MANUAL DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA DEL ADULTO

Vassilis Kapsambelis
(Coordinador)

booksmedicos.org

PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS

Vassilis Kapsambelis, director general de la Asociación de Salud Mental y miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París, estudió medicina en Atenas y la especialidad en psiquiatría en la capital francesa. Especialista en temas de psicopatología de los estados psicóticos y de los estados límite, tanto su práctica como sus investigaciones se inscriben en la corriente que dio origen a la psiquiatría pública. Es autor y director de diversos libros, entre los que destacan *L'angoisse y Le besoin d'asile. Des lieux pour les psychoses.* Ha publicado numerosos artículos en revistas y libros colectivos como *L'inconscient freudien* (bajo la dirección de Gérard Bayle).

SECCIÓN DE OBRAS DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS

MANUAL DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLÓGICA DEL ADULTO

Traducción
GLENN GALLARDO JORDÁN
HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN

Manual de psiquiatría clínica y psicopatológica del adulto

VASSILIS KAPSAMBELIS
(coordinador)

FRANÇOISE LAUGIER
(secretaria de redacción)

Presentación y edición
HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN

booksmedicos.org

FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

Primera edición en francés, 2012
Primera edición en español, 2016
Primera edición electrónica, 2017

Diseño de portada: Laura Esponda Aguilar

Título original: *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*
D. R. © 2012, Presses Universitaires de France

D. R. © 2016, Fondo de Cultura Económica
Carretera Picacho-Ajusco, 227; 14738 Ciudad de México

Comentarios:
editorial@fondodeculturaeconomica.com
Tel. (55) 5227-4672

www.fondodeculturaeconomica.com

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, sea cual fuere el medio. Todos los contenidos que se incluyen tales como características tipográficas y de diagramación, textos, gráficos, logotipos, iconos, imágenes, etc., son propiedad exclusiva del Fondo de Cultura Económica y están protegidos por las leyes mexicanas e internacionales del copyright o derecho de autor.

ISBN 978-607-16-4926-3 (mobi)

Hecho en México - *Made in Mexico*

SUMARIO

Prólogo a la edición en español
Acerca de los autores

Primera sección.
LA PSIQUIATRÍA ENTRE MEDICINA, BIOLOGÍA Y CIENCIAS HUMANAS

I. *Especificidad de la psiquiatría*
II. *Historia y evolución de las ideas en patología mental*
III. *Semiología psiquiátrica*
IV. *Epidemiología psiquiátrica*
V. *Psiquiatría y neurociencias*
VI. *Psiquiatría y psicoanálisis*
VII. *Psiquiatría y psicología cognitiva*
VIII. *Psiquiatría, comportamientos y modelos animales*
IX. *Psiquiatría y fenomenología*
X. *Psiquiatría y teoría de los sistemas*
XI. *Psiquiatría social y comunitaria*
XII. *Introducción a la psicosomática*
XIII. *Introducción a la etnopsiquiatría*
XIV. *El marco legislativo y deontológico de la psiquiatría*
XV. *Psiquiatría y psicología clínica: métodos e instrumentos*
XVI. *La investigación en psiquiatría*

Segunda sección.
CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA
Parte 1. Neurosis

XVII. *Introducción a las patologías neuróticas*
XVIII. *Trastornos ansiosos y fóbicos*
XIX. *Histeria*
XX. *Neurosis obsesiva*
XXI. *Patologías traumáticas y reacciones patológicas a los acontecimientos de vida*
XXII. *Hipocondría y otros trastornos psíquicos de expresión corporal*

booksmedicos.org

Parte 2. Psicosis

XXIII. *Introducción a las patologías psicóticas*
XXIV. *Psicosis agudas*
XXV. *Confusiones mentales y delirium tremens*
XXVI. *Las esquizofrenias debutantes*
XXVII. *Esquizofrenias del periodo de estado*
XXVIII. *Evolución y formas terminales de las esquizofrenias*
XXIX. *Paranoias y otras psicosis crónicas sistematizadas*

Parte 3. Trastornos de la afectividad (o del humor)

XXX. *Introducción a los trastornos de la afectividad (o del humor)*
XXXI. *Estados depresivos y melancólicos*
XXXII. *Estados maniacos, hipomaniacos y mixtos*
XXXIII. *Enfermedad maniaco-depresiva y "espectro bipolar"*

Parte 4. Trastornos de la personalidad. Conductas y manifestaciones psicopatológicas aisladas

XXXIV. *Introducción a la noción de personalidad patológica*
XXXV. *Los trastornos de la personalidad dentro de las clasificaciones contemporáneas*
XXXVI. *Clínica y psicopatología del grupo de los estados limítrofes*
XXXVII. *Trastornos de las conductas alimentarias*
XXXVIII. *Hipnología y trastornos del sueño*
XXXIX. *La psiquiatría frente al suicidio*
XL. *Toxicomanías*
XLI. *Otras formas de adicción*
XLII. *Alcoholismo*
XLIII. *Psicopatía*
XLIV. *Perversiones sexuales (parafilias)*

Parte 5. Trastornos mentales e intervenciones psiquiátricas en situaciones particulares

XLV. *Introducción a la psiquiatría infantil*

booksmedicos.org

XLVI. *Introducción a la psiquiatría del adolescente*
XLVII. *Introducción a la psiquiatría del anciano*
XLVIII. *Trastornos mentales en retrasos y deficiencias mentales*
XLIX. *Situaciones clínicas difíciles y peligrosidad*
L. *Exclusión social y precariedad: clínicas y psicopatología*
LI. *Trastornos mentales en las diferentes afecciones somáticas*
LII. *Trastornos psiquiátricos y psicológicos del embarazo, el puerperio y la parentalidad*
LIII. *Urgencias y ayuda en psiquiatría*

Tercera sección.
LA TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRÍA

LIV. *Tratamientos biológicos*
LV. *Tratamientos psicológicos*
LVI. *Tratamientos institucionales*
LVII. *Medidas sociales y rehabilitación en psiquiatría*

Índice analítico
Índice general

booksmedicos.org

booksmedicos.org

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

En abril de 2013 un psiquiatra estadunidense, "que no siempre fue estadunidense", publicó en el *Psychiatric Times* una "Carta a un psiquiatra extranjero" en la que postuló que "All psychiatry, anywhere in the world, is American psychiatry". Para algún observador lego eso podría parecer evidente (o incluso deseable), pues la ciencia de la gran nación estadunidense goza de un merecido prestigio y la lengua inglesa se ha convertido en el curso de los últimos cinco decenios en la *lingua franca* de la comunicación científica internacional, ocupando el sitio que otrora tuvieron el griego, el árabe, el latín, el alemán y el francés. Además ¿por qué la medicina mental habría de ser la excepción dentro de ese proceso global hegemónico y de homogeneización en el que buena parte del mundo se esfuerza por adquirir o imitar el *american way of life* (o lo que en Francia se califica como "la culture McDo")? En su carta, el doctor Seyyed Nassir Ghaemi señala, empero, que "esto es, al mismo tiempo, malo y bueno". Lo malo sería, como lo han señalado por su parte y repetidamente varios autores en diferentes países, la predominancia internacional que ha adquirido el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,* de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (ANP), el omnipresente y muy discutido DSM (que algunos incluso califican de la "Biblia de la psiquiatría"), que, como bien dice, ha simplificado la psicopatología. Cita muy oportunamente en su carta uno de los varios artículos de Nancy Andreasen, la connotada especialista estadunidense, lamentando que dicho *Manual* haya prácticamente "asesinado a la fenomenología" (en otro confesaba que era necesario que la fenomenología europea, como un Plan Marshall a la inversa, viniera a enseñar a los psiquiatras estadunidenses qué es la esquizofrenia). Pero lo que Ghaemi considera como "lo bueno" de esa predominancia ubicua resulta realmente sorprendente para quien conozca la historia de la psiquiatría, pues concierne nada menos que al desarrollo científico de la psicofarmacología, lo que marcaría una superioridad evidente —según él— sobre la psiquiatría europea, a la que visualiza devaluatoriamente según su experiencia personal de cuatro meses en España a finales de la década de 1980. Ahora bien, estos grandes avances terapéuticos (los antipsicóticos, los antidepresivos, los estabilizadores del estado de ánimo, como el litio en primer lugar) tuvieron su origen en Europa. De hecho, la llamada "tercera gran revolución de la psiquiatría" se desarrolló inicialmente en Francia, como saben los historiadores de la medicina y los especialistas, con la introducción de la clorpromazina, el primer fármaco antipsicótico, en la década de 1950, en la Clínica de Enfermedades Mentales y del Encéfalo de la Universidad de París, bajo la dirección de un neuropsiquiatra que fue también un hombre de letras: Jean Delay. Este avance científico indudable, que ha marcado el ejercicio de la profesión, como lo señala el especialista naturalizado estadunidense, fue, contra lo que él pretende, una aportación fundamentalmente europea y puede entenderse como la floración de una larga tradición

booksmedicos.org

médica que en ese continente tuvo su origen: "la primera gran revolución", la creación de la disciplina psiquiátrica fue el resultado de la empresa científica y humanitaria de Philippe Pinel [véase "Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente", en Dora B. Weiner, FCE, México, 2002] a finales del siglo XVIII, por lo que el francés fue su lengua materna. La neurología y el psicoanálisis, ciencias conexas, tuvieron, a su vez, el mismo origen geográfico. La empresa de Pinel y sus alumnos se enriqueció muy pronto con las aportaciones de las escuelas germánicas que construyeron su otro sólido pilar. Esa evolución histórica prosiguió ininterrumpidamente, aunque la mayoría de los autores anglófonos suelan citar más a los franceses de los siglos XVIII y XIX que a los del XX y el XXI, tal vez como resultado de esa escisión que ha señalado Pierre Nora entre las culturas estadunidense y francesa.

Por fortuna el catálogo del Fondo de Cultura Económica (FCE), tanto en su Sección de Obras de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis como en sus otras colecciones, contiene un número selecto de obras pertenecientes a esa tradición, lo que ha permitido a sus lectores hispanohablantes acceder a una visión más ecléctica de la psiquiatría que la que pareciera desprenderse de la posición naíf de Ghaemi. Permítaseme recordar, en reconocimiento de nuestra editorial, que cuando en Francia se agotó *Le temps vécu,* de Eugene Minkowski, obra clásica de la fenomenología, muchos especialistas de ese país recurrieron a la versión española del FCE, y que cuando Dora Weiner decidió traducir al inglés su libro sobre Pinel *(vide supra)* no lo hizo a partir de su versión francesa original sino a partir de nuestra traducción al español.

Ahora el FCE ofrece a los psiquiatras y a los médicos que siguen su formación en esa especialidad una obra didáctica y actualizada, pensada y redactada a partir de la práctica clínica en la que se asocia el enfoque de la tradición psiquiátrica francesa y un enfoque global y estandarizado surgido de las grandes clasificaciones internacionales, como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la ANP, al igual que las múltiples aportaciones de la investigación biomédica. La obra coordinada por Vassilis Kapsambelis no sólo rescata la fenomenología, según el deseo expresado por Nancy Andreasen, sino también la semiología y la psicopatología más finas sin las cuales no es posible un ejercicio honesto de la especialidad, centrada en la persona. Junto al recordatorio de la evolución histórica de las nociones y los conceptos, integra en su exposición las influencias teóricas provenientes del psicoanálisis (cuyo peso en la psiquiatría contemporánea dista mucho de aquel que tuvo en la cuarta y la quinta décadas del siglo XX) que han mostrado su valor heurístico, con las provenientes del fértil campo de las ciencias cognitivas. En cada capítulo hay una sección muy actualizada dedicada a la terapéutica, tanto farmacológica como psicoterapéutica y cognitivo-conductual. Lo mismo puede decirse de la bibliografía, la cual está actualizada y es internacional. En esta labor, los 46 coautores del *Manual de psiquiatría clínica y psicopatológica del adulto* han seleccionado algunos casos clínicos característicos, en una labor didáctica que sabrán agradecer los lectores. Un interés particular de la obra es también el que sus autores hayan incluido, como ejemplos clínicos, textos literarios de

booksmedicos.org

gran profundidad descriptiva, con lo que demuestran, una vez más, que la psiquiatría sólo puede concebirse en la confluencia de la medicina, las neurociencias y las humanidades.

Para la adecuación de la bibliografía de esta obra conté con la invaluable colaboración de dos distinguidos alumnos, los doctores Samuel Miranda y Alejandro Sandoval Maza. El primero incluyó las versiones en español de los libros citados en cada capítulo (éstas se presentan entre corchetes, enseguida de la entrada original), en tanto que el segundo lo hizo con las citas de Freud que los autores mencionan en la traducción francesa, y cuyo equivalente en la versión canónica de Ballesteros se señala para cada una. Los lectores les agradecerán su dedicación tanto como yo. Mi gratitud va igualmente para mi cuidadosa y benévola secretaria, la señora Elizabeth Guillermina Cisneros, quien realizó con esmero la mecanografía y el cotejo con el original.

HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz,
San Lorenzo Huipulco, Tlalpan,
Ciudad de México, junio de 2015

booksmedicos.org

booksmedicos.org

ACERCA DE LOS AUTORES

FRÉDÉRIC ADVENIER. Psiquiatra del Centro Hospitalario Sainte-Anne.

ANDREEA ANASTASIU. Psiquiatra del Establecimiento Público de Salud Erasme, Antony.

JEAN-PAUL ARVEILLER. Psicólogo del Centro Hospitalario Sainte-Anne y del CMP, 22A, rue des Fossés Saint-Jacques, 75005 París.

XAVIER BONNEMAISON. Psiquiatra, jefe de servicio de la ASM 13.*

CLÉMENT BONNET. Psiquiatra emérito de los hospitales, ex director general de la ASM 13.

ALAIN BRACONNIER. Psiquiatra, médico psicoanalista, jefe de servicio y ex director general de la ASM 13.

PIERRE BROKMANN. Psiquiatra, asistente especialista de la ASM 13.

FEDERICO CARO. Psiquiatra adictólogo, asistente especialista del Centro Hospitalario Paul Brousse.

FRANÇOISE CHAINE. Psiquiatra, psicoanalista del Centro Alfred Binet, ASM 13, Casa de los 13-17 en la Fundación Vallée.

ÉRIC CORBOBESSE. Psiquiatra, médico responsable de la Residencia Watteau de la ASM 13.

MARGUARITA DIAWARA. Psiquiatra, ex médica responsable del Instituto Especializado Autismo de la ASM 13.

CLÉMENT FROMENTIN. Médico del EPS Maison Blanche.

RAPHAËL GAILLARD. Profesor de varias universidades, médico del Servicio Hospitalario-Universitario de Salud Mental y de Terapéutica, Centro Hospitalario Sainte-Anne, Université Paris Descartes.

ANDRÉ GALINOWSKI. Psiquiatra del Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), U 1000 (Diagnóstico mediante imágenes y psiquiatría, dirigido por J. L. Martinot), Université Paris Sud y Université Paris Descartes, CEA, DSV, 13BM, Servicio Hospitalario Frédéric Joliot, Orsay.

SERGE GAUTHIER. Psiquiatra, médico responsable del Taller Terapéutico y del CATTP de la ASM 13.

LAURENT GLÉNISSON. Psiquiatra, médico del Centro Hospitalario Charles Perrens, Burdeos (Pôle G05-G06).

NATHALIE GLÜCK. Psiquiatra, médica del Hospital Sainte-Anne, médica consultora en el Centro Philippe Paumelle de la ASM 13.

NICOLAS GOUGOULIS. Psiquiatra, médico de la ASM 13 y psicoanalista miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París.

CÉCILE HANON. Psiquiatra, médica del EPS Erasme, Antony.

ALBAN JEANNEAU. Psiquiatra, consultor de la ASM 13, ex jefe de clínica, asistente de los hospitales de París.

PASCALE JEANNEAU-TOLILA. Psiquiatra, médico responsable de la Casa de Reposo y de

booksmedicos.org

Asistencia Facultativa, ASM 13.

CATHERINE JOUBERT. Psiquiatra del hospital de día de la ASM 13.

VASSILIS KAPSAMBELIS. Psiquiatra, médico psicoanalista, miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París, director general de la ASM 13.

SOPHIE KECSKMÉTI. Psiquiatra, médica jefa de servicio de la ASM 13.

MARIA KOUNTZA. Psiquiatra, psicoterapeuta de la Unidad de Tratamiento para los Trastornos de las Conductas Alimentarias (ANASA), Atenas.

FRANÇOISE LAUGIER. Psiquiatra, médica jefa de servicio de la ASM 13, responsable del polo psicosocial.

VÉRONIQUE LAURENT. Psiquiatra, psicoanalista de la unidad René Diatkine de la ASM 13.

CATHERINE LIERMIER. Psiquiatra, médica jefa de servicio de la ASM 13.

ROBIN MALGAT. Psiquiatra, asistente especialista de la ASM 13.

OLFA MANDHOUJ. Psiquiatra, ex médica DIM, ASM 13.

BRICE MARTIN. Asistente especialista en psiquiatría.

DOMINIQUE MATHIS. Psiquiatra, médica de la Association L'Élan retrouvé.

DELPHINE MONTAGNIER. Psiquiatra, médica del Centro Hospitalário Sainte-Anne.

LAURENT MULDWORF. Psiquiatra, responsable del equipo Précarité de la ASM 13, psicoanalista miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París.

EVGENIA PAPATHANASIOU. Psicóloga clínica de la ASM 13.

MARÍA CRISTINA PATRIZI. Psiquiatra de la ASM 13.

RICHARD RECHTMAN. Psiquiatra de la ASM 13, antropólogo, director de estudios en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, director adjunto del IRIS (Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux, Sciences Sociales, Politique, Santé [Instituto de Investigación Interdisciplinaria acerca de las Implicaciones Sociales, Políticas y de Salud]), UMR 8156 CNRS-Inserm-EHESS-UP.

JEAN REYNÈS. Psiquiatra, consultor de la ASM 13.

JEAN-FRANÇOIS SALLUSTRAU. Psiquiatra, médico jefe de servicio de la ASM 13.

CLAUDE SMADJA. Psiquiatra, psicoanalista, miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París, médico director del Instituto de Psicosomática (IPSO), ASM 13.

VICTOR SOUFFIR. Psiquiatra, psicoanalista, miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París, médico director del hospital de día de la ASM 13.

ANASTASIA TOLIOU. Psicóloga clínica de la ASM 13.

PEDRO VALENTE. Psiquiatra, ex médico de la ASM 13.

MARC VALLEUR. Psiquiatra, médico jefe del Centro Médico Marmottan.

GILLES VIDON. Psiquiatra, responsable del polo de psiquiatría de sector del 12º distrito de París.

MYRIAM ZAKS. Psiquiatra, asistente especialista de la ASM 13.

booksmedicos.org

[1] ASM 13: Asociación de Salud Mental del 13º distrito de París.

booksmedicos.org

booksmedicos.org

PRIMERA SECCIÓN

LA PSIQUIATRÍA ENTRE MEDICINA, BIOLOGÍA Y CIENCIAS HUMANAS

booksmedicos.org

I. ESPECIFICIDAD DE LA PSIQUIATRÍA

VASSILIS KAPSAMBELIS

La psiquiatría es la disciplina de la medicina clínica que tiene como objeto el psiquismo humano. Los aspectos concernientes al desarrollo y al funcionamiento psíquico ordinario, "normal", entran generalmente dentro de la expresión "salud mental". Los aspectos patológicos, que tienen que ver de un modo más particular con la psiquiatría como especialidad médica, constituyen la psicopatología (Widlöcher, 1994). Entre todas las especialidades médicas la psiquiatría es entonces, en virtud de su objeto, la que se encuentra más cerca de la "calidad del hombre" (Angelergues, 1989), es decir, de aquello que el ser humano tiene de más específico con respecto a los demás mamíferos.

I.1. LA PARTICULARIDAD DE LA PSIQUIATRÍA

I.1.1. *Ejercicio psiquiátrico y ejercicio médico*

La psiquiatría, en muchos aspectos, no difiere mucho de las demás disciplinas médicas clínicas. El médico que la ejerce recibe a pacientes, procede a un examen, establece un diagnóstico y dirige un tratamiento. Al igual que para el resto de la medicina, el psiquiatra atiende sobre todo a personas que, con razón o sin ella, se consideran enfermas, o en todo caso que se hallan padeciendo; su trabajo consiste en confirmar o en rechazar si su dolencia atañe a su competencia y, por consiguiente, en sanarlas en caso de ser necesario. Por lo demás, al igual que las demás disciplinas médicas, la psiquiatría se enfrenta a enfermedades agudas y a enfermedades crónicas, las primeras de las cuales tienen globalmente tantas probabilidades de curación como las del resto de la medicina, en tanto que las segundas, con una evolución de largo plazo, plantean los habituales problemas de un grado más o menos satisfactorio de mejoría, así como algunas medidas, médicas y sociales, indispensables para las desventajas que ellas puedan acarrear.

El medicamento, el "remedio", ha estado constantemente para la medicina en el centro de la acción terapéutica, y la psiquiatría no es una excepción dentro de tal tradición, sobre todo después del descubrimiento, a partir de la década de 1950, de una farmacopea nutrida y relativamente específica. Otros parámetros, de manera igualmente tradicional, desempeñan un papel más o menos importante en el resultado terapéutico final. Parámetros generales en cuyo primer rango aparece la relación médico-enfermo, y

booksmedicos.org

el poder terapéutico de la misma, conocido desde los orígenes religiosos y chamánicos de la medicina y que estableció su primera sistematización experimental y teórica con los trabajos de Sigmund Freud (Ellenberger, 1970). Pero también otros parámetros más técnicos, que se concretizan bajo la forma de tratamientos de reeducación funcional, de readaptación-rehabilitación, de información respecto a la enfermedad y sus tratamientos, de consejos de higiene de vida y de alimentación, etc. Todas estas acciones conforman el tratamiento, "conjunto de métodos que se le dispensan a un paciente y que apuntan a preservar, sostener y reforzar la situación real del yo corporal y psíquico" (Racamier, 1994).

I.1.2. *Los internamientos*

Una opinión muy difundida considera como una particularidad de la psiquiatría el hecho de que ésta trata a pacientes sin su consentimiento. Esto es sólo parcialmente exacto.

Los pacientes tratados sin consentimiento conforman únicamente una minoría de los pacientes que son tratados en psiquiatría. Las hospitalizaciones a petición de un tercero representan en Francia menos de 20% de las admisiones en psiquiatría de sector, y las relacionadas con el representante del Estado, aproximadamente 5%. Así pues, son minoritarias, sin contar que muchos miles de pacientes son hospitalizados cada año en servicios públicos o asociativos no sectorizados, así como en establecimientos privados, y que tanto unos como otros no aceptan sino excepcionalmente a pacientes bajo coerción. Así pues, el número de pacientes hospitalizados sin consentimiento, en comparación con el número global de las personas hospitalizadas en psiquiatría, representa cada año finalmente una parte considerablemente restringida de las admisiones en servicio psiquiátrico. Simultáneamente, las hospitalizaciones en psiquiatría de sector apenas conciernen a una tercera o a una cuarta parte de los pacientes que son tratados cada año. Muchos miles de pacientes se dirigen antes que todo, e incluso únicamente, a una consulta psiquiátrica, y a éstos hay que añadir la gran cantidad de aquellos que acuden a psiquiatras de ejercicio privado o a consultas públicas o asociativas no sectorizadas (DHOS, 2006).

De esa manera es posible decir que, al menos desde un punto de vista cuantitativo, los tratamientos sin consentimiento están lejos de erigirse como una característica preponderante del ejercicio psiquiátrico con respecto a las demás disciplinas médicas clínicas. A esto es posible añadir un elemento de orden cualitativo. Cuando se llevan a cabo cuidados sin consentimiento, el psiquiatra es comisionado por los allegados al paciente (y de manera menos frecuente por la autoridad pública), pues no se considera que la persona enferma tenga una clara "conciencia" de su estado. Por consiguiente, desde un punto de vista jurídico, éste se encuentra en una situación semejante a la de sus colegas cirujanos, reanimadores, geriatras…, que solicitan a la familia la autorización para llevar a cabo sus cuidados, para los que el estado de conciencia del paciente (coma, debilitamiento intelectual de tipo demencial, deficiencia mental…) no permite que éste

booksmedicos.org

otorgue un consentimiento "libre e informado".

Dicho esto, el ejercicio psiquiátrico posee la particularidad de ir acompañado, y enmarcado, por un cierto número de leyes, lo que implica una real diferencia con respecto a las demás disciplinas médicas. Esta particularidad se debe al hecho de que su ejercicio, más que el de cualquier otra disciplina médica, se intrinca con las nociones fundamentales del ser humano, en cuyo primer rango se encuentra la libertad individual, pero también ciertas cuestiones relativas a los derechos que se le reconocen al individuo en una sociedad contemporánea.

I.1.3. *La estructura de la relación médica en psiquiatría*

La práctica médica implica un dispositivo que se asemeja a un diálogo entre tres: el paciente, su cuerpo y el médico. El paciente le presenta al médico una cierta cantidad de observaciones en forma de quejas o de sufrimientos, los que el médico intenta precisar mediante un diálogo con intención exploratoria y diagnóstica; el paciente hace que su cuerpo también hable, mostrando esta o aquella anomalía, o manifestando tal o cual gesto que pone en evidencia el mal que padece. Después, el médico entra en diálogo con el cuerpo a través de los gestos y de las maniobras del examen clínico, pero también apoyado en los múltiples exámenes paraclínicos; el paciente permanece silencioso durante esta etapa, o se conforma con seguir las instrucciones que recibe. Es a través de la confrontación de estos diferentes diálogos como el encuentro médico-enfermo se encamina hacia un diagnóstico, y más adelante hacia un tratamiento.

En el caso particular de la psiquiatría, resulta difícil concebir de entrada el encuentro médico-enfermo como un diálogo entre tres, en la medida en que el aparato, el órgano y la función que el paciente utiliza para expresar su queja es el mismo que resulta estar "sufriendo". El psiquiatra es llamado a entrar en relación con el órgano mismo o con la función que se encuentran afectados, sin posibilidad de instauración de una relación entre tres; se ve directamente expuesto a las "resistencias" de este órgano, lo que hace que los márgenes de maniobra para una "limitación" se vean mucho más reducidos que en el resto del ejercicio médico. De ahí que sea posible entonces considerar que es este elemento, único en medicina, lo que constituye la principal particularidad de la psiquiatría como disciplina médica; no obstante, es precisamente tal elemento el que será objeto de una particular elaboración en psiquiatría alrededor de la noción de "alianza".

I.1.4. *La alianza terapéutica*

El filósofo alemán Georg Friedrich Hegel (1770-1831), iniciador del pensamiento dialéctico en filosofía contemporánea, consideraba que el "estar enfermo" no podría existir sin el "estar en buena salud", pues si una persona *sólo* estuviera enferma, estaría muerta; tan es así, que el "estar enfermo" refleja una lucha dialéctica entre la enfermedad

booksmedicos.org

y la salud. Hegel rinde homenaje en sus escritos a Philippe Pinel, quien fue el primero en comprender que el enfermo mental no es *sólo* un enfermo mental, sino que forzosamente conserva una parte de razón, y que resulta interesante apoyarse en esta parte de razón —ese "tema de la locura" (Swain, 1977)— para establecer con él la base de diálogo sobre la cual resulta posible realizar una terapéutica.

