

Tomar una perspectiva diferente: Preguntar al paciente qué pensaría “X” (persona que sea confiable para el paciente) acerca de estas ideas.

Se buscarán también las creencias subyacentes, a través de la “inferencia en cadena” ya que estas guardan relación con la conformación del delirio⁽⁴⁰⁾. Por ej., si el paciente cree tener poderes especiales por ser enviado de Cristo, preguntar: ¿por qué esto es importante para Ud? Si lo considera importante porque cree que así va a ser respetado, cabe preguntar por qué siente que no es respetado, o por quienes. En estas ocasiones, la creencia de base puede ser el “no ser tenido en cuenta”, o “no ser respetado”. Serán también éstas, entonces, importantes focos de intervención futura⁽⁴¹⁾.

En esta búsqueda de evidencias, se intenta encontrar los puntos inconsistentes de las ideas delirantes, para debilitarlas de manera progresiva. En general se comprueba que las ideas no desaparecen rápidamente, pero van perdiendo convicción a medida que el paciente va encontrando explicaciones más adaptativas para su experiencia.

Además de cuestionar evidencias que sostienen el delirio, es importante al igual que en otros cuadros, diseñar técnicas conductuales, que a modo de “experimentos” procuren un testeo con la realidad. Por ejemplo, si un paciente se siente perseguido por la policía y tiene una actitud evitativa toda vez que ve un patrullero, se lo puede estimular a que progresivamente se acerque, formule una pregunta a algún policía (Ej: donde queda una calle u otra pregunta similar), para contrastar sus ideas con la realidad, o buscar información en Internet acerca de determinados temas que sean de su preocupación (Ej. Si existe alguna forma de leer los pensamientos de otras personas).

Alucinaciones

Hipótesis acerca de las alucinaciones

Si bien hay variadas hipótesis explicativas acerca de las alucinaciones, en general el consenso es que surgirían de la dificultad para discriminar estímulos internos de aquellos generados en el exterior del sujeto⁽²⁹⁾.

Estrategias cognitivas en alucinaciones

Nos referiremos principalmente a las alucinaciones auditivas y en forma de voces por ser las más frecuentes en la esquizofrenia y las que más sufrimiento generan. En general se interpreta que este sufrimiento está dado por que los pacientes les otorgan crédito a lo que escuchan, además de atribuir su origen a algo omnipotente, a alguna fuerza extraña y poderosa, lo cual les genera la sensación de que son incontrolables⁽⁶⁾.

Una de las estrategias que plantean Turkington y Kingdon es la reatribución⁽³⁴⁾, esto es generar una explicación alternativa en el paciente por ejemplo que pueda considerar las alucinaciones como un desequilibrio bioquímico, en lugar de hacer hincapié en que son producidas por un trastorno mental.

En este sentido y siguiendo con el modelo de normalizar la experiencia, también se le puede explicar al paciente que bajo determinadas circunstancias, por ejemplo: consumo de sustancias, stress intenso, privación sensorial o ser tomado de rehenes, todos podemos llegar a alucinar. En este punto, puede relatarse experiencias de personas que tras perder a un ser querido creen verlo en la calle o escuchar su voz que los llama.

Para el paciente suele resultar tranquilizador el normalizar la experiencia, ya que brinda mayor esperanza sobre su enfermedad, a la vez que incrementa la alianza terapéutica.

Desde Beck y Rector⁽²⁾ se postulan diversas estrategias, tales como:

- **Llevar un registro de voces:** determinar frecuencia, intensidad, duración, así como también variabilidad en el tiempo. Esto permitirá tener una guía para operar más eficazmente sobre ellas.
- **Detectar qué estímulos las disparan o exacerban, así como también aquellos que las atenúan.** Tomando el modelo de vulnerabilidad, situaciones estresantes podrían generar la aparición de dichos síntomas, por lo que será de utilidad poner en juego las estrategias explicadas.
- **Establecer conexión entre elemento disparador** (Ej., escuchar algo en la radio) **y reacción posterior:** ya sea emocional (temor, enojo) o conductual (aislamiento, enfrentarse).
- **Cuestionamiento** (detalles de la experiencia): preguntar al paciente: -“Los escuchás como yo te estoy hablando?” “Alguien más los escucha ¿Por qué no?” “¿Cómo se comunican con vos?” “Sería posible que yo los escuchara?”⁽⁴²⁾.
- **Identificar contenido de las voces:** en general, estas insultan al paciente: “no sos nada” o que describen lo que el paciente hace. “Ahora va a acostarse”.

Explorar el contenido es importante, por lo cual la siguiente estrategia es:

- **Discutir contenido de las voces:** Se considera que los pacientes dan crédito a las voces porque en general reflejan aspectos negativos que ellos tienen de sí mismos. En este sentido, podemos preguntar: ¿cuánto cree Ud. en ellas? ¿A quién se las adjudica? Se procede de manera similar a la descripta para los delirios, esto es: buscar evidencias para desconfirmar esta manera de construir la realidad, a la vez que se introducen alternativas posibles.

