



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



Sinopsis

APSA REVISTA

SUMARIO • Guía para el Tratamiento Farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización 2011 | *Guide for the pharmacological treatment of the Generalized Anxiety Disorder* | Dr. Cascardo, Dr. Resnik, Dra. Roisman • El Cuidador de Alzheimer: Prevención y Rehabilitación | *The Alzheimer carer: prevention and rehab* | Dra. Kabanchik • La mente del atleta en el Tercer Milenio: Clínica, Interdisciplina y Terapéutica | *The athlete's mind in the Third Millenium: Clinic, Interdiscipline and Therapy* | Dr. Groisman • El arte de narrar en psicoanálisis | *The narrative art in psychoanalysis* | Dra. Yankeñevich • Bibliografía Recomendada | Dr. Hugo Dramisino



**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
Dr. Alfredo Cía

Vicepresidente
Dr. Horacio Vommaro

Secretario
Dr. Luis Herbst

Tesorero
Dr. Darío Lagos

Vocales Titulares
Dr. Gustavo Gómez
Dra. Analía Ravenna
Dr. Darío Romero Crusellas
Dra. Laura Rosales

Vocales Suplentes
Dra. Graciela Onofrio
Dr. Humberto Velásquez

**Órgano de Fiscalización
Titulares**
Dr. Hugo Dramisino
Dra. Nora Leal Marchena

**Órgano de Fiscalización
Suplentes**
Dra. María Lilia Rodríguez
Dr. Juan Carlos Turnes

Comité Editorial

Dr. Daniel Matusevich (Coordinador)
Dr. Ricardo Pérez Rivera (Coordinador)
Dr. Omar Alva Liliú
Dra. Guillermina Berkunsky
Dra. en Psicología Tania Borda
Dr. Eduardo Burga Montoya
Dr. Octavio Gallego Lluesma
Dr. Jorge Garrañuño
Dr. Sergio Halsband
Dr. Carlos Lamela
Dr. Pedro Pieczanski
Dr. Pablo Resnik
Dr. Martín Ruíz

Comité Científico Nacional

Dr. Jorge Berstein
Dra. Raquel Bianchi
Dr. Julio Ángel Brizuela
Dr. Eduardo Burga Montoya
Dr. Carlos Calatroni
Dr. Hugo Carroll
Dr. Enzo Cascardo
Dr. Eduardo Espector
Dr. Alejandro Ferreira
Dr. Pablo Gabay
Dr. Sergio Griselli
Dr. Rafael Groisman
Dr. Elías Klubok
Dra. Diana Kordon
Dr. Gabriel Kunst
Dra. Mariana Lagos
Dr. Carlos Lamela
Dra. Nora Leal Marchena
Dra. Graciela Maltagliatti
Dra. Liliana Mato
Dra. Cecilia Moise

Dra. Liliana Moneta
Dra. Eliana Montuori
Dr. Carlos Moretti
Dr. Luis Ohman
Dr. Oscar Olego
Dra. Graciela Onofrio
Dr. Federico Pavlovsky
Dra. Adhema Pereira
Dr. Ricardo Pérez Rivera
Dr. Humberto Persano
Dra. Elba Picot
Dra. Mónica Pucheu
Dra. Lía Ricón
Dr. Carlos Repetto
Dr. Roberto Reynero
Dr. Carlos Rodríguez Peña
Dr. Héctor Rubinetti
Dra. Viviana Sala
Dr. Darío Saferstein
Dr. Gabriel Schraier
Dra. Débora Serebirsky
Dr. Ernesto Serrano
Dr. Enrique Stein
Dr. Juan Cristóbal Tenconi
Dra. Elba Tornese
Dra. Ana María Vaernet
Dr. Emilio Vaschetto
Dr. Humberto Velásquez
Dr. Norberto Yellati
Dra. Diana Zalzman

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)

INDICE

Psiquiatras Argentinos Domingo Cabred	3
Editorial Comité de redacción	5
Editorial Comisión directiva	6
Guía para el Tratamiento Farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización 2011 <i>Guide for the pharmacological treatment of the Generalized Anxiety Disorder</i>	7
Dr. Cascardo, Dr. Resnik, Dra. Roisman	
El Cuidador de Alzheimer: Prevención y Rehabilitación <i>The Alzheimer carer: prevention and rehab</i>	17
Dra. Kabanchik	
La mente del atleta en el Tercer Milenio: Clínica, Interdisciplina y Terapéutica <i>The athlete's mind in the Third Millenium: Clinic, Interdiscipline and Therapy</i>	23
Dr. Groisman	
El arte de narrar en psicoanálisis <i>The narrative art in psychoanalysis</i>	27
Dra. Yankeñevich	
Bibliografía Recomendada	31
Dr. Hugo Dramisino	

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: El Planetario - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Diseño y armado de la revista Sinopsis

Q+D Diseño - (011) 45.24.34.82 - mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com

Caricaturas: Mauricio Giacomino - maurigiacomino@yahoo.com

Psiquiatras Argentinos



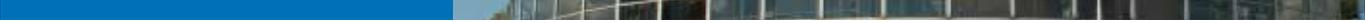
Dr. Domingo Cabred

Domingo Felipe Cabred (Paso de los Libres, Corrientes, 1859 – Buenos Aires, 1929). Se recibió como Doctor en Medicina en la Universidad de Buenos Aires en el año 1881, con una tesis intitulada “Contribución al estudio de la locura refleja” - Se especializó en psiquiatría, bajo la tutela de Lucio Meléndez.

Fue practicante en el Hospicio de las Mercedes durante tres años y, posteriormente, ascendió a médico interno, luego subdirector y, desde el 10 de Octubre de 1892, director de la institución hasta su retiro, en 1916. Fue Profesor suplente de Patología Mental, y luego Profesor titular en 1893, sucediendo a Meléndez, en ese cargo y en la Dirección del Hospicio. Viajó a Europa y estudió el funcionamiento de los hospicios y de los institutos para sordomudos de Alemania, Italia, Austria y Francia. En 1889, fue el representante argentino y Presidente de Honor del Congreso Internacional de Medicina Mental, realizado en París. En 1896 representó a la Argentina en el Congreso Nacional de Antropología Criminal realizado en Ginebra. Fue allí donde propuso una moción, la cual fue aprobada, en la que sostenía que los alienados delincuentes no debían ser alojados en secciones especiales de las cárceles, sino que debían ser tratados en hospicios y en instituciones especializadas.

En 1903, fundó la Liga Argentina de Lucha contra el Alcoholismo y en 1908 fundó la Colonia Nacional de Alienados, conocida con el nombre de Colonia Open Door. Además, impulsó una gran obra de infraestructura hospitalaria desde su cargo de Presidente de la Comisión Nacional de Hospitales.

EDITORIAL



Comité de Redacción

Este es un número que, de manera especial, está dedicado al recuerdo del gran maestro Domingo Cabred y al amplio abanico que la Psiquiatría contemporánea ofrece. Así el lector podrá encontrar artículos que van desde la psicofarmacología hasta el psicoanálisis y la hondura de la narración clínica.

Los Dres. Cascardo, Resnik y Roisman, nos presentan una actualizada y completa guía de tratamiento psicofarmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), como así también un importante registro sobre la falta de un diagnóstico adecuado de esta patología.

La Dra. Kabanchik, con suma elocuencia, aborda un tema bastante frecuente pero muy poco difundido como es la prevención de la salud psicofísica de los cuidadores de adultos mayores afectados por demencias.

El Dr. Groisman se desliza con acierto en la presentación de un caso clínico de una atleta, haciendo hincapié en la interfase neurociencias y psicoterapia, logrando expresar la ligazón entre psicología y psiquiatría del deporte con el enfoque interdisciplinario.

Por último, la Dra. Yankelevich, nos introduce talentosamente en la relación entre el modo de narrar la clínica de Freud y la novela clásica europea. También nos presenta el hallazgo de ejes comunes entre los modos de narrar la clínica en la actualidad y su entorno cultural, especialmente considerando el advenimiento de las nuevas tecnologías.

Comisión Directiva

Para profundizar la instauración de una “Nueva cultura para APSA”, dirigida a la jerarquización científica, la transparencia en la gestión, la democracia y la participación de todos los asociados -como se viene logrando en los tres años de gestión de la Comisión Directiva de APSA- el 9 de abril, en la Asamblea General Ordinaria, fue electa por unanimidad una Nueva Comisión Directiva, encabezada por el Dr. Alfredo H. Cía.

La nueva Comisión Directiva propone los siguientes ejes para esta etapa de gestión:

Funcionamiento institucional, administración y finanzas

- Mantener el ejercicio permanente de consulta a los asociados para toda decisión de trascendencia en la vida institucional mediante las reuniones de Presidentes de Capítulos y en las pertinentes Asambleas y reuniones, que se vienen realizando a tal efecto, con una frecuencia inédita en la vida de nuestra entidad.
- Continuar con la transparencia, orden y austeridad administrativo-financiera, incrementando aún más la cantidad de socios comprometidos con APSA, que están al día en sus cuotas sociales, cifra que se ha cuadruplicado desde 2008.
- Mantener con estos y otros recursos genuinos (cursos, donaciones, etc.) el autofinanciamiento de los gastos corrientes de la entidad y emplear el excedente para mejoras en equipamiento y diversos servicios a los socios (desarrollo del Instituto Superior de Formación de Postgrado, becas para profesionales en formación, enseñanza a distancia y aula virtual, cursos de EMC, Congresos y Jornadas en distintas regiones del país).
- Continuar con la edición de la revista SINOPSIS (procurando su incorporación a las bases de datos de revistas científicas) y libros de la Asociación.

Política Federal

Profundizar las sólidas bases ya establecidas de la organización federal de nuestra Asociación mediante el desarrollo de las filiales ya existentes y el trabajo mancomunado con las Asociaciones Provinciales de Psiquiatría a fin de:

- Canalizar constantemente las nuevas necesidades, inquietudes y propuestas de los socios de todo el país, brindando los servicios que respondan racionalmente a las mismas.
- Impulsar actividades científicas (Jornadas y Congresos regionales y provinciales) en todas las regiones del país, y poner especial énfasis en la formación continua a distancia, utilizando las herramientas informáticas disponibles en el Instituto Superior de Postgrado de APSA y mediante la incorporación de una Red Virtual.
- Maximizar la aplicación de los avances de la tecnología informática creando una Red Virtual de APSA, a la que podrán incorporarse voluntariamente todos los socios, con las siguientes ventajas:
 - o Incorporarse a un listado de profesionales, en el que constarán los datos personales, e-mail, áreas de interés o subespecialidades que practica, temas de investigación que desarrolla, servicios que presta, y donde podrá subir sus aportes personales como trabajos, presentaciones en Congresos, y otros, para darlos a conocer e intercambiarlos con los interesados en el tema.
 - o Generar foros de intercambio virtual y posibles eventos y otras actividades de mutuo enriquecimiento científico y profesional, a propuesta de los interesados.

Formación y Actividades Científicas

Aplicar todos los recursos disponibles y a crearse para continuar fortaleciendo el Instituto Superior de Formación de Postgrado (ISFP), incidiendo así en forma decisiva en el perfil formativo del psiquiatra argentino mediante:

- Su jerarquización académica en todos los niveles, a fin de lograr el reconocimiento de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).
- El dictado de la carrera de “Médicos especialistas en Psiquiatría” mediante convenios como los ya establecidos con Universidad Nacional del Comahue para la Patagonia y la Universidad Nacional de Tucumán para el NOA; extendiendo esas iniciativas a las Universidades Nacionales de Rosario (para el Litoral), del Centro de la Provincia de Buenos Aires (para esa región) y Corrientes (para el NEA).
- Extender la participación de APSA en las instancias de certificación y recertificación del título de especialista en Psiquiatría siguiendo el modelo de las ya existentes con el AMA-CRAMA, el Ministerio de Salud de la Nación y la creación (ya firmada por convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires) de la correspondiente Comisión de Recertificación del título de especialista universitario.
- Incrementar constantemente la inclusión de candidatos para la Carrera de especialista en Psiquiatría del área metropolitana, mediante una redoblada campaña de difusión entre los egresados de carreras de medicina.
- Desarrollar el área de asesoramiento a los socios para fomentar la investigación científica local.
- Impulsar la actividad de la Comisión de asesoramiento del ISFP, conformada por todos los profesores titulares y adjuntos de Psiquiatría y Salud Mental del país socios de APSA.

Defensa del rol y de las condiciones de trabajo de los psiquiatras

- Continuar con la cobertura de nuestro seguro de mala praxis, con aranceles reducidos para socios.
- Crear una consultoría jurídica para asesoramiento a los socios en todo problema que se presente en el ejercicio de su rol profesional.
- Establecer nuevos convenios y canales de colaboración con Asociaciones médicas científicas y gremiales para trabajar mancomunadamente en la defensa del rol profesional del personal de salud, en lo atinente a las condiciones de trabajo y a los aspectos contractuales y salariales de los psiquiatras, tanto en el ámbito público cuanto en el privado y en el de las Obras Sociales.
- Concretar, con la colaboración Capítulo de Psiquiatras en Formación de APSA, la creación de una Comisión específicamente dedicada a la problemática de los mismos (Residentes, Concurrentes y Becarios).

Asistencia psiquiátrica, políticas de Salud Mental y Legislación

- Defender el derecho inalienable de los argentinos a la salud, en general, y a la Salud Mental en particular. Persistir

en la defensa de la Salud Pública y del hospital público, así como del respeto irrestricto de los derechos de los pacientes y los trabajadores de la salud y el acceso igualitario y universal a una asistencia integral en la prevención, asistencia y rehabilitación.

- Continuar bregando por una transformación racional de la asistencia psiquiátrica, en los subsectores público, de las obras sociales y privado, rescatando la concepción integral del rol profesional del psiquiatra.
- Seguir con nuestra participación y propuestas activas en la discusión sobre la legislación en Salud Mental a los niveles nacional y provincial y de sus Reglamentaciones, manteniendo foros de discusión e información con todos nuestros socios a nivel federal.
- Desarrollar las campañas necesarias para reforzar la importancia de la opinión experta de APSA en el diseño de las políticas sanitarias, participar de la discusión en la organización y servicios del sector público y todo lo atinente a su transformación para garantizar una mejor atención en el campo de la Salud Mental que incluya las instituciones monovalentes, los hospitales generales, las estructuras en la comunidad (casas de medio camino, hospitales de día, centros comunitarios, etc.).
- Pronunciarse y desarrollar acciones concretas en favor la plena vigencia de los Derechos Humanos y brindar nuestro apoyo a los justos reclamos sociales de nuestro pueblo.

Actividades internacionales

Teniendo en cuenta que la Argentina será sede de eventos de primera magnitud en los ámbitos regional e internacional en estos dos años:

- Profundizar la integración de APSA a la Psiquiatría latinoamericana y mundial.
- Redoblar los esfuerzos para situar a los psiquiatras argentinos en el nivel de excelencia que corresponde a su desarrollo en ocasión de la realización en nuestro país del Congreso Mundial de Psiquiatría (WPA, Setiembre de 2011) y del Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL, Noviembre de 2012).

Presidente:

Dr. Alfredo H. Cía

Vice-presidente:

Dr. Horacio Vommaro

Secretario:

Dr. Luis Herbst

Tesorero:

Dr. Darío Lagos

Vocales

1er. Vocal Titular: Dra. Analia Ravenna (Rosario)

2do. Vocal Titular: Dra. Laura Rosales (Córdoba)

3er. Vocal Titular: Dr. Gustavo Gómez (Corrientes)

4to. Vocal Titular: Dr. Darío Romero Crusellas (Jujuy)

1er. Vocal Suplente: Dra. Graciela Onofrio

2do. Vocal Suplente: Dr. Humberto Velásquez

Órgano Revisor de Cuentas

Titulares: Dr. Hugo Dramisino

Dra. Nora Leal Marchena

Suplentes:

Dr. Juan Carlos Turnes (Mar del Plata)

Dra. María Lilia Rodríguez (Tucumán)

Guía para el Tratamiento Farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización 2011 | *Guide for the pharmacological*

treatment of the Generalized Anxiety Disorder

Dr. Enzo Cascardo(*)

Dr. Pablo Resnik ()**

Dra. Daniela Roisman ()**

(*) Presidente del Capítulo de Trastornos de Ansiedad (APSA)

(**) Miembros del Capítulo de Trastornos de Ansiedad (APSA)

ehcascardo@gmail.com

Resumen

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una entidad frecuente pero subdiagnosticada, de curso generalmente crónico, que se acompaña por la afectación del funcionamiento laboral, académico y social de los pacientes. El cuadro clínico incluye la presencia de síntomas cognitivos como la preocupación excesiva, la sobreestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos y el pensamiento catastrófico y síntomas físicos como inquietud, tensión muscular, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad y disturbios del sueño. La sobre-estimación de la probabilidad de que ocurra un evento negativo es un síntoma clave cuya consideración es imprescindible para realizar un diagnóstico correcto. La presencia de TAG supone un aumento del riesgo de suicidio y de la utilización de los recursos de salud y habitualmente se acompaña de comorbilidades. El objetivo de la publicación de esta guía de tratamiento es proveer a los profesionales, principalmente a aquellos que se desempeñan en el área de la salud mental, un algoritmo de decisiones para el tratamiento farmacológico de los pacientes con TAG basado en la evidencia que proveen los distintos estudios publicados mundialmente.