A todo lo largo de la construcción de su terapéutica, la psiquiatría no ha dejado de indagar en la recreación de las condiciones para ese "diálogo entre tres" que caracteriza al resto de la práctica médica, explorando las posibilidades de relación con la parte "no enferma" de sus pacientes. A finales del siglo XIX, los trabajos de Janet y Freud sobre la psicoterapia son herederos de la corriente surgida de los trabajos de Pinel, en los que la apuesta consiste en llegar a la posibilidad de establecer una colaboración con el paciente con respecto a la parte enferma de su propia mente. Freud, particularmente, construyó su método terapéutico sobre la idea de un "pacto" o "contrato" (Freud, 1938) entre el analista y el yo del paciente a fin de permitir que este último fuera capaz de "recuperar y gobernar las áreas perdidas de su psiquismo". El objetivo consiste en ampliar el campo de la conciencia: se trata de volver consciente lo inconsciente, o incluso de trabajar según la idea de que "ahí donde estaba el ello debe ocurrir el yo" (Freud, 1932). Freud utiliza el término "toma de conciencia" (*Einsicht*, en inglés *insight*) para describir el resultado del proceso analítico, y el término *alianza terapéutica* aparece en la literatura psicoanalítica durante la década de 1930.

Aun cuando por diferentes caminos, estas nociones de alianza terapéutica y de *insight* siguen estando en el centro de la práctica terapéutica en psiquiatría. Se desarrollaron a lo largo de estos últimos años gracias a la aportación de las ciencias cognitivas, pero también a las solicitudes de los propios pacientes y de sus familias, alrededor de la noción de "educación terapéutica" o de "educación para la salud". Su concepción es muy diferente de la lógica psicoanalítica. Ésta propone una común progresión hacia un conocimiento por descubrir en un proceso compartido entre terapeuta y paciente, y por eso es que tropieza con las resistencias surgidas de la tendencia a la repetición y de la destructividad propias de la vida psíquica (Green, 2010). Los procedimientos educativos se basan en una lógica de conocimiento preexistente y por transmitir, como en toda educación, y por consiguiente enfrentan más bien las resistencias y los rechazos propios de todo sistema educativo, a lo que se añade el problema del desconocimiento del sentido que el paciente atribuye a sus manifestaciones patológicas. Tanto unos como otros, y todo el conocimiento y la habilidad de la práctica psiquiátrica corriente entre ambos, tienden a restablecer las condiciones de un diálogo entre tres —lo que es propio de toda práctica médica— en el caso particular del encuentro con la persona que padece de trastornos psicológicos y mentales.

I.2. La relativa autonomía de la psiquiatría

Desde su nacimiento, a finales del siglo XVIII, la psiquiatría no ha dejado de ser una rama

booksmedicos.org

médica aparte, sin que su objeto de estudio esté claramente definido en relación con los demás "objetos" de la medicina. Al finalizar el siglo XIX, gracias a los adelantos de las ciencias médicas, se le consideró progresivamente como parte del mismo conjunto que la neurología, sin dejar de conservar sus propios espacios terapéuticos —los asilos— y sus particulares referencias; de tal modo que su objeto, incluso potencialmente, vino a ser de alguna manera el sistema nervioso central. Después, hace algunas décadas, y con diferentes ritmos según los países, se desprendió de la neurología para convertirse en una especialidad médica autónoma. Esta evolución es más bien reciente. En Francia, la psiquiatría se separó de la neurología en 1969; más adelante vieron la luz otras especializaciones, entre ellas la paidopsiquiatría en primer término. Por lo demás, el actual desarrollo de la formación médica permite adquirir capacidades más específicas (psiquiatría del adolescente, psicogeriatría, alcohología, adictología…). El tema de la autonomía de la psiquiatría en el seno de las disciplinas médicas planteó permanentemente múltiples interrogantes de orden doctrinal, terapéutico o de investigación.

I.2.1. *"Organogénesis", "psicogénesis", "sociogénesis"*

Desde su nacimiento, hace un poco más de dos siglos, la psiquiatría vivió una perpetua oscilación entre lo que puede ser llamado una *psicogénesis*, cuyas formas más extremas conciernen al espiritismo que caracteriza a algunas corrientes del siglo XIX, y una *organogénesis*, cuyas formas extremas pueden ser ilustradas por la ciencia ficción de una actividad de pensamiento y de una vida afectiva enteramente predeterminadas por los estados y movimientos de la materia cerebral (Lantéri-Laura, 1998). Durante el transcurso de la segunda mitad del siglo XX, esta oposición doctrinal se hizo más compleja con la aparición de una *sociogénesis* que, en sus formas más radicales, habrá de considerar la enfermedad mental como resultado de la exclusión de lo irracional de la vida urbana del Renacimiento (Foucault, 1961) y que adoptará la forma de una poderosa corriente: la de la antipsiquiatría. Aun cuando efímera como tal, esta corriente, sin embargo, perdura en estado latente, expresándose algunas veces como desconfianza frente a los medicamentos psicotrópicos, en otras como ataques contra el psicoanálisis y en algunas más como impugnación "ciudadana" contra los internamientos.

El psicoanálisis, modelo original del psiquismo humano que aparece a finales del siglo XIX, se construyó en principio sobre una hipótesis biológica, reconociendo al mismo tiempo la relativa autonomía de las operaciones psíquicas:

> La desconfianza del psiquiatra ha puesto de alguna manera al psiquismo en curaduría y ahora exige que ninguna de sus mociones traicione un poder que le es propio. No obstante, esta conducta sólo da pruebas de una muy pobre confianza en la consistencia del encadenamiento causal que se extiende entre lo corporal y lo psíquico. Incluso si es cierto que, en nuestra exploración, lo psíquico puede ser

booksmedicos.org

> reconocido como el factor desencadenante primario de un fenómeno, una más profunda progresión podrá encontrar algún día una vía que vaya hasta el fundamento orgánico de lo psíquico. Pero aun cuando lo psíquico, en el actual estado de nuestros conocimientos, debiera ser la estación final, no por eso debe ser negado [Freud, 1900].

De hecho, el psicoanálisis busca realizar una distinción entre etiología y causalidad, reconociendo al psiquismo humano como el producto de un doble determinismo, natural y cultural (Green, 1995). En definitiva, la *etiología* tiene siempre que ver con los hechos de la materia viva (para Freud, de la vida instintiva y pulsional), en tanto que la *causalidad* es psíquica, en la medida en que dichos actos están psíquicamente elaborados de un modo particular en cada individuo, en función de su historia y de su entorno.

Sin embargo, en el transcurso de la segunda mitad del siglo XX el psicoanálisis habrá de ser identificado con las teorías psicogenéticas, y casi siempre será presentado como el modelo que se opone a aquel otro que, con el descubrimiento de los medicamentos psicotrópicos, habrá de ser propuesto progresivamente por aquello que ahora se inscribe en la nomenclatura de las neurociencias. En Francia, los debates organizados por Henri Ey en el hospital de Bonneval y en el seno de la sociedad L' Évolution Psychiatrique, fundada en 1926, dan prueba de esas oposiciones (Bonnafé *et al.*, 1950) y de lo que el mismo Henri Ey (1952) llamaba "el dilema psiquiatricida" entre enfermedad orgánica y psiquismo. Dichos debates permitieron forjar la "especificidad de la psiquiatría" (Caroli *et al.*, 1980).

La práctica regular del psiquiatra refleja esas diferentes corrientes, esas "realidades múltiples" (Kafka, 1989), esos conocimientos surgidos de campos tan diversos como opuestos en el plan doctrinal. De esa manera, el psiquiatra sabe que el ser humano sólo desea el bien para sí, y que es capaz de desarrollar un gran ingenio para poner en jaque incluso sus deseos más legítimos; que ciertos mecanismos cerebrales cada vez más conocidos dan cuenta de un modo más y más preciso de tal manifestación o trastorno psiquiátricos; que un ambiente de seguridad durante la primera infancia pone al abrigo de ciertas manifestaciones psicopatológicas, o atenúa el impacto de las adversidades de la vida; que los seres humanos no son biológicamente iguales con respecto a la propensión a las adicciones; que los periodos de desempleo, las condiciones de miseria, aumentan el riesgo de estados depresivos o de alcoholismo; que la "compulsión de repetición" representa una resistencia particularmente tenaz a cualquier veleidad de cambio; que algunas prácticas en las relaciones sociales, en el trabajo o en cualquier lugar crean condiciones de presión, de sujeción o de manipulación que actúan de manera traumática en el psiquismo humano que las experimenta.

No obstante, desde el punto de vista de su práctica clínica, el reto para el psiquiatra no consiste en inscribirse en un modelo teórico —cosa necesaria desde el punto de vista de la investigación—, sino más bien en confrontar y en poner en equilibrio todas esas influencias, múltiples y heteróclitas, en pensarlas, en elaborarlas y ponerlas en práctica

booksmedicos.org

junto con la acción terapéutica. René Angelergues (1983) escribe de esta manera:

> No sé si los fenómenos naturales —y en este caso biológicos— se conforman a los principios de la dialéctica, pero sí creo en las virtudes de la dialéctica durante la elaboración del trabajo de teorización mediante el cual intentamos dar cuenta de los movimientos y del destino de estos fenómenos. El formalismo, que en la mayor parte de las concepciones contemporáneas continúa enfrentando —o aislando— a lo orgánico, a lo psíquico y a lo social, ya sea en búsqueda de convenios, de prevalencias o de primacías, aun cuando no llegue al dogmatismo de una organogénesis, de una psicogénesis o de una sociogénesis, no me parece que posea ninguna virtud dialéctica.

I.2.2. *El psiquismo, un "sistema" del organismo humano*

Las anteriores explicaciones conducen a la siguiente conclusión: si la psiquiatría puede aspirar a una cierta autonomía en el seno de las disciplinas médicas, es porque se admite que su objeto (el sistema, aparato o función a cuya patología se dedica ésta) es de una naturaleza que se diferencia de manera suficiente del objeto de otras disciplinas —e, históricamente, de la neurología— para merecer un estudio por sí sola. Según las terminologías, este objeto se llama funcionamiento mental, o aparato psíquico o, más sencillamente, *psiquismo*. Así pues, la autonomía de la psiquiatría se basa en la idea de que el psiquismo, de pleno derecho, es un "sistema" del organismo. Y es la patología de este sistema lo que constituye el objeto de la psiquiatría como disciplina médica.

Esta autonomía, como en varias ocasiones lo ha subrayado Henri Ey, tanto en sus *Études* como en el artículo que inaugura los volúmenes dedicados a la psiquiatría en la *Enciclopedia médico-quirúrgica* (Ey, 1955), es relativa. Pero esta relatividad no es propia de la psiquiatría. Efectivamente, si reubicamos a la psiquiatría en el seno de las disciplinas clínicas, podremos observar que, en medicina, las diferentes especialidades se relacionan igualmente con aparatos, sistemas o funciones: gastroenterología, oftalmología, cardiología, endocrinología… En consecuencia, el gastroenterólogo sabe que la autonomía de su disciplina es relativa, pues depende de factores genéticos, del estado funcional de diferentes órganos (hígado, páncreas), así como de los hábitos alimentarios, dependientes a su vez de las influencias antropológicas o sociológicas. Igualmente, el cardiólogo sabe que su disciplina depende del estado vascular, de parámetros hemodinámicos, de la capacidad del organismo para tratar y eliminar los lípidos, de la higiene alimentaria y de los hábitos de vida, como el ejercicio físico. Con todo, y a pesar de esas múltiples influencias que el médico debe tomar en cuenta, se admite que la gastroenterología o la cardiología poseen una autonomía, relativa pero suficiente, como para hacer de ellas el objeto de una disciplina médica con todas las de la ley.

booksmedicos.org

La autonomía de la psiquiatría con respecto a la neurología, a la que ha sido asociada durante mucho tiempo, y de una manera más general en relación con las neurociencias, es de una naturaleza análoga, y por consiguiente igualmente relativa; esto no significa de ninguna manera que el cerebro y su estudio les sean ajenos. Significa simplemente que el psiquismo y su patología poseen una especificidad suficiente como para hacer de ellos el objeto de un estudio como tales, lo que no solamente no prohíbe, sino hasta impone, que este estudio deba tomar en cuenta sus vínculos con otros aparatos o sistemas del organismo, entre los cuales el sistema nervioso central se encuentra en un primer plano. Y, de la misma manera, la psiquiatría debe también tener en cuenta los conocimientos surgidos de otras disciplinas que, a partir de diferentes puntos de vista, estudian el psiquismo humano: psicoanálisis, psicología, sociología, antropología, filosofía…

I.3. El saber psiquiátrico

I.3.1. *Los síntomas*

Las manifestaciones de la enfermedad, señales y síntomas, pertenecen dentro de la medicina clínica a dos categorías: son ya subjetivas, ya objetivas. Un eritema, un sofoco tras un esfuerzo o una hinchazón de vientre son signos objetivos: el médico mismo puede verificarlos, independientemente del testimonio del individuo, ya que el signo constituye una realidad autónoma con respecto a aquellas otras, finalmente subjetivas, del médico o del enfermo. Por otro lado, los exámenes paraclínicos son una importante fuente de signos objetivos, una vez que se les interpreta correctamente. Por el contrario, el dolor, la falta de apetito, la fatiga, son síntomas subjetivos. Desde luego que el médico puede comprobar, durante el examen clínico, que tal o cual maniobra aumenta el dolor al revelar un punto sensible, y así es capaz de *deducir* que el dolor comunicado por el paciente corresponde a una realidad del cuerpo; asimismo, puede *comprobar* una pérdida de peso, si conoció el peso del paciente algunas semanas o meses antes, y suponer a partir de ahí que la falta de apetito invocado se traduce en una modificación corporal objetiva. Pero la correspondencia entre dolor y maniobra de examen no dista mucho de la ambigüedad, pues hay individuos que se muestran más sensibles que otros al dolor y, por ende, el examen no pone en evidencia una realidad del cuerpo significativamente asociada a su padecimiento; hay otros que, por múltiples razones que escapan de la realidad corporal del dolor, se muestran particularmente resistentes o insensibles al mismo; la medicina no dispone de ningún aparato que cuantifique el dolor. Igualmente, la pérdida de peso objetivamente observada sólo puede ser vinculada a la falta de apetito siempre que el médico *decida* confiar en el paciente que se lo comunica: se trata efectivamente de una ausencia de apetito y no, por ejemplo, de una deliberada restricción de la alimentación presentada por el paciente, voluntariamente o no, como una falta de apetito.

booksmedicos.org

En relación con las demás disciplinas médicas, la psiquiatría se caracteriza por la escasez de signos objetivos. Su saber es fundamentalmente un *saber clínico* (Lantéri-Laura, 1991). Dejando aparte algunos casos, minoritarios, en los que una patología psiquiátrica puede ser asociada de manera inmediata a un sufrimiento cerebral, a una anomalía endocrina o a cualquier otra cosa, la psiquiatría no dispone de exámenes paraclínicos. Los tests proyectivos y las escalas de evaluación intentan paliar esta carencia. Los signos o síntomas comunicados son en su inmensa mayoría "subjetivos", es decir, que se apoyan fundamentalmente en el testimonio del paciente. Claro, el psiquiatra puede notar un enlentecimiento psicomotor, una agitación, una omega melancólica en la frente de su paciente, o actitudes de escucha. Pero, incluso en tales casos, la validez de esos síntomas no deja de ser un problema, al menos formalmente: ese paciente tan abatido frente a nuestros ojos, ¿también lo es con su familia o con sus amigos? Si ése es el caso, ¿cómo es cuando está solo, o cuando se encuentra ocupado en sus actividades personales? Si no, ¿qué desea mostrarnos, a nosotros en particular, para presentarse de esa manera frente a nuestros ojos? O, incluso, ¿de dónde extrae la fuerza para parecer diferente cuando está con otras personas?

I.3.2. *Una clínica de la relación terapéutica*

El hecho, ineludible en psiquiatría, de que el médico se enfrenta casi siempre a síntomas "subjetivos", principalmente comunicados por el paciente —síntomas que, la mayor parte del tiempo, no puede observar ni "autentificar" por sí mismo—, tiene múltiples consecuencias.

Primero, revela una particular atención para el carácter único de la queja presentada, pese a las similitudes que el psiquiatra puede y debe buscar con miras a una identificación diagnóstica. La subjetividad es, en psiquiatría, el fundamento de la actividad clínica, y ninguna otra disciplina médica justifica tanto la necesidad de que su ejercicio sea el de una *medicina de la persona:*

> El objeto mismo que hace posible la cosa psiquiátrica —escribe Augustin Jeanneau (1975)— [es que] *alguien está ahí,* y nadie puede ignorar su presencia ni escamotear los problemas que solamente él puede plantearnos. Cualquier teoría psiquiátrica habrá de revelarse inadmisible si pretende ser sintética sin partir de su realidad, desdeñando sus preguntas o evadiéndolas sin responder mediante especulaciones ajenas a la expectativa individual y diversa, exigente y concreta de todos aquellos cuya multitud representa por sí sola la psiquiatría.

Se podría entonces decir que la psiquiatría es siempre una "psiquiatría de la persona" (Kipman, 2009).

Enseguida, esta subjetividad otorga al lenguaje un lugar definitivamente especial, en la

booksmedicos.org

medida en que nunca se da una total superposición de palabras, por un lado, y pensamientos o afectos, por el otro, así como tampoco existen equivalencias directas y biequívocas entre los diferentes niveles que constituyen las manifestaciones neurocerebrales, las sensaciones, las emociones y los pensamientos. En ese sentido, se puede afirmar que el síntoma es efectivamente un hecho de "palabra" que expresa la verdad de la persona más que su realidad, y que se erige como un discurso dirigido a alguien (Lacan, 1953). Esto no quiere decir que el síntoma sea únicamente una construcción de lenguaje, sin asiento en el plano de las vivencias emocionales y de la realidad corporal del individuo, sino que también es portador de un significado simbólico surgido de la historia del mismo. Pero el síntoma se interpreta igualmente con el lenguaje del psiquiatra, es decir, con sus teorías explícitas o implícitas, con sus creencias, con los modelos a partir de los cuales piensa su disciplina y su clínica. Por ejemplo, es posible considerar, cuando mucho, como un signo objetivo el hecho de que una persona se encuentre en una prolongada posición de retraimiento y de renuncia a toda actividad, iniciativa o participación. No obstante, no deja de tener importancia el comprender tal retraimiento como un "déficit", lo que remite a un proceso lesivo *in fine,* o como una "inhibición", a saber, como una actitud activa de desinterés hacia el mundo exterior (Kapsambelis, 2009).

Estas consideraciones conducen a la conclusión de que, tanto en la acogida práctica como en la formalización teórica de la clínica presentada por un paciente, el psiquismo del psiquiatra desempeña un papel de primera importancia.

> En ciencia del psiquismo, el *mismo* ser humano debe ser *al mismo tiempo* "aparato de medición" y "observador", es decir, teórico. Situación probablemente única en la ciencia. Pero sin la aceptación y la utilización de esta situación, *no puede existir una ciencia del psiquismo* [Angelergues, 1993].

I.3.3. *Nosografía y clasificaciones*

Desde sus orígenes, la psiquiatría ha buscado dotarse de sistemas nosográficos coherentes, siguiendo el ejemplo de otras disciplinas médicas, pero también el del trabajo de clasificación producido por Buffon en el siglo XVIII en su *Historia natural*. Más adelante, varios "líderes de pensamiento" habrán de construir clasificaciones a partir de grandes modelos psicopatológicos basados en algunos presupuestos teóricos (Bercherie, 1980).

Estas nosografías de tipo "monográfico" han sido remplazadas durante las últimas décadas por clasificaciones internacionales. Desde su creación en 1945, la Organización Mundial de la Salud deseó proveerse de una nosografía general. Ésta se inspiró en la *Clasificación de las causas de deceso* de Jacques Bertillon (1851-1922), demógrafo y estadístico francés. Esta clasificación ha sido objeto de cinco ediciones entre 1893, año de su primera publicación en el Instituto Internacional de Estadísticas de Chicago, hasta

booksmedicos.org

1938, cuando la publicación estaba bajo la responsabilidad de este instituto y de la Organización de Salud de la Sociedad de Naciones. La Organización Mundial de la Salud publicó entonces, en 1948, una sexta edición, llamada *Clasificación estadística internacional de las enfermedades, traumatismos y causas de deceso*, que en lo sucesivo esta institución puso regularmente al día. La que actualmente está en uso es la décima edición de la *Clasificación internacional de las enfermedades* (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992). La undécima edición de esta clasificación se anunció para 2014.

La primera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) fue publicada por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en 1952. La que está actualmente en uso es la quinta edición (DSM-5) (Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 2013).

Son muchas las ventajas de estas clasificaciones de alcance internacional; son el fundamento de los estudios epidemiológicos, guían las acciones sanitarias de diferentes organismos en favor de la lucha contra las enfermedades en el plano internacional, permiten la planificación de los sistemas de salud a partir de una mejor identificación de las necesidades. Al mismo tiempo, favorecen el diálogo entre especialistas y permiten que los clínicos conformen grupos homogéneos de pacientes para la investigación fundamental, por ejemplo, la evaluación de nuevos medicamentos. En tales clasificaciones, la nosografía no es el resultado de un "líder de pensamiento" que ordena el conocimiento clínico a partir de un cierto número de concepciones psicopatológicas básicas, sino el fruto de un trabajo colectivo que implica descubrimientos sintomáticos comúnmente compartidos, un estudio de la frecuencia con la que los mismos síntomas aparecen en el seno de los mismos cuadros clínicos, y finalmente un trabajo de síntesis consensual.

Al mismo tiempo, y debido al proceso mismo de su elaboración, las entidades psicopatológicas identificadas en dichas clasificaciones gozan sobre todo de ventajas "técnicas": éstas representan un mínimo común de conocimientos clínicos bien establecidos y están mayoritaria o unánimemente reconocidas por los profesionales. No pueden remplazar el hábil análisis clínico que cada médico opera con cada paciente en particular, en cada determinada situación o en cada momento de su historia común.

I.4. Psiquiatría y salud mental

Positivamente hablando, podría decirse que la psiquiatría no se halla en la mejor posición para hablar de salud mental. Efectivamente, las nociones de salud y de normalidad en medicina, especialmente cuando se apoyan en criterios objetivos, como los exámenes paraclínicos, se definen con mucha frecuencia dentro de una gama que delimita a un "demasiado" y a un "no lo suficiente". El psiquiatra, desde luego, puede considerar mediante analogía que la salud mental consiste en la aplicación del adagio de la filosofía griega antigua que alaba la medida*;* no obstante, esta *medida* significa más bien la

booksmedicos.org

sabiduría que la salud mental. Por el contrario, si se considera la norma en psiquiatría en referencia a un "promedio" (Canguilhem, 1966) se corre el riesgo de identificar la salud mental con el conformismo, e incluso de asignar a la psiquiatría la inquietante tarea de una uniformización de los pensamientos y de las conductas.

Sin embargo, la noción de salud mental ha adquirido durante estas últimas décadas una cierta validez a través de otras dos nociones: la de la prevención y la de la desventaja.

I.4.1. *Salud mental y prevención*

Durante mucho tiempo, la psiquiatría perteneció a los asilos, y la presencia del psiquiatra en la ciudad era marginal y reservada a las clases más acomodadas de la población. Tras la segunda Guerra Mundial, muchos países occidentales habrían de desarrollar sistemas públicos de psiquiatría y que utilizarían casi siempre el término *salud mental* (Paumelle, 1973), a fin de acentuar el énfasis en la prevención primaria y, de manera más general, en la preocupación de un mejoramiento de la ayuda y del tratamiento de las dificultades psicológicas. En Francia, la organización sectorial, instaurada a partir de 1960, representa un ejemplo particularmente exitoso de semejante "política de salud mental"; según los diferentes sondeos de la Dirección de la Investigación, de los Estudios, de la Evaluación y de las Estadísticas, amplias porciones de la población (cerca de 3% de los mayores de 20 años y cerca de 3.5% de los niños y adolescentes), que rebasan considerablemente el simple perímetro de los trastornos mentales tradicionales, recurren efectivamente cada año a tratamientos psiquiátricos y psicológicos. En la actualidad, la noción de "salud mental" se utiliza de un modo mucho más vasto que como se usa en psiquiatría, cubriendo no solamente los cuidados de prevención sino también la investigación, las políticas de salud, las acciones de sensibilización en el ámbito local o nacional, etcétera.

I.4.2. *La desventaja y los derechos del ciudadano*

Durante las últimas décadas, y especialmente gracias a los diferentes movimientos de "usuarios", la enfermedad mental ha sido plenamente reconocida como algo que desemboca en una desventaja, y que, por eso mismo, otorga a las personas que se ven afectadas de la misma un cierto número de derechos en acompañamiento y asistencia dentro de diferentes terrenos. Los psiquiatras se mostraron en principio reticentes frente a esta noción debido a que, tradicionalmente, la noción de desventaja en medicina puede indicar el fin de los cuidados, mientras que en psiquiatría se ve uno confrontado a las evoluciones y a las transformaciones de enfermedades *crónicas*. Finalmente se adhirieron a ella porque se dieron cuenta de que, por un lado, la noción de hándicap no se opone a la de tratamiento, y por el otro, que el mejoramiento de las condiciones de existencia de los enfermos mentales mediante una adaptación activa de la sociedad

booksmedicos.org

respecto de sus particularidades refuerza la eficacia de los cuidados, y, finalmente, que las tentativas de reinserción-rehabilitación hacen posible que los pacientes amplíen considerablemente su perímetro relacional, gracias a la intervención de nuevos actores en su seguimiento (Arveiller y Bonnet, 1994). De ahí que el reconocimiento de los derechos de los pacientes como ciudadanos en "desventaja" represente actualmente para ellos un factor de "salud mental", en las limitaciones, y en ocasiones más allá de las limitaciones, que impone la persistencia de su enfermedad y de sus síntomas.

Conclusión

La psiquiatría es la especialidad médica que se ocupa de la patología de un particular sistema del organismo humano: el psiquismo. Su saber y su práctica se basan en la relación terapéutica. En su calidad de especialidad médica se encuentra en relación con otras disciplinas, estando en primer lugar las neurociencias, que le permiten entender (y tratar) mejor las patologías que presenta el sistema que está a su cargo. Teniendo como particularidad la de encontrarse más cerca de la especificidad del ser humano, se interesa naturalmente en otras ciencias, especialmente las ciencias humanas, que esclarecen su objeto desde otros puntos de vista. La psiquiatría ha conocido durante las últimas tres décadas una considerable extensión en los países occidentales, pero esta "necesidad de psiquiatría" (Collectif, 1987) merece ser reevaluada como un hecho revelador de los profundos cambios en el seno de esas sociedades y en las relaciones intersubjetivas, causas de malestar y de sufrimientos que probablemente rebasan el perímetro de competencia de los psiquiatras.

BIBLIOGRAFÍA

Angelergues, R. (1983), "Brouillon d'un essai psychiatrique sur la question de l'excitation", *Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 6, pp. 1-12 (también publicado en *Revue française de psychanalyse*, 69, 1, 2005, pp. 11-19).