Desarrollar estrategias para afrontar las alucinaciones cuando se hacen presentes. Por ejemplo: involucrarse en una actividad, iniciar una conversación, escuchar música, relajación, distracción. De este modo, se “desafía” la aparente omnipotencia de las voces, y se le da al paciente la idea de que puede recuperar el control, en vez de sentirse controlado por ellas.

Alteraciones del pensamiento

Esto es un aspecto en el cual se han desarrollado pocas intervenciones.

Al respecto, Harrow y Prosen⁽²²⁾ plantean que todo lo que aparece como incomprendible, tiene importancia en la historia del paciente o situación actual, y que es necesario aclararlo.

El análisis del contenido de los pensamientos alterados, con frecuencia marca una variedad de temas interconectados.

Para Beck⁽¹⁾ los síntomas de desorganización del pensamiento se deberían no sólo a déficits neurocognitivos, sino a la dificultad en los recursos para mantener un “encuadre” siguiendo las reglas de la comunicación, así como a la dificultad en inhibir ideas intrusivas.

Para ello, y siguiendo nuevamente los planteos de Turkington y Kingdon⁽³⁴⁾ trabajaremos en:

- **Clarificar neologismos o discurso desorganizado:** se interpreta que esto se debería a que el discurso contiene palabras que aparecen sin un orden lógico, y que es necesario descifrar con el paciente el significado que tiene para este.
- **Refocalizar y Reconducir el discurso** toda vez que el paciente comienza a dirigirlo en distintas direcciones.

Síntomas negativos

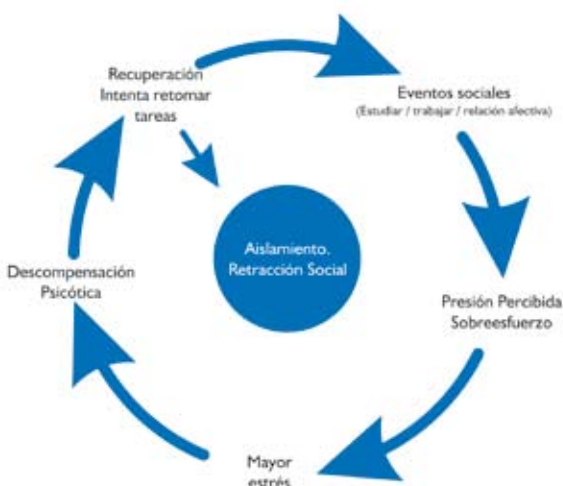
Hipótesis acerca de los síntomas negativos

Turkington y Kingdon⁽³⁴⁾ (ver esquema 1) plantearon que los pacientes vulnerables, en una etapa de su vida como es la adolescencia, intentan alcanzar metas comunes a esa etapa, tales como: comenzar una carrera, encontrar un trabajo, o iniciar una relación afectiva. Debido a la vulnerabilidad que presentan tienen dificultades en alcanzarlas, generándose así una intensa frustración.

Las expectativas del medio familiar y social, pueden ser vividas como “aplastantes”, por lo cual en el intento de lograrlas se esfuerzan demasiado, se estresan más, y en una espiral ascendente pueden desarrollar un episodio psicótico.

Cuando se recuperan de este episodio, intentan retomar metas y se encuentran con que son más difíciles de afrontar, lo que los lleva a paralizarse. Se aíslan socialmente como forma de protegerse del estrés, pero empeora el cuadro a largo plazo.

Esquema 1:



Estrategias Cognitivas en síntomas Negativos⁽⁴²⁾

- **Disminuir estrés:** Se debe trabajar con el paciente y la familia para evitar que éste se sienta presionado, explicar la necesidad de recuperarse en primer lugar para luego proponerse otros objetivos. Esto se puede equiparar a una fractura que se está consolidando que necesita un tiempo de inmovilización, para luego poder funcionar mejor.
- **Redefinir metas:** Muchas veces, la desmotivación se genera por plantearse metas demasiado elevadas, difíciles de alcanzar. Para evitarlo, las metas a largo plazo deben ser redefinidas en pequeñas metas, que sean posibles de alcanzar para el paciente. A su vez, el logro de estas actuará como motivadora para plantearse otras, siempre buscando un equilibrio entre el punto de escasa motivación y el de exceso de exigencia.
- **Agenda de actividades:** de manera similar a como trabajamos en depresión, se debe partir de la actividad basal del paciente, para ir incorporando progresivamente actividades, que al lograrlas funcionen como estímulo reforzante.
- **Aumentar motivación personal y social:** se intentará que el paciente encuentre dentro de sus áreas de interés, aspectos que lo lleven a desarrollarse como persona, sin desconocer las dificultades inherentes a su cuadro, pero apuntando más allá del manejo de los síntomas.