Palabras clave: trastorno de ansiedad generalizada (TAG), algoritmo terapéutico, tratamiento farmacológico.

Abstract

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a frequent but misdiagnosed disease with a chronic course that impairs work, educational and social aspects of functioning. Clinical features include cognitive symptoms like overestimation of probability of negative events and catastrophic thinking, and physical symptoms like restlessness, tiredness, concentration problems, irritability and sleep disorders. Considering overestimation of probability of negative events is crucial for an accurate diagnosis. Diagnosis of GAD is linked with an increase in suicidality and utilization of health resources. In addition, comorbidities are usually present. The objective of this treatment guideline is to help physicians, especially those who works in the mental health field, with an algorithm of decisions for the pharmacological treatment of patient suffering from GAD developed in accordance with evidence-based research published worldwide.

Key words: generalized anxiety disorder, therapeutic algorithm, pharmacological treatment

Introducción

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por la presencia de síntomas cognitivos y síntomas físicos. Entre los primeros se incluye la preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos de más de seis meses de duración, la sobreestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos (SEPOEN) y el pensamiento catastrófico⁽¹⁾. Los síntomas físicos incluyen la inquietud o impaciencia, la fatigabilidad fácil, las dificultades de concentración, la irritabilidad y los disturbios del sueño⁽²⁾. La consideración de los síntomas físicos es importante a la hora de evaluar a un paciente con TAG. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta los síntomas cognitivos asociados con la preocupación persistente e incontrolable. De hecho, las distorsiones cognitivas, principalmente la sobreestimación de la probabilidad de que ocurra un evento negativo, son un síntoma clave cuya consideración es imprescindible para realizar un diagnóstico correcto⁽³⁾. Siempre debe considerarse que la preocupación excesiva puede ser opacada por la sintomatología concurrente correspondiente a una comorbilidad, al espectro de la ansiedad general o a un rasgo caracterológico⁽¹⁾. El presente artículo se elaboró con el objetivo de proponer un algoritmo de tratamiento para los pacientes con TAG aplicable en la práctica clínica.

Epidemiología

La prevalencia anual de TAG en la población general es elevada. Según lo hallado en estudios poblacionales, dicha prevalencia alcanza el 3.1%⁽²⁷⁾, en tanto que la prevalencia de la enfermedad a lo largo de la vida es del 5.7%⁽²⁷⁾. El TAG constituye el trastorno de ansiedad más frecuente en el ámbito de la atención primaria⁽¹⁸⁾, donde alcanza una prevalencia del 7.6%⁽²⁹⁾. No obstante, su diagnóstico y tratamiento distan de ser adecuados⁽⁴⁸⁾. La frecuencia de TAG es doble en la población femenina en comparación con la población masculina⁽¹⁸⁾ y su diagnóstico es más frecuente en el grupo etario de 45 a 55 años. También se informó que el TAG es el trastorno de ansiedad más frecuente en la población anciana. En este caso alcanzaría una prevalencia del 10.2%⁽¹⁸⁾.

La presencia de TAG supone un aumento del riesgo de suicidio y de la utilización de los recursos de salud⁽⁴⁶⁾ y habitualmente se acompaña de comorbilidades. De hecho, hasta el 68% de los pacientes con TAG presenta algún trastorno psiquiátrico comórbido⁽⁴⁶⁾. Más aún, Wittchen y colaboradores informaron que la comorbilidad con otro trastorno del eje I a lo largo de la vida se observa en el 90% de los pacientes con TAG. En el 60% de los casos dicha comorbilidad se correspondería con la presencia de depresión. En un estudio efectuado en 2005⁽⁹⁾ se informó que, a diferencia de lo observado en caso de depresión mayor, el índice de recuperación y de recaídas de los pacientes con TAG es bajo. Si bien la enfermedad puede remitir espontáneamente, los índices de remisión espontánea durante un periodo de seguimiento de 5 años no alcanzan el 40%⁽¹⁸⁾.

Consideraciones Diagnósticas

Como ya se mencionó, el TAG es una entidad frecuente pero subdiagnosticada⁽²⁹⁾. El curso de la enfermedad es generalmente crónico y se acompaña por la afectación del funcionamiento laboral, académico y social de los pacientes⁽⁴⁶⁾. También se informó que el TAG genera una discapacidad similar a la observada en presencia de otras enfermedades médicas⁽¹⁸⁾. Con frecuencia, los pacientes con TAG presen-

tan sintomatología activa durante más de 10 años antes de recibir el diagnóstico correcto⁽¹⁸⁾. Los síntomas que motivan la consulta son generalmente somáticos y se vinculan con la presencia de dolor, fatiga, depresión y disturbios del sueño, entre otros cuadros. En un estudio realizado en el ámbito de la atención primaria se informó que solo el 13% de los pacientes con TAG refiere ansiedad como síntoma principal⁽⁴⁶⁾. El diagnóstico erróneo de hipocondriasis o depresión mayor es frecuente en caso de TAG si no se indaga acerca de la preocupación excesiva y difícil de controlar. Como ya se mencionó, la sobreestimación de la probabilidad de que ocurra un evento negativo es un síntoma clave para realizar un diagnóstico correcto⁽¹³⁾ pero puede ser opacada por la sintomatología concurrente⁽¹¹⁾. Los pacientes con TAG consultan con mayor frecuencia a especialistas en gastroenterología u otras ramas de la medicina diferentes de la psiquiatría⁽¹⁸⁾. Asimismo, una gran proporción de los pacientes resistentes al tratamiento que más utilizan los servicios de salud reúne los criterios para el diagnóstico de TAG⁽¹⁸⁾. Dicha utilización es excesiva e involucra la realización de análisis de laboratorio, las consultas de emergencia, las hospitalizaciones y otros servicios médicos. Esto aumenta el gasto en salud tanto para el paciente como para la sociedad en su conjunto. Podemos decir que el diagnóstico de TAG es dificultoso porque⁽¹⁰⁾:

1. Existe un monto de ansiedad normal y adaptativo.
2. El 30 al 50% de la población presenta en algún momento de su vida un grado de ansiedad que hace necesaria la intervención de un profesional del área de la salud.
3. Por definición, todos los pacientes con trastornos de ansiedad presentan ansiedad.
4. Los pacientes con TAG con frecuencia presentan ansiedad generalizada durante toda su vida, no pueden registrar claramente la edad de comienzo, o informan que el inicio tuvo lugar en la infancia. Esto sugiere un rasgo caracterológico.
5. El TAG tiene una comorbilidad muy elevada y solo se presenta aislado en un bajo porcentaje de casos.

Categorías de Evidencia y Líneas de Recomendación

El objetivo de la publicación de esta guía de tratamiento es proveer a los profesionales, principalmente a aquellos que se desempeñan en el área de la salud mental, un algoritmo de decisiones para el tratamiento farmacológico de los pacientes con TAG elaborado sobre la base de la información obtenida en los distintos estudios publicados mundialmente. Hasta el momento existen cinco guías para el tratamiento de los pacientes con TAG^(4, 5, 18, 36, 46) y en la mayoría de ellas se señalan diferentes niveles de evidencia para la información terapéutica. Como se muestra en la tabla 1, podemos categorizar cuatro niveles de evidencia.

En el primer nivel se incluyen las moléculas o los tratamientos cuya utilidad se verificó en metanálisis publicados o en 2 o más estudios aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo realizados en más de 30 sujetos.

Tabla 1
Niveles de Evidencia

1. Metanálisis o más de un estudio aleatorizado y controlado con placebo.
2. Al menos un estudio aleatorizado y controlado con placebo.
3. Estudios no controlados realizados en 10 o más sujetos.
4. Reportes anecdóticos u opinión de expertos.

En el segundo nivel se incluyen las moléculas cuya utilidad se constató en al menos un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y realizado en 30 o más sujetos. Para el tercer nivel de evidencia quedan los tratamientos evaluados en estudios abiertos, no controlados, realizados en 10 o más individuos. En el cuarto y último nivel se incluyen los tratamientos cuya utilidad se informó en reportes anecdóticos (es decir, en estudios con un n muy bajo o en casos clínicos aislados) o fue apreciada según la opinión de expertos.

Tabla 2
Recomendación de tratamiento basada en la evidencia

1ra. línea	Nivel 1 o 2 de evidencia, experiencia clínica de eficacia y seguridad.
2da. línea	Nivel 3 de evidencia o alta experiencia clínica de eficacia y seguridad.
3ra. línea	Nivel 4 de evidencia o muy alta experiencia clínica de eficacia y seguridad.
No recomendado	Nivel 1 o 2 de evidencia de falta de eficacia.

En lo que respecta a las diferentes líneas de recomendación (ver tabla 2), la recomendación de primera línea siempre se corresponde con los tratamientos incluidos en el nivel 1 de evidencia, o en el nivel 2 siempre que se cuente con la experiencia de numerosos profesionales acerca de su utilización en la práctica clínica. Está claro que ante un nivel menor de evidencia hará falta contar con más información obtenida de la experiencia clínica que permita hacer una recomendación. En la segunda línea de recomendación se encuentran las moléculas que están en el nivel 3 de evidencia o cuyo empleo se asocia con un monto elevado de experiencia clínica en términos de eficacia y seguridad. Finalmente, en la tercera línea se incluyen los fármacos cuyo empleo se notificó en reportes anecdóticos o se vincula con un nivel muy elevado de experiencia clínica acumulada.

Tratamiento Farmacológico de los Pacientes con TAG

El tratamiento farmacológico de los pacientes con TAG se modificó junto con su conceptualización diagnóstica. Desde el punto de vista farmacológico, el blanco terapéutico es la neurotransmisión gabaérgica, serotoninérgica, noradrenérgica y, por último, glutamatérgica. Entre los fármacos recomendados por los expertos se incluyen las benzodiazepinas de alta potencia, fundamentalmente el clonazepam y el alprazolam. Su mecanismo de acción es el agonismo del receptor GABA-A por modulación alostérica. Pero sin duda, los fármacos más

eficaces y recomendados por la *Food and Drug Administration* (FDA) e incluidos en las guías internacionales para el tratamiento de los pacientes con TAG son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) escitalopram, paroxetina y sertralina y los antidepresivos duales venlafaxina de liberación prolongada (XR) y duloxetina. Estas moléculas actúan sobre el transportador de serotonina (SERT) modificando la neurotransmisión serotoninérgica y la acción del neurotransmisor sobre los receptores 5HT_{1A} y 5HT₂. A su vez, los receptores 5HT_{1A} y 5HT₂ están relacionados con la fisiopatología de la ansiedad excesiva⁽¹⁰⁾.

Escitalopram

La eficacia del escitalopram para el tratamiento de los pacientes con TAG fue comprobada en varios estudios doble ciego y controlados con placebo^(15, 16, 21). El primero de los estudios fue realizado en 2002 y participaron aproximadamente 850 pacientes con diagnóstico de TAG según los criterios incluidos en el DSM-IV. Los pacientes recibieron una dosis fija de escitalopram de 10 mg/día durante las primeras cuatro semanas, seguida por una dosis flexible de la misma droga que podía aumentarse hasta un máximo de 20 mg/día. En todos los estudios el escitalopram tuvo una eficacia significativamente superior que el placebo, tanto al considerar los ítems de ansiedad psíquica como de ansiedad total incluidos en la *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A) y otras escalas. Los eventos adversos más comúnmente reportados en el grupo que recibió escitalopram en comparación con el grupo placebo fueron las náuseas (18.2% vs. 7.5%), los trastornos eyaculatorios (14.3% vs. 1.5%), la disminución de la libido (6.8% vs. 2.1%), la anorgasmia (5.7% vs. 0.4%), la fatiga (7.7% vs. 2.1%) y el insomnio (11.9 vs. 5.6%). Los investigadores concluyeron que la administración de una dosis diaria de 10 a 20 mg de escitalopram es efectiva para el tratamiento de los pacientes con TAG. Además, el empleo de una dosis fija de 10 mg/día produce una disminución sintomática significativa desde la primera semana del tratamiento. A esto debe sumarse la tolerabilidad adecuada de la molécula.

Paroxetina

En los primeros estudios publicados sobre la utilización de paroxetina en caso de TAG se demostró un efecto similar a la imipramina y mayor que el placebo. No obstante, el primer estudio doble ciego importante fue presentado por Bellew y colaboradores en el año 2000. Dicho estudio se realizó en 566 pacientes que reunían los criterios incluidos en el DSM-IV para el diagnóstico de TAG. La administración de paroxetina se asoció con la obtención de resultados significativamente superiores en comparación con la administración de placebo. Este hallazgo tuvo lugar al considerar el resultado de la HAM-A, tanto al administrar 20 como 40 mg/día de paroxetina. Sin embargo, no se encontraron diferencias de eficacia entre ambas dosis. En otro estudio doble ciego realizado en 324 pacientes con TAG se concluyó que la administración de 20 a 50 mg/día de paroxetina es una estrategia terapéutica efectiva y permite alcanzar una respuesta significativa desde las 8 semanas de iniciado el tratamiento. La eficacia de la paroxetina a largo plazo se estableció en un estudio controlado con placebo de 24 semanas de duración. Los resultados fue-

ron favorables desde la semana 8 de tratamiento abierto con paroxetina⁽⁴⁵⁾ y ante la comparación frente a la administración de escitalopram durante 24 semanas⁽⁷⁾.

Sertralina

La utilización de sertralina para el tratamiento de los pacientes con TAG fue avalada en varios estudios aleatorizados y controlados con placebo^(1, 8). En estudios de 12 semanas de duración, la eficacia de la droga frente al placebo se verificó desde la semana 4 al administrar dosis diarias de 50 a 200 mg. En nuestra experiencia clínica, este fármaco es de gran utilidad para el tratamiento de los pacientes con TAG. A su muy buena eficacia sobre los síntomas psíquicos de la ansiedad se suma un perfil adecuado de efectos adversos y una escasa interacción con las enzimas del citocromo P450 (CYP450). Esto convierte a la sertralina en una molécula muy segura a la hora de tratar a los pacientes con TAG.

Duloxetina

La duloxetina es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) que tiene mayor potencia que la venlafaxina para inhibir la recaptación de noradrenalina. El aumento de la capacidad vesical y la actividad del esfínter uretral que provoca la droga generaron su aprobación en muchos países para el tratamiento de los pacientes con incontinencia urinaria por estrés. La FDA ha aprobado su utilización en pacientes con TAG sobre la base de los resultados de tres estudios clínicos^(22, 28, 43) realizados en más de 800 pacientes tratados con duloxetina. De acuerdo con dichos resultados, la administración de duloxetina se asoció con una mejoría del 46% de los síntomas de ansiedad evaluados mediante la HAM-A. Dicha mejoría fue del 32% entre los pacientes tratados con placebo. Asimismo, los resultados de la Sheehan Disability Scale indicaron una mejora del funcionamiento del 46%. En cambio, el empleo de placebo se asoció con una mejora del 26%.

Venlafaxina

La formulación de venlafaxina XR fue aprobada por la FDA para su utilización en caso de TAG. Desde 1999 se realizaron diferentes estudios clínicos doble, ciego y controlado con placebo de 8 a 20 semanas de duración cuyos resultados avalan la utilización de venlafaxina XR para el tratamiento de los pacientes con TAG^(17, 20, 40). La administración de 75 a 225 mg/día de venlafaxina XR se asoció con buena respuesta desde las 8 semanas de iniciado el tratamiento. Las diferencias significativas en comparación con el placebo se observaron al evaluar los resultados de escalas internacionalmente aceptadas. Además, los índices de remisión se mantuvieron a largo plazo. La venlafaxina tiene un perfil de efectos adversos similar al de los ISRS. El efecto adverso más importante de la venlafaxina XR fue la hipertensión arterial, cuya incidencia fue mayor del 5% ante el empleo de dosis mayores de 200 mg/día. Por lo tanto, para minimizar la probabilidad de hipertensión se recomienda administrar dosis de venlafaxina XR menores de 200 mg/día.