——— (1989), *La Psychiatrie devant la qualité de l'homme*, PUF, París.

——— (1993), *L'Homme psychique*, Calmann-Lévy, París.

Arveiller, J.-P., y C. Bonnet (1994), *L'Insertion du malade mental: une place à chacun ou chacun à sa place?*, Érès, Tolosa.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washingon. [DSM-5. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del* DSM-5. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Bercherie, P. (1980), *Les Fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique,* Éditions Universitaires, París, 1991. [*Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Versión española de Carlos A. de

booksmedicos.org

Santos, Editorial Manantial, Buenos Aires, 1986.]
Bonnafé, L., H. Ey, S. Follin, L. Lacan y J. Rouart (1950), *Le Problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Desclée de Brouwer, París, 1977.
Canguilhem, G. (1966), *Le Normal et le Pathologique*, PUF, París. [*Lo normal y lo patológico*. Versión española de Ricardo Potschart, Siglo XXI, México, 1971.]
Caroli, F. (dir.) (1980), *Spécificité de la psychiatrie*, Masson, París.
Collectif (1987), *Le Besoin de psychiatrie. Raison présente*, 83, Nouvelles Éditions Rationalistes et Centre National des Lettres, París.
Dirección de la Hospitalización y de la Organización de los Cuidados (DHOS) (2006), *L'Hospitalisation et l'organisation des soins en France. Enjeux et perspectives. Données statistiques*, Ministerio de la Salud y de las Solidaridades.
Ellenberger, H. F. (1970), *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Fayard, París, 1994. [*El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Versión española de Pedro López Onega, Gredos, Madrid, 1976.]
Ey, H. (1952), *La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales, étude no 4, Études psychiatriques*, I, Desclée de Brouwer, París, pp. 67-82. [*Estudios psiquiátricos*, vol. I. Versión española de Humberto Casarotti, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2008.]
——— (1955), "La psychiatrie dans le cadre des sciences médicales", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie*, 37005-A10, Éditions Techniques, París.
Foucault, M. (1961), *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique,* París, Plon; 2ª ed., Gallimard, París, 1972. [*Historia de la locura en la época clásica*. Versión española de Juan José Utrilla, Fondo de Cultura Económica, México, 1976.]
Freud, S. 1898-1899 [1900], XVII. *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas de Sigmund Freud*, tomo II, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 343-720.
——— (1932), "Nueva suite de lecciones de introducción al psicoanálisis. Lección 31, 'descomposición de la personalidad psíquica'", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 3132-3146.
Freud, S. (1938), CXCVII. "Compendio del psicoanálisis", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. IX, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 3379-3418.
Green, A. (1995), *La Causalité psychique. Entre nature et culture,* Odile Jacob, París. [*La causalidad psíquica. Entre naturaleza y cultura*. Versión española de Laura Lambert, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2005.]
——— (2010), *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*, Odile Jacob, París.
Jeanneau, A. (1975), *Le Psychiatre aujourd'hui*, Payot (Petite bibliothèque Payot), París.
Kafka, J. S. (1989), *Réalités multiples en pratique clinique*, Éditions Doin, París.
Kapsambelis, V. (2009), "L'opposition inhibition — déficit dans la schizophrénie. Éléments pour une discussion historique, épistémologique, clinique", *Revue française de psychanalyse*, 73, 2, pp. 349-367.
Kipman, S. D. (2009) *Manifeste pour une psychiatrie de la personne*, Éditions Doin,

booksmedicos.org

París.
Lacan, J. (1953), “Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse”, en *Écrits,* Seuil, París, 1966, pp. 237-322. [*Escritos 1*. Versión española de Tomás Segovia, Siglo XXI, México, 2003.]
Lantéri-Laura, G. (1991), *Psychiatrie et connaissance*, Sciences en Situation, París.
——— (1998), *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Éditions du Temps, París. [*Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Versión española de Diego Gutiérrez Gómez, Jordi Terré y José Lázaro, Triacastela, Madrid, 2000.]
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Paumelle, P. (1973), “Rapport du Centre de santé mentale du 13° arrondissement de París: réflexions générales”, *Information psychiatrique*, 49, 10, pp. 921-925.
Racamier, P.-C. (1994), *L’Esprit des soins*, Aspygée, París.
Swain, G. (1977), *Le Sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Privat, Tolosa.
Widlöcher, D. (dir.) (1994), *Traité de psychopathologie*, PUF, París.

booksmedicos.org

II. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LAS IDEAS EN PATOLOGÍA MENTAL

PEDRO VALENTE

La historia de la evolución de las ideas en patología mental es compleja y difícil como para ser condensada en unas cuantas páginas. Más que en cualquier otra rama de la medicina, el desarrollo del conocimiento está aquí particularmente imbricado con las evoluciones históricas y las ideologías y posiciones societarias. En este capítulo habremos de seguir un orden cronológico, distinguiendo cuatro grandes periodos: la Antigüedad grecorromana y sus prolongaciones, la edad clásica,[1] el periodo moderno y la edad contemporánea. Sólo indicaremos los hitos de la historia de los dos primeros periodos y nos concentraremos principalmente en los dos últimos en la medida en que, con Philippe Pinel, se funda una tradición clínica como tentativa sistemática a la que seguimos perteneciendo.

II.1. LA PSIQUIATRÍA DE LA ANTIGÜEDAD GRECORROMANA

Ésta se basa en la teoría humoral elaborada por Hipócrates. En esta perspectiva, la salud, tanto física como psíquica, se apoya en el equilibrio de los humores (bilis negra, bilis amarilla, flema, sangre) y en el equilibrio de las cualidades que los acompañan (caliente, frío, seco, húmedo). La enfermedad en general es la consecuencia de su desequilibrio. No existe una verdadera dicotomía entre enfermedad del alma y enfermedad del cuerpo. La escuela hipocrática distingue varias entidades nosológicas, algunas de las cuales permanecen hasta hoy: el frenesí, el letargo, la manía y la melancolía. Es posible decir, en la perspectiva hipocrática, que las dos primeras son locuras agudas con fiebre, una de las cuales (el frenesí) designa un estado de excitación, mientras la otra se refiere a un estado de abatimiento profundo (el letargo). Dos locuras crónicas sin fiebre les son correspondientes: la manía, con excitación, y la melancolía, con abatimiento (Pigeaud, 2001).

Las terapéuticas se apoyan fundamentalmente en ciertos tipos de régimen alimentario para restablecer el equilibrio humoral, asociados a algunos medicamentos, específicamente el *eléboro*. Es una raíz de sabor nauseabundo, muy acre y amarga: el eléboro de Anticira, purgante muy violento, era especialmente solicitado. Así, la purga es uno de los más antiguos tratamientos de la locura y no fue abandonado sino hasta el siglo XIX (Pigeaud, 2001). Algunas acciones mecánicas complementaban esta terapéutica: masaje, caminata, así como toda clase de ejercicios pasivos con los que el cuerpo se deja

booksmedicos.org

agitar como en un viaje en barco. El relevo iba a ser tomado por la medicina de expresión árabe y su herencia, a saber, la de las escuelas de Salerno y Montpellier. La doctrina médica de la Edad Media permanece de esa manera fiel al humorismo hipocrático, pero introduce igualmente la prioridad de la observación clínica y organiza los primeros centros hospitalarios.

II.2. La Edad Clásica

Como Georges Lantéri-Laura escribe, "mediante esta cómoda locución designamos, dentro de la cultura occidental, el tiempo que va desde el final del Renacimiento hasta la terminación del Siglo de las Luces: este periodo concierne al mismo tiempo al lugar que ocupa la patología mental en medicina y a la aparición de instituciones, algunas de las cuales habrán de aspirar a la especificidad" (Lantéri-Laura y Del Pistoia, 1988).

La lectura de esta época ha sido profundamente transformada por el libro de Michel Foucault publicado en 1961 y cuyo título es *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* [Locura y sinrazón. Historia de la locura en la edad clásica]. La tesis de esta obra consiste en la demostración de una coincidencia que no podría ser fortuita entre dos fechas: por un lado el *Discurso del método* de René Descartes, publicado en 1637, y por el otro la creación del Hospital General en 1656 y el "gran encierro" que de ahí se deriva. Dicho de otra manera, aquello que fundaría la racionalidad occidental, es decir, el *cogito* cartesiano y el credo racionalista que lo sustenta, se llevaría a cabo mediante la exclusión de su contrario, en este caso, la locura. En la Edad Media, la sociedad aparta y aísla a los leprosos: la edad clásica desplaza el objeto de la segregación social, en la que el loco, con un sentido absolutamente nuevo, toma el lugar del leproso. Todo habría de cambiar efectivamente con la transformación de las leproserías en casas de reclusión, pues la fecha que, según Foucault, es preciso tomar como un auténtico "corte", es la que se sitúa en 1656 cuando, en el transcurso de unos cuantos meses, un habitante de cada cien era internado en París: independientemente del desplazamiento que tuvo lugar, en la encarnación del mal, "*de lo enfermizo a lo irracional*", a partir de entonces se habría intentado todo con tal de hacer desaparecer al loco del espacio social.

La emergencia de la razón clásica, de hecho, se interpreta como coincidente con el rechazo de lo irracional, "*por consiguiente del loco*", en nombre de la racionalidad establecida en cuanto *norma*. Como consecuencia de esta negación conceptual (la locura reducida a la sinrazón), la razón no tiene ya nada que aprender del loco: "convertida en la sombra de la razón, la locura no merece más que la sombra del calabozo, donde podrá ser ignorada y olvidada" (Foucault, 1961). Partiendo del nacimiento de la institución psiquiátrica, surgida de las ideas humanistas de las Luces, Foucault ve en ésta la afinidad interna entre terror y humanismo, es decir, un "doble movimiento de liberación y de avasallamiento" que él reconocerá después de manera más amplia en las reformas del sistema penal, en las del sistema educativo o en las del sistema de protección social.

Así como lo han demostrado Marcel Gauchet y Gladys Swain (1980), la tesis central

booksmedicos.org

de la *Historia de la locura* adolece de una profunda ambigüedad en cuanto a la identidad de lo que constituye el motor del proceso de exclusión. Unas veces, de conformidad con la ascendencia filosófica que Foucault reconoce como suya (Nietzsche, Heidegger), la historia de la exclusión de la locura aparece acreditada por el despliegue de la razón como tal, desde su emergencia clásica hasta su realización moderna en el reino de la técnica médica. En tal perspectiva, la historia de la locura está animada por el "racionalismo" o por la "cultura occidental", centrada desde hace dos mil años en la definición del hombre como un ser razonable. Otras veces, abandonando este registro nietzscheano-heideggeriano, Foucault sugiere que el motor de esta exclusión de la locura no es otro que el desarrollo de las fuerzas productivas; dicho de otro modo, la expansión del capitalismo: desde ese punto de vista, el encierro sería "la última de las grandes medidas que habrían sido tomadas para poner un término al desempleo o por lo menos a la mendicidad". En cambio, Gladys Swain puso muy bien en claro la forma en que ese permanente juego sobre un doble registro desemboca en una incoherencia fundamental. Cuando, por un lado, se escribe una historia de la locura en una perspectiva emparentada con la deconstrucción nietzscheana-heideggeriana de la *ratio* moderna, el horizonte natural de tal propósito se convierte en una apología de lo irracional; apología a la que las últimas páginas de la *Historia de la locura* se abandonan mientras evocan apasionadamente a las grandes figuras de la locura (Goya, Sade, Artaud, Hölderlin o el mismo Nietzsche). Cuando, por el contrario, la historia de la locura es remitida a la historia de las contradicciones internas de la economía liberal, el horizonte debería ser inevitablemente el que es en una perspectiva de tipo marxista, y en tal caso uno espera más bien un incremento de racionalidad y no su denuncia. Foucault no dejó de lado este equívoco e incluso habrá de seguirle la huella en sus ulteriores trabajos: el arquetipo de la institución cerrada que Foucault descubre inicialmente en los desvíos clínicos del mundo asilar se reproduce en las formas de la fábrica, de la cárcel, del cuartel o de las escuelas civil y militar.

II.3. Nacimiento de la psiquiatría moderna a principios del siglo XIX

El nacimiento de la psiquiatría moderna está indisolublemente ligado a un nombre: el de Philippe Pinel, así como a un acta de nacimiento: la llegada de éste al hospital Bicêtre en 1793. La emergencia de la disciplina psiquiátrica propiamente dicha no es producto de la casualidad una vez pasada la Revolución francesa: momento en el que la locura se convierte en objeto de un conocimiento clínico a través del cual nosotros seguimos comprendiéndola hoy en día y en el que se determina la importancia de la reclusión asilar que habrá de dominar la atención de la locura a todo lo largo del siglo XIX.

La imagen casi estereotipada hace de Philippe Pinel el liberador de los alienados y el fundador de la psiquiatría moderna. Este hombre, nacido en Roques, en el departamento de Tarn, sureste de Francia, el 20 de abril de 1745, es hijo y nieto de cirujanos; tras sus

booksmedicos.org

estudios de medicina en Montpellier, se consagra al estudio de las enfermedades mentales a partir de la edad de 33 años. El 6 de agosto de 1793 Philippe Pinel es nombrado médico de la enfermería en Bicêtre; ahí encuentra a Jean-Baptiste Pussin, "gobernador general de los insensatos" desde 1784. Éste le hace llegar un informe concerniente al "estado de los locos ingresados en Bicêtre exactamente desde el 1° de enero de 1784 incluido hasta el último de diciembre de 1792". "Abandonando", como lo dice en la introducción a su obra capital: el *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o manía* (1801), "el tono dogmático de doctor a fin de enriquecer la doctrina médica de la alienación con todo el conocimiento adquirido mediante una especie de empirismo", Pinel adopta frente a Pussin (él mismo internado en Bicêtre desde hacía varios años) un tono de "igual a igual". Basado en las observaciones de este genial enfermero, Pinel empieza a establecer una primera clasificación de la enfermedad mental y a poner en evidencia una "manía periódica" en la que se alternan momentos de profunda alteración de la conciencia del enfermo con momentos de gran lucidez.

Este considerable descubrimiento, hecho conjuntamente por Pinel y su enfermero, pone por primera vez en evidencia que el loco, por muy loco que sea, no lo está necesariamente *completa* e *irreversiblemente:* mediante una especie de razonamiento inductivo, Pinel no dejará de generalizar este principio descubierto a partir de la manía periódica. Si es posible hablar con el loco y si esta palabra puede tener efectos terapéuticos, es porque el loco no está necesariamente atrapado de manera total por su locura y que, al persistir en él un residuo de razón, es posible entonces considerar una curación. El descubrimiento de este intervalo libre en la manía periódica desemboca de esa manera en una considerable mutación de la manera en que era vista la locura, pues se convierte en un paradigma para la totalidad de las especies de locura que Philippe Pinel no va a dejar de distinguir: no solamente en el loco, *y en todos los locos*, sigue viviendo un ser humano razonable con el que es posible establecer una comunicación, sino que ese residuo de razón permite pensar igualmente en un posible contacto con el enfermo a través de la palabra del terapeuta para llevarlo a un restablecimiento.

La revolución pineliana se lleva a cabo precisamente en ese momento que contiene potencialmente la totalidad de una metodología psiquiátrica enteramente nueva. De esa manera, la revolución del *tratamiento moral* consiste, por un lado, en dejar claro que existe una curabilidad de principio en el loco, y por otra parte, en el descubrimiento de un diálogo posible con éste; y por último, en conseguir que el loco se aparte y ponga cierta distancia con respecto a su propia locura (Swain, 1997). Habría que hacer notar que Pinel incorporó totalmente a su trabajo la aportación de las experiencias del *no-restraint* que se llevan a cabo al mismo tiempo en Inglaterra, bajo la batuta de los cuáqueros filántropos: perfectamente angloparlante, es por lo demás el primer traductor del famoso libro de William Cullen (1710-1790), *First lines of the practice of Physics*, aparecido en 1777 y que él publicó en francés, en 1785, con el título *Institutions de médecine pratique* [Instituciones de medicina clínica]. La influencia de Cullen en Pinel habrá de ser considerable: al insistir en el papel primordial del sistema nervioso en la transmisión de las sensaciones y de las irritaciones, Cullen llegará incluso a considerar que, "en algunos

booksmedicos.org

aspectos, casi todas las enfermedades del cuerpo humano deben ser llamadas nerviosas", puesto que los nervios transmiten todas las sensaciones. Las enfermedades de los nervios, que Cullen denomina las *neurosas*, desempeñan en ese sentido un papel central en la patología humana: en la nosología de Cullen, aparecen como la segunda clase de patología. Pinel adopta esta idea en su nosología de 1798, haciendo de las "neurosis" su cuarta clase de patología.

Dos de los principales alumnos de Pinel, el tolosano Esquirol (1772-1840) y el alpino Ferrus (1784-1861), son los promotores de la famosa ley del 30 de junio de 1838, firmada por el rey Luis Felipe, la cual organiza la hospitalización en los establecimientos públicos y privados, así como la protección de los enfermos y sus bienes. De esa manera, cada departamento debe disponer de un asilo psiquiátrico o de camas en un establecimiento departamental. La autoridad pública supervisa la administración, controla la admisión y el mantenimiento de los alienados. Existen dos posibles modos de ingreso: el *internamiento voluntario*, solicitado por la familia o por el tutor (antecedente de la actual hospitalización a solicitud de un tercero), y el *internamiento de oficio*, decidido por el prefecto civil en caso de peligro inminente (la actual hospitalización bajo decisión de un representante del Estado). También están previstas las modalidades de recurso contra el internamiento arbitrario y la autoridad judicial puede intervenir en cualquier momento. El enfermo internado que pierde una parte de su capacidad civil es protegido por administradores de una posible expoliación. Habrá que precisar que con la ley de 1838 se está en presencia de la fundación de una nueva clínica psiquiátrica basada en la clasificación establecida por Pinel y que fue continuada por sus alumnos (Esquirol, Ferrus, Falret); sobre la base esperanzadora en cuanto a la posibilidad de una curación del enfermo mental gracias al tratamiento moral "inventado" por Philippe Pinel, se fundó el asilo psiquiátrico, que alcanzó su apogeo en el siglo XIX. Lo que había sido originalmente descubierto en la relación intersubjetiva entre alienista y alienado, y que entablaba por primera vez la posibilidad de un real comercio terapéutico con la locura, se vio entonces disuelto en un orden colectivo. La construcción de los muros del asilo, que dio lugar al entusiasmo suscitado por los principios pinelianos, pudo realizarse a costa del acaparamiento por parte de esos mismos muros del principio que los había hecho nacer.

A partir de ese momento, la perspectiva terapéutica se encuentra incorporada a la administración de una entidad colectiva y de esa manera se va a pasar progresivamente, a todo lo largo del siglo XIX, de un asilo *en el que* se atiende a los enfermos mentales a un asilo *que* cura a los enfermos mentales. El principio terapéutico del asilo en el siglo XIX consiste entonces en crear una sociedad en reducción: sí, en efecto, el asilo parece haber separado inicialmente al loco del resto del mundo y al mismo tiempo lo sustrajo del abismo de su soledad. Es verdad que el asilo lo separó de la sociedad pero al mismo tiempo lo extrajo de su encierro en sí mismo al insertarlo en el juego de las relaciones sociales, desde luego intra-asilares, pero que por lo mismo mantienen su aptitud para vivir en medio de los demás. Es precisamente en ese sentido como el asilo del siglo XIX tomó nota del descubrimiento pineliano relativo a una comunicación siempre posible con el loco y de su *inserción* en el juego de los intercambios intersubjetivos como condición

booksmedicos.org

de una posible salida de su locura.

La segunda parte del siglo XIX ve la emergencia de una clínica psiquiátrica que, como lo escribe Georges Lantéri-Laura, hace que la psiquiatría pase del paradigma de *la* enfermedad mental al paradigma *de las* enfermedades mentales (Lantéri-Laura, 1998). Jean-Pierre Falret (1794-1870) era partidario del origen orgánico de la locura y no aceptaba la existencia de las monomanías descritas por Pinel y Esquirol: describió las alternancias de manía y de melancolía con el nombre de "locura circular" y analizó la "locura de la duda", precursora de la neurosis obsesiva. François Leuret (1797-1851) ocupa un lugar especial en la historia de la psiquiatría del siglo XIX debido a la importancia que atribuye a la concepción psicológica del delirio: el delirio, según él, es una idea falsa caracterizada por su fijeza y su especial cohesión. De ese modo perfeccionó un nuevo "tratamiento moral", idénticas palabras de las que se sirvió Philippe Pinel, pero para describir una realidad totalmente diferente: el tratamiento moral se convertía así en una "intimidación" (Semelaigne, 1894), puesto que el enfermo debe renunciar al delirio bajo pena de recibir afusiones de baldes de agua o duchas frías que son auténticas sanciones.

II.4. La encrucijada del siglo: 1870-1920

Esta encrucijada habrá de caracterizarse, por un lado, por la elaboración de una cierta cantidad de modelos y de debates que serán determinantes para la evolución de las ideas en patología mental, y, por la otra, por el establecimiento de una nosografía cuyas grandes líneas aún seguimos hasta el día de hoy.

II.4.1. *La teoría de la degeneración*

Con Morel y Magnan se abre a finales del siglo XIX un nuevo momento de la historia de la evolución de las ideas en patología mental: la teoría de la degeneración. Bénédict Morel (1809-1873) desarrolla su tesis de la degeneración para designar un estado mental conformado por trastornos cuyo origen debe ser buscado, ya en la herencia, ya en afecciones contraídas durante la edad más temprana. Entre éstas, Morel menciona las intoxicaciones y el alcoholismo, el paludismo, la miseria, etc. En su *Tratado de las degeneraciones*, aparecido en 1857, Morel dice explícitamente que éstas representan una desviación enfermiza de un tipo normal de la humanidad.

Valentin Magnan (1835-1916) continuó los trabajos de Morel dividiendo a los alienados en dos grupos: los normales que, bajo el efecto de diversas causas pero de una gran intensidad, caen enfermos, se vuelven maniacos, melancólicos, delirantes; por el otro lado los degenerados de mentalidad primitivamente trastornada que, por una razón banal, habrán de presentar grandes trastornos. Distingue a los degenerados inferiores (idiotas e imbéciles) o medios (los débiles mentales) que sufren de lesiones cerebrales

booksmedicos.org

acentuadas y cuyas facultades intelectuales y morales se encuentran muy debilitadas, de los degenerados superiores cuyas lesiones cerebrales son poco apreciables y que tienen un desarrollo intelectual y moral disarmónicos. Las razones anatómicas de sus trastornos se localizarían en la disociación de los centros psíquicos y motores. En directa descendencia de Charles Darwin, Magnan define entonces la degeneración como "el estado patológico del ser que, comparativamente a sus más inmediatos genitores, está constitucionalmente disminuido en su resistencia psicofísica y sólo realiza de modo incompleto las condiciones biológicas de la lucha hereditaria por la vida" (*Consideraciones generales sobre la locura de los hereditarios o degenerados*, 1887).

II.4.2. *Charcot y la histeria*

Paralelamente, la considerable obra de un neurólogo, Jean-Martin Charcot (1825-1893), respecto al problema de la histeria, está en pleno desarrollo. La primera teoría de Charcot sobre la histeria habrá de consistir en considerarla como una afección espasmódica y convulsiva con un rango idéntico al de la epilepsia, la corea o la parálisis general (que de hecho se agrupaban por aquel entonces con el nombre de *neurosis*, "enfermedades de los nervios"). Va entonces a describirla con toda la minucia que acababa de aportar, por ejemplo, a la definición de la esclerosis lateral amiotrófica. Los ataques histéricos son analizados en sus cuatro fases: periodo epileptoide, periodo de los grandes movimientos clónicos, periodo de las actitudes pasionales y, por último, delirio terminal del acceso. Pero lo que va a dominar el estudio del marco clínico de la histeria, con su corolario: la sugestión, es el problema de la hipnosis, bajo la influencia de la Escuela de Nancy y en particular de Bernheim. Según escribe éste en 1884, "es la sugestión lo que domina a la hipnosis; los supuestos fenómenos físicos no son, para mí, otra cosa que fenómenos psíquicos. Es la idea concebida por el operador la que, captada por el hipnotizado y aceptada por su cerebro, realiza el fenómeno mediante la ayuda de una sugestibilidad exaltada, producida por la especial concentración mental del estado hipnótico" (citado por P.-H. Castel, 1998).

La segunda teoría de Charcot admitirá finalmente que la histeria es en gran parte una enfermedad *mental* (Swain, 1997; Trillat, 1986): la representación mental, asociada a un traumatismo, es la causa del trastorno, el que aparece y desaparece bajo el efecto de la sugestión. Ya se verá cómo este enfoque será el punto de partida del desarrollo de una de las corrientes de pensamiento más poderosas en materia de enfermedad mental: el psicoanálisis.

II.4.3. *La psiquiatría alemana en el siglo XIX: la escuela de Emil Kraepelin*

Dos grandes temas salpicaron toda la historia de la psiquiatría moderna desde hace

booksmedicos.org

doscientos años. La primera se refiere a la oposición entre organogénesis y psicogénesis de las enfermedades mentales. La segunda, a la clasificación de las enfermedades, es decir, a la constitución de una nosología que describa y distinga las enfermedades mentales y que efectúe al mismo tiempo una separación entre normal y patológico, separación cuyos basamentos deben ser siempre interrogados. La aportación de Emil Kraepelin (1855-1926) a estos dos temas fue decisiva, y continúa determinando a la psiquiatría del siglo XX.

Kraepelin se considera un científico. Al rechazar todo "compromiso" con la filosofía en nombre de las ciencias naturales y de la biología, dice ser (citado por Garrabé, 1992) un organicista convencido. La enfermedad mental es una enfermedad del cerebro, y el enfermo, para él, se caracteriza por su configuración de síntomas: es el funcionamiento y no el contenido del pensamiento lo que le interesa. La primera edición de su *Tratado de psiquiatría* data de 1883, pero es con la edición de 1896 como el sistema kraepeliniano adquiere una dimensión decisiva en la historia de la psiquiatría. Kraepelin distingue las enfermedades curables (delirios febriles y tóxicos, manía, melancolía, confusión), las enfermedades incurables (locura periódica de forma delirante, circular y melancólica; locura sistematizada de forma depresiva de persecución o expansiva de grandeza; degeneración psíquica; neurosis generalizadas como la neurastenia o la histeria) y las enfermedades de progresión crónica (intoxicaciones crónicas con alcohol o con morfina, demencia senil y anomalías de desarrollo como la idiocia o el cretinismo). En las sucesivas ediciones de su *Tratado,* el tercer grupo de las enfermedades incurables se convirtió en la entidad *demencia precoz*, que agrupaba en 1906 a la parafrenia, a la hebefrenia, a la demencia paranoide y a la hebefreno-catatonia. Como lo demostró Henri Ey (1954), esta evolución es paradigmática de un cambio de marco epistemológico: de esa manera se pasa progresivamente de una clasificación basada en *criterios evolutivos* a una clasificación basada en la determinación de *causas específicas*. "La nosografía kraepeliniana pasó así de una nosografía de las entidades clínicas puras a una nosografía de afección específica" (Ey, 1954).