Entrenamiento en habilidades sociales

Una problemática a tener en cuenta en los pacientes esquizofrénicos es la dificultad en las relaciones interpersonales, la cual aumenta su aislamiento.

Está demostrado que el mejorar estas habilidades permite una mejor comunicación, disminuyendo el aislamiento. Para ello, existen una serie de técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, que consisten en que el paciente pueda aprender a iniciar una conversación, expresar sentimientos, opiniones, etc.

Estas habilidades pueden practicarse individualmente, pero sin duda lo que aporta mayor riqueza es el formato grupal^(9, 10, 28).

Otra de las técnicas utilizadas llamada entrenamiento en habilidades “de la vida” incluyen: manejo del dinero y habilidades domésticas, así como el cuidado personal: higiene y “arreglarse” (peinarse, vestirse)⁽¹¹⁾.

Conclusiones

Si bien existe una diversidad de cuadros dentro del campo de las psicosis y diferencias en severidad de las mismas, la aplicación de la terapia cognitiva ha mostrado resultados muy prometedores en el tratamiento de la esquizofrenia, tanto en la reducción de síntomas positivos^(41, 43), así como también en síntomas negativos^(32, 35) o en relación a la disminución de recaídas^(17, 18). Otras investigaciones arrojan resultados similares^(15, 25, 38, 39).

Esta modalidad terapéutica se debe llevar a cabo con una actitud flexible, que lleve al paciente a integrar las técnicas a su vida cotidiana, seleccionando aquellas que le resulten más útiles o menos dificultosas para poner en práctica.

No obstante estos resultados promisorios, somos conscientes de que aún falta mucho camino por recorrer y se necesitarían más investigaciones para avalar su eficacia.