Pregabalina

Entre las drogas más novedosas empleadas para el tratamiento de los pacientes con TAG se incluye la pregabalina, un aná-

logo estructural del GABA relacionado con el gabapentín que no tiene acción directa sobre los receptores gabaérgicos o benzodiazepínicos. Además, el metabolismo de la pregabalina no genera productos con actividad de agonismo sobre el receptor GABA. El mecanismo de acción de la pregabalina sobre el SNC consiste en su unión con alta selectividad y afinidad a la subunidad alfa 2 delta de los canales de calcio voltaje dependientes ubicados en el cerebro y la médula espinal. De esta manera, la pregabalina reduce el ingreso de calcio a las neuronas presinápticas e inhibe la liberación de neurotransmisores excitatorios como el glutamato, la sustancia P y la noradrenalina. Es decir, la pregabalina genera una modulación inhibitoria de la excitabilidad neuronal. En estudios clínicos doble ciego se evaluó el empleo de dosis de 150 a 600 mg/día de pregabalina para el tratamiento de los pacientes con TAG^(32, 34, 35, 37, 38, 39). Como resultado se observó una mejoría significativa del nivel de ansiedad objetivada mediante la HAM-A. El inicio de la respuesta ansiolítica fue rápido y tuvo lugar desde la primera semana de tratamiento. La rapidez y efectividad de la droga fue comparable frente a la administración de benzodiazepinas. La droga permite una disminución significativa de los síntomas psíquicos y somáticos, es efectiva en caso de ansiedad moderada como grave y puede emplearse en poblaciones especiales, como los ancianos. La pregabalina es una molécula bien tolerada cuya administración se asocia con una tasa baja de abandono debido a la aparición de eventos adversos. La mayoría de dichos eventos fue de intensidad leve a moderada y los cuadros más frecuentes fueron los mareos y la somnolencia. El inicio de los efectos adversos se observó entre los días 1 y 5 de tratamiento. En general, los cuadros se resolvieron dentro del primer mes. No se observaron síntomas vinculados con la discontinuación de la droga. Para el TAG, es una molécula de primera elección, sobre todo si se quiere conseguir ansiólisis inmediata, ya que, en los estudios, se diferencia del placebo, ya a la primera semana de su administración.

Valproato

En estudios realizados en pacientes con trastorno de pánico y agorafobia se demostró la eficacia del tratamiento con dosis de valproato de 500 a 2250 mg/día. También se demostró la utilidad del valproato en caso de trastorno por estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. El primer estudio doble ciego y controlado con placebo sobre el tratamiento con valproato de los pacientes con TAG⁽²⁾ arrojó diferencias significativas de eficacia a favor de la administración de valproato desde la semana 4 de tratamiento. De acuerdo con nuestra experiencia, el valproato puede ser útil ante el fracaso del tratamiento con otros agentes de primera línea.

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas son utilizadas para el tratamiento de la ansiedad desde hace muchos años. Según lo informado, el 41% los expertos recomendaba el uso de benzodiazepinas como tratamiento de primera línea para el TAG a principios de los 90⁽⁴⁷⁾. En estudios sobre la eficacia de algunas benzodiazepinas como el diazepam, el clordiazepóxido, el lorazepam, el alprazolam y clonazepam^(6, 18, 23, 33) para el tratamiento de los pacientes con TAG se concluyó que son superiores que el

placebo. Se sugirió que los agentes que actúan sobre la transmisión gabaérgica son más efectivos para el tratamiento de los síntomas somáticos, mientras que los agentes que actúan sobre el sistema serotoninérgico-noradrenérgico son más efectivos para el tratamiento de la ansiedad psíquica. El estudio *Pharmacologic treatment of anxiety disorders in 1989 versus 1996: Results from the Harvard/Brown Anxiety Disorders Research Program (HARP)* tuvo 5 años de duración, fue prospectivo⁽⁴⁴⁾ y se realizó en pacientes con trastornos de ansiedad. Según los resultados obtenidos, las drogas empleadas con mayor frecuencia en caso de TAG son el alprazolam (31%) y el clonazepam (23%). Este último dato en combinación con la utilización generalizada del clonazepam (nivel 3 de evidencia) en la práctica clínica permite recomendar su utilización.

Imipramina

El primer estudio clínico sobre el empleo de un antidepresivo tricíclico para el tratamiento de una población de pacientes con TAG fue llevado a cabo por Hoehn-Saric y colaboradores en 1988. Los autores compararon el empleo de imipramina frente a la administración de alprazolam y concluyeron que la primera droga era más eficaz para controlar los síntomas de ansiedad psíquica, mientras que el alprazolam era mejor en caso de síntomas somáticos. En otro estudio de 8 semanas de duración, controlado con placebo realizado por Rickels se concluyó que la imipramina es efectiva para el tratamiento de los pacientes con TAG sin depresión. El autor demostró que la molécula es significativamente superior en comparación con el diazepam para tratar la ansiedad psíquica pero igualmente efectiva que la benzodiazepina en cuando a la ansiedad somática. Podríamos decir que los antidepresivos tricíclicos son más efectivos que las benzodiazepinas para el tratamiento de los pacientes con TAG dado que el síntoma capital del trastorno es la preocupación excesiva.

Clomipramina

La clomipramina se ha utilizado con éxito en la práctica clínica. La droga presentó una eficacia adecuada para el tratamiento de muchos pacientes con TAG pero su perfil de acción fue más dual en comparación con la imipramina. Al igual que el resto de los agentes tricíclicos, la clomipramina es más económica que los antidepresivos de última generación, aunque es menos segura en términos de toxicidad y presenta efectos adversos más graves y frecuentes debido a su baja selectividad por los receptores.

Buspirona

Existen varios estudios que permiten indicar la eficacia de la buspirona para el tratamiento de los pacientes con TAG (33). Por este motivo, la FDA ha aprobado su utilización en este grupo de individuos. Las ventajas del empleo de esta molécula en comparación con el empleo de benzodiazepinas incluyen la ausencia de interacción con el alcohol y de dependencia o abstinencia vinculada con su administración⁽⁴²⁾. Sin embargo, la buspirona tiene la desventaja de ser poco efectiva al administrarse a pacientes con antecedente de tratamiento con benzodiazepinas, requerir un periodo de latencia para producir su efecto y presentar una actividad moderada en caso de ansiedad grave.

Hidroxicina

El antihistamínico hidroxicina estuvo aprobado por la FDA para el tratamiento de los pacientes con TAG. La droga es un antagonista del receptor H1 y produce un efecto sedativo y un aumento de peso significativo que limita su empleo. En tres estudios efectuados a mediados de la década de 1990 se demostró que la hidroxicina es más eficaz que el placebo para el tratamiento de los pacientes con TAG desde la semana 4 (19, 30, 31).

Quetiapina

Aunque en el pasado muchos clínicos y psiquiatras han utilizado antipsicóticos típicos y atípicos para el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad, dicha práctica no fue recomendada por organizaciones de expertos ni por la FDA para el tratamiento de los pacientes con TAG. En estudios controlados con placebo de 8 y 10 semanas de duración^(25, 26) se comprobó la eficacia de la quetiapina para la monoterapia de los pacientes con TAG. Asimismo, en un estudio reciente⁽⁴⁾ se informó una mejoría significativa de los síntomas de ansiedad psíquica y somática desde el día 4 de tratamiento con quetiapina, con buena tolerabilidad y frecuencia baja de efectos adversos. Si bien esta droga cuenta con un nivel 2 de evidencia, todavía no existe experiencia clínica suficiente sobre su administración a pacientes con TAG. Por este motivo, no es posible recomendar su empleo en los primeros intentos de tratamiento. Se recomienda considerar la administración de quetiapina a los pacientes que no responden a agentes de primera línea.

Abordaje Terapéutico de los Pacientes con TAG:

Algoritmo de Tratamiento

Una realidad cotidiana de nuestra práctica clínica es que la amplia mayoría de los pacientes con TAG que atendemos en el consultorio ya toma alguna benzodiazepina al efectuar la primera consulta, generalmente alprazolam o clonazepam. Esto puede deberse a una indicación efectuada en el ámbito de la atención primaria o a la automedicación de los pacientes.

Ante un paciente con ansiedad intensa y persistente con importante afectación de la actividad global, se debe hacer un correcto diagnóstico diferencial, a cerca de si la ansiedad es debida a otra condición clínica o psiquiátrica (diferente a un trastorno de ansiedad), o, la ansiedad puede ser comorbilidad de otra condición clínica o psiquiátrica. También puede suceder que la ansiedad esté relacionada a la toma de alguna medicación. Se debería efectuar un minucioso examen clínico y de laboratorio.

Si se sospecha un trastorno de ansiedad, efectuar el diagnóstico de cuál o cuáles de ellos presenta el paciente (ver tabla 3).

Si el diagnóstico es Trastorno de Ansiedad Generalizada, se deberán tener en cuenta algunas condiciones que pueden concurrir.

Tener siempre presente que el TAG difícilmente se presenta de manera aislada, lo más probable es la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad. Evaluar la presencia de alteraciones del sueño, en estos pacientes es habitual el sueño no reparador y superficial. También, otras condiciones como riesgo suicida, antecedentes de abuso de sustancias, falta de adherencia al tratamiento, embarazo, tercera edad pueden hacer cambiar la estrategia del tratamiento.

Si hay necesidad de ansiólisis inmediata (preferentemente esto se observa en el ámbito de la atención primaria) administrar una benzodiazepina, por un período no mayor a cuatro semanas. Otro fármaco que se puede administrar en este momento, sobretudo en pacientes con antecedentes de abuso, es la pregabalina, molécula segura y con acción inmediata (sin el tiempo de latencia de los ISRSs).

La recomendación inicial, a la hora de tratar a un paciente con diagnóstico de TAG que ya recibe benzodiazepinas, es la discontinuación muy gradual de estas drogas, sobre todo si el período de utilización es largo. Al mismo tiempo debe administrarse alguna droga de primera línea (ver tabla 4) e iniciarse la terapia cognitivo conductual (TCC).

Tabla 3: Trastornos de Ansiedad: Diagnóstico Diferencial

	TAG	TOC	T. Pánico	TAS
Prevalencia a lo largo de la vida (%)	5,7	1,6	4,7	12,1
Prevalencia Anual (%)	3,1	1,0	2,7	6,8
Relación fem/masc	1,5/1	1/1	2/1	2/1
Edad de inicio	25 - 35 años	22 años	20 años	14 - 20 años
Herencia	-	++	+	+
Síntoma Nuclear	Preocupación excesiva e incontrolable en varias áreas	Obsesiones y compulsiones (rituales)	Crisis de pánico, ansiedad anticipatoria	Temor y/o evitación de situaciones de interacción social
Forma de comienzo	Gradual, difusa e imprecisa	Gradual, hasta que se torna egodistónico	Súbita, inesperada (recuerdan la fecha de inicio de la 1era crisis)	Al final de la infancia, con el inicio de la escolaridad secundaria
Crisis de pánico	+ / ++++	-	++++ / ++++	++ / ++++
Agorafobia	-	-	++ ó +++ / +++	+ / ++++
Actitud en la consulta	Aprensivos, quejosos, buscan expresarse más que atender al profesional	Variable, angustiado por lo intrusivo de sus obsesiones	Moderada, escuchan con atención al profesional	Avergonzada, dificultad para mirar a los ojos
Motivo de consulta	Insomnio, contracturas, cansancio, quejas somáticas, dolores, ánimo deprimido	Actos repetitivos (rituales que no se puede dejar de hacer)	Crisis de pánico, miedo de descomponerse, conductas evitativas	Timidez extrema, miedo en situaciones sociales
Egosintonía	+++ / ++++	+ / ++++	- / ++++	++ / ++++
Cogniciones	Preocupación excesiva: automática, no intrusiva (quiere seguir preocupándose)	Obsesiones: intrusiva (quiere rechazarlas)	Pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias que la crisis podrían ocasionarle. Hiper-monitoreo corporal	Preocupación por ser evaluado negativamente, y porque el otro note su malestar (manifestaciones físicas)
Contenido de la preocupación	Sobre-estimación de probabilidad de que ocurran acontecimientos negativos: temor a accidentes, enfermedades, problemas económicos o laborales, etc.	Obsesiones de orden, contaminación, acumulación, simetría, de impulsos agresivos, conductas inapropiadas, etc.	Circula alrededor del funcionamiento de su cuerpo y la posibilidad de tener una crisis en determinados lugares y situaciones	Preocupación por ser evaluado negativamente por la irrupción de rubor, temblor, taquicardia, o una crisis de pánico en situaciones sociales
Dinámica de la preocupación	Fluida e influenciada por el contexto: el objeto de preocupación puede variar entre diversas cuestiones cotidianas	Rígida. Persiste un mismo tema (contaminación, orden, simetría, etc)	Circula alrededor del funcionamiento de su cuerpo y la probabilidad de tener una crisis en determinados lugares y situaciones	Siempre relacionada con la exposición y el desempeño social
Síntomas físicos	Contracturas musculares, cansancio, insomnio, dolores, inquietud	No siempre presentes. No típicos	Palpitaciones, sensación de falta de aire, opresión en el pecho, mareo, entumecimiento muscular	En situaciones sociales: rubor, temblor, sensación de falta de aire, opresión en el pecho, mareo
Conducta evitativa	+ / ++++	Relacionada con las obsesiones: ++++ / ++++	Sin agorafobia: ++ / ++++ Con agorafobia: +++ ó ++++ / ++++	Relacionada con lo social: +++ ó ++++ / ++++
Fármacos con nivel I de evidencia ⁽¹⁾	Alprazolam Escitalopram*** Diazepam Duloxetina*** Hidroxizina Imipramina Paroxetina*** Pregabalina* Quetiapina Sertralina Venlafaxina XR*** Buspirona**	Clomipramina*** Escitalopram* Fluoxetina*** Flvoxamina** Paroxetina*** Sertralina***	Alprazolam*** Citalopram Clomipramina Clonazepam*** Escitalopram* Fluoxetina** Imipramina Paroxetina*** Cetralina*** Venlafaxina XR**	Clonazepam Escitalopram* Fenelzina Fluvoxamina Paroxetina*** Cetralina*** Venlafaxina XR**

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada. **TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo. **T.Pánico:** Trastorno de Pánico. **TAS:** Trastorno de Ansiedad Social (Fuente DSM-IV)

(1) Nivel de evidencia I: presencia de meta-análisis o más de un estudio aleatorizado, controlado contra placebo, doble ciego, con n mayor a 30.

* Aprobado por EMEA (European Medicines Agency), ** Aprobado por FDA (Food and Drug Administration), *** Aprobado por EMEA y FDA

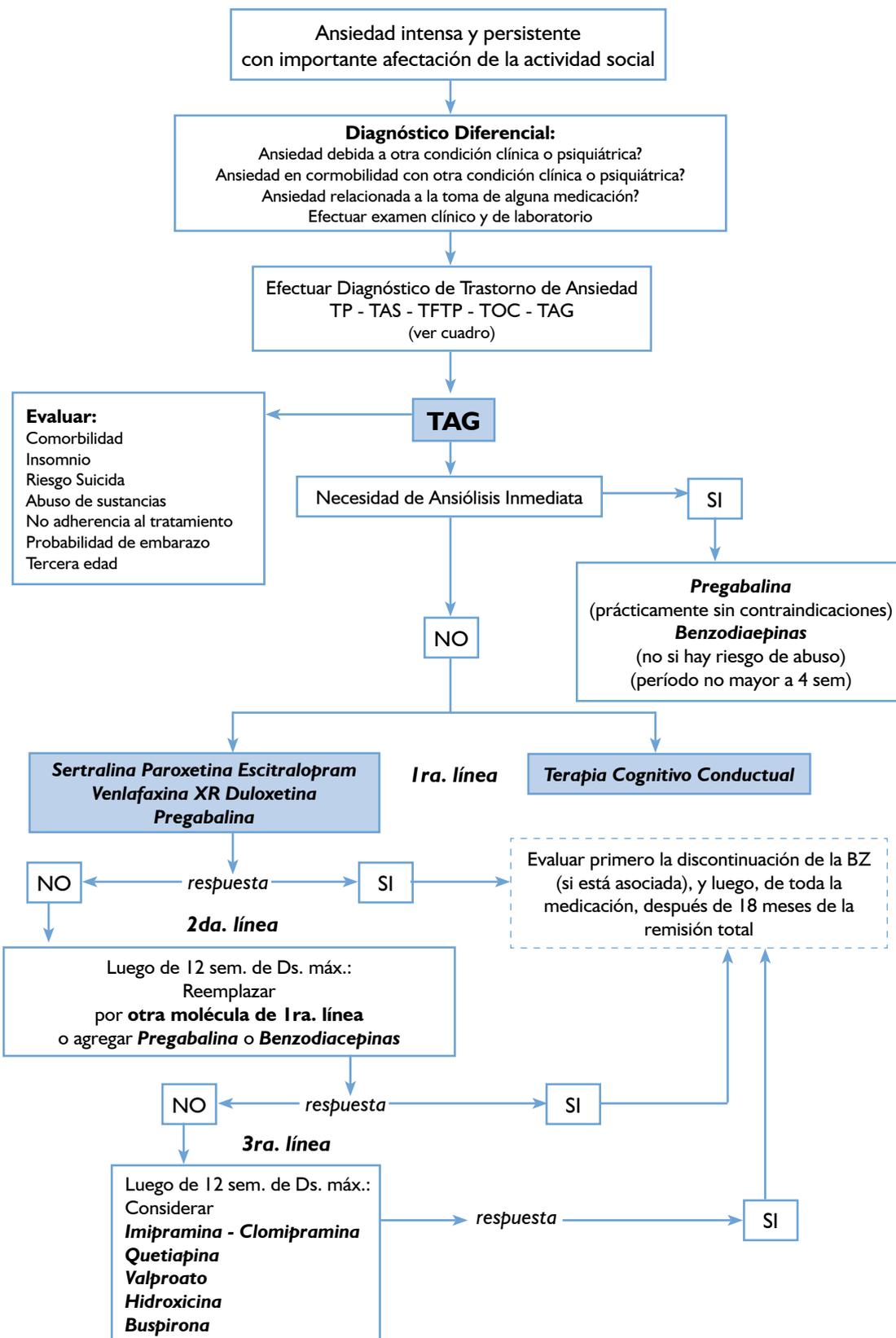
Tabla 4: Fármacos recomendados para el tratamiento de los pacientes con TAG: nivel de evidencia, rango de dosis y estrategia de titulación