Esta dicotomía habrá de recorrer la totalidad de las tentativas de clasificación de las enfermedades mentales a todo lo largo del siglo XX, desde lo que se acostumbra llamar "la escuela francesa" hasta el surgimiento y luego el éxito del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Para decirlo sin duda muy rápidamente, la clínica "elemental", como lo es la minuciosa descripción a la francesa, que aísla a una multitud de diferentes entidades, pierde la preeminencia frente a una clínica menos detallada, pero que localiza los síntomas más pertinentes para proceder a más amplias comprobaciones. Desde este punto de vista, la tentativa de Kraepelin anuncia a la psiquiatría criteriológica del DSM, en la que algunos síntomas son suficientes para establecer un diagnóstico pese a la posible atipicidad del cuadro individual. Por esta razón, el papel desempeñado por Kurt Schneider (1897-1967), psiquiatra alemán, ha sido considerable: su libro *Psicopatología clínica*, publicado en 1950, tuvo una influencia capital en la definición de la esquizofrenia. Al revés de la concepción etiopatogénica de Eugen Bleuler (1857-1939),

booksmedicos.org

quien fue el primero en aislar a la esquizofrenia de las demás enfermedades mentales, Schneider propone conservar la categoría de esquizofrenia, pero con una concepción kraepeliniana de esta misma, es decir, descriptiva y no centrada en el *proceso* de la enfermedad: describe entonces "síntomas de primer rango" (percepciones delirantes, audición de voces que argumentan o comentan la conducta, etc.) y que son aquellos que permiten especialmente distinguir la vivencia del esquizofrénico de aquella del hombre "normal". Es ésta la que inspiró la concepción anglosajona del DSM.

En otro plano, el de la concepción global que guía a una clasificación, sólo la concepción freudiana representa una alternativa seria y racionalmente fundada para otra clasificación de las enfermedades mentales.

II.5. La psiquiatría del siglo XX

II.5.1. *La revolución psicoanalítica*

Se trata antes que nada de la revolución psicoanalítica, cuyo primer texto importante, *La interpretación de los sueños*, fue escrito por su padre fundador Sigmund Freud (1856-1939) y publicado en 1899, pero con la fecha simbólica de 1900, lo que prueba hasta qué punto su autor estaba persuadido de la importancia de su descubrimiento. Nacido en 1856 en Freiberg, Moravia, Freud se recibe como médico en 1880 y sigue los cursos de Charcot en La Salpêtrière, en 1885. Entre 1892 y 1894 colabora con Joseph Breuer en los *Estudios sobre la histeria* (1895), pero sus concepciones ya no concuerdan. A partir de esta fecha, la histeria parece resultar de una lucha entre las tendencias conscientes y las tendencias inconscientes; estas últimas expresarían fundamentalmente anhelos y deseos, cuya motivación última es de índole sexual. Por otra parte, Freud decide abandonar la hipnosis, cuyo aspecto mágico repudia: de tal suerte, concibe progresivamente el método de las asociaciones libres que permite acceder al inconsciente haciendo a un lado el obstáculo de las resistencias del paciente. Prosiguiendo su autoanálisis, Freud elabora hasta 1905, prácticamente solo, lo esencial de su doctrina psicoanalítica a través de la *Interpretación de los sueños* en 1899, la *Psicopatología de la vida cotidiana* en 1901 y los *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad* en 1905; este libro, que causó escándalo, describe la sexualidad infantil mediante la sucesión de los estadios pulsionales en los que la libido, inicialmente oral, se vuelve anal, después fálica y finalmente genital. A partir de 1900, Freud obtiene la adhesión de sus primeros discípulos: Alfred Adler, Otto Rank, Karl Abraham, Carl Gustav Jung y Sándor Ferenczi. El psicoanálisis es presentado en el capítulo VI de este *Manual*.

La obra freudiana va a revolucionar completamente la polaridad que era hasta ese momento la del cuerpo y la mente, y que nutrió todo el pensamiento occidental: tal polaridad va a ser remplazada por otra, la del consciente y la del inconsciente, dualidad paradigmática de las disociaciones inmanentes e irreductibles de la vida psíquica de cada

booksmedicos.org

individuo. En *El inconsciente cerebral*, Marcel Gauchet (1992) demuestra que el descubrimiento que Broca hizo de la localización cerebral de algunas funciones asociadas al lenguaje tuvo una importancia definitivamente considerable en la construcción del corpus freudiano: el problema del inconsciente no es tanto el de una reducción íntegra y homogénea de la mente con respecto al cuerpo como, en lo sucesivo, el de una división *interna* de la mente apoyada en el cuerpo, en una fisiología o, de manera más precisa, en una neurofisiología. Así como las afasias permitieron descubrir las funciones normales del lenguaje, la enfermedad mental sería igualmente una experimentación *in vivo* de la propia salud mental.

El texto fundamental de Freud, *Más allá del principio del placer* (1920), contiene en germen todos los desarrollos que propuso hasta su muerte, y que aparecen igualmente en *El porvenir de una ilusión* como en *El malestar en la cultura*. En este texto, escrito después de la primera Guerra Mundial, Freud hace ver la vida como un gasto energético que suscita inmediatamente el deseo de hacer que ésta cese, de volver a la constancia, e incluso al grado cero de las excitaciones y, por consiguiente, a lo inorgánico: es el efecto de lo que él llama la "pulsión de muerte" cuando, paradójicamente, esta misma pulsión es un motor de todo lo viviente como tal. En adelante, la vida misma, a la que Freud llama *Eros* para significar claramente su tendencia a la unión y a la progresiva tendencia a la complejidad, es prácticamente imposible sin ese paradójico motor y sin el deseo mismo de esta destrucción, cara oscura de una psiquis humana tan capaz de amar(se) como de odiar(se).

En la década de 1960 se asiste a una revolución sumamente considerable, que va de la mano con la impugnación del paradigma cartesiano y de la filosofía de la conciencia: el advenimiento de la era que pudo ser llamada de la sospecha pone en duda el axioma cartesiano, supuestamente en el origen de todo conocimiento, y esto habrá de tener efectos en el psicoanálisis con la considerable aportación de Jacques Lacan (1901-1981). Para expresarlo con las palabras de Vincent Descombes (1989), "el estructuralismo es una cierta tensión entre lo local y lo global: lejos de tener única y localmente un valor para el sistema de la lengua tal y como la definía Saussure, el modelo de la estructura podría valer para todas las dimensiones del conocimiento e incluso de la existencia humana, es decir: lo global". La fuerza de la idea del estructuralismo saussuriano se encuentra primeramente en una totalidad sistemática: nada en la lengua tiene sentido separadamente, sino únicamente dentro de un sistema de relaciones que tiene su lugar dentro de un todo. Nada tiene sentido, en efecto, sino en relación y oposición con alguna otra cosa.

Dentro de lo que podría denominarse la aplicación del estructuralismo al psicoanálisis por parte de Lacan, para éste se trata de entender el inconsciente en términos de sentido y de totalidad. A partir de su lectura de Claude Lévi-Strauss, Lacan sostiene que el modelo de la lengua permite pensar el inconsciente, un inconsciente que no es orgánico, que tampoco es psicológico, sino que más bien es una estructura, es decir, una relación, que se precisa y se comprueba en la clínica a partir de significantes bien determinados, entre los que figura el del sujeto. Esta concepción del análisis exclusivamente estructural

booksmedicos.org

de la palabra y del signo será la causa de numerosas controversias y escisiones en los grupos analíticos, en la medida en que ésta refuta y rehúsa una dimensión que podría calificarse de vital para el inconsciente y para la vida psíquica (y que habrá de ser particularmente debatida en Inglaterra con Mélanie Klein y sus sucesores); y que refuta igualmente otro registro, el de la interpretación, que fue motivo de la polémica que Ricœur habría de sostener con Lacan y los lacanianos a través de su libro *De la interpretación*, publicado en 1965.

II.5.2. *La revolución de la neurología y de las "neurociencias"*

La revolución del cerebro tuvo lugar sin duda en el siglo XIX, primeramente con el descubrimiento del papel que desempeña el hipotálamo como centro regulador de las necesidades y regidor de los grandes metabolismos (homeostasis térmica, etc.). Al estudiar el cerebro de pacientes afásicos, Paul Pierre Broca (1824-1880) descubre el "centro de la palabra" en la tercera circunvolución del lóbulo frontal dominante (conocido desde entonces con el nombre de área de Broca). Otro precursor de la investigación sobre las localizaciones cerebrales, Carl Wernicke (1848-1905), legó su nombre a un área cerebral situada en la intersección del lóbulo temporal y el lóbulo parietal: las personas que tienen una lesión en este sitio sufren de un déficit de comprensión del lenguaje, tanto oral como escrito. El conjunto de las funciones llamadas superiores (lenguaje, praxias, gnosias) será progresivamente localizado a finales del siglo XIX en las diferentes áreas cerebrales. Fue igualmente por esta época cuando Aloïs Alzheimer (1864-1915) aisló y describió la enfermedad que lleva su nombre. Al iniciarse el siglo XX, Von Economo, Vogt y Brodman establecen la arquitectura y la cartografía del cerebro al estudiar las áreas motoras mediante experimentos de estimulación y las áreas receptoras mediante el método de los potenciales evocados. La electroencefalografía es instaurada por Hans Berger en 1929. Paralelamente, Ramón y Cajal descubre la función reguladora del tronco cerebral en la alternancia vigilia-sueño y vigilancia, así como en los actos automáticos y conductuales y en la adquisición de ciertos reflejos condicionados.

Las primeras terapéuticas realmente eficaces en los albores del siglo XX fueron métodos de choque: cura insulínica propuesta por Manfred Sakel en Viena el año de 1932, terapia electroconvulsiva (TEC) perfeccionada por el italiano Ugo Cerletti en 1938. A partir de 1950, el descubrimiento de los primeros neurolépticos en París por Henri Laborit, Pierre Deniker y Jean Delay inaugura la era de los psicotrópicos modernos: con los antidepresivos (1957) y los ansiolíticos (1958) se pone énfasis en el estudio de los mediadores químicos cuya acción se sitúa en las sinapsis neuronales: adrenalina, acetilcolina, serotonina, noradrenalina y dopamina, cuya disregulación (exceso o depleción) podría dar cuenta de una cierta cantidad de síntomas psiquiátricos, desde la depresión hasta los síntomas psicóticos. La progresiva comprensión del cerebro ha hecho posible descubrir terapéuticas biológicas a la vez más eficaces y menos invalidantes. En la actualidad, una parte importante de la investigación biológica en psiquiatría sigue

booksmedicos.org

consagrada a la síntesis de nuevos psicotrópicos a partir de estos descubrimientos más o menos fortuitos de la década que va de 1950 a 1960.

A partir de la década de 1980, el desarrollo de la psicología cognitiva (véase más adelante) habrá de incorporarse a los avances de las técnicas de la imagenología cerebral para fundar progresivamente el vasto campo de las *neurociencias*. Las relaciones entre éstas y la psiquiatría se desarrollarán en los capítulos V ("Psiquiatría y neurociencias") y XVI ("La investigación en psiquiatría") de este *Manual*.

II.5.3. *La reforma psiquiátrica*

Al finalizar la segunda Guerra Mundial, un viento de reforma recorre a la psiquiatría occidental en varios países. En los Estados Unidos, el presidente Kennedy hace votar en 1963 el Community Mental Health Act (CMHA) que pone énfasis en los centros de cuidados extrahospitalarios e inicia la disminución de la segregación asilar. En Italia, la ley 180 del 13 de mayo de 1978 consagra el fin del hospital psiquiátrico. Inglaterra y Alemania ponen en práctica políticas voluntaristas de cuidados ambulatorios para los enfermos mentales.

En Francia, la política de sector se inicia en 1958 por parte de la Asociación de Salud Mental del 13° distrito de París y sus fundadores, Philippe Paumelle, Serge Lebovici y René Diatkine (Chiland *et al.*, 2010). Fue implantándose progresivamente gracias a los esfuerzos conjugados de una gran cantidad de pioneros (Georges Daumézon, Henri Ey, Henri Duchêne, Lucien Bonnafé, Pierre Bailly-Salin, etc.). La circular del 15 de marzo de 1960 sienta las bases de lo que será el pivote de las instituciones de atención psiquiátrica, a saber, la instauración para cada "sector" de aproximadamente 70 000 habitantes de un equipo psiquiátrico integrado (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores) que disponen de un cúmulo completo de instrumentos para los tratamientos: camas de hospitalización, pero también centros médico-psicológicos, hospitales diurnos, tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos y acompañamiento psicosocial en la vida citadina, con un especial énfasis en la continuidad de los tratamientos. El inmenso éxito de este dispositivo (cerca de 3% de la población que vive en Francia consulta cada año un centro médico-psicológico) está asociado a una considerable renovación de los conocimientos clínicos, de las competencias y de las técnicas de los tratamientos.

La reforma psiquiátrica habrá de adoptar diversas formas, según el país. En Italia, el psiquiatra Franco Basaglia inició una poderosa corriente antiasilar así como prácticas basadas en la ruptura de todos los mecanismos institucionales que reproducen la separación y el secuestro de la vida social de los enfermos mentales. Esta estrategia, que participa del movimiento de "desinstitucionalización", muy presente igualmente en los Estados Unidos, se alía a los movimientos políticos y culmina con la creación en 1974 de *Psichiatria Democratica*. La corriente inglesa, surgida de los trabajos de David Cooper y Ronald Laing, desarrolla una crítica radical de la psiquiatría (corriente

booksmedicos.org

"antipsiquiátrica") y de su violencia institucional y simbólica, entendiendo la "enfermedad mental" como la manera en que un individuo trata de responder a la opresión de la que es víctima desde su nacimiento, a través de las instituciones establecidas por la presión social (familia, escuela, ejército, etcétera).

II.5.4. *El auge de la psicología experimental:conductista y después cognitiva*

El enfoque cognitivo consiste en estudiar "los sistemas de conocimientos puestos en práctica por la mente humana para construir significaciones en el contacto con el mundo" (Bertrand, 2005). Dicho enfoque es uno de los herederos de la "nueva psicología" que nace a finales el siglo XIX y que intenta construir una psicología científica, es decir, experimental, capaz de ocupar un lugar como ciencia natural. Wilhelm Wundt (1832-1920) se cuenta entre los pioneros que edifican esta psicología experimental en un rango de ciencia empírica: en su *Psicología fisiológica*, publicada en 1887, se propone elaborar una "psicología que sólo admite hechos", recurriendo a "la experimentación y a la medición: el propósito de nuestra ciencia no tiene que ver con la experiencia interna sino más bien con determinar la relación de los fenómenos psíquicos con su sustrato orgánico, especialmente cerebral". El alemán Hermann Ebbinghaus (1850-1909) construye los primeros modelos concernientes a la formación de las conductas y al aprendizaje, sistematizando sus informaciones relativas a la memorización de sílabas: crea el concepto de *asociación* —de promisorio porvenir— para explicar que un segundo aprendizaje es mucho más fácil cuando las sílabas son colocadas en el mismo orden. Este concepto de asociación inspiró igualmente los trabajos del célebre fisiólogo Iván Pávlov (1849-1936) al poner en evidencia lo que él llamó el *condicionamiento clásico:* si se presenta un estímulo calificado de neutro (como la luz) unos cuantos minutos antes de darle de comer a un perro, y si este experimento se repite en numerosas ocasiones, este perro terminará por salivar apenas vea la luz. Es lo que Pávlov llama un condicionamiento; de modo inverso, si esta luz es presentada en varias ocasiones sin comida, esta salivación deja de producirse debido a que el condicionamiento se extingue: es lo que Pávlov llama un descondicionamiento.

Fue en 1953 cuando el psicólogo norteamericano Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) teorizó a propósito de lo que él llama el condicionamiento operante y funda la escuela conductista norteamericana. Inspirándose en los trabajos de John Broadus Watson (1878-1958), Skinner insiste en el hecho de que el estudio de los procesos psicológicos sólo puede realizarse a través de la observación objetiva de las conductas de un individuo: es esta concepción la que hace de la mente humana una "caja negra". Esta concepción conductista se deriva de la teoría darwiniana de la evolución, que pone de relieve la manera en que los individuos se adaptan a su entorno. Al interpretar toda conducta en términos de "estímulo-reacción" se trata de dejar de lado lo que sucede *entre* estos dos términos y de interpretar cualquier manifestación del organismo a la luz

booksmedicos.org

de su intención *adaptativa*.

De 1946 a 1953 se organizan en Nueva York las conferencias Macy, que reúnen a una gran cantidad de científicos de diferentes disciplinas: los matemáticos Norbert Wiener (1894-1964) y John Von Neuman (1903-1957), el antropólogo Gregory Bateson (1904-1980) y el psicólogo Kurt Levin (1890-1947). Como consecuencia de estas conferencias, emergen nuevos conceptos: las ideas de computadora, de *feed back*, de cibernética, de autorregulación y de teoría de los sistemas se definen a raíz de esos intercambios interdisciplinarios y, de esa manera, son transpuestos algunos modelos a la psicología cognitiva que se institucionaliza: es así como se crea el primer centro en ciencias cognitivas en la Universidad de Harvard, en 1960, por Jérôme Bruner y George Miller. La psicología cognitiva va a conocer entonces un considerable auge a partir de 1960: en una primera etapa habrá de favorecer el estudio de la percepción y de la categorización, para después interesarse en la inteligencia, en el lenguaje y en la memoria.

La década de 1970 va a caracterizarse por el enfoque "computacional" de la mente: inspirándose en la informática, el norteamericano Jerry Fodor (1935) concibe al pensamiento como un tratamiento matemático de la información gracias a operaciones lógico-matemáticas a las que llama computaciones. Propone así una *teoría de la modularidad* al postular que la mente humana está conformada por módulos y que no funciona como un todo unificado. A partir de la década siguiente, y sobre todo la de 1990, la psicología cognitiva se verá influenciada de manera importante por las neurociencias (neurología, neuropsicología, neurofisiología, etc.). Estos descubrimientos van a propiciar el resurgimiento de problemas filosóficos muy antiguos que hoy en día se reúnen bajo el vocablo de "filosofía de la mente".

Al iniciarse este siglo XXI, es posible decir —claro que esquematizando un poco— que existen dos principales vías en psicología cognitiva. La primera adopta una metáfora que podríamos calificar de neuronal: reúne las aportaciones de las neurociencias, de la neuropsicología, del conductismo y del conexionismo. La segunda adopta una metáfora que podríamos calificar de informática: reúne las aportaciones de la informática, de la inteligencia artificial, del computacionalismo y del funcionalismo.

Un estudio cognitivo de los problemas planteados por la enfermedad mental es presentado en el capítulo VII.

Conclusión

No es posible dejar de comprobar que, hoy en día, las grandes corrientes de la psiquiatría contemporánea, surgidas de modelos tan diferentes como el psicoanálisis, las neurociencias, el enfoque comunitario y social o la psicología cognitiva, en ocasiones se complementan, por lo general se oponen y con demasiada frecuencia se ignoran. Con mucha más razón cuando en los profesionales del campo psiquiátrico se ejerce una doble coerción. Una coerción *económica*, con el consiguiente retroceso que ha vivido el desarrollo de la psiquiatría, y de modo más general los generosos sistemas públicos de

booksmedicos.org

salud establecidos durante el transcurso de los "treinta gloriosos" (1945-1975), o sea, en el periodo de expansión que siguió al final de la segunda Guerra Mundial; esta coerción obliga a reconsiderar totalmente las prácticas inventadas y puestas en funcionamiento durante el transcurso de este periodo. Una coerción *sociológica*, con un considerable aumento de lo que podría llamarse la *solicitud psi*, es decir, una extensión del campo de competencias de la psiquiatría al sufrimiento físico, y de manera más general a los padecimientos de una sociedad cuya traducción *individual* se ha dejado a cargo de los especialistas, o reputados como tales, a veces en aprietos para responder debidamente a ello.

BIBLIOGRAFÍA

Bercherie, P. (2004), *Histoire et structure du savoir psychiatrique. Les fondements de la clinique*, París, L'Harmattan. [*Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Versión española de Carlos A. de Santos, Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1986.]

Bernheim, H. (1884), *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, L'Harmattan, París, 2004.

Castel, P.-H. (1998), *La Querelle de l'hysterie*, PUF, París.

Chiland, C., C. Bonnet y A. Braconnier (dirs.) (2010), *Le Souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie*, Érès, Tolosa.

Descombes, V. (1989), *Philosophie par gros temps*, Minuit, París.

Ellenberger, H. F. (1974), *Histoire de la découverte de l'inconscient,* SIMEP, 2ª ed., Fayard, París, 2001. [*El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Versión española de Pedro López Onega, Gredos, Madrid, 1976.]

Esquirol, J.-E. D. (1805), *Des passions considerés comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, 2ª ed., Librairie des Deux Mondes, París, 1980.

Ey, H. (1954), *Études psychiatriques,* Desclée de Boruwer, París; Perpignan, CREHEY, 2006. [Versión española de Humberto Casarotti, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2008.]

Foucault, M. (1961), *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, París; 2ª ed., Gallimard, París, 1972. [*Historia de la locura en la época clásica*. Versión española de Juan José Utrilla, Fondo de Cultura Económica, México, 1976.]

Garrabé, J. (1992), *Histoire de la schizophrénie*, Seghers, París. [*La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. Versión española de Héctor Pérez-Rincón, Fondo de Cultura Económica, México, 1996.]

Gauchet, M. (1992), *L'Inconscient cérébral*, Seuil, París. [*El inconsciente cerebral*. Versión española de Clara Slavutzky, Nueva Visión, Buenos Aires, 1994.]

Lantéri-Laura, G. (1998), *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Éditions

booksmedicos.org

du Temps, París. [*Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Versión española de Diego Gutiérrez Gómez, Jordi Terré y José Lázaro, Triacastela, Madrid, 2000.]
Lantéri-Laura, G., y L. Del Pistoia (1988), "Introduction historique et critique à la psychiatrie contemporaine", *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie, 37005-A10, Éditions Techniques, París.
Lévi-Strauss, C. (1962), *La Pensée sauvage*, Plon, París. [*El pensamiento salvaje*. Versión española de Francisco González Aramburo, Fondo de Cultura Económica, México, 1964.]
Magnan, V. (1887), *Considérations générales sur la folie des héréditaires ou dégénérés*, Éditions du Progrès Médical, París.
Morel, B. A. (1857), *Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine*, J.-B. Baillière, París.
Pichot, P. (2011), *Un siglo de psiquiatría*, Triacastela, Madrid.
Pigeaud, J. (1981), *Maladie de l'âme. Essai sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Les Belles Lettres, París.
——— (2001), *Aux portes de la psychiatrie. Pinel, l'Ancien et le Moderne*, Aubier, París.
——— (2010), *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine*, Les Belles Lettres, París.
Pinel, P. (1800), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Caille et Ravier, París; 2ª ed., Caille et Ravier, París, 1809. [*Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma o la manía*. Versión española de Luis Guarnerio y Allavena, Imprenta Real, Madrid 1804.]
Postel, J. (1981), *Genèse de la psychiatrie*, Le Sycomore, París.
Postel, J., y C. Quetel (dirs.) (1994), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, París. [*Nueva historia de la psiquiatría*. Versión española de Francisco González Aramburo, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.]
Ricœur, P. (1965), *De l'interprétation*, Seuil, París. [*Freud: una interpretación de la cultura*. Versión española de Armando Suárez, Siglo XXI, México, 1970.]
Semelaigne, R. (1894), *Les Grands Aliénistes français*, Éditions G. Steinheil, París.
Swain, G. (1997), *Le Sujet de la folie*, Calmann-Lévy, París.
——— (1997), *Le Vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient*, Calmann-Lévy, París. [*El verdadero Charcot. Caminos imprevistos del inconsciente*. Versión española de María Isabel Fontao, Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.]
Swain, G., y M. Gauchet (1980), *La Pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, París.
Trillat, E. (1986), *Histoire de l'hystérie*, Seghers, París.

booksmedicos.org

[1] Los franceses llaman *age classique* a lo que en el orbe hispanohablante se conoce como Siglos de Oro. [E.]

booksmedicos.org

III. SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

VASSILIS KAPSAMBELIS

La semiología psiquiátrica se compone de un vocabulario de unos cuantos centenares de términos, principalmente elaborado por las psiquiatrías francesa y alemana en el transcurso del siglo XIX y durante las primeras décadas del XX (Bernard y Trouvé, 1977; Porot, 1984; Shahrokh y Hales, 2003). Al igual que en medicina general, varios de esos términos son de origen griego (Kapsambelis, 1997). Casi siempre obedecen a una lógica semántica que implica tres estados: la exageración de una función o expresión *(hiper-*, *taqui-*, *poli-);* su disminución *(hipo-*, *bradi-*, *oligo-),* que puede ir hasta su extinción (*a-* privativa), o por último su ejecución extraña, defectuosa, deformada o incomprensible *(dis-*, *para-).* Se trata, pues, de describir trastornos "cuantitativos" (de los funcionamientos en más o en menos) y trastornos "cualitativos" (distorsiones de los funcionamientos).[1]

III.1. EXAMEN PSIQUIÁTRICO Y SEMIOLOGÍA

La semiología psiquiátrica representa aquella parte del examen psiquiátrico que remite a un saber; hace las veces de conocimiento objetivo, en ausencia de datos surgidos de exámenes paraclínicos. Aun cuando está impregnada de la subjetividad de los dos protagonistas en la relación médico-enfermo, es objeto de un cierto consenso y, empíricamente, es posible decir que, cuando dos psiquiatras examinan en distintos (pero cercanos) momentos al mismo paciente, prácticamente se encuentran con los mismos elementos semiológicos. Además, tiene un valor de *reconocimiento* para el paciente (Lantéri-Laura, 1973): el sufrimiento descrito *existe*, dispone de palabras para éste y se encuentra debidamente catalogado por la ciencia médica.

Independientemente del análisis semiológico, el examen en psiquiatría deberá también completarse con una relación detallada de los antecedentes, así como con un informe biográfico a lo largo del cual habrán de ser evaluados varios elementos: condiciones relativas al nacimiento, enfermedades infantiles, contexto familiar de la infancia, escolaridad y formación profesional, acceso a la vida adulta: inserción social y profesional, vida afectiva y familiar.

Existe una cierta cantidad de guías de entrevistas estandarizadas llamadas estructuradas o semiestructuradas que, asociadas a las escalas de evaluación —y que también, por su parte, están compuestas de listas de síntomas—, permiten una mayor

booksmedicos.org

"fidelidad interjueces" en el momento de un examen psiquiátrico (Guelfi, 1993; Guelfi *et al.*, 1995). En la práctica, estos métodos son utilizados sobre todo para la investigación, y el clínico se sirve de un enfoque más empírico, construido según la evolución de su experiencia a partir de su formación inicial. Dicho enfoque consiste en dejarle al paciente un lapso de palabra inicial bastante largo a fin de que pueda exponer su problema tal como él lo ve y lo resiente; después el psiquiatra completará los elementos que se obtengan de esa manera a través de las preguntas. Pese al empirismo del método, y no obstante la existencia de varias corrientes teóricas en el seno de la psiquiatría, el índice de concordancia de los diagnósticos sigue siendo elevado, especialmente en lo que concierne a las patologías más graves e indiscutibles.