Bibliografía

1. Beck Aaron T, R. N. "Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy." *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 577-606.
2. Beck AT, R. N. "Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium." *Am J Psychother* 2000; 54: 291-300.
3. Beck, A. "Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt." *Psychiatry* 1952; 15.
4. Beck Aaron, Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. "Terapia Cognitiva de la Depresión". Desclée de Brouwer, 1979.
5. Birchwood, M. "Psychological and social treatments: Course and outcome". *Current Opinion in Psychiatry* 1999; 12: 61-66.
6. Birchwood, M. and P. Chadwick. "The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model." *Psychol Med* 1997; 27(6): 1345-53.
7. Blackwood NJ, H. R., Bentall RP, Murray RM. "Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions". *Am J Psychiatry* 2001; 158: 527-39.
8. Brett-Jones J, Garety PA, Hemsley DR. Measuring delusional experiences: a method and its application. *Br J Clin Psychol*. 1987; 26: 257-65
9. Caballo, V. E. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades Sociales. Madrid, Siglo XXI, 2000.
10. Caballo, V. E. Teoría evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Valencia, Promolibro, 1988.
11. Canada, C. P. A. A. d. P. d. "Clinical Practical Guidelines. Treatment of Schizophrenia". *The Canadian Journal of Psychiatry. La Reveu Canadienne de Psychiatrie* 2005; 50(13): 29s-31s.
12. Chadwick Paul , B. M. J., Trower Peter Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. England, Wiley Series in Clinical Psychology, 1999.
13. Chadwick PD, Lowe CF. "A cognitive approach to measuring and modifying delusions." *Behav Res Ther*. 1994; 3: 355-67. .
14. Davidson Larry, L. S., McGlasham Thomas: "Tratamientos Psicoterapéuticos y cognitivo-conductuales para la esquizofrenia: desarrollo de una forma de psicoterapia específica del trastorno para personas con psicosis." *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico-práctico*. P. M. Carlo Perris. Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer, S.A, 2004.
15. Drury V, Birchwood V, Cochrane R , Macmillan F: "Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time" *The British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 602-607
16. Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. Cognitive therapy for psychosis: Formulation, treatment effects, and service implications. *Journal of Mental Health*, 1998; 7: 123-133.
17. Garety A, Fowler D, Freeman M, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E: "Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomized controlled trial" *The British Journal of Psychiatry* 2008; 192: 412-423.
18. Gumley A, O'Grady, Mc Nay et al : "Early intervention for relapse in schizophrenia :results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavior therapy." *Psychol Med* 2003; 33: 419-431
19. Gunderson J, Frank A, Katz H, Vannicelli M, Frosch J, Knapp P: "Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: II. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment". *Schizophr Bull* 1984; 10: 564-598
20. Jones E, Watson JP.: " Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics". *Br J Psychiatry*. 1997;170: 381-6.
21. Haddock, G., N. Tarrier, et al.. "Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review." *Clin Psychol Rev* 1998; 18(7): 821-38.
22. Harrow, M. and M. Prosen. "Intermingling and disordered logic as influences on schizophrenic 'thought disorders". *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35(10): 1213-
23. Kendler KS, Glazer W, Morgenstern H. Dimensions of delusional experience. *Am J Psychiatry*. 1983;140: 466-9.
24. Kingdon D ,Rathod S ,Weiden P, Turkington D, "Cognitive Therapy for schizophrenia". *Journal of Psychiatric Practice*. 2008; Vol. 14 Nº 1: 55-57.
25. Lewis S, T. N., Haddock G, Bentall R, Kinderman D, Kingdon P , et al.. "Randomised controlled trial of cognitive-behavioral therapy in early schizophrenia:acute phase outcomes." *Br. J. Psychiatry*. 2002; 91-97
26. May,P. R. A., y otros, "Schizophrenia: Follow-up Study of Results of Treatment", *Archivesof General Psychiatry* 1976; 33: 474-486.
27. May,P. R. A., y otros, "Schizophrenia: a Follow-up Study of the Results of the FiveForms of Treatment", *Archives of General Psychiatry* 1981; 38: 776-784.
28. Michelson Larry , S. D., Wood Randy, Kazdin Alan. *Social Skills Assesment and Training with Children*. Nueva York, Plenum Press, 1983.
29. Morrison A Haddock G: "Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations": *Psychological Medicine* 1997; 27:669-679
30. Mueser, K. T. and S. R. McGurk. "Schizophrenia." *Lancet* 2004; 363(9426): 2063-72
31. Perris C: "Intensive cognitive-behavioural psychotherapy with patients suffering from schizophrenic psychotic or post-psychotic syndromes: theoretical and practical aspects". En: C. Perris; I. M. Blackburn, and H. Perris: *Cognitive psychotherapy*. Springer-Verlag. Berlio. 1988.
32. Rector N, Seeman M, Segal Z: "Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial" *Schizophrenia Research*, 2003; 63, Issue 2: 1-11
33. Rector N., B.A. "Cognitive Therapy for Schizophrenia: from Conceptualization to Intervention." *Can. J. Psychiatry* 2002; Vol 47(Nº 1): 41-50.
34. Scott J. , Kingdon D., Turkington D. *Cognitive-Behavior Therapy for Schizophrenia. Cognitive-Behavior Therapy*. J. T. Wright, M. Washington, American Psychiatric Publishing, Inc. 2004; 23: 1-24
35. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott J, Scott J, Siddle R, O'Carroll M, Barnes T: "A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication". *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57:165-172.
36. Spring, B. and J. Zubin. "Reaction time and attention in schizophrenia: a comment on K. H. Nuechterlein's critical evaluation of the data and theories." *Schizophr Bull* 1977; 3(3): 437-44.
37. Stanton, A.H.; Gunderson, J.G.; Knapp, P.H. et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia: 1. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10: 520-562.
38. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenia patients, I: outcome. *Br J Psychiatry*. 1993;162:524.
39. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, et al. randomized controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998; 317:303
40. Turkington, D., Kingdon, D . "Cognitive behavior techniques for general psychiatrist in the management of patients with psychoses. *Br.J. Psychiatry* 2000; 177: 101-106
41. Turkington, D., D. Kingdon, et al.. "Cognitive behavior therapy for schizophrenia." *Am J Psychiatry* 2006; 163(3): 365-73.
42. Wright, J. Turkington, D. Kingdon, D. Ramirez Basco, M Cognitive-behavior therapy for severe mental illness. An illustrated guide. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington. London 2009.
43. Zimmermann G., Favrod J, Trieu V H and Pomini V "The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis" *Schizophrenia Research* 2005; 77: 1-9.

Personajes de la Psiquiatría

John Zell Sadler

Dr. Pedro Pieczanski
Dr. Daniel Matusevich

John Zell Sadler tiene una particularidad en el mundo de los vínculos entre la filosofía y la psiquiatría, no es ni alemán, ni francés, ni inglés: es Norteamericano y quizás este origen, dentro de una sociedad que se piensa a sí misma como regida por "valores" (y hasta veces "valores superiores"), sea lo que torna tan particular, interesante y novedosa su obra.

Sadler es médico psiquiatra, profesor y director de educación psiquiátrica de pregrado en la Universidad de *Texas Southwestern Medical Center* en Dallas, Texas, Estados Unidos y ha dedicado su carrera al estudio de la influencia de los valores en la práctica clínica de la salud mental. Es un autor que de una manera original y profunda articula aspectos tan complejos como la ética, la clínica, la lingüística y la filosofía, configurando definitivamente una obra única dentro del pensamiento psiquiátrico actual; su base filosófica es el pensamiento aportado por Thomas Kuhn.

Desde la introducción de la 3ra edición del DSM se retomó la idea de que un pensamiento para que sea verdaderamente científico no debe estar influenciado o contaminado por ningún tipo de emoción o de pasión, debe ser ateorico. Para Sadler los conceptos médicos y científicos tienen valores subyacentes y sostiene la idea Kuhniana de la tensión esencial: cuando se produce una incompatibilidad entre paradigmas, se elige uno en detrimento de los demás. Esta elección no sigue ningún criterio objetivo de comparación de teorías entre sí, lo que lleva a preferir una u otra es su plena aceptación por la Comunidad Científica.