	Nivel de Evidencia	Rango de Dosis (mg/día)	Titulación
ISRS			
Escitalopram	I	5 - 20	5 – 10 mg cada 1 - 2 sem
Paroxetina	I	10 - 50	10 mg cada 2 sem
Sertralina	I	25 - 200	25 - 50 mg cada 1 – 2 sem
ISRSN			
Duloxetina	I	30 - 120	30 mg cada 2 sem
Venlafaxina XR	I	37.5 - 150	incrementar a 75 mg a la sem 1, luego 75 mg a la sem 4
Gabaérgicos			
Pregabalina	I	150 - 600	75 mg cada 2 sem
Valproato	2	250 - 1500	incrementar a 500 mg a la sem 1, luego 500 mg cada 4 sem
Benzodiazepinas			
Alprazolam	I	0.25 - 3	0,25 mg cada 4 días
Clonazepam	3	0.25 - 4	0,25 mg cada 4 días
ATC			
Imipramina	I	25 - 150	25 mg cada 2 - 4 sem
Clomipramina	4	25 - 150	25 mg cada 2 - 4 sem
Azapironas			
Buspirona	I	5 - 30	5 mg cada 5 días
Antihistamínicos			
Hidroxicina	I	25 - 100	25 mg cada 2 - 4 sem
Antipsicóticos atípicos			
Quetiapina	2	25 - 150	25 mg cada 2 - 4 sem

Ante la obtención de respuesta terapéutica, definida como la reducción del 50% de la sintomatología según el puntaje de la HAM-A, se recomienda continuar el tratamiento con una dosis de mantenimiento durante un año y medio. En algunos estudios se informó un aumento de la tasa de remisión más allá de los 6 meses de tratamiento (7, 20, 45). Si bien en las guías internacionales de tratamiento se sugiere discontinuar la medicación luego de 12 meses, la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (AATA) recomienda administrar terapia de mantenimiento durante 18 meses para la prevención de recaídas. La velocidad de la discontinuación va a depender de

las características farmacocinéticas de la droga que estamos administrando, pero siempre es en forma muy gradual. Por el contrario, si luego de 12 semanas de tratamiento con dosis máximas no se obtiene respuesta, se deberá pasar al segundo nivel de recomendación. Este consiste en reemplazar la droga por la administración de otra molécula incluida en el primer nivel de evidencia, sola o asociada a una benzodiazepina (durante no más de 4 semanas) a menos que el paciente tenga antecedentes o sospecha de abuso de sustancias. Otra opción es utilizar pregabalina, sino se había elegido en la primera línea.

Gráfico I: Algoritmo de Tratamiento para el Trastorno de Ansiedad Generalizada - Actualización 2011



Si se obtiene respuesta, una vez cumplidos 18 meses de tratamiento se iniciará la discontinuación paulatina. Si luego de 12 semanas de dosis máxima no se obtiene respuesta se recomienda reconsiderar el diagnóstico, evaluar la presencia de trastornos asociados (esto es más la regla que la excepción) y examinar si hay situaciones novedosas en el entorno del paciente que pueden interferir con la respuesta terapéutica. Si no está ocurriendo nada de esto, se puede cambiar a otra molécula del primer nivel o considerar la tercera línea de recomendación a la espera de una respuesta favorable.

Referencias bibliográficas

1. Allgulander C, Dahl AA, Austin C, Morris PLP, Sogaard JA, Fayyad R, Kutcher S, Clary C. Efficacy of Sertraline in a 12-Week Trial for Generalized Anxiety Disorder. *Am J Psychiatry*; 161:1642-1649. 2004
2. Aliyev NA, Aliyev ZN. Valproate in the acute treatment of outpatients with GAD without psychiatric comorbidity: Randomized, double-blind placebo-controlled study. *European Psychiatry*, 23, 109-114 (2008)
3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV. (1994) Masson, S.A.
4. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9 (4): 248-312. 2008.
5. Baldwin DS, Anderson, IM, Nutt, DJ, Bandelow, B, Bond, A, Davidson, JR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol (Oxf)* 19: 567-596. (2005)
6. Bandelow B, Chouinard G, Bobes J, Ahokas A, Eggers I, Liu S and Eriksson H. Extended-release quetiapine fumarate (quetiapine XR): a once-daily monotherapy effective in generalized anxiety disorder. Data from a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled study. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 13, 305-320. (2010).
7. Bielski, RJ, Bose, A, Chang, CC A double-blind comparison of escitalopram and paroxetine in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *Ann Clin Psychiatry* 17: 65-69 (2005)
8. Brawman-Mintzer O, Knapp R, Rynn M, Carter R, Rickels K: Sertraline treatment for GAD: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*, 67:874-881, 2006.
9. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW. Influence of Psychiatry Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia and Panic Disorder: A 12 Year Prospective Study. *Am J of Psychiatry* 2005; 162: 1179-1187.
10. Cascardo E. Tratamiento Farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una Puesta al Día. Artículo en prensa. 2010.
11. Cascardo E, Resnik P. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Editorial Polemos. 2006.
12. Cascardo E, Resnik P: Comorbilidad en Trastornos de Ansiedad. Análisis de una población clínica, XVI V Congreso Mundial de Estados Depresivos, Simposio Internacional de Desordenes Cognitivos, 2003.
13. Cascardo E., Roisman D.: Evaluación de los Criterios Diagnósticos del Trastorno por Preocupación Excesiva (TAG): Síntomas Físicos vs. Síntomas Cognitivos. *Revista Anxia*, Anuario 2009, 48-55.
14. Davidson JR. First-Line Pharmacotherapy Approaches for GAD. *J Clin Psychiatry* 70 (suppl 2): 25-31. 2009
15. Davidson J, Bose A, Korotzer A & Zheng H, Ph.D. Escitalopram In The Treatment Of Generalized Anxiety Disorder: Double-Blind, Placebo Controlled, Flexible-Dose Study Depression And Anxiety 19:234-240 2004.
16. Davidson J, Bose A, Su G. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 5 Suppl. 1: 214, 2002.
17. Davidson J, Dupont R, Hedges D, Haskins J: Efficacy, safety and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with GAD. *J Clin Psychiatry* 60:528-35 (1999)
18. Davidson JR, Zhang W, Connor KM. Review: A psychopharmacological treatment algorithm for generalised anxiety disorder (GAD). *Journal of Psychopharmacology* 24(1) (2010) 3-26
19. Ferreri, M, Darcis, D, Burtin, B ; Hydroxyzine at FSGf. A multicenter double-blind placebo-controlled study investigating the anxiolytic efficacy of hydroxyzine in patients with generalized anxiety disorder. *Hum Psychopharmacol* 139: 402-406. (1995)
20. Gelenberg, AJ, Lydiard, RB, Rudolph, RL, Aguiar, L, Haskins, JT, Salinas, E. Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder: a 6- month randomized controlled trial. *JAMA* 283: 3082-3088. (2000)
21. Goodman WK, Base A, Wang Q. Escitalopram 10 mg/day is effective in the treatment of generalized anxiety disorder. Poster: 41st Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology; San Juan, Puerto Rico. 2002.
22. Hartford, J, Kornstein, S, Liebowitz, M, Pigott, T, Russell, J, Detke, M, et al. Duloxetine as an SNRI treatment for generalized anxiety disorder: results from a placebo and active-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 22: 167-174. (2007)
23. Hoehn-Saric R, McLeod D, Zimmerli W: Differential effects of alprazolam and imipramine in GAD: Somatic versus psychis symptoms. *J clin Psychiatry* 49:293-301, 1988.
24. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (c) Ginebra, OMS, 1992.
25. Joyce M, Khan A, Atkinson S, et al. Efficacy and safety of quetiapine XR monotherapy in patients with GAD (poster). 161st. annual meeting of APA. 2008.
26. Katzman M, Brawman Mintzer O, Reyes E. et al. Quetiapine XR monotherapy in maintenance treatment of GAD: efficacy and

- tolerability results from randomized, placebo-controlled trial (poster) 161st. annual meeting of APA. 2008.
27. Kessler R, Berglund P, Demler O. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the NCS-R. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.
 28. Koponen, H, Allgulander, C, Erickson, J, Dunayevich, E, Pritchett, Y, Detke, MJ, et al. Efficacy of duloxetine for the treatment of generalized anxiety disorder: implications for primary care physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 9: 100-107. (2007)
 29. Kroenke. *col. Ann Intern Med*. 2007; 146:317-325.
 30. Lader, M, Scotto, JC. A multicenter double-blind comparison of hydroxyzine, buspirone and placebo in patients with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology (Berl)* 139: 402-406. (1998)
 31. Llorca, PM, Spadone, C, Sol, O, Danniau, A, Bougerol, T, Corruble, E, et al. Efficacy and safety of hydroxyzine in the treatment of generalized anxiety disorder: a 3-month double-blind study. *J Clin Psychiatry* 63: 1020-1027. (2002)
 32. Lydiard B, Bielski RJ, Zornberg GL, Tobias K. (2003) "Efficacy of pregabalin in treating psychic and somatic symptoms in generalized anxiety disorder (GAD)". 156 Congreso Anual de American Psychiatric Association; San Francisco. Mayo 2003.
 33. Mitte, K, Noack, P, Steil, R, Hautzinger, M. A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 25: 141-150 (2005).
 34. Montgomery SA, Rickels K, Belski RJ, et al. Pregabalin in generalized anxiety disorder: speed of onset [poster]. 156 Congreso Anual de American Psychiatric Association; San Francisco. Mayo 2003
 35. Montgomery S, Tobias K.; Zornberg G, Kasper S, Pande A. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: A 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. *J Clin Psychiatry*, 67, 5: 771 - 782. 2006.
 36. NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE Guideline - Anxiety. 2007
 37. Pande AC, Crockatt JG, Feltner DE, Janney CA, Smith WT, Weisler R, et al. Pregabalin in Generalized Anxiety Disorder: a placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*; 160:533-40. 2003
 38. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of Generalized Anxiety Disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. *J Clin Psychopharmacol*; 25:151-8. 2005
 39. Rickels K, Pollack MH, et al: Pregabalin for Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 62:1022-1030. 2005
 40. Rickels K, Pollack MH, Sheehan DV, Haskins JT: Efficacy of venlafaxine extended release in nondepressed outpatients with GAD. *Am J Psychiatry* 157:968-74 (2000).
 41. Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H: Antidepressant for the treatment of GAD. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone and diazepam. *Arch Gen Psychiatry* 50:184-95, 1993.
 42. Rickels, K, Weisman, K, Norstad, N, Singer, M, Stoltz, D, Brown, A, et al. Buspirone and diazepam in anxiety: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 43: 81-86. (1982)
 43. Rynn M., et al. Efficacy and Safety of Duloxetine in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Flexible-Dose, Progressive-Titration, Placebo-Controlled Trial. *Depression and Anxiety*. 25: 182-189. 2007.
 44. Salzman, C.; Goldenberg, I.; Bruce, S.E.; Keller, M.B. Pharmacologic treatment of anxiety disorders in 1989 versus 1996: Results from the Harvard/Brown anxiety disorders research program. *J Clin Psychiatry*. 62, 3: 149 - 152. 2001.
 45. Stocchi, F, Nordera, G, Jokinen, RH, Lepola, UM, Hewett, K, Bryson, H, et al. Efficacy and tolerability of paroxetine for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 64: 250-258. (2003)
 46. Swinson, RP, Anthony, MM, Bleau, P, Chokka, P, Craven, M, Fallu, A, et al. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 51: 9S-91S. (2006)
 47. Uhlenhuth E, Balter M, Ban T, et al: International study of expert judgment on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: VI. Trends in recommendations for the pharmacotherapy of anxiety disorders, 1992-1997. *Depress Anxiety* 9:107-116, 1999.
 48. Wittchen y col. *J Clin Psychiatry*. 63 (supl 8): 24-34, 2002

El Cuidador de Alzheimer: Prevención y Rehabilitación | *The Alzheimer carer: prevention and rehab*

Dra. Alicia B Kabanchik

Médica Psiquiatra
Dra. en Salud Mental UBA
Prof. Adj. Equiparada Departamento Salud Mental, Facultad de Medicina UBA
Magíster en Psiconeurofarmacología, Universidad Favaloro
Prof. Titular en la Maestría de Psicogerontología de la Universidad Maimónides
Presidenta Honoraria del Capítulo de Gerontopsiquiatría de APSA
aliciakabanchik@gmail.com
www.aliciakabanchik.com.ar

Resumen

Se analiza el envejecimiento poblacional y las patologías acordes al mismo como las demencias que no solo afectan al paciente sino a la familia, fundamentalmente al cuidador. Se plante el perfil de cuidador, la personalidad los riesgos del síndrome de sobrecarga y las afecciones psicofísicas. Se plantean y desarrollan las medidas de prevención en todas las etapas. Cuidar al cuidador es cuidar al enfermo.

Palabras clave: Demencia, cuidador, sobrecarga, prevención

Abstract

Population aging and associated pathologies are analyzed as well as dementias influencing the patient, his/her family and the caretaker. The latter's profile is described: his/her personality aspects, the risk of burn-out syndrome and psychophysical disturbances, prevention measures at all stages are described.
Taking care of the caretaker means to do it with the patient as well.

Key words: *Dementia caregiver, burn-out, prevention*

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Introducción

En enero de 2010 las Naciones Unidas⁽³³⁾ publicaron el informe Envejecimiento de la población 2009 donde plantean que:

El envejecimiento de la población no tiene precedentes, es un proceso sin parangón en la historia de la humanidad.

El resultado del envejecimiento de la población, principalmente por la reducción de la fecundidad, se ha convertido en prácticamente universal. Desde 1950, la proporción de personas mayores ha aumentado constantemente, pasando del 8% en 1950 al 11% en 2009, y se espera que alcance el 22% en 2050.

En Argentina según datos oficiales (INDEC), entre los años 1950 y 2000, la población argentina menor de 15 años aumentó un 96%, en tanto la mayor de 65 lo hizo casi un 400%, y el grupo que supera los 80 años creció prácticamente un 700%. Este panorama llama la atención sobre un fenómeno creciente: el envejecimiento de la población y en consecuencia el incremento de las patologías como las demencias.

Demencia ICD10

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculo-cerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria. La demencia produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad cotidiana del enfermo, por ejemplo, en el aseo personal, en el vestirse, en el comer o en las funciones excretoras. Este deterioro de la actividad cotidiana depende mucho de factores socioculturales. Los cambios en el modo como el enfermo desempeña su actividad social, tales como el conservar o el buscar un empleo, no deben de ser utilizados como pautas para el diagnóstico, porque hay grandes diferencias transculturales y factores externos que repercuten en el mercado laboral.

Si bien hay demencia reversibles y tratables que requieren del diagnóstico diferencial la principal causa de demencia es la enfermedad de Alzheimer, seguida de una forma mixta, vascular, demencia del lóbulo frontal y otras.

En EE.UU. se estima que existen unos 4.5 millones de pacientes con demencia tipo Alzheimer, de los cuales 200.000 son menores de 65 años; en 2050 se espera que la cifra se incremente hasta los 11/16 millones de enfermos⁽³⁰⁾.

A nivel mundial las cifras se elevan, desde 21 millones de enfermos en 2001, hasta 113 millones en 2050, de los cuales, 2/3 partes vivirán en países en desarrollo⁽⁶⁾.

Se espera una epidemia mundial.

Las estimaciones de incidencia en demencia suelen ser desde 5 a 10 casos por 1000 personas-año en el grupo de 64 a 69 años de edad, hasta 40 a 60 casos por 1000 personas-año en el grupo de 80-84 años: *Medical Reserch Council Cognitive Function and Ageing Study*⁽²⁵⁾.

Cuidador

El deterioro progresivo conlleva una pérdida de la autonomía del enfermo, que se va haciendo cada vez más dependiente del cuidador.

Llamamos cuidador del paciente con demencia a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes.

En la mayoría de los casos, sobre el 80%, los responsables del cuidado del paciente son los familiares⁽⁷⁾.

Normalmente, es uno de sus miembros sobre el que recae el mayor peso de esta atención, a esta figura es al que denominamos cuidador principal⁽¹³⁾.

El vínculo previo satisfactorio disminuye el síndrome de sobrecarga del cuidador⁽²⁹⁾.

Se calcula que el paciente con enfermedad de Alzheimer precisa de unas 70 horas de cuidados a la semana, donde se incluyen la atención de sus necesidades básicas, el control de la medicación, los cuidados sanitarios, y el manejo de síntomas y eventuales situaciones de conflicto⁽¹²⁾.

El perfil del cuidador principal es de una mujer de 40 a 65 años, generalmente ama de casa.