Al mismo tiempo, el psiquiatra permanecerá atento a algunas características propias de los signos clínicos de los que él toma nota. El enfoque psicoanalítico ha demostrado el carácter simbólico de los síntomas, comprometido entre las diferentes corrientes antagonistas de la vida psíquica (Benoît y Daumézon, 1970); los síntomas "hablan" de la historia del paciente, de su relación con los demás, de sus deseos y aspiraciones contrariadas, de sus realizaciones y de sus decepciones. Habrá de ponerse una especial atención en la *economía*, así como en la *temporalidad*, de las distintas manifestaciones patológicas: ¿en qué medida invaden la vida del paciente, en qué medida consigue éste relativizarlas, debatirlas, luchar contra ellas? E, igualmente, ¿desde cuándo se han estado presentando, experimentan algunas fluctuaciones en el tiempo, existen circunstancias que las agravan, o, al contrario, que las atenúan?

III.2. Trastornos de los distintos campos del examen clínico

La semiología psiquiátrica no se deja presentar fácilmente de manera racional e inobjetable. Sin embargo, es posible considerar que se están examinando las manifestaciones clínicas según tres grandes campos: las funciones cognitivas (que incluyen la percepción, el pensamiento, la palabra, el juicio, la memoria…), las expresiones afectivas (emociones, afectos) y las funciones "ejecutivas", es decir, la volición (de la voluntad a la realización, es decir el acto, la conducta, pasando por el aparato —la psicomotricidad— que garantiza el acto). A lo que se añade la semiología de las funciones más complejas (conciencia, conciencia de sí) y la de las funciones fisiológicas perturbadas en las patologías mentales.

III.2.1. *La presentación*

La semiología de la presentación, llamada igualmente de "inspección", es muy enriquecedora para el psiquiatra experimentado y puede ser establecida desde la entrada del paciente en el consultorio o desde la introducción, en su casa, en visita a domicilio (Faure, 1966). Habrá de tomarse en cuenta el peinado, la forma de vestir, así como el

booksmedicos.org

aspecto del lugar en que vive. El paciente maniaco se muestra desaliñado, en un universo totalmente desordenado; el paciente esquizofrénico se viste de manera extraña, excéntrica, o incluso de manera muy descuidada en el plano de la higiene corporal y de indumentaria; su interior se encuentra en ocasiones impregnado de un desorden, de una dispersión y de un aspecto caótico que son la ilustración misma de la incoherencia que reina en su espíritu. La comparación entre un interior de paciente maniaco y un interior de paciente esquizofrénico es elocuente: bajo el aspecto de un mismo desorden aparente, en el primero de ellos es perceptible un desbordamiento vital incontrolable, en tanto que en el segundo se percibe un aspecto yerto y mortífero.

Existen otros elementos de la presentación rápidamente visibles, como los trastornos de la psicomotricidad y del lenguaje (trastornos de la comunicación, Lantéri-Laura, 1970).

III.2.2. *Trastornos del lenguaje*

Los trastornos del lenguaje forman parte de los elementos semiológicos rápidamente captados durante el examen. También ellos se dividen según su aspecto "cuantitativo" (exageración o disminución) o "cualitativo".

La expresión verbal conoce todos los estadios de la disminución hasta la extinción, y su examen orienta útilmente el diagnóstico: por ejemplo, *inhibición* de la expresión verbal del paciente deprimido, asociada a un *enlentecimiento* más general, psicomotor e ideico. El término *alogia* designa la pobreza del discurso, la *musitación* las palabras escasas, proferidas en voz baja y de manera indistinta. El mismo *mutismo* requiere de un cuidadoso análisis semiológico, a partir de otras indicaciones (anamnesis, expresiones faciales, actitudes, contacto visual): mutismo agobiado del paciente melancólico, mutismo por desconfianza del paciente que se siente amenazado, mutismo por desbordamiento emocional del paciente en estado traumático, mutismo lúdico del paciente maniaco, mutismo disociado del paciente esquizofrénico con gran dificultad de pensamiento, mutismo histérico. También habrán de observarse manifestaciones como el monólogo, el soliloquio, los diálogos alucinatorios, las impulsiones verbales. La *logorrea* designa una expresión verbal abundante, incoercible, precipitada, que caracteriza todo estado de excitación psíquica y que es característica de los estados hipertímicos. La *ecolalia* designa la repetición automática de las palabras y de las frases del interlocutor; aparece en la esquizofrenia.

Son muchos los trastornos cualitativos del lenguaje, y por lo general se encuentran relacionados con los trastornos del pensamiento propios de las patologías esquizofrénicas con un importante componente de desorganización; se encuentran en el corazón del *síndrome disociativo* que define esta patología en el sentido que le da Bleuler (1911). La *palilalia*, menos frecuente en nuestros días, consiste en la repetición de sílabas, palabras o frases (estereotipias verbales). Los *neologismos* son palabras inventadas por el paciente, cargados de un significado personal y hermético; pueden estar compuestos a

booksmedicos.org

partir de palabras existentes, con inversión de fonemas. En otro tiempo era posible observar auténticos paralenguajes *(glosolalia),* sistemas verbales de expresión propios del paciente. Los *paralogismos*, más frecuentes, son palabras existentes utilizadas por el paciente fuera de su contexto semántico (neologismo semántico), realizando en ocasiones auténticos juegos de palabras ("Me vigilan, hay un telescopio que me telescopea").

Por último, recordemos que los trastornos del lenguaje pueden estar relacionados con un padecimiento neurológico (afasia, agnosia).[2]

III.2.3. *Trastornos del pensamiento*

Examinaremos aquí los trastornos del flujo del pensamiento, los trastornos del contenido del pensamiento y los trastornos del juicio.

Los trastornos del curso del pensamiento

Dicho flujo puede verse afectado en el sentido de una aceleración *(taquipsiquia)* o de un enlentecimiento *(bradipsiquia);* entonces lleva a cabo, ora cuadros de profusión de ideas, pensamientos, recuerdos, expresados de manera precipitada y con gran cantidad de saltos de un tema a otro *(fuga de ideas),* ora, por el contrario, un sentimiento de pensamiento atascado *(anideísmo),* confuso, vago. Las taquipsiquias aparecen en los estados maniacos y, de manera general, en todo estado hipertímico que va acompañado de un cierto grado de excitación. La bradipsiquia es característica del paciente melancólico, pero también confuso o demente.

El flujo del pensamiento puede ser afectado de manera característica en la esquizofrenia: desorganización (difluencia, incoherencia, *ataxia*), relajamiento, discontinuidad y ruptura de las asociaciones *(disociación),* interrupciones del pensamiento *(bloqueos),* progresiva extinción del desarrollo del pensamiento *(fading mental).* Asociado a los trastornos del contenido del pensamiento, realiza un pensamiento *desreal*, ilógico, o incluso abstracto, hermético, desligado de los objetos concretos a los que se refiere. En los casos extremos, el discurso se vuelve totalmente incomprensible *(esquizofasia).*

Los trastornos del contenido del pensamiento

Implican una nutrida semiología que puede dividirse en dos grupos, tras los trabajos de análisis semiológico, particularmente franceses, del siglo XIX:

1) Los trastornos del contenido que pertenecen a algunas de las antiguas *monomanías* y que, tras la introducción del criterio de la conciencia del carácter patológico de los

booksmedicos.org

trastornos, habrán de unirse al grupo de las neurosis que acaban de conformarse a finales del siglo XIX como fobias, obsesiones e ideas fijas (Pitres y Régis, 1897; Janet, 1898, 1903).

Las *ideas fijas* son pensamientos que se imponen a la conciencia con la voluntad del individuo, pues representan una preocupación capital de su existencia en el momento en que se producen; pueden conducir a un pensamiento exclusivamente orientado hacia esa preocupación *(monoideísmo).* El término *idea fija postonírica* designa ciertas ideas que aparecieron en el momento de una experiencia alucinatoria y delirante de tipo onírico, y que persisten como convicción tras la mejoría del estado patológico, sin que esta convicción pueda ser calificada de delirante.

Las *obsesiones* representan "la irrupción en el pensamiento de un sentimiento, de una idea, de una tendencia que se le aparece al individuo como un fenómeno mórbido, *en desacuerdo con su yo consciente* y que sin embargo emana de su propia actividad psíquica, persistiendo a pesar de todos los esfuerzos para deshacerse de él" (Pichot, 1961). Se clasifican como:

a) *obsesiones fóbicas*, a saber, un temor específico que se produce fuera del objeto fobógeno correspondiente (por ejemplo: nosofobia);
b) *obsesiones ideativas*, concernientes a una idea abstracta o a una palabra *(onomatomanía),* a una cifra *(aritmomanía),* a una decisión por tomar *("locura de duda");*
c) *obsesiones impulsivas*, a saber, idea y temor de cometer un acto absurdo, delictivo o perjudicial *("fobia de impulsión").*

Las *fobias* son miedos terroríficos desencadenados por el contacto con un objeto o una situación determinada *(objetos fobógenos).*

2) Las *ideas delirantes*. La idea delirante es una convicción que el individuo no comparte con otras personas de la misma edad o sexo, de las mismas convicciones religiosas, culturales o políticas, y que se le impone con la evidencia de una realidad irrefutable, prescindiendo fundamentalmente de pruebas, incluso si el individuo dedica una parte de su actividad mental a encontrarlas, sobre todo para poder compartirla. El término *delirio* proviene del latín *delirare* y significa "desvariar", "perder la razón", "divagar". En francés existe un único término para designar este síntoma, mientras que en inglés, como en alemán, existen dos: uno designa el hecho de vivir experiencias alucinatorias en un estado de conciencia alterada *(delirium),* el otro el hecho de tener ideas erróneas sobre la realidad (inglés: *delusion*, alemán: *wahn*). La definición del delirio en el sentido psicótico del término no está lejos de aquella que dio Esquirol en 1814 (Lantéri-Laura y Tevissen, 1996):

> Un hombre se encuentra delirando cuando sus sensaciones han perdido toda relación con los objetos exteriores, cuando sus ideas han perdido toda relación con sus sensaciones, cuando sus juicios y sus determinaciones han perdido toda relación con

booksmedicos.org

sus ideas, cuando sus ideas, sus juicios y sus determinaciones son independientes de su voluntad.

Dentro de la tradición psiquiátrica francesa el delirio es descrito según cinco criterios: los temas, los mecanismos, el grado de sistematización, el grado de adhesión, la participación tímica y los trastornos asociados de la conducta. Los *temas* son múltiples y resumen la totalidad de las pasiones humanas: el amor y el odio, antes que nada (temas persecutorios, eróticos, erotomaniacos, de celos…), pero también la ambición y el lugar en el mundo (ideas de grandeza, de indignidad), la metafísica (temas religiosos y místicos, eternidad, muerte), la influencia de los demás (ideas de referencia, de influencia). Los *mecanismos* utilizan las distorsiones de las percepciones (ilusiones, alucinaciones), las distorsiones del juicio (interpretaciones), los desbordamientos imaginativos (confabulaciones), las intuiciones y el automatismo mental. El *grado de sistematización* estudia la posibilidad de que la expresión de las ideas delirantes vaya acompañada de trastornos del pensamiento formal (incoherencia, disociación, construcciones ilógicas); luego, estudia la coherencia interna del discurso delirante. La *participación tímica* se interesa en los estados afectivos y emocionales que acompañan a las ideas delirantes: ¿el paciente perseguido tiene reacciones de miedo, de ataque o de abatimiento? ¿El delirante místico se siente en un estado de arrebato y de éxtasis? La ausencia de congruencia entre las ideas delirantes y las expresiones tímicas que las acompañan se llama *discordancia*, término introducido por Chaslin (1912) y que forma parte de los elementos semiológicos fundamentales de la esquizofrenia, en oposición a las psicosis delirantes crónicas sistematizadas. Por último, los *trastornos asociados de comportamiento* estudian el paso al acto, y el potencial de paso al acto en el marco de una elaboración delirante; se trata de un elemento semiológico de gran importancia para la psiquiatría legal.

Los trastornos del juicio

Los trastornos del juicio se asocian tradicionalmente a los estados psicóticos, agudos o crónicos. Los trastornos pasajeros y reversibles del juicio forman parte integrante de la experiencia delirante y alucinatoria aguda, así como de los episodios de confusión que pueden acarrear graves accidentes; de ahí la necesidad de una especial vigilancia del paciente en un medio hospitalario (fuga con errancia sin intención u orientación precisas, accidentes domésticos). Los trastornos duraderos del juicio se asocian a los síndromes delirantes crónicos: se trata de distorsiones del juicio que conducen a *interpretaciones*, y de un modo más general a errores de apreciación, debido a que, para el delirante, la aprehensión de la realidad circundante está sujeta al postulado que constituye su idea delirante *(falsedad de juicio)*. Minkowski (1927) describió el *racionalismo mórbido*, discurso racional frío, abstracto y seudológico que es posible encontrar en la esquizofrenia.

booksmedicos.org

III.2.4. *Trastornos de la memoria*

La memoria y el olvido se encuentran en el centro mismo del renacimiento en psicopatología, aportado por las investigaciones sobre la hipnosis en la segunda mitad del siglo XIX y que desembocaron en el descubrimiento del inconsciente y en la teoría psicoanalítica. Son igualmente objeto de importantes investigaciones en el plano de las ciencias cognitivas.

Tradicionalmente, los *déficits mnésicos (amnesias)* se dividen en *amnesias de fijación* y *amnesias de evocación*. Las primeras consisten en un fallo de memorización de nuevas adquisiciones; el paciente "olvida a medida" las informaciones que se le proporcionan. Por eso mismo se les conoce como "anterógradas", en la medida en que avanzan con el tiempo a partir de su punto de partida; luego, no representan un trastorno de la utilización de la memoria en el sentido de recuerdo, sino en el sentido de la creación de nuevos recuerdos. Las *amnesias de evocación* son amnesias "retrógradas"; es decir que, a partir del inicio de los trastornos, se extienden progresivamente hacia atrás en el tiempo, hasta hacer que los recuerdos más recientes sean los primeros afectados, y los más antiguos los mejor conservados. Las dos formas de amnesia se combinan frecuentemente en la práctica clínica *(amnesia antero-retrógrada* o *mixta)*. Señalemos igualmente la *laguna amnésica* (olvido de un periodo determinado, lo que se observa en las patologías traumáticas del sistema nervioso central o en los estados confusionales), las *amnesias electivas* (vecinas del lapsus y del acto fallido), así como los diferentes trastornos de la memoria en relación con la violencia de las emociones (patologías traumáticas).

Las *proliferaciones mnésicas* se observan bajo ciertas condiciones excepcionales: *ecmnesias* (aparición brutal de un recuerdo vivido como experiencia actual), *hipermnesias* (acceso súbito y masivo a recuerdos olvidados, que puede producirse durante algunas crisis de epilepsia o con motivo de un accidente con riesgo vital), *paramnesias* o "ilusiones de la memoria" ("recuerdos erróneos", como en la confabulación del síndrome de Korsakoff, sensaciones de *déjà-vu*, *déjà-entendu*, *déjà-vécu*, que pueden aparecer en algunas crisis epilépticas, pero también en algunas patologías esquizofrénicas más o menos relacionadas con un automatismo mental).

Las investigaciones neurocognitivas han modificado la terminología de las funciones mnésicas y de sus trastornos (Derouesné y Lacomblez, 2007). Las funciones mnésicas se descomponen en tres tiempos: la codificación (selección y recepción de nuevas informaciones), el almacenamiento (consolidación de una parte de la información codificada con miras a una conservación) y la restitución (rememoración). Distinguimos la memoria de corto plazo, o memoria de trabajo, que maneja una cantidad limitada de informaciones por un tiempo limitado (el tiempo necesario para su manejo), y la memoria de largo plazo, de una capacidad y duración ilimitadas. La memoria de largo plazo se subdivide en memoria declarativa (directa, explícita) (recuerdos accesibles, evocación consciente) y memoria no declarativa (procesal, indirecta, implícita). La memoria declarativa abarca a la memoria episódica (recuerdos de acontecimientos) y a la memoria

booksmedicos.org

semántica (lenguaje, conocimientos escolares…). La memoria no declarativa abarca a la memoria procesal (memorización de las habilidades perceptivo-motoras y cognitivas), el condicionamiento, etc. Es posible describir varios trastornos mnésicos a partir de tales subdivisiones. Los déficits de codificación están ligados a los trastornos de la atención; los déficits de almacenamiento son aquellos que sufren la erosión del tiempo; los déficits de los procesos de recuerdo son la causa más común del olvido y se encuentran bajo la influencia de múltiples procesos cognitivos. Los trastornos mnésicos ligados al proceso del recuerdo son frecuentes en las depresiones, mientras que los déficits mnésicos en los trastornos ansiosos se relacionan más bien con desfallecimientos de la memoria de trabajo, debidos a los trastornos de la atención (distractibilidad). En la esquizofrenia se presentaría una afección de la memoria de trabajo, un déficit de la memoria semántica y una disminución de la memoria episódica, con conservación de la memoria de corto plazo, de la memoria procesal y de la memoria implícita.

III.2.5. *Trastornos de la percepción*

Los principales trastornos en este caso son las *ilusiones* (percepción de un objeto de manera deformada) y las *alucinaciones*, clásicamente descritas desde Ball como "percepciones sin objeto" (Brierre de Boismont, 1862), definición que Henri Ey (1973) completó como "percepción sin objeto que percibir", para indicar que la alucinación no es "sin objeto", sino que su objeto simplemente no pertenece al campo de la percepción.

Las ilusiones, e incluso las alucinaciones, son relativamente frecuentes y sin valor semiológico unívoco. Por ejemplo, es posible clasificar entre las ilusiones los errores de lectura o las ilusiones de óptica, los espejismos, las impresiones visuales o auditivas de cualquier persona durante ciertos momentos afectivos en particular (en la oscuridad, sola por la calle, en una ciudad desconocida, etc.). Asimismo, se pueden producir algunas alucinaciones relacionadas con el estado de vigilia: alucinaciones *hipnagógicas*, que aparecen durante el periodo del adormecimiento, o *hipnopómpicas*, en el periodo del despertar. Desde Falret (1864), la anosognosia (ausencia de conciencia del estado mórbido) es un criterio distintivo entre ilusiones o alucinaciones psicóticas y no psicóticas; por ejemplo, algunos pacientes epilépticos temporales pueden presentar síndromes alucinatorios a largo plazo que son perfectamente reconocidos por el paciente como patológicos.

Se le llama *sinestesia* a la impresión de que la percepción sensorial de un órgano de los sentidos (la visión, por ejemplo) entra en resonancia y se acompaña de una percepción de otro órgano de los sentidos (por ejemplo, la audición, las sensaciones táctiles). Este tipo de alucinaciones aparece sobre todo en los episodios alucinatorios agudos de origen tóxico.

Las alucinaciones dominan los cuadros clínicos de las psicosis agudas, incluidos los estados de oniroides y confusionales, el *delirium tremens*, etc. En las psicosis crónicas son de otra calidad, en las que se producen con total ausencia de trastorno de la

booksmedicos.org

vigilancia, y poseen un carácter de tenacidad y de repetitividad patognomónica de estas afecciones. Baillarger (1846) es el primero en proponer una distinción entre alucinaciones *psíquicas* y *psicosensoriales:*

> Creo que cabe distinguir dos clases de alucinaciones, unas completas, compuestas de dos elementos y que son resultado de la doble acción de la imaginación y de los órganos de los sentidos: son las alucinaciones psicosensoriales; las otras, debidas solamente al ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginación, son totalmente ajenas a los órganos de los sentidos, carecen del elemento sensorial y son, por ello mismo, incompletas: son las alucinaciones psíquicas.

Las *alucinaciones psicosensoriales* se caracterizan por su sensorialidad y su espacialidad ("las voces vienen de tal lugar", "se les escucha como se le escucha a usted hablar"). Así pues, implican a los cinco órganos de los sentidos:

—Las *alucinaciones auditivas* implican ruidos, sonidos, melodías, chirridos o voces (*alucinaciones acústico-verbales*), relacionadas con una palabra interior que el individuo no reconoce como suya (Lagache, 1934). Tienen un carácter por lo general desagradable, incluso persecutorio: injurias, órdenes, comentarios desagradables… Condicionan ciertas "actitudes de escucha", a veces inducen al paciente a "diálogos alucinatorios" o lo conducen a tomar medidas defensivas (tapones en los oídos, cascos). Desde principios del siglo XX se sabe que la producción de alucinaciones acústico-verbales se acompaña de una activación de la musculatura bucal, y los trabajos neurocognitivos contemporáneos han mostrado que estas alucinaciones implican, entre otras, las áreas cerebrales habitualmente activas en la producción del lenguaje.

—Las *alucinaciones visuales* (visiones, apariciones…) son muy variadas. En las psicosis crónicas pueden adoptar la forma de visiones aterradoras o extrañas. En las patologías que implican una alteración de la conciencia y de la vigilancia (confusiones, *delirium tremens*), aparecen las *macropsias* (imágenes aumentadas, las *micropsias* (imágenes reducidas) y las *zoopsias* de carácter aterrador.

—Las *alucinaciones olfativas y gustativas* implican impresiones de podredumbre, de desagrado, e incluso apuntalan sentimientos de amenaza (olor a gas).

—Las *alucinaciones táctiles* son muy frecuentes en los estados alucinatorios con alteración de la vigilancia (hormigueos, picazones, variaciones de temperatura). También pueden acompañar al síndrome de despersonalización (sensación de brazo o de mano "muerta", fría y ajena).

Aparte de las alucinaciones de los cinco órganos de los sentidos, se observan igualmente las *alucinaciones cenestésicas*, relativas a la sensibilidad común (propioceptiva), en forma de dolores u otras molestias corporales (hipocondría), de

booksmedicos.org

sensaciones genitales impuestas, de impresiones de transformación corporal, etcétera.

Las *alucinaciones psíquicas* son "voces interiores", a veces comunicadas por el paciente como pensamientos ajenos a éste y "repetidos en la cabeza" independientemente de su voluntad, auténtico fenómeno "xenopático" en el sentido en que un extraño, algún "otro", llega a apoderarse de la actividad mental del individuo. Estas alucinaciones realizan algunos síndromes característicos (síndrome de influencia, síndrome de automatismo mental) que habremos de examinar en el apartado III.3.

Las alucinaciones auditivas y acústico-verbales son más frecuentes entre los pacientes occidentales, mientras que las visuales (y posiblemente las cenestésicas) predominan entre los pacientes africanos y asiáticos. Diferentes estudios muestran que el predominio de las alucinaciones visuales ha declinado en un siglo en el mundo occidental en provecho de las alucinaciones auditivas (Laroi *et al.*, 2008).

III.2.6. *Trastornos de la expresión afectiva y emocional*

La clínica de los trastornos del humor, o de la timia, o afectivos, ha experimentado un considerable desarrollo desde los trabajos de Kraepelin, para representar en lo sucesivo una parte autónoma de la nosografía psiquiátrica (véase el capítulo XXX). El término *eutimia*, poco utilizado, designa un humor estable, o que, más bien, experimenta variaciones que permanecen dentro de los límites de la normalidad. La *distimia*, en la tradición psiquiátrica francesa, designa las fluctuaciones brutales del humor, y en lengua inglesa un humor depresivo que no responde a los criterios de un episodio depresivo. La *hipertimia* es un término que se aplica teóricamente a toda intensidad excesiva del humor, pero se utiliza con más frecuencia en los estados de exaltación (manía, estados pasionales, estenicidad). La *euforia* designa un humor exageradamente expansivo, incluso exaltado (estados maniacos); su contrario es el afecto depresivo (tristeza, taciturnidad, "añoranza", desaliento…), y no la *disforia*, término que designa más bien una tristeza con ansiedad e irritabilidad.

Algunos otros términos expresan diferentes anomalías de los afectos y de las emociones. La *ambivalencia,* en su acepción psiquiátrica, es el término utilizado por Bleuler (1911) para designar, en la esquizofrenia, la imposibilidad de síntesis entre sentimientos de amor y sentimientos hostiles. La *atimhormia*, término forjado por Dide y Guiraud (Guiraud, 1956), expresa el embotamiento afectivo *(atimia)* y la baja del impulso vital *(anhormia)* (véase el apartado XXIII.3.1). La *anhedonia* designa la incapacidad de experimentar placer (Loas, 2002).

III.2.7. *Trastornos de la psicomotricidad, del acto,de las conductas y de la voluntad*

Vamos a agrupar aquí toda la semiología relacionada con el acto, con el *actuar*.

booksmedicos.org

Concierne a la psicomotricidad, desde sus manifestaciones más elementales hasta las más elaboradas (actos y conductas), pasando por la voluntad de actuar.

La *psicomotricidad* va de la agitación a la inmovilidad, pasando por los gestos y los movimientos extraños e incomprensibles (Henry *et al.*, 2006).

La *agitación*, muy frecuentemente, puede adoptar diversas formas: *hipermimia*, a saber, una animada expresividad facial que acompaña los contenidos verbales de carácter traumático, pasional, reivindicativo, sexual; incesantes movimientos de las manos y de los ojos del ansioso; imposibilidad del maniaco de permanecer en un lugar; cólera y agresividad del paciente que se siente amenazado; motricidad desordenada y perpleja del confuso; estereotipias y deambulaciones del paciente esquizofrénico; impulsividad imprevisible del paciente alucinado o desorganizado; gran crisis de agitación con descarga emocional de las situaciones de crisis de todo origen; *crisis clástica* que incrimina a los objetos mediante una rabia que oculta mal un sentimiento de impotencia. El término *impulsividad* se asocia a la noción de *paso al acto,* que designa un acto brutal, imperioso, que obedece a una necesidad interna que escapa del control del individuo y que se experimenta en un clima de tensión que cede inmediatamente después de la realización del gesto; está asociado a la suspensión de toda actividad de elaboración mental y de juicio, y puede tener un carácter agresivo o incongruente. En su forma extrema, se trata de un *raptus* ansioso, agresivo o suicida. Se distingue el paso al acto de la *consumación del acto*, que designa conductas patológicas más complejas y elaboradas, siguiendo un escenario consciente (aunque de determinación inconsciente), que se impone al individuo como impulsión a la que le resulta difícil, e incluso imposible, resistir; las consumaciones del acto se observan en las patologías perversas, en algunas conductas repetitivas de pacientes neuróticos o estados límite, etcétera.

A la inversa, la obstaculización de la expresión psicomotora es igualmente característica. La *amimia* y la *hipomimia* designan la ausencia o el enrarecimiento de la expresividad facial (estados depresivos, esquizofrenias, histeria, estados de confusión). Hay que señalar la lentitud y la inhibición psicomotora *(bradiquinesia)* que, en sus formas extremas, puede llegar hasta la suspensión. Se denomina *estupor* a un estado de aparición súbita, que realiza una total inmovilización psicomotriz de las conductas motoras, observado en algunas esquizofrenias (estupor catatónico), depresiones (estupor melancólico) o estados confusionales. Hay que distinguirlo de la *catalepsia*, término que designa igualmente una inmovilización de la psicomotricidad, pero de una mayor expresividad, al dejar suponer que las actitudes estereotipadas remiten a una forma de consumación del acto: actitudes catalépticas del paciente esquizofrénico discordante, atrapado entre dos movimientos contrarios que se equilibran en la inmovilidad, ataques catalépticos de la histeria, asociados a otras manifestaciones patológicas (actitudes de éxtasis, sonambulismo).