Esta irracionalidad aparente en la conducta de los científicos al elegir una teoría en detrimento de otra puede ser considerada como dirigida por los valores de los mismos; la nosología es para Sadler el área donde esto más hizo eclosión.

Los valores científicos contribuyen al reconocimiento, a la interpretación, e incluso a la "forma" que van adquiriendo los hechos y las patologías.

En la que quizás sea su frase de cabecera Sadler afirma que "la teoría de los valores tiene a la ciencia agarrada de los genitales"; por lo tanto, los valores son intrínsecos a la racionalidad científica y no están limitados solamente a la forma en que los hallazgos científicos son utilizados.

Detallaremos ahora un breve Glosario Sadleriano:

- **Valores:** los valores son una gama de preferencias, predilecciones, apreciaciones, opiniones, y predisposiciones para actuar. Pensados de esta manera los valores son un actor principal sobre lo que queremos hacer y dan un marco de referencia a nuestras metas. Los valores son conceptos que usamos para describir cualidades que tienen dos características fundamentales: 1) guían nuestras acciones, 2) dejan expuestas nuestras conductas al ser pasibles de ser elogiadas, condenadas o criticadas
- **Dimensión lingüística:** una de las dimensiones que subyacen en los distintos tipos de valores. En esta dimensión, los valores se nos revelan a través del análisis del lenguaje.
- **"Términos valorativos"** (Value-terms): son palabras cuyo significado implica necesariamente un componente valorativo. No pueden definirse o formularse sin dicho componente. Están los débiles, que poseen un pequeño significado descriptivo (por ejemplo: bueno, mejor, peor, importante, irrelevante) y los fuertes (o profundos) que aportan información descriptiva más adecuada como vulgar, sofisticado. Poseen el efecto de ser más capaces de guiar una acción. Probablemente preferamos ir a ver una exposición de arte si leemos en su crítica que es sofisticada y escandalosa, que si solamente dijera de dicha exposición que es buena.

-
- **“Semántica valorativa”** (Value-semantics): en este caso el significado de una frase puede ser en si mismo valorativo, aunque no utilice los términos descriptos en el punto anterior. El acto consiste en hacer una aseveración al emitir una oración, en virtud de la fuerza convencional asociada con ella. Que la frase tenga un componente valorativo va a depender de las intenciones y de las circunstancias en las cuáles es enunciada. Alcanzará con que el oyente o el lector reconozcan las intenciones originales, para que esta cause el efecto deseado.
 - **Dimensión Causal:** otra de las dimensiones que subyacen a los valores: es la distancia conceptual y causal que un valor puede tener en relación con su objeto de descripción; estar comprometido con el mismo, deducirse o inducirse a partir de él, o ser una consecuencia. A este aspecto de los valores Sadler lo llama dimensión causal en cuanto puede moldear una acción y en la distancia temporo - espacial que lo separa de dicha acción.
 - **Valores comprometidos e inducidos:** los valores pueden ser deducidos o estar implícitos en la forma en que la que cada uno tiene de ver el mundo. Por ejemplo, No es necesario que un sacerdote nos dé su opinión sobre el origen de la tierra, la misma está implícita. Entender la psiquiatría desde cualquiera de sus perspectivas (por ejemplo la biológica) trae implícito valoraciones en relación a posibles etiologías de las enfermedades mentales. Los valores comprometidos residen profundamente en las convicciones individuales. Muchas personas construyen alrededor de los mismos sus carreras profesionales, si no sus vidas.
 - **Consecuencias relacionadas a los valores:** existen consecuencias cargadas de valores relacionadas con los mismos y que surgen de alguna teoría o de alguna clasificación (DSM). Un ejemplo clásico de cómo un descubrimiento o una teoría desarrollada ino-centemente puede tener consecuencias morales profundas, es el uso de teorías de los físicos para el desarrollo de armas nucleares. La medicina genética está abriendo nuevas puertas al posible desarrollo de lamentables consecuencias valorativas.
 - **Dimensión descriptiva:** tercera dimensión subyacente: existen casos en los cuales los valores poseen una cualidad descriptiva propia. Los pragmáticos, epistemológicos, éticos, ontológicos y estéticos.

Los valores, en Sadler, determinan qué es relevante desde el punto de vista práctico (o sea que es lo que el clínico ve o no ve), qué evidencia clínica es significativa, los criterios de enfermedad, la credibilidad de un proceso diagnóstico y las prioridades a la hora de diseñar un manual de clasificaciones; resumiendo la cuestión, para Sadler los “valores” reflejan el rango de preferencias, predilecciones, estimas y predisposiciones a actuar en una determinada situación clínica.