En algunos casos simultanea su actividad profesional con la casa y el cuidado del enfermo dependiente. Superan en proporción 4:1 a los varones, hijas (60%) o cónyuge (30%) del enfermo⁽⁹⁾.

El 12% de las personas que ayudan a otras tiene más de 70 años según la Confederación Española de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias.

El cuidado de la demencia produce además un mayor nivel de estrés que el de otras enfermedades crónicas generadoras de discapacidad, estando presente en más de un 75% de los cuidadores⁽¹⁸⁾ generando el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador. Este consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico incurable tal como el enfermo de Alzheimer. El cuidador que puede sufrirlo es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo (incluso dejando de trabajar para cuidarle), generalmente en solitario (aunque haya otros familiares que suelen "lavarse las manos" y mantenerse en la periferia), durante muchos años y con estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas⁽¹⁵⁾.

En la aparición de sobrecarga en el cuidador intervienen factores derivados del enfermo: demencia profunda, prolongada enfermedad, trastornos conductuales como síntomas psicóticos alucinaciones, delirios, falsas identificaciones, deambulación nocturna, insomnio, incontinencia y otros. En relación al cuidador: mala salud física previa, historia de depresión o de trastornos de personalidad soledad, sin red social, edad avanzada, bajo nivel económico, ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos, desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico.

La mayoría de los estudios realizados confirman que son los trastornos de conducta son los que más intervienen en la aparición de sobrecarga y estrés familiar. También influyen en menor grado la alteración funcional y el deterioro cognitivo^(22; 8). Debido a esta situación de sobrecarga, los cuidadores muestran un incremento considerable de la frecuencia de enfermedades psicológicas y físicas en comparación con controles de su edad, además suelen tener mayores niveles de ansiedad y depresión, síntomas somáticos, sensación de aislamiento

social⁽⁵⁾. La Salud Mental de los cuidadores familiares de los enfermos con EA esta sistemáticamente más afectada que la salud física.

Trastornos físicos en los cuidadores

Los cuidadores familiares de un enfermo de EA suelen tener peor salud que los cuidadores no familiares y corren riesgo de sufrir un 70% de problemas orgánicos y/o fisiológicos^(11; 28; 32) dolores osteomusculares, patologías cardiovasculares, hipertensión arterial, trastornos gastrointestinales, alteraciones del sistema inmunológico, problemas respiratorios, fatiga crónica. No suelen acudir a consultas médicas, no duermen lo suficiente, se alimentan de forma inadecuada. Incumplen los tratamientos médicos, abusan del tabaco o alcohol., no se vacunan, se automedican.

Problemas psicológicos en los cuidadores

La salud mental de los cuidadores familiares de los enfermos con EA esta sistemáticamente más afectada que la salud física. (11; 14; 16; 20; 21; 23; 27)

Los estudios muestran que presentan: ansiedad 54%, depresión 28%, hipocondría 14% Ideas obsesivas 17%, ideación paranoide 17%, trastornos de memoria y concentración 11%, enfermedades psicósomáticas 69 %, 11% tienen alguna vez ideas suicidas/homicidas.

Comportamientos negativos: 33% abandonaban los auto cuidados personales (peluquería, alimentación, ropa, etc.), 28% consumen exceso de café, tabaco, alcohol, y/o ansiolíticos e hipnóticos, 54% descuidan o abandonan las atenciones que daban a otros familiares, 33% presentan desatención de actividad laboral, amistades o incluso relación conyugal, peores niveles de salud auto-percibida y precisan de atención psicológica y consumo de fármacos psicotrópicos en mayor medida que la población general, además de disponer de menos tiempo para llevar a cabo sus propias actividades.

Son agravantes para el cuidador: ser familiar directo y estar a cargo del paciente, carecer de soporte familiar, social y/o económico, incremento de los problemas de conducta del paciente, tener edad avanzada.

Impacto de los síntomas conductuales de la demencia en los familiares

Riesgo de Síndrome de Sobrecarga por Distress: depresión. (14-47%), ansiedad y angustia, mayor consumo de psicofármacos, resentimiento. (7-31%), violencia y maltrato. El empeoramiento de la calidad de vida de éste, además de por lo anteriormente expuesto, está ligada invariablemente a la calidad de vida del paciente⁽³¹⁾ Cabe destacar que la calidad de vida del cuidador se encuentra entre los factores de riesgo para la institucionalización del paciente con demencia, siendo la principal variable predictiva del ingreso⁽³⁾.

El cuidador, es otra víctima de la demencia.

Una familia continente es capaz de instrumentar y mantener satisfechas las necesidades básicas del anciano afectivas, sociales, económicas, etc. **Pero una familia continente en un determinado momento puede dejar de serlo.**

Escala

La escala más utilizada internacionalmente para la valoración de la sobrecarga del cuidador: es la Escala de Zarit 1980⁽³⁴⁾.

Estudios

Características de personalidad del cuidador. Su relación con un mayor nivel de sobrecarga y la personalidad del cuidador⁽¹⁹⁾. El agobio o índice de sobrecarga del cuidador (ISC) es el sentimiento de depresión y preocupación del cuidador generalmente familiar relacionado con los más concretos aspectos del cuidado del paciente.

El objetivo de este trabajo fue determinar el perfil de personalidad del cuidador que lo hace más proclives a sufrir un elevado nivel de ISC. Evaluaron personalidad en 53 cuidadores: Los problemas conductuales funcionales generan *mayor Índice de sobrecarga del cuidador –ISC–* en aquellos cuidadores con: Alto neuroticismo y bajos scores de conformidad.

Neuroticismo elevado. Baja autoestima. Son muy sensibles, presentan dificultades en adaptarse al estrés cotidiano, los sentimientos de: miedo, vergüenza, ansiedad, rabia son los principales obstáculos para la adaptación.

Personalidad Narcisista. El narcisismo es caracterizado por su particular modo de vivenciar al objeto como una parte de sí - mismo. Esta modalidad vincular, está en directa relación con la aparición de trastornos de la autoestima, conflictos con valores e ideales, dificultades en el manejo de la agresión e impulsividad, dificultades en la separación y desprendimiento.

Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS (I)

Participaron en el estudio 245 sujetos. El perfil (n= 173) se correspondía con el de mujer (83%), de 54,6 años (rango, 26-83 años), casada (82,5%), sin estudios o con estudios primarios (70,2%), ama de casa (54,3%) e hija del paciente (58,5%). Más del 60% recibía ayuda informal y menos del 5% recibía ayuda formal. El 72,5% presentaba sobrecarga al inicio de la intervención, la cual era más elevada cuanto mayor era la edad del cuidador.

Indicadores de estrés del cuidador

Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo, enojos fáciles depresión, menor interés por actividades y por el cuidado del paciente, aumento en el consumo de bebidas, tabaco y/o fármaco pérdida de energía, cansancio Irritabilidad, nerviosismo, sentimientos de dolor, frustración y culpa.

Modificación de rasgos de personalidad: Muchos cuidadores, se sienten inundados y desbordados. Realizan actos rutinarios repetitivos, exceso de limpieza, empiezan a conceder demasiada importancia a detalles diarios nimios, muestran hostilidad hacia el enfermo u otras personas

Alteraciones Sociales: Dificultad en asumir nuevos roles y responsabilidades, se desarrollan conflictos familiares, hay pérdida de amigos, de hobbies, poco o nada de tiempo para sí mismo.

¿Cómo prevenir la sobrecarga?

Nos remitiremos al concepto de prevención.

Prevención

En la 51 Asamblea Mundial de la Salud, 1998⁽⁴⁾, se define la prevención como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Se calcula que el retraso en la aparición de la EA en un año, mediante actividades preventivas, reduciría en 12 millones el número de enfermos, en 2050, a nivel mundial⁽⁶⁾.

Prevención primaria

Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad, control de los factores de riesgo. Control de los agentes causales. Disminuir la incidencia de las enfermedades Promoción y Protección de la Salud.

Estrategias de prevención para los cuidadores

Que el cuidador reconozca que necesita ayuda, que el sacrificio máximo generara dos enfermos.

Aceptar ser ayudado y darse espacio para sí mismo a través de: guías que ayuden a identificar cuidadores en riesgo, grupos de autoayuda, tomar conciencia de situación y recursos, llamadas telefónicas semanales, entrevistas familiares, educación, asesoramiento. Importancia del descanso aprender habilidades de cuidado. Potenciar la capacidad del cuidador para acceder a los recursos de la comunidad. Trabajar psicológicamente las percepciones del cuidador sobre el sufrimiento del paciente. Psicoterapia individual, familiar, actividad física de relajación, inclusión de un acompañante terapéutico u hospital de día para el paciente.

El Grupo de Autoayuda: es un grupo de familiares o amigos que tienen demencia. El propósito es proporcionar apoyo sus miembros. Compartir sus sentimientos y experiencias. Aprender más acerca de la enfermedad y el cuidado. Ofrecer a la persona la oportunidad de hablar sobre los problemas que le afectan. Escuchar a otros que comparten los mismos sentimientos y experiencias. Ayudar a otro compartiendo ideas e informaciones y dándole su apoyo. Proporciona al cuidador un descanso y una oportunidad de salir de su casa. Fomenta el cuidado personal salvaguardando así su salud y bienestar personal. Saber que no están solos. Un grupo de apoyo da a los cuidadores la oportunidad de compartir sentimientos, problemas, ideas e informaciones con otros que están pasando las mismas experiencias. La función de un grupo es el apoyo mutuo.

Estudios⁽²⁸⁾

Multicéntrico, seis centros de EE.UU. desarrollaron y evaluaron una variedad de intervenciones multicomponentes para cuidadores de persona con EA, deterioro cognitivo leve o moderado. Intervenciones Multicomponentes: información Individual y estrategias de apoyo. Grupos de Apoyo y Terapia Sistémica para familias. Abordajes psicoeducativos, basados en habilidades. Intervenciones ambientales cimentadas en el hogar. Sistemas de apoyo mejorados con tecnología. Se implementaron manuales detallados.

Conclusiones: las intervenciones que involucran activamente al cuidador en la adquisición de habilidades para regular su propia conducta dan como resultado mejoría significativa en la depresión de éste.

Prevención secundaria

Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. Reducir la prevalencia de la enfermedad.

A los puntos anteriores se suma la utilización de programas de cribado o detección.

Prevención terciaria

Son medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. Rehabilitación física, ocupacional, psicológica. Prevención de secuelas. Mejorar la calidad de vida de las personas enfermas, Educación y Control.

American Association for Geriatric Psychiatry (AAGP)

Tratamiento de los pacientes con EA ACV, o Enfermedades Mentales⁽²⁾

La prevención del cuidador debe basarse en una sólida alianza con el paciente y la familia. Comprender las necesidades del familiar que proporciona el cuidado y sus retos diarios constituye un aspecto esencial del tratamiento efectivo. El consejo a la familia y cuidador es médicamente necesario para el tratamiento adecuado de la demencia deben recibir guías operativas que proporcionen datos que ayuden a identificar a los cuidadores en riesgo, evaluar seguridad del cuidador, autocuidado de la salud –depresión, ansiedad-. Cuidar al cuidador es cuidar al paciente.

Referencias bibliográficas

1. Alonso Babarro, A. Garrido Barrala, A. Díaz Ponceb, R. Casquero Ruizc y M. Riera Pastor Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria* 2004; 33(2):61-8.
2. American Association for Geriatric Psychiatry, Geriatric Mental Health Foundation Caring for the Alzheimer's disease Patient www.GMHFonline.org
3. Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas C. Health-related quality-of-life of care-givers as a predictor of nursing-home placement of patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2005 Jan-Mar; 19(1):41-
4. Asamblea Mundial de la Salud. 51 Promoción de la Salud, WHA 51,12.16 marzo 1998 Ginebra.
5. Beach SR, Schulz R, Yee JL, Jackson S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychol Aging.* 2000 Jun; 15(2):259-71
6. Brodaty H, Breteler MM, Dekosky ST, Dorenlot P, Fratiglioni L, Hock C, et al. The world of dementia beyond 2020. *J Am Geriatr Soc.* 2011 May; 59(5):923-7
7. Coduras A, Rabasa J, Frank A, Bermejo-Pareja F, Lopez-Pousa S, Lopez-Arrieta JM, et al. Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study. *J Alzheimers Dis.* 2010;19(2):601-15. 12.
8. Conde-Sala JL. La familia y los cuidados informales en la demencia. Diferencias entre cónyuges e hijos cuidadores. In: Alberca R, López-Pousa S, editors. *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.* 4ª Edición ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2010. p. 101-11. (90, 91).
9. Crespo, M., López, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado?. *Jano, LXV;* 1485: 54-5. *Clinics (Sao Paulo).* 2011 April; 66(4): 613-618.
10. Christofolletti G, Mércia Olini IM, Bucken-Gobbi LT, Gobbi S, Beinotti F, Stella F. Physical activity attenuates neuropsychiatric disturbances and caregiver burden in patients with dementia. *Journal Clinics (Sao Paulo).* 2011 April; 66(4): 613-618.
11. Gallant, M. y Connell, C. (1998). The stress process among dementia spouse caregivers. *Research on aging,* 20 (3): 267-97
12. George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist.* 1986 Jun; 26(3):253-9
13. Georges J, Jansen S, Jackson J, Meyrieux A, Sadowska A, Selmes M. Alzheimer's disease in real life--the dementia career's survey. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 May; 23(5):546-51
14. Goode, K.T., Haley, E.H., Roth, D.L, et al(1998). Predicting longitudinal changes in caregiver's physical and mental health. *Health Psychology,* 17 (2): 190-8.
15. Jerrom, B., Mian, I. y Rukanyake, NG. (1993). Stress on relative caregivers of dementia sufferers and predictors of the breakdown. *I Geriatr Phiatry,* 8: 331-7.

La práctica regular de actividad física parece contribuir a la reducción de los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia y para atenuar la carga de los cuidadores de los pacientes⁽¹⁰⁾.

Programa anti - estrés para los cuidadores familiares⁽¹⁷⁾.

Las formas en que los cuidadores manejar el estrés relacionado con el cuidado, será fundamental tanto a su propio bienestar y su capacidad para cuidar de los demás. El propósito de este artículo es describir el programa anti - estrés –PAS- de los cuidadores familiares y su eficacia. Los componentes esenciales de la PAS son la educación, manejo del estrés, resolución de problemas, y el apoyo entregado en un grupo de nueve semanas. Resultados del PAS indica que a lo largo del programa, los cuidadores experimentaban mejoras significativas en la salud general, vitalidad, función social, y las puntuaciones de salud mental y la disminución de la ansiedad, el enojo / hostilidad, depresión, estrés percibido, y la carga del cuidador. El PAS es una rentable estrategia de promoción de la salud de los cuidadores que tienen estrés continuo.

Apoyo y Asistencia

Rehabilitación psíquica, psicoterapia individual y/o familiar, psicofármacos, actividades físicas y recreativas, y Grupos de Autoayuda.

Rehabilitación física de las enfermedades pertinentes:

Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.

Rehabilitación física, ocupacional, psicológica. Prevención de secuelas. Mejoramiento de la calidad de vida de las personas enfermas. Educación y control.

-
16. Laserna, J.A., Castillo, A., Peláez, E. et al. (1997). Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*, 5 (3): 365-75
 17. Lewis SL, Miner-Williams D, Novian A, Escamilla MI, Blackwell PH, Kretschmar JH, Arévalo-Flechas LC, Bonner PN. A stress-busting program for family caregivers *Rehabil Nurs*. 2009 Jul-Aug; 34(4):151-9.
 18. Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Sep; 13(9):795-801
 19. Mangone CA Características de personalidad del cuidador Su relación con un mayor nivel de sobrecarga *Rev. ALMA* N°. Año1, 2010 18.
 20. Martín, M., Ballesteros, J., Ibarra, N. et al. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y estrés psíquico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (4)
 21. Murray, J.M., Manela, M, Shuttleworth, A. et al. (1997). Caring for an older spouse and psychiatric illness. *Aging and Mental Health*, 1 (3): 256-61 29
 22. Pinquart M, Sorensen S. Associations of stressors and uplifts of care giving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Mar; 58(2):P112-28.
 23. Rodríguez del Álamo A Sobrecarga en Cuidadores de Enfermos de Alzheimer www.psicologia-online.com
 24. Roig, M., Abengózar, M. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14 (2): 215-227
 25. Savva GM, Brayne C. Epidemiología y repercusión de la demencia. In: Weiner MF, Lipton AM, editors. *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Editorial Panamericana; 2010. p. 17-21
 26. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*. 2010 Jun; 66(2):191-200
 27. Schulz, R. (ed). (2000). *Handbook on dementia care giving. Evidence-based interventions for family caregivers*. Nueva York: SPC
 28. Schulz, R, Burgio L, Burns R, Eisdorfer C, Gallagher-Thompson D, Gitlin L N, Feeney Mahoney D. Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH): Overview, Site-Specific Outcomes, and Future Directions. *The Gerontologist* (2003) 43 (4): 514-520
 29. Steadman PL, Tremont G, Davis JD. Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *Geriatr Psychiatry Neurol*. 2007 Jun; 20(2):115-9.
 30. Thies W, Bleiler L. 2011 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*. 2011 Mar; 7(2):208-44.
 31. Thomas P, Lalloue F, Preux PM, Hazif-Thomas C, Pariel S, Inscale R, et al. Dementia patient's caregiver's quality of life: the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jan; 21(1):50-6.
 32. Webber, P., Fox, P. y Burnette, D. (1994). Living with Alzheimer disease: effects on health. *The Gerontologist*, 34 (1): 8-14
 33. *World Populations Aging 2009 ONU*
 34. Zarit, S.H et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-655.