Finalmente, la psicomotricidad puede implicar expresiones extrañas. La *ecopraxia* y la *ecomimia* designan la repetición automática de los gestos y las mímicas del interlocutor. Las *paramimias* (o dismimias) designan sobre todo aquellas mímicas discordantes del paciente esquizofrénico, pero también algunos trastornos facticios. Las

booksmedicos.org

paraquinesias abarcan la totalidad de los trastornos del movimiento: estereotipias motoras de la esquizofrenia o paliquinesias (repetición mecánica del mismo movimiento), pero también trastornos relacionados con los tratamientos neurolépticos: *disquinesias* (diversos movimientos anormales), *tasiquinesia* (tendencia a ponerse en movimiento que los pacientes designan como "hormigueo"), *acatisia* o imposibilidad de permanecer sentado. Los *tics*, "movimientos involuntarios, bruscos y repentinos, rápidos y repetidos, forman parte de las paramimias y de las paraquinesias. Afectan a algunos grupos musculares en relación funcional. Luego, han perdido toda utilidad, si es que originalmente pudieron tener alguna" (Lebovici, 1952). Señalemos por último los numerosos trastornos de la psicomotricidad que se encuentran en la histeria conversiva (véase el capítulo XIX).

La clínica psiquiátrica abarca diversas *conductas* patológicas: tentativa de suicidio y suicidio, conductas de riesgo, homicidio, robo patológico (cleptomanía), fugas, piromanía… Algunas de estas manifestaciones son tratadas en los capítulos correspondientes. A la inversa, la *voluntad* puede verse afectada en el sentido de una *incapacidad para consumar el acto*: el *apragmatismo* designa un estado de ausencia de iniciativa, acompañado o no de veleidades de acción que se quedan en estado de proyectos; la *abulia* designa la ausencia de voluntad.

III.2.8. *Trastornos de la vigilancia, de la atención,de la conciencia y de la conciencia de sí*

Estos trastornos, en ocasiones al límite de la neurología y de la psiquiatría, son globales y se manifiestan por ello asociados con frecuencia a otros trastornos de las funciones examinadas en los capítulos anteriores.

Los trastornos de la vigilancia remiten simultáneamente a los diferentes estadios del coma y a los estados de alteración de la conciencia que encontramos en ciertos estados de confusión (incluidos los histéricos), en los traumatismos craneanos y otras agresiones del sistema nervioso central, en algunos estados psicóticos agudos, especialmente de origen tóxico. Varios términos, según las terminologías, designan algunas diferentes cualidades de esta afectación de la vigilancia y de la conciencia (*estrechamiento* y *disgregación del campo de la conciencia*): la *obnubilación* (especie de adormecimiento del funcionamiento mental con monoideísmo), la *obtusión* (defecto de comprensión con enlentecimiento de las operaciones cognitivas), el *embotamiento* (anonadamiento de las funciones psíquicas) (Lechevalier *et al.*, 1998). Se pueden observar estos distintos grados de disminución de la vigilancia y de la conciencia en diversos estados (estados crepusculares, estados segundos) más o menos vinculados a la clínica de la histeria; en cambio, los estados oniroides y el onirismo se relacionan con la confusión mental.

La *hipervigilancia* puede ser observada en algunos estados de origen tóxico (LSD, anfetaminas), pero también en las fases expansivas de ciertas psicosis crónicas (delirio de persecución) y en los estados maniacos e hipomaniacos.

booksmedicos.org

La *atención* sigue las mismas variaciones que la vigilancia; se denomina *hipoprosexia* o *aprosexia* a la dificultad de concentración (distractividad, deficiencia de fijación de la atención) e *hiperprosexia* al estado de alerta que vemos en los individuos ansiosos, hiperemotivos, pero también delirantes.

El trastorno de la orientación en el tiempo y en el espacio *(desorientación témporo-espacial)* acompaña con frecuencia a los trastornos de la vigilancia y caracteriza fundamentalmente a los estados de confusión y a las demencias.

Por último, *la conciencia de sí* puede conocer diversos trastornos, el más frecuente de los cuales es la despersonalización (véase más adelante, apartado III.3).

III.2.9. *Trastornos de las funciones fisiológicas*

Todas las grandes funciones fisiológicas *(sexualidad*, *alimentación-eliminación*, *ciclo sueño-vigilia)* pueden prácticamente verse perturbadas en tal o cual aspecto de su funcionamiento en el marco de los trastornos mentales.

Los trastornos de la sexualidad son muy frecuentes y tienen que ver con el conjunto total de las patologías. Pueden estar relacionados con los medicamentos psicotrópicos. La impotencia, la frigidez, la eyaculación precoz, la dispareunia (vaginismo) son muy frecuentes, así como las prácticas masturbatorias. Las parafilias (perversiones sexuales) son examinadas en el capítulo XLIV.

Los trastornos de las conductas alimentarias son igualmente muy frecuentes. La restricción alimentaria voluntaria *(anorexia)* representa una entidad clínica en sí misma cuando va acompañada de una serie de elementos característicos (véase el capítulo XXXVII). La *hiporexia* y la *anorexia* no son raras entre los pacientes deprimidos, o entre los ansiosos crónicos; una anorexia con pérdida de peso representa un indicio de depresión severa. Un *rechazo alimentario* puede ser observado en el paciente melancólico, perseguido o esquizofrénico, en relación con preocupaciones delirantes. De manera inversa, la *hiperorexia* aparece entre algunos pacientes maniacos; debe ser diferenciada tanto de la *bulimia* (ingesta impulsiva de una gran cantidad de comida, seguida de sentimientos de culpabilidad y eventualmente de vómitos provocados) como de la *polifagia*, ingesta habitual de importantes cantidades de comida, observada entre los pacientes psicóticos, en relación, entre otras cosas, con los tratamientos neurolépticos. El término *sitiomanía*, introducido por Magnan, corresponde a la crisis bulímica; la *fagomanía* corresponde al "comisqueo" sin sensación de hambre. Otros trastornos de las conductas alimentarias pueden observarse (glotonería, voracidad) especialmente entre los pacientes psicóticos; en grandes estados de regresión es posible observar una *coprofagia*. Por último, la absorción patológica de líquidos es descrita con dos términos: la *dipsomanía* es la ingesta de grandes cantidades de bebidas alcohólicas de manera impulsiva; aparece entre los pacientes estados-límite y menos frecuentemente entre los maniacos. La *potomanía* es una ingesta compulsiva de agua o de bebidas no alcohólicas en grandes cantidades, lo que puede acarrear graves trastornos electrolíticos; se observa

booksmedicos.org

entre los pacientes esquizofrénicos y se ve incrementada por los neurolépticos (sequedad de la boca) y por el tabaquismo.

En los grandes estados de regresión psicótica no es raro observar algunos trastornos del control esfinterino (*enuresia*, *encopresia*, "chochez esquizofrénica"). La enuresia aparece igualmente con el alcoholismo.

Los trastornos del sueño, muy frecuentes en todas las patologías mentales, son examinados en el capítulo XXXVIII.

III.3. Aspectos sindrómicos

Algunos grupos de síntomas se presentan en forma de síndromes característicos, apareciendo como tales en algunas patologías mentales.

El *síndrome de referencia* reúne ideas delirantes de carácter interpretativo, ilusiones y alucinaciones auditivas acústico-verbales. El sujeto tiene la sensación de que lo que ocurre a su alrededor se refiere a él: la mirada de un peatón en la calle, la tos de un desconocido en el metro, tal opinión o imagen escuchados o vistos en la televisión. Palabras o frases alucinatorias ("¿ya viste a ése?") pueden llegar a completar el cuadro.

El *síndrome de influencia* reúne una cierta cantidad de síntomas (alucinaciones sensoriales y psíquicas, ideas delirantes de persecución, trastornos psicomotores, fenómenos telepáticos: pensamiento controlado y teleguiado…) que indican que la persona se siente bajo el dominio de otra, de una fuerza extraña, contra la que intenta resistir con más o menos éxito, o a la que se encuentra totalmente sometido.

El *síndrome de automatismo mental* fue descrito por G. de Clérambault (1942) durante la década de 1910 a 1920. Se presenta como una "escisión del yo", cuando éste experimenta una cierta cantidad de fenómenos elementales (pensamientos, imágenes mentales…) que escapan de su control. Se describe el *pequeño automatismo mental* y el *triple automatismo mental*. El pequeño automatismo mental implica pensamientos y recuerdos que desfilan de manera incoercible *(mentismo*, *ecmnesias),* suspensiones del pensamiento, fenómenos de desdoblamiento "mecánico" del pensamiento (eco del pensamiento), comentarios del pensamiento y de las acciones, pensamientos "parásitos". El triple automatismo mental tiene que ver al mismo tiempo con la esfera ideica, con los fenómenos descritos anteriormente, con lo ideo-verbal (palabras o frases pronunciadas contra la voluntad del individuo), con lo sensitivo (sensaciones parásitas) y con lo psicomotor (actos cometidos de manera "automática": agresión, suicidio…, dado que el individuo siente una inexplicable y no obstante imperiosa obligación de perpetrarlos).

La *despersonalización-desrealización* (Saladini y Luauté, 2003) es un síndrome que puede aparecer en diversas patologías: histeria, esquizofrenia, episodios delirantes oníricos bajo tóxicos, pero también, en forma más atenuada, en la neurosis obsesiva. Se encuentra en el punto de convergencia de las concepciones neuropsicológicas, psiquiátricas y psicoanalíticas de la psicopatología. Tiene que ver con la noción de "esquema corporal", que da por su parte seguimiento a los trabajos neurológicos desde

booksmedicos.org

finales del siglo XIX relativos a la *somatognosia*, integración de las diferentes sensaciones propioceptivas en un conjunto dotado de un sentimiento y de una sensación (de una conciencia) de su unidad. También tiene que ver con la problemática de los "límites del yo", y la diferenciación entre "sí mismo" y "no sí mismo" (interior / exterior, adentro / afuera, etc.). Clínicamente, se presenta como un sentimiento de *no pertenencia* de tal o cual parte o tegumento del cuerpo; puede adquirir el aspecto de una *desencarnación*, pero también el de una disolución, transformación o difusión fuera de la envoltura cutánea. Puede tener que ver muy particularmente con el "yo psíquico" *(desanimación)*. Va acompañado de una sensación de intensa angustia, así como por lo general de una pérdida de familiaridad con los objetos, el entorno, el ambiente habitual del individuo *(desrealización)*.

El *síndrome disociativo* y la *discordancia* son dos términos que, desde Bleuler (1911) y Chaslin (1912), remiten a la esquizofrenia. Son presentados en el capítulo XXIII.

Conclusión

La semiología psiquiátrica es a la psiquiatría clínica lo que el solfeo es a la música: permite descifrar una partitura pero no basta para garantizar su interpretación. El clínico pone todo su interés para poseer un buen conocimiento de la semiología a fin de no dejar pasar importantes elementos de la clínica de su paciente que, como los pacientes somáticos, puede omitir la mención de los aspectos de su padecimiento que resultan fundamentales para su comprensión. Pero, una vez efectuado correctamente tal desciframiento, son los dos protagonistas quienes deberán utilizarlo para producir un trabajo psíquico entre dos que, pese a su parte objetivable, llevará el sello de la originalidad de su encuentro.

BIBLIOGRAFÍA

Baillarger, M. J. (1846), *De l'influence de l'état intermédiare à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations*, J.-B. Baillière, París.

Benoit, G., y G. Daumezon (1970), *Apport de la psychanalyse à la séméiologie psychiatrique*, Informe en el Congreso de Psiquiatría y de Neurología de Lengua Francesa, Masson, París.

Bernard, P., y S. Trouvé (1977), *Sémiologie psychiatrique*, París, Masson. [*Semiología psiquiátrica*. Versión española de Aurelio López Zea, Toray-Masson, Barcelona, 1978.]

Bleuler, E. (1911), *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*, EPEL-GREC, París, 1993. [*Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Versión española de Juan Carlos Stagnaro, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2011.]

Brierre de Boismont, A. (1852), *Des hallucinations*, J.-B. Baillière, París.

booksmedicos.org

Chaslin, P. (1912), Éléments de sémiologie et clinique mentales, Éditions Asselin et Houzeau, París. [*Elementos de la semiología y clínica mentales,* t. I. Versión española de Natalia d'Aquino y Alicia Peyró. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2010.]
Clérambault, G. de (1942), *Œuvres psychiatriques,* PUF, París.
Derouesné, C., y L. Lacomblez (2007), "Sémiologie des troubles de la mémoire", en *Encyclopédie médico-chirrurgical, Psychiatrie*, 37115-A10, Elsevier Masson, París.
Ey, H. (1973), *Traité des hallucinations*, 2 vols., Masson, París. [*Tratado de las alucinaciones*, t. I. Versión española de Humberto Casarotti y Eduardo Mahieu, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2009.]
Falret, J.-P. (1864), *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, J.-B. Baillière, París. [*Las enfermedades mentales y los asilos de alienados*. Versión española de Nora Carbone y Gastón Piazze, De la Campana, Buenos Aires, 2002.]
Faure, H. (1966), *Les Objets dans la folie* (t. I, *Hallucinations et réalité perceptive*, t. II, *Les Appartenances du délirant*), PUF, París.
Guelfi, J.-D. (1993), *L'Évaluation clinique standarisée en psychiatrie*, 2 vols., Éditions Médicalles Pierre Fabre, Bolonia.
Guelfi, J. D., V. Gaillac y R. Dardennes (1995), *Psychopathologie quantitative*, Masson, París.
Guiraud, P. (1956), *Psychiatrie clinique*, 3ª ed., Le François, París.
Henry, J.-M., C. Védie, T. Witjas, J.-P. Azulay y F. Poinso (2006), "Sémiologie des troubles psychomoteurs", *Encyclopédie médico-chirurgical, Psychiatrie*, 37117-A10, Elsevier, París.
Janet, P. (1898), *Névroses et idées fixes*, Alcan, París.
——— (1903*), Les Obsessions et la Psychasténie*, Alcan, París.
Kapsambelis, V. (1997), *Termes psychiatriques français d'origine grecque*, Masson, París.
Lagache, D. (1934), *Les Hallucinations verbales et la parole*, en *Œuvres,* t. I, PUF, París, 1977,pp. 1-134. [*Obras completas*, t. I. Versión española de Stella Abreu, Paidós, Buenos Aires, 1982.]
Lantéri-Laura, G. (1970), "Introduction à la pathologie de la communication", en *Encyclopédie médico-chirurgical, Psychiatrie*, 37129-A10, Éditions Techniques, París.
——— (1973), "Introduction générale à la sémiologie en psychiatrie", en *Encyclopédie médico-chirurgical, Psychiatrie*, 37101-A10, Éditions Techniques, París.
Lantéri-Laura, G., y R. Tevissen (1996), "Historique des délires chroniques et de la schizophrénie", en *Encyclopédie médico-chirurgical, Psychiatrie*, 37281-C10, Masson Elsevier, París.
Laroi, F., M. Van der Linden y M.-N. Levaux (2008), "Une aproche cognitive de la schizophrénie", en M. Van der Linden y G. Ceschi (dirs.), *Traité de psychopathologie cognitive*, t. II, *États psychopathologiques,* Éditions Solal,

booksmedicos.org

Marsella, pp. 225-248.
Lebovici, S. (1952), *Les Tics chez l'enfant*, PUF, París. [*Los tics nerviosos en el niño*. Versión española de Fernando Gutiérrez, Planeta, México, 1976.]
Lechevalier, B., F. Eustache y F. Viader (dirs.) (1998), *La Conscience et ses troubles*, De Boeck, Bruselas.
Loas, G. (dir.) (2002), *L'Anhédonie. L'insensibilité au plaisir*, Éditions Doin, París.
Minkowski, E. (1927), *La Schizophrénie*, Payot, París. [*La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Versión española de Eliane Cazenave Tapie Isoard, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.]
Pichot, P. (1961), *Les Névroses*, Laboratoire de l'Hépatrol, París.
Pitres, A., y E. Régis (1897), *Séméiologie des obsessions et idées fixes*, Gounouilhou, Burdeos.
Porot, M., J. Sutter e Y. Pélicier (1984), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, PUF, París.
Saladini, O., y J.-P. Luauté (2003), "Dépersonnalisation", en *Encyclopédie médico-chirurgical, Psychiatrie*, 37125-A10, Elsevier Mason, París.
Sharokh, N. C., y R. E. Hales (2003), *American Psychiatric Glossary*, 8ª ed., American Psychiatric Pub, Washington / Londres.

booksmedicos.org

[1] Un texto fundamental sobre el tema es el de G. E. Berrios, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX,* trad. de Laura de los Ángeles Díaz, Fondo de Cultura Económica, México, 2008. [E.]

[2] Una obra indispensable sobre el tema es la de S. Piro, *El lenguaje esquizofrénico,* trad. de Carlos Martínez Moreno, Fondo de Cultura Económica, México, 1987. [E.]

booksmedicos.org

IV. EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

OLFA MANDHOUJ

La epidemiología tiene como objetivo estudiar la distribución de las enfermedades entre las poblaciones a fin de conocer los factores que determinan o acompañan su aparición (Fombonne y Fuhrer, 1986). Se trata de un método que permite determinar la frecuencia de las enfermedades o de los hechos de salud *(epidemiología descriptiva),* identificar factores de riesgo o de vulnerabilidad *(epidemiología analítica)* y evaluar la eficacia de los métodos de intervención, de tratamiento o de la prevención *(epidemiología evaluativa)* (Choquet, 1994; Bouyer *et al.*, 1995).

La epidemiología se desarrolló desde los inicios del siglo XIX. Comenzó por el estudio de las grandes epidemias con la finalidad de conocer su frecuencia y su repartición geográfica, y se desarrolló considerablemente para abarcar los diferentes campos de la mortalidad y de la morbilidad. El retardo en lo que respecta a la salud mental (década de 1970) se explica por la diversidad de las escuelas y de las teorías, lo que dificultó el perfeccionamiento de las herramientas de medición y la construcción de cuestionarios de detección o de diagnóstico para una confiable recolección de la información. Son las clasificaciones de las enfermedades mentales las que favorecieron la implantación de una epidemiología psiquiátrica (Choquet, 1994).

La explicación de las enfermedades mentales requiere del apoyo de un modelo multifactorial que implique la búsqueda y la identificación de los factores de riesgo, enfermedades complejas en sí mismas en virtud de la diversidad de los factores asociados (hereditarios, ambientales, relacionales…) y de la interacción entre esos diversos factores.

IV.1. LAS DIFICULTADES DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN PSIQUIATRÍA

El clásico modelo médico, así como el modelo anatomoclínico, no han hecho hasta el presente la prueba de su adecuación al campo psiquiátrico. No existen criterios de verificación de juicio clínico en psiquiatría, como sí los hay en medicina. Las condiciones de aparición de las enfermedades mentales, así como las fronteras entre los trastornos psicológicos y las auténticas enfermedades mentales, son difíciles de precisar. Los indicadores comúnmente utilizados en epidemiología, como la prevalencia y la incidencia, requieren que sea posible distinguir de manera precisa las fronteras entre lo normal y lo patológico. Inversamente, el diagnóstico psiquiátrico se basa casi siempre en la

booksmedicos.org

apreciación subjetiva del profesional de los síntomas y las conductas del paciente, lo que da una correcta concordancia interjueces para el alcoholismo, las deficiencias mentales y los trastornos mentales orgánicos, mediocre para las psicosis y mala para las neurosis y los trastornos de la personalidad. El criterio de sufrimiento es el que por lo general permite fijar los límites de la patología en clínica.

Diversas clasificaciones psiquiátricas se han ido desarrollando desde que se inició el siglo XX. Sus criterios son, ora descriptivos, sintomáticos, ora de orden etiopatogenético. Su utilización, asociada a entrevistas estructuradas, ha mejorado la fidelidad interjueces de los diagnósticos psiquiátricos y, por ende, la homogeneidad de los resultados de los estudios epidemiológicos.

IV.2. EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA

IV.2.1. *La mortalidad*

Los índices de mortalidad descansan en el cálculo de la frecuencia anual de decesos en el seno de una población. Este coeficiente puede ser en bruto o calcularse en función de la edad, del sexo, de la causa del deceso, etc. En Francia, los datos relativos a la mortalidad son proporcionados por el INSEE (Instituto Nacional de la Estadística y de los Estudios Económicos).

La mortalidad suicida

El índice de suicidios es uno de los indicadores más utilizados para comparar la salud mental entre los países y para dar seguimiento a sus evoluciones. El suicidio es una de las principales causas de deceso en la mayor parte de los países, especialmente entre los individuos con edades que van de los 15 a los 34 años. Según la OMS, existen muy considerables diferencias respecto a los índices de suicidio en Europa, yendo de 47 por cada 100 000 habitantes en Lituania a tres por cada 100 000 en Grecia e incluso dos por cada 100 000 en Armenia y en Albania.

Se contabilizaban 10 660 decesos por suicidio en Francia en 2003 (tercer lugar europeo), pero su subestimación de 20% lleva esta cifra a 13 000 (Mouquet y Bellamy, 2006). Este coeficiente ha descendido considerablemente durante los últimos veinte años gracias a las políticas de prevención del suicidio. Es más elevado entre los hombres que entre las mujeres, entre los individuos de edad avanzada que entre los jóvenes, en París que en provincia, entre los solteros y los viudos que entre las personas casadas. Es más frecuente en el día que en la noche, a principios de semana que al final, en primavera y en verano que en otoño y en invierno. La “autopsia psicológica” de los suicidas pone en evidencia la existencia de un problema psiquiátrico en la mayoría de los casos. Los

booksmedicos.org

diagnósticos más frecuentemente observados son el trastorno bipolar, la depresión, el alcoholismo, la esquizofrenia y los trastornos de ansiedad (Bourgeois, 1994; Inskip *et al.*, 1998).

La mortalidad no suicida

Los enfermos mentales presentan un índice de mortalidad elevado, así como una baja en su esperanza de vida. Esto parece explicarse fundamentalmente por la intoxicación de alcohol y tabaco, la mala higiene alimentaria y algunas complicaciones iatrogénicas. La esquizofrenia es una importante causa de mortalidad prematura en virtud de numerosas comorbilidades: afecciones cardiovasculares, cáncer, adicciones, enfermedades infecciosas (Casadebaig y Philippe, 1992).

IV.2.2. *La morbilidad*

Indicadores de la morbilidad

La evaluación de la morbilidad se basa en dos indicadores fundamentales: la *prevalencia* (número de casos de una enfermedad en un momento dado o en un periodo definido) y la *incidencia* (número de casos nuevos de una enfermedad que aparecen en un periodo definido). Dos tipos de encuestas epidemiológicas hacen posible la medición de estos indicadores:

—las encuestas *transversales*. Sencillas de realizar, ofrecen una imagen "instantánea" de una situación sanitaria o de un fenómeno de salud, además de que permiten calcular los índices de prevalencia (Bouyer *et al.*, 1995);
—las encuestas *longitudinales*. Se apoyan por lo general en la observación y en el seguimiento de cohortes y tienen como característica el realizar investigaciones repetidas y prolongadas en el tiempo respecto de una población determinada. Este tipo de encuesta permite calcular las tasas de incidencia, como por ejemplo las tablas de mortalidad (recolección de los datos relativos a la mortalidad y sus causas a lo largo del año).

Definición de caso

La definición precisa de caso es una base indispensable para todo trabajo epidemiológico, definición que se dificulta en psiquiatría debido al carácter subjetivo de la evaluación

booksmedicos.org

diagnóstica. La elaboración de las recolecciones estandarizadas de los datos y la utilización de los dos grandes sistemas criteriológicos de diagnóstico, la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición) de la Organización Mundial de la Salud (1992) y el DSM-5 (quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2000) han hecho posible aumentar la credibilidad de los resultados de los estudios epidemiológicos (Kovess, 1996). Las clasificaciones permiten obtener un consenso respecto a la descripción de una cierta cantidad de estados mórbidos, incluso si sigue preocupando su subjetividad debido a las dificultades que se presentan en el reconocimiento, la identificación y la clasificación de los trastornos mentales.

Existen dos métodos de definición de caso en epidemiología psiquiátrica (Gorwood y Rouillon, 1996): *a)* el método *categorial*, basado en la presencia o en la ausencia de criterios diagnósticos, *b)* el método *dimensional*, que analiza la distribución de una variable en una población. Los "casos" son los individuos cuyas puntuaciones utilizadas en los tests o en la escala son superiores a un umbral considerado patológico. Este método es difícilmente compatible con los estudios epidemiológicos de potencia suficiente.

Los estudios en población general

La epidemiología trabaja generalmente con subgrupos de población o con muestras llamadas "representativas" de una población de referencia y obtenidas al azar dentro de esta población.

Los grandes estudios epidemiológicos realizados en población general en los Estados Unidos (National Comorbidity Survey [NCS] y Epidemiologic Catchment Area [ECA]) (Narrow, 2002) mostraron que los trastornos psiquiátricos afectan a una persona de cada tres por año. La Escuela de Salud Pública de Harvard, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifican por orden de morbimortalidad decreciente cinco principales patologías: la depresión, el alcoholismo, los trastornos autoagresivos como el suicidio, las esquizofrenias y los trastornos bipolares (Rouillon, 2008).

Los estudios en poblaciones infantiles y juveniles

La tasa de prevalencia para la totalidad de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente se encuentra alrededor de 12.3% (Verhulst, 1995). En el niño, las tasas de prevalencia se indican por orden decreciente: 5 a 10% para los trastornos de ansiedad; 5% para los tics; cinco de cada 1 000 para el síndrome hiperquinético, y por último cuatro a cinco de cada 10 000 para el autismo, con una frecuencia mayor entre los varones (riesgo multiplicado por 3.8). Algunos trastornos aparecen o aumentan en la

booksmedicos.org

adolescencia, como los trastornos de la conducta alimentaria, la depresión (prevalencia de 3 a 4%) y las tentativas de suicidio. Otras evolucionan entre la infancia y la adolescencia, como la ansiedad de separación, que es la más común en el periodo previo a la pubertad, y el trastorno de pánico, que es el más frecuente en la adolescencia. Como para el adulto, es frecuente la comorbilidad de los trastornos del humor y de los trastornos ansiosos (Kovess, 1996; Marcelli y Braconnier, 2008).

Evolución de la mortalidad y de la morbilidad a lo largo del tiempo

En los diversos informes del Ministerio de la Salud y en los resultados de las encuestas decenales de salud, el número de personas que consultan los servicios psiquiátricos y paidopsiquiátricos ha aumentado considerablemente en los últimos veinte años. No obstante, este aumento debe ser situado dentro del contexto de un aumento general de la demanda de atención. La excesiva demanda de consultas y de urgencias psiquiátricas, además de la escasa cantidad de camas en relación con la solicitud de atención y las interminables esperas, representan las principales dificultades para orientarse en el sistema de atención psiquiátrica y refuerzan la impresión entre el público de un aumento de la prevalencia (Kovess, 2008).

Cada año, en promedio, 10 personas de cada 100 000 con edades que van de los 12 a los 60 años desarrollan una esquizofrenia, con una incidencia media de entre 7.7 y 43 de cada 100 000 individuos según el país. La prevalencia de los trastornos psicóticos es relativamente estable en el mundo.