Bibliografía Sadleriana

1. Sadler, JZ. Values and Psychiatric Diagnosis (Series: International Perspectives in Philosophy and Psychiatry) Oxford. Oxford University Press, 2004.
2. Sadler, JZ (Eds). Descriptions and Prescriptions: Values, Mental Disorders, and the DSMs. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2002.
3. Sadler, JZ, Wiggins, OP and Schwartz, MA (Eds). Philosophical Perspectives On Psychiatric Diagnostic Classification. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1994.

Género y Psiquiatría: Bibliografía

Dra. Guillermina Berkunsky Idiart

Médica Especialista Jerarquizada
en Psiquiatría y Psicología Médica
Directora del Centro Integral
de Salud Mental de Tandil, Pcia. de BsAs.
Fundadora de la Biblioteca Popular de las
Mujeres, primer biblioteca pública del país y
única de la Pcia. de BsAs
especializada en género.
Fundadora y actual secretaria de la
Asociación de Psiquiatras de la
Pcia. de Bs.As. (APC)
Ex residente, Jefa de residentes y becaria del
Servicio de Salud Mental del Policlínico de
Agudos Evita, Ex Aráoz Alfaro, Lanús.

E-mail: guillerminaberkunsky@yahoo.com.ar

Encontrar un sesgo de género en cualquier trabajo científico se reduce a la compleja operación de detectar elementos en el mismo que señalen discriminación atribuida al sexo, a los roles, opciones y/o identidades sexuales.

La categoría género no es unívoca en sí misma; está siendo duramente cuestionada en su pura dualidad-aquello que le otorgó a su vez status de dispositivo de análisis de cualquier investigación social; es aplicada ideológicamente tanto como analizador de la conducta como para desentrañamiento de procesos sociales; se acerca más o menos al sexo según aplicación; cobra más o menos sentido político según su definición.

A su vez, la Psiquiatría, heterogénea, multifacética, diversa, contradictoria, elige estas posibilidades de definición de género a la hora de su cruzamiento con el mismo. Y entonces la "perspectiva de género" se torna variada, resultando en un abanico de imprecisa limitación.

Este dossier pretende únicamente un acercamiento a la cuestión.

Elegí para el mismo en esta oportunidad autoras argentinas porque es seguramente desde quienes se hace más fácil la lectura del concepto y su aplicabilidad; porque estas autoras han abrevado en fuentes insoslayables en el tema (Simone de Beauvoir, Judith Butler, Adrienne Rich; y Irrigaría; Sandra Harding, Kate Mollet, entre otros/as), porque enriquecen la teoría con prácticas concretas de colectivos de mujeres, a las que con más o menos compromiso se suman; porque justamente por lo antedicho, las pensadoras argentinas logran una ubicación de importancia en el contexto mundial, como ha sucedido tantas veces con los/as psiquiatras argentinos/as.

Quizá esta coincidencia (abundancia tanto de desarrollos de pensamiento como de experiencias clínicas e institucionales) permita que en nuestro país Género y Psiquiatría lleguen a un feliz cruzamiento.

Hecho en Red por la salud de la mujer. Red Nacional por la Salud de la Mujer

Editorial Dunken. (2001)



Uno de los compilados más interesantes en cuanto a articulación teórica y clínica que logró esta red (integrada por varias organizaciones de mujeres de todo el país y expertas en salud femenina) que fue editada para celebrar sus 10 años de existencia.

Artículos que con perspectiva de género analizan la historia del sistema de salud en Argentina, la relación entre pobreza y stress, entre desempleos y duelos, la planificación familiar, la maternidad adolescente, la violencia de algunas prácticas médicas, el pasar de los años, la violencia conyugal y la violencia de género, ésta última atravesando todos los relatos clínicos y señalada como el verdadero problema de salud pública de directa incidencia en la salud mental de las mujeres.

El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada

Mabel Burín, Esther Moncarz,
Susana Velázquez
Buenos Aires. Ed Paidós (1991)



Haciendo hincapié en la construcción social de la subjetividad en una cultura que silencia y devalúa lo femenino, reconstruyen el campo de la salud mental, redefiniendo a las depresiones femeninas como “patologías de género” y denunciando el abuso de los psicofármacos como dispositivos de sobreadaptación a cuestiones opresivas. Quien las prologa, arroja la friolera conclusión estadística de que siendo las mujeres no sólo son las principales usuarias del campo de la Salud Mental sino también la proporción más numerosa de estudiantes y profesionales de cursos y actividades psicológicas, lo mismo no corresponde con el diseño de políticas asistenciales para los problemas que las aquejan. Las autoras recogen el guante y avanzan en este sentido.