La mente del atleta en el Tercer Milenio: Clínica, Interdisciplina y Terapéutica | *The athlete's mind in the Third Millennium: Clinic, Interdiscipline and Therapy*

Dr. Rafael Groisman

Médico especialista en Psiquiatría
Miembro titular de la
Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)
Magister en Psiconeurofarmacología,
Universidad Favaloro.
Presidente del Capítulo Interfase Neurociencia
Psicoterapias de APSA
Presidente y fundador del Capítulo Deporte y
Salud Mental de la AASM

rafman@arnet.com.ar

*El genuino viaje del descubrimiento
no consiste en buscar nuevas tierras,
sino en mirar con nuevos ojos.*

Marcel Proust

Introducción

El Congreso de Psicología del Deporte de 1965 en Roma, marca, –según Tamorri⁽¹⁾–, el nacimiento de esta disciplina. Este autor señala que desde ese momento hasta la fecha pueden reconocerse tres etapas en su desarrollo conceptual. En la primera, y bajo la influencia de su formación en psicología clínica, los psicólogos del deporte tendían a ver a los atletas como si fueran pacientes, lo que en muchos casos generó dificultades en la tarea. En la segunda etapa, que corresponde al presente de la psicología del deporte, si bien se mantiene el interés por la persona del atleta, el acento se ha desplazado al trabajo que busca desarrollar, entre otras capacidades, un incremento de la atención, el aprendizaje, la memoria, el tiempo de reacción y el manejo del estrés. El objetivo del entrenamiento mental es conseguir una óptima performance, siendo actualmente la reestructuración cognitiva una de sus herramientas principales. Es mi impresión que los cambios en las concepciones de la psicología del deporte no se deben sólo a que los profesionales han intentado “sintonizar” más adecuadamente con las demandas de los atletas, sino que además la psicología del deporte no ha permanecido ajena a las influencias de los desarrollos y debates que han tenido lugar en el campo de la Psicología en general. La hegemonía del psicoanálisis en los sesenta y setenta comenzó a ser desafiada por la psicología cognitiva, que ha ganado terreno a partir los ochenta. La tercera etapa en la descripción de Tamorri corresponde a la transición hacia el futuro, y surge de los aportes que la neurociencia hace a la psicología del deporte. Podemos ver entonces hasta aquí dos fronteras de interfase interdisciplinaria: por un lado, la posibilidad de un diálogo entre la psicología cognitiva y el psicoanálisis, para mencionar sólo dos de los marcos referenciales más difundidos. Por otra parte, se plantea el problema de cómo integrar y sacar provecho del posible intercambio entre la neurociencia y las escuelas de psicoterapia.

Intentaré ilustrar este panorama a través de la presentación de un fragmento del material correspondiente a una intervención con una atleta de elite. Pienso que la aproximación desde puntos de vista diversos, –a la manera de lo que Bion (2) llama “vértices”–, mejora las posibilidades diagnósticas e incrementa la eficacia terapéutica.

Consulta

Angélica tiene 20 años. Los ágiles movimientos de su pequeño cuerpo contrastan con su hablar pausado. Parece expresar tristeza en su mirada, lo que no se corresponde con su discurso verbal, que por momentos es enérgico. Con actitud resuelta dice: “Nací en Corrientes y estoy convocada para un campeonato de mi especialidad, el atletismo de velocidad. Consulto ahora porque ya van varias competencias en las que

Resumen
La consulta de una atleta de elite que presenta ansiedad pre-competitiva permite reflexionar respecto de la necesidad de un abordaje amplio y abarcativo, en el que puedan integrarse los avances del campo de la neurobiología con conceptos provenientes de diversas escuelas psicoterapéuticas. La realidad socioeconómica y educativa brinda el marco en el que se desarrollan tanto la potencialidad como la sintomatología de esta joven atleta.

Palabras clave: Psicología del deporte, ansiedad pre-competitiva, interdisciplina, pensamiento disfuncional, desmentida

Abstract

The consultation of a young female elite athlete who presents pre-competitive anxiety allows to think on the need of a wide and broad approach, in that we could integrate the advances in the neurobiology field jointly with concepts from diverse psychotherapeutic schools. The socioeconomic and educational reality offer the frame in which both the potential and the symptomatology of this young athlete are developed.

Key words: sport psychology, precompetitive anxiety, interdiscipline, dysfunctional cognition, disavowal

El autor declara no tener conflicto de intereses.

no me siento cómoda. Según mi entrenador estamos haciendo todo bien y yo confío en él, pero no sé, algo me pasa. Ya hice otra consulta, y un poco mejoré, pero no estoy bien. Me pongo demasiado nerviosa en la largada. Me imagino que tiene que ver con este campeonato, para mí sería muy importante quedar en la selección, pero veo a las otras chicas en el momento de la largada y me parece que no voy a poder. Me criaron mi mamá y después mi abuela, nunca conocí a mi papá, pero eso no me afecta. No sé si mi mamá me cuenta la verdad, dice que él tomaba y se fue. Me acuerdo que cuando yo era chiquita, mamá salía a buscar trabajo; pasaba tiempo que no conseguía. Yo me quedaba con una vecina, pero al rato ella también se iba. Cuando era chica, bueno, no es que pasáramos hambre, pero igual yo sentía que no me iba a dejar vencer, que yo iba a superar la situación”. Cuando Angélica tenía 9 años, su madre formó otra pareja, con un hombre que le dio su apellido a la niña. “Ahí me empecé a ordenar. También mi abuela se acercó más a nosotras”. En la pubertad comenzó a destacarse como atleta, y a los 18 años viajó a Buenos Aires para perfeccionarse y continuar su entrenamiento. “Quiero llegar a ser profesional”, agrega. Su manutención -en Buenos Aires- depende de la relación con una dirigente de la disciplina que practica y de la ayuda que le da su abuela materna, “figura fuerte” de la familia. Si bien Angélica progresó mucho desde que se trasladó a Buenos Aires, no está segura de llegar a vivir del atletismo, y en parte por esto y por genuino interés en el estudio, está cursando la carrera de Nutrición. No tiene muchas amigas y refiere problemas de convivencia en el club donde vive. “Empecé a correr cuando estaba en la primaria, por un plan del municipio de mi pueblo, que nos daban atletismo en el colegio. Era optativo, había que ir a la tarde, fuera de clases. Mis compañeras no entendían por qué yo me esforzaba tanto. Hace poco, viajé al pueblo y volví a verlas. Ahora me dicen para qué entreno tanto. Vi que ellas ahora toman mucho alcohol, y yo no tomo... Me sentí tan lejos de ellas... Si me hubiera quedado en el pueblo, ¿yo sería igual?”

Teme que la dirigente le quite su apoyo. Después de la última carrera, en la que tuvo un mal resultado, ella le dijo: “lo que pasa es que largaste mal”. Esa frase, “largaste mal” comenzó a estar muy presente en la mente de Angélica, quien empezó a tener la sensación de que su técnica de largada era defectuosa, estableciéndose posiblemente en ese momento el pensamiento disfuncional “largo mal”. En la mencionada consulta previa, se le indicó a la atleta cuestionar esta convicción, intentando modificar su diálogo interno (*self-talk*). Esto debía acompañarse con ejercicios de visualización y respiración diafragmática, buscando un estado de relajación. “Lo que siento que más me ayudó fue escribir cuáles son mis expectativas, y pensar qué sentido tiene para mí lo que hago. Sí, la psicóloga me ayudó, pero no sé, era medio mandona”.

El atleta como producto de su entorno

Los primeros momentos de la historia familiar de Angélica nos muestran algunos de los indicadores de familia en riesgo señalados por Contreras⁽³⁾: pobreza, nivel sociocultural bajo y desocupación. A esto se agrega la separación y la posible patología psiquiátrica del padre. El mismo autor enumera también factores protectores. En el caso de Angélica, destaco la ampliación de la red social y el efecto benéfico que parece haber tenido sobre ella un horario escolar más extenso

y la introducción de la actividad física. Otros de los factores protectores, relacionados con algunos rasgos de personalidad, parecen estar ligados al concepto de resiliencia. En un trabajo anterior (Groisman [4]) señalé la relación que Kobasa y Madi establecieron entre rasgos de personalidad, ejercicio y resiliencia. El propio Kobasa describió la personalidad resistente, constructo estrechamente ligado al concepto de resiliencia, sosteniendo que se trata de personas con un fuerte compromiso consigo mismos, con una actitud vigorosa hacia el entorno, una tendencia a encontrar el sentido de las cosas y un locus de control interno. Este último concepto, aplicado en psicología del deporte, remite a una mayor capacidad de concentración, con un mejor conocimiento de sus propias posibilidades y limitaciones. La atención no se malgasta con los numerosos estímulos externos, sino que se utiliza para gestionar más eficazmente las propias capacidades. Además, al recomponerse el sistema familiar de Angélica, se establecieron reglas más claras, fortaleciendo su sentido de pertenencia y optimismo, lo que coincide también con otros de los factores protectores descritos por Contreras. Es notoria la expresión de afecto y de reconocimiento mutuo en la relación con la abuela, de la que destaca su buen sentido del humor. Ciertamente el acercamiento de la abuela a la vida de Angélica trajo mucho más que ayuda económica. “Es un personaje, siempre está de buen ánimo, y me lo transmite. Ella siempre me contaba cuentos. ¿Conocés la historia de la yerba mate? Mi abuela me dijo que hay varias leyendas. Una era de un genio del bien que recorría la tierra, y llegó a la casa de un viejo muy pobre que le dio de comer y tomar. En agradecimiento, Tupú, que era el genio del bien, le dejó la yerba. Otra era que la luna paseaba por la tierra y un guerrero la salvó de un yaguaréte que la iba a atacar, y la luna le regaló la planta para darle energía para cazar. ¡Cómo me gustaba que mi abuela me contara esas historias!” El entorno del atleta no se limita a la familia. El grupo de pares también forma parte de él. Dams-O’Connor⁽⁵⁾ estudia la percepción del consumo de alcohol en jóvenes atletas y no atletas, buscando predictores de esta conducta. Las aspiraciones de Angélica de profesionalizarse pueden pensarse desde la transformación del deporte en industria, proceso que Molina⁽⁶⁾ describe en su trabajo. Los atletas que logran trascendencia, pueden a su vez ejercer una influencia en la sociedad de la que forman parte. Visto desde el principio de recursividad organizacional que enuncia Morin⁽⁷⁾, el atleta así posicionado sería no sólo producto, sino también productor, de su entorno.

Las herramientas en Psicología del Deporte

En la consulta que Angélica había hecho anteriormente, recibió la indicación de realizar ejercicios de relajación, imaginación mental (a la manera de ensayos) y reestructuración cognitiva. En este contexto, se destaca la importancia que tiene la interpretación que el atleta hace de su estado de activación (arousal) que puede ser “leído” como ansiedad o como excitación, con efectos sobre su performance (Hardy et al [8]). Butler⁽⁹⁾ aconseja al atleta estar preparado para lo que va a enfrentar, relajado, con la convicción de que el problema es externo a él, manteniendo una actitud positiva, enfocado en la tarea y tratando de dar lo mejor de sí, sin tomar en cuenta la importancia de la competencia. La intención de este autor es brindar una guía que le permita al atleta enfrentar los tres

componentes de la ansiedad deportiva: el cognitivo, el somático y la auto-confianza. Cuando Angélica menciona haber escrito sobre sus expectativas, parece estar refiriéndose a una aplicación del trabajo sobre perfil de performance y supuestos personales de Hardly y Butler⁽¹⁰⁾. Corresponde mencionar también el Inventario de ansiedad competitiva de estado 2, (CSAI - 2) desarrollado por Martens y colaboradores (1990), que es uno de los instrumentos más ampliamente usados. Incluye tres subescalas y evalúa entre otros elementos, las expectativas negativas. La escala de ansiedad deportiva (SAS), desarrollada por Smith y colaboradores (1990), permite medir la ansiedad rasgo, la ansiedad somática y la disrupción de la concentración.

Hanin⁽¹¹⁾ comenzó trabajando en la adaptación al idioma ruso del cuestionario de ansiedad estado-rasgo desarrollado por Spielberger (STAI). Luego de años de investigación, fue llegando a la conclusión de que era más importante evaluar la experiencia emocional subjetiva de cada atleta que comparar las similitudes y diferencias de ese atleta respecto de otros. Su herramienta, denominada IZOF (zonas individuales de funcionamiento óptimo) permite ayudar al atleta a lograr un balance entre emociones positivas y negativas y así lograr un mejor rendimiento al enfrentar una competencia.

Aportes de la neurobiología complementan lo anterior. Kandel⁽¹²⁾ describe cómo la activación del núcleo basolateral amigdalino es mayor cuanto mayor la ansiedad de fondo y señala que las amenazas percibidas en forma inconsciente afectan desproporcionadamente a quienes tienen una gran ansiedad de fondo. Alvano⁽¹³⁾ se refiere al núcleo accumbens como un puente entre la emoción y la acción, lo que resulta útil para pensar los procesos que subyacen a la integración de lo cognitivo, lo afectivo y el rendimiento motor. En otro trabajo⁽¹⁴⁾, el mismo autor relaciona los estudios sobre la relación gen-entorno con las series complementarias de Freud.

Evolución

La referencias ambivalentes a la psicóloga “mandona” y al vínculo con la dirigente fueron pensados como posibles reediciones de la relación con su madre. La afirmación de Angélica: “no conocí a mi padre, pero no me afecta”, me hizo recordar la descripción que sobre la desmentida hace Manonni⁽¹⁵⁾. Este autor sostiene que en la fórmula: “Ya sé que... pero aun así...” se expresa el funcionamiento de la Verleugnung freudiana o renegación de la realidad, cuyo resultado es el fetichismo. Este mecanismo, es visto por Bello Quiróz⁽¹⁶⁾ en su estudio sobre Genet, como un recurso que le permitió al escritor alejarse de la realidad en la que le tocó nacer y vivir, y hacerse-la más aceptable a través de la literatura. Podríamos pensar que ¿el atletismo haya constituido, en el caso de Angélica, una suerte de “fetiche”? Rosolato⁽¹⁷⁾, en referencia a este mecanismo, destaca la doble operación del reconocimiento y su rechazo. La posibilidad de revisar las distintas significaciones del vocablo “largada”, y los diferentes contextos con los que éste se relacionaba: el vínculo con cada uno de sus padres y la amenaza de perder la protección de la dirigente, le permitió a Angélica adoptar otras miradas, para pensar desde allí la limitación en su rendimiento deportivo que motivó la consulta. Un interrogante que se me planteó durante las entrevistas

fue si lo que yo estaba observando no podría corresponder a un estado de sobreentrenamiento, que desencadenando una respuesta al estrés, favoreciera la aparición del estado de ansiedad. Palazetti⁽¹⁸⁾ describe cómo el aumento en la carga de trabajo puede inducir sobreentrenamiento, sin evidencia de falla motora pero con signos precoces en la esfera emocional.

Interdisciplina y Psicología del deporte

Al referirse a la relación psiquismo-cultura, Saforcada⁽¹⁹⁾ cita a Schopenhauer quien en 1851, decía “*Todo hombre toma los límites de su propio campo de visión como los límites del mundo*”. En el mismo trabajo hace suyas las palabras de Cirulnyk, cuando este autor afirma que “...el niño biológico del pediatra no tiene nada que ver con el niño simbólico del psicólogo, que ignora al niño de las instituciones sociales...”. Si como afirma Tamorri: “El rendimiento es la suma absoluta de intencionalidad e individualidad”, podemos pensar la ansiedad precompetitiva de Angélica, ¿sin tomar en cuenta, por ejemplo, los aspectos carenciales de su infancia?

Bleichmar⁽²⁰⁾ aborda la posible relación entre la psicología cognitiva y el psicoanálisis, señalando que en la primera: “La afectividad es considerada una variable dependiente de la cognición: de acuerdo a cómo se piensa, así se siente y actúa. Los pensamientos que son el foco de atención se expresan esencialmente en términos de frases que gramaticalmente tienen la organización de lo que los psicoanalistas llamarían proceso secundario”. ¿Podríamos aplicar esto al “largo mal” de Angélica? Sin embargo, la reestructuración cognitiva no es patrimonio exclusivo de la psicología cognitiva. El propio Bleichmar señala que “el tratamiento psicoanalítico tiene como uno de sus componentes la reestructuración cognitiva en base a hacer consciente lo inconsciente y someter, lo así recuperado en la conciencia, a la contrastación con otras representaciones que contribuyen a rectificar fantasías y representaciones arcaicas. Pero, sobre todo, el psicoanálisis hace hincapié en que las distorsiones cognitivas son el resultado de profundas necesidades afectivas...”