IV.3. Epidemiología analítica

La epidemiología analítica o etiológica tiene como objetivo el estudio de las causas de las enfermedades y busca establecer un vínculo estadístico o un vínculo de causalidad entre un factor y una enfermedad. Se apoya en técnicas de comparación entre la frecuencia de una enfermedad en un grupo que presenta un factor de riesgo comparado con un grupo que no lo presenta. Pone a prueba las hipótesis en factores de causalidad o de vulnerabilidad, llamados "factores de riesgo": puede tratarse de factores genéticos, sociales, familiares, conductuales, de entorno, etc., asociados a una enfermedad o a un problema de salud.

Los investigadores del NIMH propusieron en 1980 la definición de un factor de riesgo como algo que es "cualquier característica asociada a una probabilidad aumentada de tener una enfermedad". El factor de riesgo es el factor cuya presencia o ausencia aumentan significativamente el riesgo absoluto de aparición de la enfermedad (Bouyer *et al.*, 1995). El conocimiento de los factores de riesgo, de su asociación y de su sinergia en una enfermedad hace posible la identificación de poblaciones o de grupos de riesgo, abriendo de esa manera las posibilidades de intervención y de prevención adaptadas y

booksmedicos.org

dirigidas a un cierto sector.

IV.3.1. *Investigación de los factores de riesgo*

Uno de los objetivos de la investigación epidemiológica consiste en buscar, entre los factores de riesgo conocidos de trastornos mentales, aquellos que desempeñan un papel causal y cuya frecuencia de aparición o de recaída podría ser reducida con una determinada acción. Las investigaciones sugieren la combinación de varios factores de riesgo, con una concepción multifactorial del modelo explicativo. La investigación etiológica se basa en la noción de *riesgo relativo* (RR) que inhibe el grado de vínculo existente entre un problema de salud y un factor de riesgo. Si se define a un par de grupos, los expuestos y los no expuestos, el RR sería la relación entre la probabilidad de ser "un caso" entre los expuestos y la probabilidad de ser uno entre los no expuestos. El RR puede variar entre 0 (asociación negativa fuerte) y el infinito (asociación positiva fuerte). Toda estimación está sometida a fluctuaciones vinculadas con los métodos de muestreo y con las mediciones efectuadas. Así pues, resulta conveniente considerar el intervalo de confianza del RR calculado (Ancelle, 2006).

Cuando se objetiviza la asociación entre un factor y una enfermedad, no es posible concluir sistemáticamente que existe un vínculo de causalidad, aun si se ha realizado un correcto manejo de los sesgos y de los factores de confusión. Sin embargo, existen criterios que pueden ayudar a juzgar una relación causal, como es el caso particular de la amplitud de la asociación estadística entre la exposición y la enfermedad (RR superior a 3), la plausibilidad biológica (existencia de un mecanismo fisiopatológico conocido), la reproductibilidad de los resultados (concordancia de los resultados de estudios hechos en diferentes regiones, diferentes poblaciones, en diferentes periodos), la existencia de una relación tipo dosis-efecto entre la exposición y la enfermedad (Ancelle, 2006).

IV.3.2. *Encuestas de riesgo relativo*

Existen tres principales tipos de encuestas epidemiológicas que permiten calcular o estimar el riesgo relativo (Bouyer *et al.*, 1995):

—Los *estudios "casos / testigos"*. Tienen como objetivo el estudio de las posibles relaciones que existen entre una enfermedad y un factor de riesgo o un fenómeno anterior. Su análisis descansa en la comparación de la presencia del factor en los individuos enfermos y en los individuos no enfermos. Ponen en evidencia el peso de los factores de riesgo y tienen la ventaja de ser de corta duración, de organización bastante sencilla y de permitir el estudio de varios factores de riesgo al mismo tiempo. Las principales dificultades se presentan con la elección de los

booksmedicos.org

testigos adecuados.

—Los *estudios de cohorte*. Consisten en el estudio de la aparición de las enfermedades durante el transcurso del tiempo en el seno de una población o de un grupo de individuos. Los individuos son incluidos en el momento de la exposición y son monitoreados a lo largo del tiempo a fin de recabar la información concerniente a la posible aparición de la enfermedad. Se trata de encuestas "expuestos / no expuestos" que abarcan a un grupo de individuos no expuestos al factor de riesgo y a uno expuesto a él. La incidencia de las patologías es observada, analizada y comparada entre los dos grupos. Estos estudios, indispensables para el descubrimiento de relaciones etiológicas entre las diferentes variables, son largos y costosos.

—Las *encuestas prospectivas históricas* o *cohortes históricas*. En este tipo de encuestas, el principio del estudio se sitúa en el momento intermedio entre la exposición y la enfermedad. Las cohortes iniciales de los individuos expuestos y no expuestos son reconstituidas, de modo que sea posible reproducir experimentalmente un monitoreo a lo largo del tiempo. Estas encuestas ofrecen la ventaja de recortar la duración efectiva del estudio.

IV.4. Los factores de riesgo de las enfermedades mentales

IV.4.1. *Factores sociodemográficos*

La edad

Algunos trastornos mentales aparecen exclusivamente entre los niños, otros aparecen o evolucionan en la adolescencia y, finalmente, algunos más no se presentan sino hasta la edad adulta (Marcelli y Braconnier, 2009).

La tasa de mortalidad por suicidio aumenta con la edad. Es la primera causa de mortalidad entre los 15 y los 44 años, pero la tasa es máxima entre los hombres de más de 85 años (Mouquet y Bellamy, 2006).

Byrne (1980) demostró que los individuos de edad avanzada sobrevaloran los ítems anorexia y enlentecimiento psicomotor, e infravaloran los ítems agitación e irritabilidad. Pueden considerar algunos signos como normales, mientras que un individuo joven los percibe como algo patológico.

El sexo

En el niño y en el adolescente, todas las patologías tienen una prevalencia o una

booksmedicos.org

incidencia que difieren según el sexo: quejas somáticas, pensamientos depresivos, conductas alimentarias, etc. (Marcelli y Braconnier, 2009). Las consultas en paidopsiquiatría son más frecuentes entre los varones (de 5 a 9% contra 2 a 5% entre las niñas) para trastornos de las conductas y trastornos del aprendizaje antes de la adolescencia. En la adolescencia, esta diferencia tiende a invertirse y encontramos más trastornos mentales entre las mujeres que entre los hombres (Kovess, 1996).

Existen algunas diferencias significativas entre los hombres y las mujeres de edad adulta en lo que se refiere a la prevalencia y a la naturaleza de los trastornos psiquiátricos. La depresión es más frecuente en las mujeres (Ferreri *et al.*, 2003); el perfil de alto riesgo, según Brown y Harris (1978), es el de la mujer ama de casa, de clase obrera, sin un empleo y con niños pequeños (más de tres niños de menos de 14 años). El trabajo en el exterior parece jugar un papel protector al ampliar el campo de las relaciones y mejorar la situación económica del hogar. Una mala relación conyugal representa un factor agravante, con una mayor sensibilidad por parte de las mujeres a las separaciones y a la ruptura de los lazos familiares.

Los trastornos de las conductas alimentarias y los trastornos llamados "somatoformes" son igualmente más frecuentes en las mujeres.

La preponderancia femenina en los índices de neurosis y de depresión se ve compensada por la preponderancia masculina en la psicopatía y el alcoholismo. A diferencia de los trastornos depresivos y ansiosos, las personalidades antisociales (psicopatía) son de cuatro a cinco veces más frecuentes en el hombre.

La tasa de suicidio es más elevada en los hombres. Las tentativas de suicidio son más frecuentes en las mujeres con una tasa de hospitalización más elevada desde la adolescencia hasta la edad de 55 años (Mouquet y Bellamy, 2006).

Los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, son igualmente frecuentes en los hombres y en las mujeres, pero sobrevienen más tardíamente (de cuatro a cinco años) en las mujeres.

Los trastornos vinculados a la utilización de sustancias son más frecuentes en los hombres, así como los trastornos del comportamiento: trastornos de las conductas e impulsiones. Los hombres recurren con más frecuencia que las mujeres a la embriaguez y se sienten más atraídos por las drogas ilícitas. Esta tendencia da cuenta de la tasa más elevada de criminalidad entre los hombres.

IV.4.2. *Factores psicosociales*

Son varios los parámetros que han sido estudiados (Gorwood y Rouillon, 1996).

El matrimonio

Globalmente, los individuos divorciados o separados presentan un riesgo de trastornos

booksmedicos.org

psiquiátricos más elevado que los individuos casados o solteros. El matrimonio parece desempeñar un papel protector en el hombre y patógeno en la mujer, aumentando en ella la vulnerabilidad a la depresión.

Medio rural y medio urbano

Una gran cantidad de estudios ha evidenciado un índice de trastornos depresivos más elevado en las ciudades que en el campo. Las tasas de esquizofrenia, por su parte, son dos veces más elevadas en el ámbito urbano, y de tres a cinco veces más elevadas entre los migrantes. Estas diferencias serían explicables por las interacciones entre el patrimonio genético y el entorno.

Profesiones

Se admite por lo general que las condiciones de trabajo influyen en la salud, especialmente psíquica. Un estudio norteamericano determinó tres profesiones con riesgo de depresión: los abogados; los asesores y los docentes especializados, y las secretarias. Además, son tres los grupos profesionales que parecen estar asociados a un riesgo de suicidio más elevado que el resto de la población: los médicos —y especialmente los psiquiatras—, las enfermeras y los veterinarios.

Las categorías profesionales (barman, gente del espectáculo, médicos…) en las que los productos son fácilmente disponibles están más expuestos al alcoholismo, a la toxicomanía y a la dependencia de las sustancias.

Creatividad y psicosis

Las personas que ejercen una profesión artística presentan episodios delirantes con una mayor frecuencia. La relación entre creatividad y psicosis ha sido objeto de varios estudios. La enfermedad mental ha salpicado la vida de una gran cantidad de artistas (Camille Claudel, Vincent van Gogh, Gérard de Nerval, Charles Gounod…).[1] Sin duda la creatividad implica un cierto "desfase" con respecto a lo que se admite comúnmente como "la realidad"; no hay duda de que algunas personas, en virtud de su fragilidad, su personalidad o la calidad de su entorno, no logran dominar ese desfase (Kovess, 2008).

El nivel social

Varios estudios han evidenciado una relación positiva entre la prevalencia de los

booksmedicos.org

trastornos mentales y el bajo nivel socioeconómico. No obstante, resulta difícil saber si se trata de una causa, de una consecuencia o de un sesgo metodológico. Algunos autores atribuyen esta correlación al hecho de que las clases desfavorecidas presentan más afecciones somáticas. Dada la gran cantidad de interacciones entre los diferentes factores, resulta muy difícil hablar de una relación causa-efecto.

Los factores culturales

El estudio de las diferencias interculturales debe tomar en cuenta las tradiciones clínicas internacionales así como la heterogeneidad y la desigualdad en la accesibilidad a la atención. Los especialistas que trabajan en la salud mental en diferentes culturas han puesto en evidencia varios conjuntos de síntomas que aparecen únicamente en una cultura, llamados "síndromes culturales" (Kovess, 2008). A modo de ejemplo, se ha señalado que los pacientes chinos, en China o habiendo emigrado, tienen una especial forma de vivir un estado depresivo, distinguido por síntomas que se asemejan a la neurastenia (dolores físicos, cefaleas, insomnios, vértigos…). Por lo demás, algunas creencias consideradas como estados delirantes en las sociedades occidentales son comunes y juzgadas como algo normal en algunos países orientales.[2]

En cuanto al alcoholismo y a las toxicomanías, existen muy amplias variaciones internacionales, debidas a la intrincación de los factores socioeconómicos y culturales.

Por lo que respecta a las variaciones del índice de retraso mental, la gran disparidad en materia de protección materna e infantil sigue siendo la causa principal (Gorwood y Rouillon, 1996).

Los eventos estresantes de vida

Algunos eventos de vida durante la infancia, como las rupturas familiares, la violencia doméstica o las desfavorables condiciones socioeconómicas, están asociados a un riesgo más elevado de depresión en diferentes edades de la vida (Widom *et al.*, 2007; Roustit *et al.*, 2007). Los eventos estresantes de vida son factores que favorecen la aparición de los trastornos depresivos y que precipitan las recaídas. El vínculo entre la emergencia depresiva y la aparición de eventos estresantes parece más claro en las depresiones llamadas reactivas. Parece ser que las depresiones psicóticas son menos sensibles a los acontecimientos de vida.

IV.4.3. *Los factores genéticos*

Son ya numerosos los estudios que han calculado el riesgo de que se presente una

booksmedicos.org

enfermedad mental en función del grado de parentesco con un miembro de la familia enfermo. Las variables genéticas son estudiadas mediante encuestas familiares, estudios de gemelos homocigotos y heterocigotos y estudios de adopción. Varios autores han podido confirmar una indudable influencia genética en particular para los trastornos bipolares, la esquizofrenia, el autismo. No obstante, la enfermedad mental no responde a un modelo genético simple y el efecto del entorno parece ser muy importante. Pese a los progresos de la genética, aún no ha sido identificado ningún gen preciso para cualquier enfermedad mental. Por lo tanto, la causalidad de una enfermedad mental requiere recurrir a modelos multifactoriales: la aparición de un trastorno mental resulta de la interacción entre los acontecimientos, las predisposiciones del individuo y la calidad del apoyo relacional en todas las edades de la vida (Van Os, 2010).

IV.5. Epidemiología experimental o evaluativa

Ésta permite evaluar la implementación de una acción (evaluación de procedimiento) o los efectos provocados por esta última (evaluación de los resultados). Se apoya en técnicas de comparación entre la frecuencia de las enfermedades, accidentes o decesos dentro de un grupo que goza de una intervención precisa y aquella otra de un grupo que no goza de ella. La búsqueda de la eficacia terapéutica se desarrolló rápidamente gracias al mejoramiento de los ensayos terapéuticos controlados, pero la evaluación de las acciones de prevención sigue siendo compleja, pesada y onerosa (Choquet, 1994).

IV.5.1. *Evaluación médico-económica*

El costo de la salud mental en los países industrializados es muy pesado: representa 10% de los gastos de salud que, por su parte, se cifran en aproximadamente 10% del PIB (Gorwood y Rouillon, 1996). Los trastornos psiquiátricos abarcan una parte considerable de la atención que se brinda: una quinta parte de las camas de hospitalización de tiempo completo y de 20 a 30% de las consultas en medicina general (Rouillon, 1992). Dejando de lado los costos directos, que incluyen la atención hospitalaria, la atención ambulatoria y los medicamentos, las enfermedades mentales tienen un importante costo indirecto como resultado del impacto de la incidencia social de la mortalidad y de la morbilidad ligadas a estas enfermedades (invalidez, disminución de la producción, ausentismo, carencia de ingresos…).

Con una prevalencia de 6 a 12%, según los estudios, los estados depresivos mayores deben seguir siendo una prioridad en las acciones de prevención y de vigilancia. Por lo demás, el impacto económico de los trastornos psicóticos es considerable. Efectivamente, menos de 10% de los pacientes psicóticos tienen una actividad profesional y el costo promedio de la atención terapéutica ha sido evaluado en 15 000 euros anuales, 44% de los esquizofrénicos reciben un subsidio de adultos en desventaja (AAH), 13.5% una

booksmedicos.org

pensión de invalidez y 4% el RMI[3] (Rouillon, 2007).

IV.5.2. *Evaluación fármaco-epidemiológica*

Francia es uno de los países que más medicamentos consumen en el mundo, y se sitúa a la cabeza en lo que se refiere a los medicamentos psicotrópicos. Rouillon (1992) reveló que 86% de los pacientes eran tratados ya con un psicotrópico en el momento de la primera consulta especializada con un psiquiatra, siendo los productos más utilizados los tranquilizantes (77%), los antidepresivos (58%), los neurolépticos (42%), los hipnóticos (37%), los timorreguladores (10%) y los psicoestimulantes (5%). Algunos son prescritos en asociación, especialmente los antidepresivos (95%), así como los hipnóticos (97%). La prescripción inicial casi siempre es renovada de manera rutinaria.

Un estudio realizado en 2004 por la Assurance Maladie (seguro médico) reveló que 17.4% de la población francesa fue objeto de por lo menos una prescripción de ansiolíticos y 8.8% de una prescripción de hipnóticos. Los consumidores regulares representan 7% para los ansiolíticos y 3.7% para los hipnóticos. Según el informe de la "Misión general concerniente a la prescripción y utilización de los medicamentos psicotrópicos en Francia", ésta consumía de dos a cuatro veces más psicotrópicos que los demás países europeos. La experimentación de medicamentos psicotrópicos resulta ya bastante elevada a una edad temprana, puesto que 20% de los adolescentes de 14 a 15 años declaran haberlos consumido al menos una vez en su vida (Choquet *et al.*, 2004).

El índice de consumo de psicotrópicos aumenta con la edad, en el sexo femenino y ante la presencia de condiciones médico-sociales desfavorables. Los factores implicados en el gran consumo francés de medicamentos psicotrópicos son complejos, múltiples y mal analizados en ausencia de estudios comparativos validados.

IV.5.3. *Evaluación de la calidad de vida*

Las encuestas sobre la calidad de vida, en psiquiatría, estuvieron inicialmente centradas en la rehabilitación social de los pacientes que padecían trastornos mentales. Diamond (1985) dejó en claro que la calidad de vida determina la eficacia terapéutica, dado que esta última afecta las actitudes de los pacientes frente a su tratamiento, la aceptación o el rechazo del mismo y su tolerancia a los efectos secundarios. La medición de la calidad de vida permite entonces evitar las divergencias de los objetivos terapéuticos entre el paciente y su terapeuta.

CONCLUSIÓN

booksmedicos.org

La epidemiología psiquiátrica ha hecho posible la localización de algunos elementos clave para la prevención, a despecho de la gran cantidad de limitaciones metodológicas y de la ausencia de métodos cuya robustez y validez serían indiscutibles.

La evaluación de la salud mental en la población va más allá de un simple conteo de los casos y da lugar a una reflexión acerca de todas las facetas de la existencia humana y sus vicisitudes, de los diferentes factores de riesgo, factores de protección y factores de vulnerabilidad.

Los resultados de las investigaciones han demostrado que la combinación y las interacciones de varios factores de riesgo conducen a un umbral más allá del cual aparece la enfermedad. Estos datos deben ayudar a la planificación de la atención psiquiátrica. El conocimiento de la asociación y de la sinergia entre los diferentes factores de riesgo permitiría establecer programas de *prevención primaria* (mejorar la calidad de vida de las poblaciones, su nivel de vida, sus condiciones de hábitat; luchar contra el aislamiento social, la violencia, las adicciones, etcétera).

Otro campo de aplicación de la epidemiología es el de la *prevención secundaria*, o sea, el del mejoramiento de la detección de los trastornos mentales. Ésta implica el desarrollo de instrumentos de medición de buena calidad metrológica de sensibilidad y de especificidad. Este campo pone en acción a los médicos generales, escolares y de trabajo, así como a los trabajadores sociales, a la educación nacional, a la prensa, etcétera.

Por último, la *prevención terciaria* apunta a disminuir las reincidencias y la cronicidad, así como a optimizar las atenciones terapéuticas. Supone una *política* de utilización de los medicamentos psicotrópicos, con elaboración de recomendaciones concernientes a las prácticas adecuadas y al buen uso de los cuidados, del mismo modo que a la promoción y a la acreditación de las técnicas psicoterapéuticas o psicoeducativas. Dada la naturaleza de los trastornos psiquiátricos, las colaboraciones multidisciplinarias se vuelven indispensables (psiquiatras, epidemiólogos, psicólogos, personal paramédico y educativo, sociólogos…).

BIBLIOGRAFÍA

Ancelle, T. (2006), *Statistique — Épidémiologie*, 2ª ed., Maloine, París.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [DSM-5. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del* DSM-5. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Bourgeois, M. (1994), "Épidémiologie du suicide", *Confrontations psychiatriques*, 35, pp. 327- 354.

Bouyer, J., D. Hémon, S. Cordier, F. Derriennic, I. Stucker, B. Stengel y J. Clavel (1995), *Épidémiologie: Principes et méthodes quantitatives,* INSERM, París.

Brown, G. W., y T. O. Harris (1978) *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Tavistock Publications, Londres.

booksmedicos.org

Byrne, D. G. (1980), "The prevalence of symptoms of depression in an australian general population", *Australian and New Zealand Journal of Psyhchiatry*, 14, pp. 65-71.
Casadebaig, F., y A. Philippe (1992), "Mortalité par suicides, accidents et causes indéterminées chez les malades mentaux hospitalisés. Un problème dé passé?", *L'Encéphale*, 18, pp. 107-114.
Choquet, M. (1994), "Épidémiologie et psychiatrie: À propos des recherches auprès des adolescents", *Perspectives psychiatriques*, 40, pp. 305-312.
Choquet, M., F. Beck, C. Hassler, S. Spilka, D. Morin y S. Legleye (2004), "Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens: consommation en 2003 ét évolutions depuis 10 ans", *Tendances*, 35.
Diamond, R. (1985), "Drugs and quality of live: the patient's point of view", *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, pp. 29-35.
Ferreri, M., F. Ferreri y P. Nuss (2003), *La Dépression au féminin*, John Libbey Eurotext, París.
Fombonne, E., y R. Fuhrer (1986), "Épidémiologie et psychiatrie: Questions de méthode", *Sciences sociales et santé*, IV, 1, febrero.
Gorwood, P., y F. Rouillon (1996), "Épidémiologie des maladies mentales", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37878-A10, Elsevier Masson, París.
Inskip, H. L., E. C. Harris y B. Barraclough (1998), "Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 172, pp. 35-37.
Kovess, V. (1996), *Épidémiologie et santé mentale,* Flammarion, París.
——— (2008), *N'importe qui peut-il péter un câble?*, Odile Jacob, París.
Marcelli, D., y A. Braconnier (2008), *Adolescence et psychopathologie*, 7ª ed., Masson, París.
Mouquet, M. C., y V. Bellamy (2006), *Suicides et tentatives de suicide en France, études et résultats*, 488, DREES, París.
Narrow, W. E. (2002), "Revisited prevalence estimates of mental disorders in the US: Using significance criterion to reconcile 2 surveys estimates", *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 115-123.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Rouillon, F. (1992), "Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée", *L'Éncephale*, 18, pp. 525-535.
——— (2008), "Épidémiologie des troubles psychiatriques", *Annales médico-psychologiques*, 166, pp. 63-70.
Roustit, C., B. Chaix y P. Chauvin (2007), "Family breakup and adolescent's psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions",

booksmedicos.org

Pediatrics, 120, E984-E991.
Van Os, J. (2010), "Gènes, environment, psychologie dans la psychose: évolution des concepts", *Confrontations psychiatriques*, 49, pp. 98-108.
Verhulst, F. (1995), "A review of community studies", en F. Verhulst y H. Koot (dirs.), *The Epidemiology in Child and Adolescent Psychology*, Oxford University Press, Oxford, pp. 146-177.
Widom, C. S., K. Dumont y S. I. Czaja (2007), "A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up", *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 49-56.

booksmedicos.org

[1] Véase K. Redfield Jamison, *Marcados con fuego. La enfermedad maniaco-depresiva y el temperamento artístico,* trad. de Angélica Bustamante, Fondo de Cultura Económica, México, 1998, y Ph. Sandblom, *Enfermedad y creación. Cómo influye la enfermedad en la literatura, la pintura y la música,* trad. de Angélica Bustamante, Fondo de Cultura Económica, México, 1995. [E.]

[2] Véase R. D. Alarcón (ed.), *Cultural psychiatry,* Karger, Basilea, 2013. [E.]

[3] Revenu mínimum d'insertion o ingreso mínimo de inserción, una asignación social que otorga Francia; ha sido remplazado recientemente por el "Ingreso de solidaridad activa".

booksmedicos.org

V. PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS

ANDRÉ GALINOWSKI

El desarrollo de nuevas disciplinas por parte de la medicina experimental a partir del final del siglo XIX (Claude Bernard) ha llevado a una mejor comprensión de las funciones cerebrales. La neurofisiología y la bioquímica se han ido diferenciando progresivamente de la fisiología y de la química, en tanto que la psicofarmacología nació en la década de 1950 y, más tarde, a partir de la década de 1970, las neurociencias se impusieron rápidamente en el campo de la investigación psiquiátrica. Mientras que la psiquiatría biológica tenía como punto de partida al hombre enfermo, las neurociencias aplicaban disciplinas biológicas en ocasiones alejadas de lo humano al estudio del sistema nervioso, recurriendo a métodos de análisis cuantitativos surgidos de modelizaciones matemáticas cada vez más sofisticadas, con la esperanza de extraer beneficios terapéuticos de las mismas. El microscopio electrónico, que remplazó al microscopio óptico, transformó nuestra visión de los tejidos. Los micro-electrodos implantados y conectados a sistemas de amplificación de las actividades eléctricas cerebrales tomaron el relevo de la electroencefalografía. En fecha más reciente, los métodos de la biología molecular, de la genética y de la imagenología funcional han remplazado no pocas veces a la neurofisiología clásica. El American College of Neuropsychopharmacology intitulaba con toda razón la quinta edición (2002) de su tratado *The Fifth Generation of Progress*. Pero el enfoque descriptivo, en el que la investigación se concentra en lo más pequeño (células, moléculas…) o en lo más grande (neuroanatomía), no es concebible sin hipótesis respecto a la función, casi siempre a partir de estudios exploratorios inspirados por las innovaciones tecnológicas, con un alto nivel de formalización (modelizaciones, estadísticas multivariadas, simulación de redes neuronales…). Vamos a hacer una breve descripción de las principales herramientas de las neurociencias y, a manera de ejemplo, la de su utilización en el estudio de las emociones, de la depresión y de la conciencia.

V.1. LAS HERRAMIENTAS DE LAS NEUROCIENCIAS

V.1.1. *Cultivos de tisulares orgánicos y función celular*

En el momento en que Alexis Carrel lograba hacer vivir *in vitro* el corazón de un pollo durante varias décadas, estaba inaugurando en el periodo de entreguerras la conservación

booksmedicos.org

de órganos vivos. El cultivo de los tejidos habrá de entrar en la práctica de las neurociencias a partir de 1975 (Clarac y Ternaux, 2008). La evolución morfológica de las redes neuronales y de las células gliales embrionarias extraídas del animal y mantenidas en vida dentro de un medio nutritivo permite la observación *in vitro* de los procesos de maduración, pero sobre todo la comprobación de las metodologías utilizadas *in vivo* como, por ejemplo, los marcadores celulares, los trazos electrofisiológicos a partir de electrodos unicelulares, la identificación de neurotransmisores o de receptores. El cultivo llamado *organotípico* de fragmentos de tejido nervioso en desarrollo conserva la organización anatómica, y en gran parte funcional, de las células. De esa manera es posible registrar a partir de entonces las corrientes membranales de las células, así como la actividad electrofisiológica de los fragmentos de tejidos animales que hacen posible establecer la analogía con el tejido nervioso en el hombre.