El feminismo espontáneo de la histeria. Estudios de los trastornos narcisistas de la feminidad

Emilce Dío Bleichmar
Madrid, Adotraf.(1985)



Esta psiquiatra y psicoanalista argentina forma parte de un movimiento académico feminista que ha releído obras de importancia fundamental como son las de S. Freud, redefiniéndolas. Así, en este libro, uno de los muchos escritos por ella, plantea la deuda que tiene el psicoanálisis con la histeria, en cuanto le permitió a Freud reconocer los conflictos sexuales como causa de las neurosis pero critica el uso de ordenadores universales como el falo y la diferencia de sexos, lo que ciega y reduce toda la sintomatología a la sexualidad, una sexualidad propia de un momento histórico, una clase y una cultura designada como patriarcal.

Utilizando el concepto de género como categoría de análisis y la distinción entre sexo y género la autora encuentra referencias al género en la obra freudiana, establece su lugar en la subjetividad, examina el papel que el mismo juega en la predisposición de la mujer a la histeria y explica el cuadro de la histeria en la mujer tanto como un acatamiento de los estereotipos de género como un rechazo de los mismos entre otras cuestiones.

La Dra. Marie Langer prologa este análisis diciendo: “ayuda de esta manera a la mujer, en su cambio y en la lucha por una verdadera autonomía, a poder abandonar el camino de la histeria y a lograr ser compañera del hombre en igualdad de derechos y posibilidades sin por eso tener que renunciar al deseo y al placer”

¿Podrían volver las diosas? Una perspectiva femenina en los gobiernos

Lía Ricón
Editorial Akadia.(2007)



La autora afirma que este texto es producto de su preocupación por los sufrimientos de la humanidad y los problemas sociales, políticos y económicos que nos aquejan. Pretendiendo entonces encontrar soluciones que vayan más allá del campo individual de la clínica psicoterapéutica, propone la inclusión en los gobiernos de una modalidad más participativa, la que considera sin muchas vueltas, femenina.

Aunque el libro no refiera directamente a la psiquiatría y la salud mental, Lía no puede soslayarse a sí misma y su extensa experiencia como médica, psicoanalista, docente, atraviesa todos los capítulos, estimulando la autonomía de pensamiento, proponiendo otra manera de pensar el Poder, insistiendo en no perder de vista el sufrimiento de la humanidad por arrojo a la aventura de la técnica (sea el campo disciplinar que sea) y afirmando que también desde el campo asistencial o docente se puede cambiar el mundo.

En suma, un libro sobre Política escrito por una Mujer Psiquiatra que ha dedicado su vida a pensar en cómo resolver el malestar de las personas. De imprescindible lectura para aquellos que pretendan para sí mismos/ u otros/as, alguna clase de gobierno.

Afrodita, Apolo y Esculapio. Diferencias de género en salud y enfermedad

Andrea López Mato, Alejandra Viellez,
Daniela Bordalejo (comp.)

Editorial Polemos (2004)



En este libro se compilan diferentes artículos en los que, erróneamente y como lo reconoce la misma Dra. López Mato, género se asimila a sexo. Pero esto no le quita mérito a la compilación a la hora de proponer pensar la siempre compleja relación biología-cultura. López Mato, promotora principal de esta interesante selección de artículos, cierra afirmando enfáticamente la importancia de aceptar las diferencias biológicas, antropológicas, sensoriales y comunicacionales entre sexos y géneros, en la esperanza de que lo mismo ayude al reconocimiento de la igualdad en los derechos y oportunidades sociales.

Muy recomendable para quienes se interesan habitualmente en la lectura del ala más biológica de la psiquiatría argentina.

El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina

Clara Coria.

Grupo Editor Latinoamericano.
Buenos Aires (1986)



A través de grupos de reflexión de mujeres y de varones por separado, la autora investigó durante años la relación entre el dinero y cuestiones de la subjetividad llegando a varias conclusiones clínicas que hoy son citadas a nivel mundial, entre ellas y de su propio decir “el tema del dinero hace emerger y poner en evidencia todos los contratos tácitos e implícitos que invariablemente subyacen en nuestras relaciones”.

Un libro de lectura amena para cualquier tipo de público pero que esta psicoanalista destinó en particular a los profesionales de las distintas disciplinas de las ciencias humanas y dónde no sólo es inevitable encontrar casi todos/as los/as pacientes sino también el encontrarse a sí mismo/a.

Sexualidades migrantes. Género y transgénero

Diana Mafía (comp).
Feminaria Editora (2003).



La autora, filósofa, escritora, docente universitaria, Defensora del Pueblo de la Ciudad de Bs.As. durante algunos años, compila y comenta con lucidez una serie de artículos que dan cuenta del derecho al cuerpo y a la subjetividad como piedra fundamental para la construcción de una sociedad democrática. De cómo una orientación sexual diversa deberá recorrer tortuosos caminos para conseguir un status de ciudadanía y lo mismo, será siempre con consecuencias sobre su estado mental.

Un libro para repensar la dualidad cartesiana de la categoría de género y sus nefastas consecuencias sobre el entendimiento de la complejidad y diversidad humana.

Un aporte que, como señala la autora, no tiene otro fin más que el de la ética: es decir, la felicidad humana.

Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres

Aponte Sánchez Elida y
Femenias María Luisa (comp).
Eduulp (Edit de la Universidad
Nac. de La Plata). 2008



Presentado recientemente (mayo) en el 1er Congreso sobre Género y Sociedad que se realizara en Córdoba, esta compilación es de lectura imprescindible en quienes se interesan y trabajan con el tema violencia; un tema central en la definición del género como categoría de debelación de la discriminación y a su vez, un concepto redefinido como Violencia de Género; habida cuenta que tanto la violencia intraconyugal, el abuso sexual, el acoso sexual laboral o la descalificación general sociocultural de todo aquello que es “femenino”, resulta mayoritariamente ser una experiencia mundial de mujeres y niñas.

Las autoras se inscriben explícitamente en la intención de “unir esfuerzos entre las mujeres y los varones conscientes de este problema... para dar respuestas, desde las distintas ciencias por medio de la investigación y la acción a los problemas de violencia contra las mujeres” e ilustran entre otros temas, sobre como el Contrato Social (modelo teórico político base de las democracias actuales) presenta límites y obstáculos para el pleno desarrollo de los derechos de la mitad de la humanidad.

Equidad de género en el sistema educativo: una apuesta

Gabriela Rotonda (comp)-
Esc. de Trabajo Social de la Univ. Nac.
de Córdoba. 2009



Si bien es uno de los tantísimos conjuntos de trabajos referidos al sistema educativo, me pareció de utilidad su inclusión en este espacio ya que, reconocer cómo la escuela y todo el sistema educativo propenden a enseñar (nos) la desigualdad como cuestión “natural” (por ejemplo, el “neutro” masculino a la hora de escribir, leer y hablar) puede ser su lectura un punto de partida para repensar cómo y qué transmitimos al respecto cuando enseñamos (la formación de pregrado) y cuánto continuamos de lo mismo en los espacios de nuestra actualización (los congresos, los cursos, las jornadas, etc.).

Una compilación interesante de múltiples experiencias surgidas de un proyecto global de articulación de esta universidad con las escuelas; succulenta en referencias bibliográficas y tan actual dada su edición (2009) que incluye hasta cuestiones de análisis político sobre la incidencia del género en la derrota del Poder Ejecutivo Nacional.

Varones. Género y subjetividad masculina

Burín Mabel y Meler Irene.
Paidós. 2000



Prologado por David Maldavsky, quien hace hincapié en el tema del Poder entre los sexos, las autoras (coordinadoras de un espacio de debate existente hace años en Ciudad de Bs. As. sobre la relación Género-Psicoanálisis) proponen pensar cómo las relaciones de poder intrafamiliares y sociales determina la construcción del aparato psíquico y entonces el género se presenta ineludiblemente como la herramienta teórica necesaria para entender la subjetividad masculina.

El ejercicio de un erotismo que requiere de una ostentación viril, la hostilidad, el ejercicio de la paternidad exigida entre modelos posibles (el proveedor, el desentendido, el protector); los modos de enfermar y morir de los varones son algunos de los puntos clave que se desentrañan aquí.

Las autoras cierran diciendo “esperamos haber aportado pensamientos para la necesaria reestructuración de las relaciones entre mujeres y varones con el fin de elaborar un recontrato vincular que habilite a ambos para una mejor calidad de vida”.

Todo sexo es político

Pecheny Mario, Figari Carlos y
Jones Daniel (comp).
Libros del Zorzal .2008



Con la convicción de que “la academia, mal que mal, ha reconocido sus títulos de ciudadanía a las sexualidades y a los sujetos sexuales emergentes” y que “la pretensión de neutralidad (científica) es ideología o mala fé”, los autores se adentran en el complejo mundo de la “diversidad sexual”.

Las identidades de género, las prácticas sexuales, las nuevas conyugalidades y parentalidades, la estigmatización y la discriminación, el aborto como bisagra entre los derechos reproductivos y sexuales, son algunos de los grandes temas que aparecen en esta compilación y donde la investigación de las experiencias humanas da cuenta de la limitación del género como categoría dual.

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría Volumen XI. Nro. 41 Género y Psiquiatría

Edit. Polemos. 2000



Para terminar (por ahora) no podía dejar de incluir una interesante compilación que realizara esta revista señera de la psiquiatría argentina casi 10 años atrás, allá cerca de los tiempos del “fin del mundo”.

Con un dossier de trabajos disímiles en cuanto a la definición del concepto, los coordinadores Norberto Conti y Daniel Matusевич, afirman allí la importancia de conocer todo el desarrollo académico que nos viene a decir que “aquello que consideramos la organización natural y social del mundo, es sólo una organización posible: la organización legitimada por la mirada masculina de la realidad”, reconociendo así al debate que lo mismo supone, controvertido e imprescindible.

Una afirmación que extendiendo a lo que, espero, produzca este dossier.