Pienso que el psicoanálisis en general ha valorizado más otras expresiones del arte y la cultura, quedando el deporte como un producto menor, demasiado cercano a la descarga motora y quizás, exclusivamente ligado a la agresión, desconociéndose sus aspectos creativos. Esta perspectiva pudo haber hecho sentir a los atletas no comprendidos y desvalorizados. Por otro lado, la perentoriedad de resolver un problema “aquí y ahora” con intervenciones breves, y la renuencia de muchos atletas a revisar su historia personal, pudo favorecer que se sintieran más ayudados con los recursos de la psicología cognitiva. Además, esta disciplina, al tener una mejor relación con la investigación empírica que el psicoanálisis, puede ofrecerle a los atletas cifras, que según Tamorri, les resultan elementos mejor asimilables que las palabras. En mi parecer, en una psicología aplicada al deporte, se debería poder sacar provecho tanto de las eficaces herramientas de la psicología cognitiva como de la singularidad subjetiva de la escucha psicoanalítica. Los avances en el estudio de la memoria que ofrece la neurobiología son también de enorme valor. ¿No nos amplía la perspectiva de la situación de Angélica poder pensar la formación de sus memorias, tanto de las explícitas autobiográficas y episódicas como de las implícitas, más ligadas a procesos inconscientes,

entre los que se incluyen los patrones motores? Sin embargo, y siguiendo a Morin cuando plantea las bases del pensamiento complejo, pienso que en el afán de profundizar la comprensión de la relación con lo biológico, no deberían perderse los lazos con lo antropológico, lo psicológico y aún lo mitológico. ¿Cómo pensar entonces, la interdisciplina? García⁽²¹⁾, al exponer en qué consiste una investigación interdisciplinaria, se opone tanto a quienes la conciben como el producto de la suma de trabajos disciplinarios como a quienes defienden la formación de “generalistas”. Si bien García explicita sus diferencias con Morin (ob. cit.), en este punto parecen coincidir. Este último autor, intentando caracterizar el pensamiento complejo, sostiene que el todo es más, pero también menos que la suma de las partes, debido a las interacciones entre los distintos componentes de la trama interdisciplinaria.

Epílogo

Angélica finalmente participó en el campeonato para el que se había preparado. La marca lograda no fue óptima, pero resultó suficiente para conseguir su objetivo de quedar seleccionada. “Cuando nos iban llamando para la partida, no me apichoné, me sentí una más”. Me entregó un regalo, expresándome su agradecimiento. Al abrirlo, me encontré con un mate, que en su exterior tiene grabado: “Recuerdo de Corrientes”.

Referencias bibliográficas

- (1) Tamorri S : Neurociencias y Deporte. Editorial Paidotribo Barcelona 2004
- (2) Bion W R : Transformations. In: Seven servants. New York: Jason Aronson 1977.
- (3) Contreras JL: Evaluación de Riesgo Social. En <http://cambiodemodelo.blogspot.com/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>
- (4) Groisman R: Deporte y Resiliencia Niveles de acción en el estudio de los efectos de la actividad física. En Psicofarmacología 46, octubre 2007
- (5) Dams-O'Connor K, Martin JL, Martens MP : Social norms and alcohol consumption among intercollegiate athletes: the role of athlete and nonathlete reference groups. Addict Behav. 2007 Nov;32(11):2657-66. Epub May 2007
- (6) Molina G : El fin del deporte. Paidós Buenos Aires 2007
- (7) Morin E : Introducción al pensamiento complejo Gedisa Barcelona 2005
- (8) Hardy L : A test of catastrophe models of anxiety and sports performance against multidimensional anxiety theory models using the method of dynamic differences. Anxiety, Stress and Coping: An International Journal, 9, 69-86. 1996
- (9) Butler RJ: Sport Psychology In Action. Butterworth-Heinemann: Oxford, England 1996
- (10) Butler RJ, Hardy L : The performance profile : theory and application. The sport psychologist 6:253,1992
- (11) Hanin Y : Emotions in Sport. Human Kinetics 2000
- (12) Kandel E : En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente. Katz editores 2007
- (13) Alvano SA, Bauleo, A : Avatares de la clínica. Mediciencia 2004
- (14) Alvano SA : Interfase Neurociencia – Psicoanálisis, ya no somos tan pocos, en Sinopsis, Revista de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, año 22 No.41 abril 2006
- (15) Manonni O: La otra escena: claves de lo imaginario. Amorrortu, Buenos aires, 1979. Pág. 10.
- (16) Bello Quiroz A: La máscara de la perversión: Jean Genet o la santidad del mal. En Publicaciones electrónicas, Universidad de San Luis de Potosí, México Enero 2008
- (17) Rosolato G : Étude des perversions sexuelles à partir du fétichisme, en Le Désir et la Perversion, Paris, Seuil, 1967
- (18) Palazetti S, Margaritis D, Guezenec R : “Swimming and Cycling Overloaded training in triathlon has no effect on running kinematics and economy”. International Journal Sports Medicine 2004 25 : 1-7
- (19) Saforcada E: La relación psiquismo-cultura : factor determinante del desarrollo humano y la salud. En website de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires
- (20) Bleichmar H: comentario introductorio al panel “El psicoanálisis y la terapia cognitiva: examen de un caso clínico” 43º Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), New Orleans, USA, 2004
- (21) García R Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria Gedisa 1ª Edición 2006

El arte de narrar en psicoanálisis | *The narrative art in psychoanalysis*

Dra. Adriana Yankelevich

Médica

Miembro Adherente de APdeBA

adrianayanke@gmail.com

Resumen

El trabajo traza una relación entre el modo de narrar la clínica de Freud y la novela clásica europea. Busca ejes comunes entre los modos de narrar la clínica en la actualidad y el entorno cultural contemporáneo, especialmente las nuevas tecnologías. Intenta bosquejar un panorama de la clínica que más frecuentemente observa la autora en su práctica, para sustentar la necesidad de escribir acerca de los pacientes, revalorizando el concepto de construcción como historización. Incluye material clínico que ilustra la hipótesis.

Palabras clave

Freud – Narración en la clínica – Casos clínicos

Abstract

This paper outlines the relation between the ways Freud's clinic and the European classical novel are narrated. It searches common axes between the ways the present clinic and the contemporaneous cultural environment are narrated, especially the new technologies. It tries to give an outlook of the clinic the author most frequently observes in her practice, in order to sustain the need to write about the patients, revaluing the concept of construction as historization. It includes clinical material that illustrates the hypothesis.

Key words

Freud – Clinical narrative – Clinical material

La autora declara no tener conflicto de intereses

Por qué se acaba el arte de contar historias es una pregunta que me he hecho siempre.

Walter Benjamin ("El pañuelo")

*Nosotros somos los hombres huecos
nosotros somos los hombres rellenos
inclinándonos juntos
la cabeza llena de paja. ¡Ay!
figura sin forma, matiz sin color,
fuerza paralizada, gesto sin movimiento*
T. S. Eliot

Si algo caracteriza a Freud es su increíble capacidad para comprender su época; la psicopatología de sus contemporáneos, pero también los sentimientos humanos, sus modos de manifestación, sus ropajes y estilos. Tenía el prisma narrativo de un buen novelista. La influencia de la narrativa clásica y, sobre todo, de la novela europea del siglo XIX en la manera psicoanalítica de comprender la vida humana difícilmente pueda ser sobredimensionada. El psicoanálisis abrevó en la novela y a su vez la enriqueció con sus descubrimientos. Los personajes de novelas posfreudianos portan con orgullo su inconsciente. Los historiales freudianos, pero también los kleinianos, y muchos publicados por autores argentinos (Bleger, Dupetit, Grinberg, etc.) tienen una riqueza de recursos narrativos y estilísticos de todo tipo, que hace vivir a los pacientes en el registro escrito. Esa cualidad se desprende de cierta cosmovisión compartida tácitamente por estos autores: la de que la vida humana puede tener coherencia, puede tener sentido y puede desarrollarse. Como en una *bildungsroman*¹, la confianza en la posibilidad de desarrollo y aprendizaje es una premisa necesaria para poder encarar esa tarea imposible que es un tratamiento psicoanalítico. La situación cultural en la que estamos sumergidos los psicoanalistas en la actualidad es compleja. El imperativo de conectividad tecnológica nos propone un ideal del yo rutilante, lleno de instantes que brillan epifánicos, con la última información, con la archirecontranueva teoría en boga, con los "diálogos" pantalla con pantalla. Las novelas tienden a ser reemplazadas en el mejor de los casos por películas; los blogs y miniblogs se han transformado en las nuevas formas literarias, las computadoras son omnipresentes en los consultorios.

Estamos amenazados constantemente con convertirnos en reliquias del pasado, con perder actualidad. Nuestra práctica no es funcional a los tiempos que corren ¿Cuándo lo fue? La lectura del inconsciente puede equipararse con la de una novela. Nuestros antepasados leían a sus pacientes como leían *El Quijote* o *Madame Bovary*. Las novelas más recientes llevan en sí un eco: la nostalgia o el soliloquio desgarrado frente a las tumbas de sus predecesoras. Se siente en la buena narrativa contemporánea ese lamento por haber perdido la posibilidad de construir un personaje íntegro, capaz de las contradicciones más altisonantes, que evidencie su propio desconocimiento de sí, pero aún así constituya un ser existente. La ruptura de lo narrativo tradicional a partir de la influencia del estructuralismo y la deconstrucción nos fue dejando sin historias humanas. Los novelistas actuales surgen a sus personajes en confusión y los muestran deambulando desorientados por no lugares, realizando acciones sin sentido, desangelados y perdidos. Tienen, no obstante, muchas veces, esos héroes, un parentesco obvio con sus abuelos románticos. Es que no puede ser novelista quien no ama escribir historias, a quien lo humano no le despierta asombro, curiosidad, interés.

¹ Se llama así a las novelas de aprendizaje o formación en las que se narra la vida de un personaje desde su infancia hasta su adultez, considerada en términos de desarrollo y crecimiento. Ejemplos típicos son, *Rojo y negro* y *La montaña mágica*.

Así como la novela decimonónica impactó en la construcción de la teoría psicoanalítica, la novela contemporánea influye en el modo en que pensamos a nuestros pacientes. Pero en la actualidad no hay tiempo para leer novelas. El tiempo se usa en conectarse. ¿Pueden hacerse las dos cosas a la vez? Lamentablemente una consecuencia del multitasking es la escisión fragmentaria del yo y no su enriquecimiento.

La manera en que los psicoanalistas consideramos al ser humano es un aspecto importante de la contratransferencia: es el medio ambiente en que se desarrolla la misma, la ecología en la que crecen nuestras interpretaciones. El psicoanálisis necesita afianzarse en su especificidad. Me pregunto si no estaremos tan asustados por la amenaza de perder actualidad que, como los héroes de las novelas contemporáneas, corremos el riesgo de perder el rumbo, o mejor dicho el centro mismo de nuestro quehacer: la escucha del paciente; la tarea minuciosa, delicada y llena de paciencia (Gálvez, M. 2008) de ver en el paciente no sólo lo que está reprimido y escindido, sino también aquello que puede devenir.

El modo en que nuestros pacientes experimentan sus vidas ya no se encuentra moldeado, como subrayaba Freud, por la novela (Freud, S. 1909). La novela familiar del neurótico ha sido reemplazada por el blog, el miniblog, el fotolog. *Las fantasías perdieron su hilo narrativo y se presentan como fragmentos escindidos de experiencias, básicamente visuales, resistentes a cualquier intento de interpretación.* Habría que ver si merecen estos “resplandores de mentes sin recuerdos” el nombre de fantasías. Son experiencias que transcurren, en términos de Bion, en forma de elementos-beta (Bion, 1997).

Muchas veces nuestros casos clínicos toman la forma de viñetas, es decir, la representación literaria de un “instante” sin continuidad ni pasado, en lugar de una historia con planteamiento, nudo y desenlace. Por momentos parece que trabajáramos con instantes, pedacitos temporales sin historia. Parece anacrónico historizar los tratamientos. Es un trabajo demasiado pesado, aburrido, o expuesto. La clínica de nuestro tiempo se transformó en clínica-viñeta.

No se trata sólo de una cuestión de estilo. *El modo en que pensamos acerca de nuestros pacientes determina su pronóstico.* La impaciencia, la aceleración y lo fragmentario acechan la clínica. La comprensión psicoanalítica de lo humano tiene mucho del método científico, y mucho de arte. Escribir sobre las emociones, los sentimientos, con notación matemática a fin de conseguir un código común, es un esfuerzo loable, pero es posible que en el camino hacia la construcción de un lenguaje puro, sin sombra de asociaciones, como perseguía Bion, nos quedemos con un fantoche inhumano; un hombre hueco como los del coro triste del poema de T.S. Eliot.

Los pacientes victorianos sufrían predominantemente los efectos de la constitución edípica consecuencia del desarrollo dentro de la familia tradicional, con su temor a la castración o su envidia del pene, su represión de la sexualidad infantil y sus síntomas neuróticos. Los pacientes actuales provienen de familias con una intimidad mínima conformadas por seres humanos a su vez constituidos precariamente, sin bases de identidad firmes, con pocos valores culturales preservados transgeneracionalmente. Son familias cuyo poder para constituir subjetividad se encuentra avasallado por la efectividad de la invasión omnipresente e intrusiva de los mecanismos sociales de producción humana masiva. El contacto interhumano en la actualidad ha sufrido un viraje que es considerado un empobrecimiento claro desde otras ciencias: sociología, antropo-

logía, educación, medicina (Bauman, Z. 2002; Butler, J. 2006, pág. 55; Castoriadis, C. 1993; Debord, G. 1995; Hardt, M. y Negri, A. 2004; Kandel, E. 2007; Sassen S. 2003; Sibilia, P. 2005 pag.183). Nosotros tenemos una posición privilegiada para analizar e intervenir sobre la pobreza subjetiva actual.

Breviario ínfimo de observaciones clínicas

Quisiera trazar un brevísimos bosquejo de lo que puedo observar actualmente en la clínica:

- 1) Trastornos en la conformación de la identidad, identidades rápidamente intercambiables, con identificaciones de superficie, de imagen (personalidades como sí, ambiguas). Indiscriminación en la identidad de género.
- 2) Trastornos en el esquema corporal inconsciente. Falta de integración mente-cuerpo, falta de integración corporal, construcción de lo corporal y por lo tanto del núcleo de la identidad desde la imagen externa, clivaje del cuerpo en bloque y proyección en un objeto². Pérdida de la dimensión ontológica de la corporalidad.
- 3) Manías francas con incapacidad para llevar adelante duelos, con la consecuente incapacidad generalizada para experimentar sentimientos.
- 4) Embotamiento sensorial y emocional, (reducción de las experiencias vitales humanas a la estimulación del nervio óptico), confusión de sensaciones táctiles, auditivas, propioceptivas y visuales. Negación y pérdida de la vitalidad.
- 5) Sexualidad epidérmica difusa. Pseudo genitalidad orientada a la obtención de una relación de objeto que otorgue identidad vicaria.
- 5) Capacidad simbólica profundamente alterada, con dificultades para asociar, pobreza lingüística y representacional general.
- 6) Falta la necesidad de desarrollar una identidad propia, personal, diferente de otras. Las identidades son grupales (de manera sincial) y los grupos son virtuales³.
- 7) Alteración de la percepción y concepción del tiempo y el espacio. Predomina la aspiración a equiparar la velocidad del pensamiento con las velocidades inhumanas tecnológicas y a considerar que pensar es cortar y pegar contenidos ajenos. Dificultades en percibir el tiempo en todas las formas que Meltzer explicita en *Exploración del autismo* (Meltzer, D, Brenner, J., Hoxter, S., Weddell, D., Wittenberg, I, 1979) y Bleger en *Simbiosis y ambigüedad* (Bleger, J. 1967). Pérdida de la capacidad para significar el pasado, experimentar el presente y construir el futuro. Citando a Susana Dupetit, que desarrolló este tema vinculándolo con la violencia, el contexto social y las adicciones: “*aceleración, caos, anonimato e hiperprotagonismo*” (Dupetit, S. 2002 y Dupetit S. 2009).

Parece necesario, ante este estado de la clínica, cuidar los engranajes que hacen del nuestro un dispositivo terapéutico único. Tenemos una tarea vital para el futuro de nuestra especie: preservar lo humano. La presencia del analista establece; por su conciencia de existir como un ser social, su sentimiento de identidad corporal y su noción de ser en gran medida inconsciente; de modo ostensivo, silencioso y constante, un clivaje entre la realidad y el

² Por ejemplo, la propia imagen en facebook.

³ Los casos de estudiantes, incluso universitarios de posgrado, que copian contenidos de internet para “crear” sus trabajos, sin citar bibliografía, o los intentos de borrar el concepto de autoría son ejemplos claros de esta modificación antropológica.

mundo interno del paciente. (Yankelevich, 2008) Por otro lado, la capacidad para interpretar de un modo complementario (Liberman, 2009 pág.319-322) en un lenguaje emocionalmente vivo y espontáneo, promueve el hacer consciente lo inconsciente, integrar disociaciones y establecer discriminaciones (Bleger, J. 1973). Pero esto no parece ser suficiente en los tiempos que corren. A los pacientes hay que ayudarlos a ser, a adquirir consistencia, espesor existencial, identidad.

Una mujer rota

El caso clínico intenta ilustrar, en una muy apretada síntesis, la situación inicial de vacío y sinsentido existencial de una paciente, y los sucesivos relatos que pudo empezar a construir en sus fantasías, a lo largo del análisis. Raquel es una empresaria de 45 años, que consulta porque no le encuentra sentido a la vida, “el éxito que obtuve, que era el que quería, no tiene ninguna gracia. No sé cómo seguir.”

Durante la infancia de Raquel, la madre se encontraba abocada al cuidado y la atención del padre de Raquel, un hombre alcohólico que padecía un psicosis crónica y se fue deteriorando hasta concluir sus días internado en un hospital psiquiátrico. A su vez Raquel retribuía esta actitud de su madre con una subestimación extrema, una gran altanería y una distancia emocional controlada, que pronto desplegó en la transferencia. Venía a las sesiones a demostrar su superioridad económica, con una mirada que desestimaba la austeridad de mi consultorio transformándola en pobreza y atendía con un gesto de fastidio a mis interpretaciones para continuar con su discurso, del cual esperaba que yo tomara debida nota. Sus frases eran inacabadas y se molestaba porque yo no era capaz de entender sus pensamientos sin tener ella que hacer el esfuerzo de traducirlos en oraciones completas. Cuando empecé a trabajar esto me avisó que “me despedía” y se volvía con su anterior terapeuta, que era más eficiente en las tareas de secretariado. Dos años más tarde retomó contacto conmigo. En ese intervalo, estando en tratamiento con su anterior terapeuta hizo unas cuantas cosas. Inició una relación homosexual con una vieja amiga, M. Decidió tener un hijo por fertilización asistida actuando una idea delirante de concebirlo con M. Luego de muchos esfuerzos logró un embarazo mediante una donación anónima de óvulo y espermatozoide. En los primeros meses del embarazo, M. la abandonó por otra mujer. Cuando vuelve a verme está colapsada, sin fuerzas para ocuparse de su hija, que tiene tres meses. Trabajé con ella el abandono del tratamiento y la serie de actuaciones que la llevaron a la situación actual, vinculándolas con la transferencia conmigo, erótica y hostil, que su alejamiento del análisis y mis propias limitaciones técnicas y contratransferenciales no permitieron trabajar en la ocasión anterior.

Poco a poco pudimos ir perfilando la descripción del objeto de su amor, la mujer que la había “seducido y abandonado”. Esta mujer era la representante de un objeto interno pervertidor, una madre que había accedido al incesto, y por lo tanto la había hecho sentir ilimitada y huérfana. La consecuencia inmediata de esta megalomanía soterrada bajo la actuación homosexual, fue el derrumbe narcisista posterior. “Todo es negro, abrumador, no hay nada que me de placer. Me siento incapaz de criar a mi hija. Me desespera el futuro” De esta negrura sin forma emerge con dos temáticas delirantes: el vínculo intensamente ambivalente respecto de la mujer que *odiama* (el neologismo es de ella) y su situación dentro de la empresa dónde se siente perjudicada. Ambas temáticas son elaboradas en las sesiones, dónde queda claro cómo va constru-

yendo un universo paranoide que al menos le da una razón para levantarse de la cama.

Comienza poco a poco a atender a su hija, muy asustada por haberle hecho daño al prestarle poca atención, más asustada de poder hacerle daño al trabar con ella una relación intensa que la pueda llevar al incesto o al asesinato. Es ese susto, le digo, el que las protege a ambas.

Trae un recuerdo infantil. “En la pared del costado de mi cama había tres agujeros. Yo metía el dedo adentro y rascaba el yeso. Supongo que ahora me va a decir que era como una masturbación”. Le digo que me resulta raro que nunca hubieran arreglado los agujeros. “Estaban para recordar. Los hizo mi papá, tiró tres tiros ahí. Pero yo no estaba en la cama. No es que haya querido matarme”. Ella está dándole vueltas con el dedo en su cabeza a esa idea “no quiso matarme, no quiso matarme”, y es en la necesidad de reiterar esa desmentida que se le va la vida.

Poco después trajo un paquetito que sacó de su cartera, era una bolsita de plástico que contenía unos casquetes de balas. Durante años las había guardado suponiendo que eran las balas con las que su padre había disparado contra su cama. Había decidido que era hora de tirarlas, pero se le planteaba el problema de adónde depositarlas, le parecía que todavía eran peligrosas. Le interpreté que ella esperaba que yo me ocupara de librarla de ese peligro, que ella sentía absolutamente actual, de ser asesinada por su padre; que esperaba que yo la ayudara a entender algo que era incomprensible y a lo que ella no había podido darle sentido, a saber, que su padre hubiera querido matarla y que su madre no la hubiera protegido. Esperé la respuesta habitual, desdeñosa e irónica. Para mi sorpresa, algo de la interpretación fue aceptado, refunfuñando. A partir de ahí Raquel pudo pensar que su relación homosexual había tenido el sentido de proveerla de un objeto que ella pudiera parasitar y con el que pudiera fantasear una relación idílica, de nonata. “En realidad yo me fui antes de la relación. Nunca me gustó tener sexo con ella. Era el precio que tenía que pagar por sentirme querida. Todo lo que estaba bajo su égida crecía: ella tiene un hijo que nació sin pierna, un muñoncito. Ella se ocupó, lo llevó a los médicos, con delicadeza, con muchísimo amor y paciencia, le hizo reconstruir la pierna” Raquel puede pensar que ella se siente como ese hijo y que sus expectativas eran las de ser amada con ese amor maternal ilimitado, que la provea de prótesis emocionales para sus sensaciones de ser sólo un muñón. La fantasía de tener un hijo con la madre que había llegado a la actuación de un embarazo, cobijó el despliegue de una posición mental en la que todo era posible. Durante el embarazo ella era la madre, era el bebé que crecía dentro suyo y era el padre, que en realidad era otra madre. No existían diferencias sexuales, la concepción de un hijo entre dos mujeres era posible, inclusive mejor, más deseable que la concepción de un hijo con un hombre. Raquel no tenía dudas: era preferible el incesto con la madre y no la muerte a manos del padre.

Las primeras preguntas de su hija acerca de la filiación la colocan en una situación incómoda. Siente un vacío retrospectivo. Ella no se siente homosexual, no puede cobijarse en los discursos colectivos sobre homoparentalidad. Decide hacer una consulta con una analista de niños para su hija. Se alivia enormemente cuando la analista le señala que su hija sí tuvo un padre, que el padre tuvo una intervención mínima, y que Raquel nunca lo conoció, pero que existió. Esa idea le devuelve la posibilidad de pensar a su hija como un ser humano como los otros, concebida por un hombre

y una mujer. Las fantasías de haber engendrado un monstruo van desapareciendo.

Quisiera poder mostrar cómo Raquel llegó al análisis en una situación mental dominada por la ambigüedad. Cómo los eventos de su vida, la lucha por el éxito económico, la relación homosexual, la decisión de ser madre, fueron acciones que esta mujer, de buen nivel intelectual, realizó, siguiendo a Bleger, de modo contingente, sin ser capaz de elaborar un relato interno de las mismas (Bleger, J. 1967). No sólo en términos causales, simplemente, para ella su propia vida no tenía sentido. Me parece interesante ver cómo, a lo largo del análisis, va logrando establecer relatos, a la manera de la novela familiar del neurótico, en los que va variando su personaje, desde la seducida y abandonada, pasando por la transgresora homosexual, la madre soltera que lucha contra el mundo, la sobreviviente al filicidio. Los relatos son verdaderos, en el sentido de que son construcciones hermenéuticas que intentan acercarse a la verdad de la historia de sus fantasías inconscientes y son ficcionales como es ficcional toda fantasía.

La narratividad en la clínica

El registro escrito del diálogo analítico, sustentado por la noción de construcción biográfica, en el sentido de una *bildungsroman* de las fantasías inconscientes, utilizando los recursos literarios necesarios para dar forma a la transmisión del material y de los conceptos teóricos extraídos del mismo, constituye un esfuerzo de integración, de historización, no sólo del tratamiento, sino del

desarrollo vital del paciente. Se inscribe en la línea del concepto psicoanalítico de construcción y agrega una dimensión a la clínica: *el paciente es narrado por el analista*.

Las historias que contamos acerca/sobre/a nuestros pacientes se entrecruzan con sus novelas familiares, enriqueciendo su sentido. Los relatos acerca del paciente son ficciones narrativas en el sentido estricto del término, pero difieren de la ficción literaria en su finalidad. *La narratividad en psicoanálisis interesa por su sentido de innovación y de inteligibilidad, pero sobre todo por su efectividad referencial, es decir por su capacidad para acercarse a la verdad, en este caso, a la trama de las fantasías inconscientes del paciente*.

Dice Paul Ricoeur que no existe imaginación creadora sin reglas. Las reglas que regulan la creación de la trama en psicoanálisis consisten fundamentalmente en la regla de abstinencia y en las relaciones que permiten la elaboración de una interpretación a partir de elementos lingüísticos del relato del paciente; o paralingüísticos y corporales que permitan captar una fantasía inconsciente.

No somos novelistas. No inventamos, al menos no enteramente, a nuestros pacientes. Pero no puede ser analista quien no ama leer, escuchar y escribir historias; a quien lo humano no le despierta asombro, curiosidad, interés. Ese relato que a veces puede ser material de supervisión, de discusión clínica, o parte de un trabajo teórico, es un acto psicoanalítico, que aún ignorado por el paciente, constituye una herramienta excepcional para intervenir en el desarrollo y la construcción de un ser humano que no sea un hombre viñeta, un ser hecho a ligera.

Referencias bibliográficas

- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Bion, W. (1997). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós. Psicología profunda.
- Bleger, J. (1973). Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis. *Revista de psicoanálisis de la APA* Tomo XXX, nº2, 317-341.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2006). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Castoriadis, C. (1993). Una sociedad a la deriva. En C. Cornelius, Una sociedad a la deriva (págs. 281-295). Buenos Aires: Katz.
- Debord, G. (1995). *La sociedad del espectáculo*. Buenos Aires: La marca.
- Dupetit, S. (2002). ¿Instinto de muerte o muerte de los instintos? ¿Pulsión de muerte o la muerte de la pulsión? Reflexiones acerca de la violencia social. XXVI Encuentro Argentino de Psicología Profunda, III Encuentro del Capítulo de Psicología Social de APSA. Buenos Aires.
- Dupetit, S. (1983). *La adicción y las drogas*. Buenos Aires: Salto.
- Dupetit, S. (2009). *Violencia social y adicciones*. Buenos Aires: Departamento de niñez y adolescencia de APDeBA.
- Freud, S. (1909). La novela familiar del neurótico. En S. Freud, *Obras Completas*, Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gálvez, J. M. La paciencia en la elaboración psicoanalítica. Conferencia presentada en Ateneo de Secretaría Científica de APDeBA, 15 de abril de 2008. Buenos Aires.
- Grinberg, L. y. (1971). *Identidad y cambio*. Buenos Aires: Ediciones Cargieman.
- Grinberg, L. (1963). *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Grinberg, L. y. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza.
- Hardt Michael y Negri, T. (2004). *Multitud. Guerra y democracia en la era del Imperio*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Kandel, E. c. (18-1-2007). *Estudio revela base química de droga de esquizofrenia*. Folha de san Pablo.
- Lieberman, D. (2009). *Lingüística, interacción comunicativa y tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddell, D., & Wittenberg, I. (1979). *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Ricoeur, P. (2000). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. *Revista Anàlisi. Quaderns de comunicació i cultura* 25, 2000, pag.189-207. Publicado originalmente en *Horizontes del relato. Lecturas y conversaciones con Paul Ricoeur*; Gabriel, pag.189-207.
- Sassen, S. (2003). Espacio electrónico y poder. En S. Sassen, *Los espectros de la globalización* (págs. 201-218). Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Schreber, D. P. (1979). *Memorias de un enfermo nervioso*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Sibilia, P. (2005). *El hombre postorgánico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sibilia, P. (2008). *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Yankelevich, A. (2008). *La presencia corporal del analista*. XXVII Congreso Latinoamericano de psicoanálisis. Santiago de Chile.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Dr. Hugo Dramisino

Médico Psiquiatra (UBA)
A/C Jefatura del Departamento de Capacitación e Investigación del CENARESO
Coordinador del Programa de Estudios Avanzados del Instituto Superior de Formación de Postgrado de APSA
Presidente Honorario y Fundador del Capítulo Salud Mental, Actividad Física y Deporte de APSA
Miembro Titular del Órgano de Fiscalización de APSA

Cómo Enfrentar Al Trastorno Obsesivo-Compulsivo Manual de Autoayuda

Dr. Alfredo H. Cía - Lic. Fabrizia Sacerdoti
Editorial Polemos
Buenos Aires, 2010



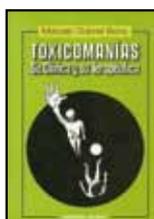
El Manual permite acceder a información valiosa acerca de los últimos adelantos en el tratamiento de una enfermedad que afecta en promedio a una de cada cuarenta personas de la población mundial y que origina una importante disminución en la calidad de vida de quienes la sufren: el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, más conocido por sus siglas, TOC.

Mediante una completa descripción de este trastorno y el relato de casos, mediante un estilo accesible, se ofrece a quienes puedan padecer TOC y a sus familiares, una serie de recursos que le permitirán comprenderlo mejor, acceder a la consulta e iniciar un tratamiento con mayor facilidad.

Se incluyen cuestionarios para la detección del TOC, un programa cognitivo-conductual completo para ayudar al enfermo a enfrentar las distintas variedades de síntomas, datos acerca de la farmacoterapia específica disponible actualmente para combatir la enfermedad y consejos destinados a familiares y amigos, para poder brindar una mejor ayuda al afectado. Además, resulta útil para los profesionales no especializados en el tema que quieran implementar recursos cognitivo-conductuales como complemento de una farmacoterapia específica para este trastorno.

Toxicomanías, Su clínica y su terapéutica

Dr. Marcelo Gabriel Bono
Editorial Dunken
Buenos Aires, 2010



En este libro Bono se propone y logra transmitir su vasta experiencia en la complejidad del universo de las toxicomanías. Lo hace con un discurso coloquial y a la vez científico que permite ser leído tanto por lectores no conocedores del tema como por especialistas.

En ningún momento deja de ubicar por delante del tóxico a la palabra y a la conducta del paciente no resultando óbice para que el lector pueda encontrar una precisa descripción de, prácticamente, todas las sustancias estupefacientes que se consumen en todas las latitudes. Siempre resalta la clínica y el diagnóstico diferencial situando claramente a las toxicomanías en el campo disciplinar de la medicina y, particularmente, de la psiquiatría.

Por último es importante advertir que se detiene a analizar y actualizar los distintos dispositivos terapéuticos: psicoterapia, psicofarmacología y abordajes especiales.

Sur, dictadura y después...
Elaboración psicosocial y clínica de los
traumas colectivos

Equipo Argentino de Trabajo e Investiga-
ción Psicosocial –EATIP–
Psicolibro Ediciones
Buenos Aires, año 2010



Autores

Dra. Diana Kordon, Dra. Lucila Edelman, Dr. Darío Lagos, Dr. Daniel Kersner, Dra. Lía Ricón, Lic. Noemí Sosa, Dra. Mariana Lagos, Lic. Nicolás Pedregal, Lic. María Silvia Campos, Lic. Montserrat Olivera, Dra. Silvana Bekerman, Lic. Cintia Oberti, Dr. Marcelo Rossi, Lic. Pablo Habib, Margarita Cruz, Lic. Yamila Pezet, Lic. Luciana Soutric, Dra. Viviana Mazur

Este libro -que encuentra continuidad con producciones anteriores de algunos de sus autores- recoge la experiencia de trabajo psicosocial y clínico que el EATIP ha realizado, en los últimos años, en relación con diferentes problemáticas de Derechos Humanos.

Sus contenidos, en el eje Salud Mental y Derechos Humanos, giran sobre los abordajes en situaciones traumáticas de crisis social, reflexiones clínicas y psicosociales en relación a los juicios a los genocidas, transmisión transgeneracional, implicación del equipo y de los terapeutas y relaciones entre subjetividad, trauma psicosocial y cultura. Es un producto colectivo surgido de un proyecto de trabajo sostenido a lo largo de muchos años, en la asistencia a personas que han sufrido de diferentes maneras la represión política. Participan en él profesionales de diferentes generaciones, con diverso grado de formación y experiencia. En el desarrollo de esta tarea, miembros del EATIP, que previamente habían conformado el Equipo de Asistencia Psicológica de Madres de Plaza de Mayo, han ido construyendo un cuerpo de ideas propio acerca de lo psicológico, lo psicosocial y los dispositivos de abordaje en situaciones traumáticas de origen social, marco conceptual en el que se referencian.