El estudio de las células permite esperar progresos terapéuticos. Descubrimientos en el cerebro adulto de los mamíferos de células madre de tipo embrionario podrían venir a reparar lesiones neurodegenerativas si es que se facilita su proliferación y su diferenciación. La neurogénesis (división de células madre, y enseguida diferenciación en neuronas) suscita el interés de los psiquiatras en virtud de la atrofia del núcleo hipocámpico de los pacientes que padecen depresiones repetidas y de animales sometidos a factores de estrés. Esta atrofia se corrige mediante algunos antidepresivos en el animal.

V.1.2. *Electrofisiología*

Si el potencial de acción que a partir de fibras nerviosas únicas registró Adrian en Inglaterra tras la primera Guerra Mundial vino a ser un mecanismo fundamental de la neurotransmisión, su registro en cambio ha progresado con la utilización de micro-electrodos intracelulares desde 1950 y más adelante con la técnica del *patch clamp* en la década de 1980, que permite analizar el funcionamiento de un canal membranal único (como los canales receptores del GABAA a los que se fijan los ansiolíticos benzodiazepínicos). Un microtubo de ensayo lleno de una solución iónica determinada es aproximado a la membrana de una célula. Calcular de esa manera las corrientes iónicas significa entrar en la era de la electrofisiología molecular.

En 1965, el neurofisiólogo norteamericano Evarts registraba la actividad de células piramidales en un simio en el transcurso de un condicionamiento sencillo, preludio al estudio de las diversas regiones del cerebro. El progreso técnico hace posible la miniaturización de los sensores, del mismo modo que la multiplicación de las pistas de registro en animales tan pequeños como los ratones transgénicos (ratones en los que un gen ha sido artificialmente modificado) para confrontar equipo genético y electrofisiología.

Electrofisiología y redes de neuronas

booksmedicos.org

La "localización" de las funciones cognitivas, soporte de una nueva psicología de las facultades (Fodor, 1983), se vuelve algo factible, incluso si se trata de redes y no de regiones cerebrales específicas. Se establece una circulación de estímulos elementales hacia estructuras distantes: la identificación de sonidos excepcionales en medio de sonidos frecuentes permite estudiar las capacidades de atención (por ejemplo, la onda P300 de los potenciales evocados cognitivos) en diversas patologías con una resolución temporal (unos cuantos ms) superior al de la imagenología funcional. La distribución de neuronas en redes interactivas hace posible la emergencia de percepciones y de acciones coherentes. Según W. Singer (1999), esta cooperación se apoya en una sincronización oscilatoria de las células. La sincronización local supone una momentánea conexión de las redes neuronales, en tanto que la sincronización a distancia, la más frecuente en las actividades cognitivas (Varela *et al*., 2001), pone en relación áreas distantes. En el animal observamos una sincronización rítmica (por ejemplo, en la banda 20-100 Hz) de *conglomerados de neuronas* referidos a la misma percepción visual. En el hombre se realizaron idénticas observaciones de cooperación celular a base de registros EEG: electroencefalográficos (corticales, intracerebrales) y MEG (mediante magnetoencefalografía que registra los campos magnéticos inducidos por la actividad cerebral). Este fenómeno de sincronización / desincronización dependería de la acción de las interneuronas GABAérgicas inhibidoras, interconectadas mediante sinapsis eléctricas. En el plano cortical, las interneuronas dispuestas transversalmente controlan las células piramidales orientadas hacia la profundidad del cerebro. De ese modo se entiende el papel que desempeñaría la sincronización celular en el córtex motor. También se ha podido describir un fenómeno oscilatorio en las células del hipocampo, núcleo temporal fundamental para la modulación de las emociones y la adquisición de recuerdos. Cuando la conexión eléctrica (rápida, sin agotamiento) va acompañada de una sinapsis química inhibidora (liberación más lenta de neurotransmisores, por ejemplo, en situación de estrés), esta última modula la fuerza de conexión eléctrica. Las neuronas descargan entonces en fase o en oposición de fase, según la fuerza de conexión, realizando o no la sincronización de los conglomerados de neuronas.

Una aplicación de la electrofisiología:la teoría de las neuronas espejo

En 1996 Rizzolati y sus colaboradores observan en Parma el área F5 del lóbulo frontal de los simios macacos (equivalente al área de Broca en el hombre): la actividad eléctrica de algunas neuronas premotoras aumenta cuando el animal dirige su mano hacia un objetivo, pero también cuando observa a otro individuo en el momento en que éste ejecuta el mismo gesto, razón por la cual estas neuronas recibieron el nombre de "neuronas espejo". Más tarde se pudo comprobar que algunas neuronas del córtex parietal posterior, conectadas con las neuronas del área F5, presentan la misma activación. Así pues, una red neuronal similar entra en actividad en el observador y en el actor. Este mecanismo, formado a lo largo de la evolución, es una de las bases de la

booksmedicos.org

teoría de la mente, que permite representarse a los demás y captar sus intenciones, al menos si consideramos que los gestos y los afectos están relacionados. Habremos de comparar estas observaciones, cuya interpretación no obstante aún se discute, con los trabajos relativos a la ausencia de reconocimiento de las emociones entre los pacientes esquizofrénicos.

Las neuroprótesis, ¿mañana?

En caso de resistencia probada en los trastornos obsesivo-compulsivos y en la depresión, la estimulación cerebral profunda implantada modula de manera permanente la red neuronal en juego en esas afecciones. Una máquina puede corregir las emociones y las conductas, lo que podrá establecer un paralelo con los experimentos de neuroprótesis. Los primeros estudios no implican aún a la psiquiatría, pero sí a la motricidad en su relación con la conciencia (Clarac y Ternaux, 2008). El córtex motor se ve efectivamente activado desde que el movimiento es imaginado: gracias a un dispositivo de un milímetro de espesor aplicado en el área motriz del brazo y de la mano, Naggle, un jugador de futbol americano tetrapléjico pudo, en 2004, realizar actos relativamente complejos (como abrir su correo electrónico) mediante la sola fuerza del pensamiento.

V.1.3. *Genética*

Estudios de población

La investigación de genes causantes de una vulnerabilidad ante la enfermedad mental se apoya en una comparación con testigos sanos o con estudios familiares (por ejemplo, familia múltiplex: varios pacientes en por lo menos dos generaciones). Los estudios de asociaciones comparan la incidencia de características fenotípicas y genotípicas en relación con la población general. Una vez hecho el diagnóstico mediante una entrevista como el DIGS (Diagnostic Interview for Genetic Studies), el ADN (ácido desoxirribonucleico) puede ser objeto de varios tipos de análisis, especialmente:

—Vinculación genética *(linkage):* permite identificar las regiones cromosómicas *(loci)* que son transmitidas (segregación) con la enfermedad a una familia. Estas regiones pueden incluso ser estudiadas en la totalidad del genoma gracias al cernido de indicadores cromosómicos polimorfos multialélicos (como los microsatélites) o bialélicos (Single Nucleotide Polymorphisms o SNP). La fuerza de la vinculación es expresada mediante una probabilidad, el indicador LOD. De esa manera fue posible identificar genes de susceptibilidad a la esquizofrenia y al autismo, cuya carga

booksmedicos.org

genética es elevada, pero también frente a los trastornos obsesivo-compulsivos, a las adicciones y a los trastornos alimentarios. El proyecto europeo GEI (Gene Environnement Interaction) prevé el cernido de 10^6 SNP en cerca de 10 000 individuos.

—Desequilibrio de vinculación (Linkage Disequilibrium): este análisis determina si algunos marcadores genéticos (generalmente los SNP), localizados cerca de un *locus* característico de la enfermedad, están más vinculados de lo que el azar querría. Los marcadores se eligen según su valor informativo (bancos de datos internacionales documentan la frecuencia alélica, la localización en el genoma, etcétera).

Genética y biología molecular

Los neurotransmisores (como las monoaminas cerebrales) se fijan en receptores neuronales. Más allá de los receptores membranales divididos en numerosos subtipos, la señal se transmite ya sea mediante transducción (activación de una proteína G, además de enzimas que sintetizan a los segundos mensajeros), o bien abriendo canales iónicos. Existe igualmente un segundo tipo de neurotransmisión, dado que el potencial de acción abre los canales voltaje-dependientes. Independientemente de que la transmisión sináptica sea química o eléctrica, una *cascada* de activaciones y de regulaciones dirige la señal hasta el núcleo, modulando la expresión génica. Esta activación pasa generalmente por una proteína creb (CAMP Response Element Binding) que se liga a las secuencias promotrices del gen, desencadenando su expresión.

La *proteómica* identifica no sólo a los neurotransmisores proteicos, sino también a las enzimas y a las moléculas de esas vías de señalización intra o intercelulares. La espectrometría de masa y la electroforesis en gel de dos dimensiones (2D-PAGE) detectan estas moléculas en función de su peso molecular y de su carga iónica. Cuando se conocen las proteínas correspondientes a los genes "candidatos" (por ejemplo, la neurregulina para la esquizofrenia) a raíz de estudios genéticos humanos, se les estudia en el animal (presencia de la proteína correspondiente en tal estructura cerebral) y en modelos celulares (por ejemplo, función en la neuroplasticidad); pero incluso en este caso el progreso podría provenir de técnicas nuevas llamadas de alto débito.

Los "microchips ADN", macroarrays o microarrays (o incluso chips ADN), permiten verificar hasta 500 000 mensajeros en un solo experimento comparando a dos grupos de individuos. De esa manera se puede localizar a los ARNm expresados en una estructura determinada (por ejemplo, cerebro humano post mórtem) y ofrecer de ellos una evaluación semicuantitativa. Los ADNc (ADN complementarios) de los ARNm verificados, conocidos como objetivos, efectivamente se hibridan, si sus estructuras son complementarias, con los ADN conocidos, llamados *sondas* y que el experimentador ha dispuesto previamente en el microchip. Es posible, por ejemplo, disponer los ADN codificando paraneurotransmisores: las hipótesis pueden ser vagas, pero el campo estudiado es tan amplio que conduce a observaciones inesperadas con un elevado riesgo

booksmedicos.org

de falsos positivos. La explotación de bases de datos tan extensas, como resultado de la secuenciación del conjunto del genoma humano, apela a métodos bioinformáticos de *Data Mining,* como el análisis HPM (Haplotype Pattern Mining), que pueden ser puestos en práctica sin una concepción fisiopatológica demasiado elaborada. Según este mismo principio, los microchips permiten identificar algunas proteínas que desempeñan un papel en el sistema nervioso central (como los factores de crecimiento neuronal). Llega a suceder que algunos genes cuya función se ignora puedan ser identificados: entonces es preciso estudiar mediante métodos más tradicionales la proteína codificada por ese gen y entender su función.

Modelos genéticos animales

Otro logro de la genética, la *transgénesis*, inserción de un gen de una especie en el ADN de otra especie, fue realizada en un mamífero cuando Palmiter y Brinster inyectaron un gen de rata productor de hormona de crecimiento (GH) en un ovocito de ratón que, reimplantado, habría de dar un ratón gigante (Clarac y Ternaux, 2008). Pero la creación de un nuevo fenotipo sigue siendo técnicamente aleatoria y una alternativa consiste en remplazar un gen deficiente por un gen activo *(knock-in)* o, inversamente, un gen activo por un gen modificado *(knock-out)*. La transgénesis dirigida hacia el ratón es utilizada en el estudio de enfermedades neurodegenerativas (Parkinson, Alzheimer), con un considerable éxito cuando la enfermedad es determinada mediante un solo gen (corea de Huntington) o una pequeña cantidad de genes. Dado que la base de las conductas es poligénica, este enfoque se limita por ahora a los modelos animales de las conductas humanas, aunque en todo caso permite modificar algunos mecanismos biológicos de los que se originan (por ejemplo, modificando el gen CRH, piloto del eje corticotropo, sobreexpresado en estrés y en la depresión).

El investigador puede utilizar igualmente en su provecho una mutación espontánea. Algunas observaciones que, por ejemplo, han podido ser realizadas en varias especies revelan un déficit del PPI (Prepulse Inhibition: capacidad para inhibir la reacción de sobresalto ante un estímulo de prueba en caso de previa señal de aviso) característico de la esquizofrenia. En caso de mutación en el plano del gen NR4A2 de la proteína del receptor nuclear NURRI, las tasas de dopamina en las regiones mesocortical y mesolímbica se ven disminuidas, y si además los animales son aislados desde el nacimiento, se observa un déficit del PPI (Eels *et al.*, 2006). La mutación genética o el aislamiento desde el nacimiento no conducen por sí solos a un déficit del PPI. Este experimento hace resaltar la intervención de un factor ambiental en un terreno genético que tiene una traducción neuroquímica. Secundariamente, algunos factores *(second hit)* pueden combinarse con la susceptibilidad genética: factores ambientales (infecciones *in utero*) y epigenéticos (es decir, que modulan la estructura de los genes, como por metilación del ADN). Dentro de la misma neurobiología, lo que valida los resultados es la confirmación de las pruebas (modelos animales, biología celular, imagenología, estudio post mórtem en

booksmedicos.org

el hombre). Las anomalías observadas deben ser interpretadas con prudencia, pues pueden ser únicamente una adaptación a un proceso todavía desconocido. Poseer un conocimiento de estos mecanismos hace posible que se prediga ya la evolución de algunas afecciones neuropsiquiátricas y sugiere nuevos objetivos terapéuticos.

V.1.4. *Imagenología cerebral*

En tanto que la electrofisiología sólo registra una pequeña cantidad de neuronas, la imagenología óptica visualiza redes de células impregnadas de sustancias fluorescentes sensibles al voltaje en actividad (despolarizadas). Y así las células se vuelven visibles (por ejemplo, actividad de fragmentos de hipocampo).

Sin embargo, este enfoque no implica a la totalidad del cerebro. Si en el siglo XIX la anatomía externa había descrito perfectamente el encéfalo, en cambio era incapaz de asociar una conducta a un estado cerebral en un individuo vivo. Con los rayos X (1895), el cerebro, tejido blando, sólo era visualizable si se introducían algunos productos de contraste. La neumoencefalografía, antes de la invención del tomógrafo, diseñará de esa manera el contorno de los ventrículos llenos de aire. Fue Moniz en 1927 quien logró hacer la primera *encefalografía arterial* inyectando una sustancia radio-opaca en la carótida (Clarac y Ternaux, 2008). Más adelante otra innovación, el perfeccionamiento del cateterismo percutáneo, evita el desnudamiento quirúrgico de las arterias, haciendo posible la repetición de las imágenes y, por ende, el seguimiento de los pacientes. Pero es un modelo matemático, la reconstrucción de una estructura interna a partir de sus proyecciones, de donde procede el primer tomógrafo de la cabeza (cerebro completo), utilizado en los pacientes en Londres en 1971. Esta *tomodensitometría,* que recoge el impacto de rayos X en una película receptora montada en un anillo rotativo, pudo ser *computarizada* cuando los progresos de la informática la llevaron a su forma actual.

Tras la tomografía de emisión monofotónica (SPECT), una técnica parecida, más precisa pero que requiere de un ciclotrón, la tomografía mediante emisión de positrones (PET) apareció en la década de 1970. Se apoya en la asociación de isótopos productores de posiciones visualizables con moléculas poseedoras de un efecto biológico (glucosa, antagonistas de receptores dopaminérgicos…). La PET ha llevado al estudio del metabolismo energético en el cerebro, al de los débitos sanguíneos y al de los receptores de los neurotransmisores.

Apoyándose en el fenómeno de la resonancia magnética nuclear (RMN) entre el momento magnético de los átomos del organismo y un campo magnético externo, la RMN experimentó una gran cantidad de desarrollos en física antes de que Lauterbur (1973), inspirándose en la reconstrucción tomodensitométrica, realizara el primer corte virtual de un objeto en dos dimensiones. La codificación de la señal no deja así de mejorar. En Japón, Ogawa, al comprobar que la señal emitida por la sangre oxigenada difiere de aquella otra que emite la sangre desoxigenada (pues el magnetismo de la hemoglobina difiere según si ésta lleva o no oxígeno consigo), calcula el aumento del débito sanguíneo

booksmedicos.org

vinculado a la actividad cerebral que consume oxígeno. La señal BOLD (blood oxygen level dependence) permite de esa manera, gracias a la adquisición sucesiva de imágenes a un ritmo elevado, observar el metabolismo, o sea, la actividad de un área cerebral durante el transcurso de una tarea cognitiva (por ejemplo, aumento del débito occipital durante una tarea visual) y establecer un mapa funcional del cerebro.

Estas técnicas de imagenología están por lo general asociadas a los métodos electroencefalográficos, más precisos en el tiempo y menos precisos en el espacio (por ejemplo, la MEG), para llegar a una solución espacio-temporal máxima.

V.2. Ejemplos de aplicaciones en la psiquiatría

V.2.1. *Biología de las emociones*

Para los cognitivistas, las emociones son estados mentales de expresión somática (Houdé *et al.*, 2003). Se trata de comportamientos observables, externos, como los movimientos musculares (expresión facial), o internos (pulsaciones cardiacas, liberación de hormonas…). Se diferencian de los sentimientos que, como los pensamientos, son propios de cada individuo (Damasio, 2001). Para una cierta tradición norteamericana, la emoción nace de la reacción corporal a un estímulo, sin el cual permanecería neutra ("tengo miedo porque tiemblo" y no lo contrario) (James, 1884). Sin embargo, una emoción como el placer no puede reducirse para el biólogo a un estado pasivo, pues posee un sentido y se expresa en una intención (Vincent, 1986).

Según el neurofisiólogo Setchenov, alumno de Claude Bernard, quien retoma la noción de arco reflejo, las emociones ocultan un mecanismo elemental de cualquier actividad nerviosa: la respuesta reflejo (Clarac y Ternaux, 2008). Después de Pavlov y la teoría del condicionamiento, las terapias conductuales y cognitivas harán una sola y única cosa de sus principios.

En Francia, Duchenne de Boulogne estimuló gracias a una corriente eléctrica de baja intensidad los músculos de la cara, reproduciendo artificialmente la expresión de las emociones. Este enfoque elemental no toma en cuenta otros sistemas biológicos, especialmente el endocrino y el inmunológico, implicados en el estrés.

Estrés y homeostasis

A principios del siglo XX, el norteamericano Cannon reveló que el sistema nervioso simpático, parte del sistema nervioso autónomo, y la glándula suprarrenal que se asocia a él (liberando la adrenalina) adaptan al organismo a cualquier agresión: la pupila se contrae y permite una mejor visión, el corazón y la respiración se aceleran… Todo prepara al organismo a reaccionar, preservando al mismo tiempo la homeostasis del cuerpo. Cuando

booksmedicos.org

el córtex está separado del tronco cerebral (región a la que Broca fue el primero en llamar circunvolución límbica), los gatos tienen reacciones de *sham rage* (falsa rabia) frente a estímulos que no hacen reaccionar a los gatos normales. El *sham rang* se acompaña de una hipersecreción de la médula suprarrenal. Este experimento revela la manera en que el córtex controla las emociones, pero el hipotálamo —cuya parte posterior desencadena también una reacción de rabia cuando es estimulada eléctricamente (Bard, 1929)— permanece relativamente independiente gracias al sistema nervioso *autónomo*. Garante de la homeostasis, es el "cerebro del medio ambiente interior" (Vincent, 1986).

Papel del lóbulo frontal

Se sabe hoy en día que las emociones dependen de la totalidad del córtex frontal. Damasio ha vuelto a analizar (1994) el accidente de Phineas Gafe (en 1848), cuyo cráneo fue atravesado accidentalmente por una perforadora, lo que transformó su personalidad: la lesión del córtex orbitofrontal, situado por encima de las órbitas, produjo una desinhibición (irritabilidad, pérdida de los convencionalismos sociales…) y la lesión del córtex cingular anterior condujo a una abulia. La imagenología funcional revela actualmente que el córtex prefrontal dorsolateral (CPFDL) desempeña un papel importante en las funciones ejecutivas (planificación) y en la memoria de trabajo. Un hipofuncionamiento de esta región explicaría en particular la causa del síndrome disejecutivo observado en la esquizofrenia y en algunos síntomas de la depresión mayor (http://www.u1000.idf.inserm.fr/). La bobina de estimulación magnética transcraneal de intención antidepresiva generalmente se aplica en el CPFDL.

Biología del miedo

El miedo en el animal, modelo biológico de las fobias y de algunas características de los ataques de pánico en el hombre, tiene por sustrato un circuito corto, que conduce a una reacción inmediata, y un circuito largo de respuesta diferida. En medio de estos dos circuitos se sitúa la pareja amígdala-hipocampo, dos núcleos del lóbulo temporal. El paseante que percibe un bastón en forma de serpiente activa su tálamo a través de las vías visuales. El tálamo: *a)* informa a la amígdala, que, por medio de sus múltiples conexiones cerebrales, desencadena inmediatamente (menos de 20 ms) la expresión del miedo (palidez, sudor, aceleración del pulso…); *b)* informa paralelamente al córtex visual, que analiza de manera más precisa lo que es visto y refuerza o frena la acción de la amígdala en un tiempo doble de la vía rápida. La amígdala, causante del inmediato ascenso de la tasa de adrenalina, activa secundariamente el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Este eje recibe el nombre de corticotropo debido a que controla la secreción de cortisol, cuya tasa aumenta en caso de estrés (o de depresión). El hipocampo, que cuenta con numerosos receptores al cortisol, frena esta secreción mediante un proceso de

booksmedicos.org

feed-back y por medio de un vínculo preferencial con la amígdala: de esa manera la amígdala y el hipocampo se controlan mutuamente (*push-pull:* cuando una activa, el otro frena).

Para LeDoux (2005), los trastornos ansiosos corresponden a una activación exagerada del circuito corto. Esta activación sería favorecida por traumatismos precoces. Efectivamente, el hipocampo, fundamental en la memorización asociada a las emociones, sólo alcanza su madurez después del segundo año, privando a la amígdala de informaciones necesarias para la disminución de su actividad y creando un aprendizaje que persiste hasta la edad adulta. El tamaño de la amígdala calculado mediante IRM aumenta en pacientes que padecen de SDTP (síndrome de estrés postraumático), traduciendo su hiperactividad. En caso de lesión de la amígdala, un paciente se revela incapaz de interpretar la expresión de un rostro como algo amenazante. La activación del circuito corto tálamo-amigdaliano explica un proceso, retomado por los terapeutas cognitivistas, como la *generalización* en los pacientes ansiosos (un automovilista reacciona excesivamente cuando ve a un hombre vestido de azul a la orilla de la carretera antes de percatarse de que no se trata de un agente de policía).

V.2.2. *Biología de la depresión*

La depresión, definida con criterios fundamentalmente conductuales desde la adopción del DSM por parte de la investigación internacional, ha gozado, más que otras afecciones, de los progresos de las neurociencias. Se sabe hoy en día que, en el plano biológico, el estado depresivo se produce cuando el déficit funcional y estructural rebasa un umbral crítico (Lanfumey y Hamon, 2005). En la década de 1960, cuando aún no se disponía de los resultados de la imagenología y de la genética molecular, la medición de los catabolitos de las monoaminas (serotonina, noradrenalina, dopamina) en el hombre (sangre, orina, líquido cefalorraquídeo) y los registros electrofisiológicos de neuronas en el animal hicieron posible la comprensión de la manera en que los antidepresivos aumentaban los índices de monoaminas, lo que acarreaba secundariamente una hiperactividad neuronal registrada a base de electrodos unicelulares. El plazo necesario para la observación de esta hiperactividad (por ejemplo, serotoninérgica) correspondía perfectamente al tiempo transcurrido antes de la obtención de una respuesta terapéutica en los pacientes. La hipótesis que predomina explica la depresión por la baja del tono serotoninérgico central comprobado en el hombre, como en los modelos animales de depresión. Cuando algunos pacientes eutímicos siguen un régimen sin serotonina (5-HT) tienden a recaer.

La baja de la neurotransmisión serotoninérgica que, en el nivel presináptico, se deriva de una baja de la síntesis de 5-HT, puede estar relacionada en algunos pacientes con una forma menos activa (polimorfismo) del gen de la triptofano hidroxilasa, necesario para esta síntesis, y en el nivel postsináptico con una baja del número de receptores 5-HT (en especial 5-HT1A presentes en el sistema límbico).

booksmedicos.org

Se supone que los antidepresivos disponibles actúan sobre todo en el sistema 5-HT: inhiben la recaptura de la 5-HT (cuya cantidad aumenta en la hendidura sináptica), disminuyen el número de receptores inhibidores de esta transmisión (receptores 5-HT1A presinápticos en el rafé dorsal, núcleo del tronco cerebral rico en serotonina, y receptores 5-HT2C en las neuronas GABAérgicas que tienen una función inhibidora).

Un segundo tipo de déficit funcional aparece en caso de confrontación con el estrés. Un núcleo (paraventricular) del hipotálamo desencadena una secreción del CRF (córtico liberina), la que acarrea una liberación de ACTH (hormona adrenocorticotropa) que estimula a su vez la producción de cortisol por las glándulas corticosuprarrenales. El cortisol moviliza la energía necesaria (especialmente una movilización de glucosa en el hígado, una acción sobre las células musculares…) para hacer frente a la adversidad. En los pacientes deprimidos, el *feed-back* inhibidor que hace posible el regreso a la homeostasis una vez pasado el estrés es deficiente. Los receptores de los glucocorticoides (RG) no son lo suficientemente numerosos para transmitir ese mensaje, especialmente al nivel del hipocampo. En el ratón transgénico (cuyo eje corticotropo está genéticamente modificado), la disminución de la expresión de los GR expone al riesgo de "depresión" (resignación conductual, alteración del ritmo vigilia-sueño, déficit mnésico) en caso de tensión experimental. La administración de dexametasona, poderoso corticoide de síntesis, no consigue frenar en el hombre al eje corticotropo. Los individuos positivos al test DST (Dexamethasone Supression Test) son llamados no supresores, una característica que estuvo a punto de representar, en la década de 1980, el primer índice biológico y convertirse en un criterio del DSM-IV (1994). Pero el DST reveló ser demasiado poco específico para ser considerado, pues sobre todo aparecía como un índice de riesgo de recidiva en caso de antecedente depresivo. Una modificación epigenética del gen del RG es descrita cuando los animales son sometidos a un estrés in útero y cuando los humanos han sido víctimas de maltrato precoz: en los dos casos, el déficit de expresión de los RG incrementa el riesgo de depresión en la edad adulta.

A nivel estructural, la fabricación de nuevas neuronas (neurogénesis) es inhibida por el cortisol, que frena la producción de factores de crecimiento como el BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor). Este fenómeno es estudiado a nivel de las neuronas del girus dentado del hipocampo, fundamentales para la conservación de los aprendizajes. Varios antidepresivos, además de los modelos animales de terapia electroconvulsiva, demostraron su capacidad para restablecer la neurogénesis.

V.2.3. *Neurociencias de la conciencia*

Para J. H. Jackson, neurólogo inglés que habrá de inspirar a Henri Ey (1960) en Francia, la enfermedad mental se explica por la pérdida de las funciones más elaboradas y la regresión a un nivel automático subyacente, que puede ser abordado a partir de la conducta animal (J. Proust, en Houdé, 2003) y de sus bases neurobiológicas (Kandel, 1999), así como en la observación de los pacientes cuyo cerebro se encuentra lesionado.

booksmedicos.org

Las anosognosias, en las que una lesión del córtex parietal derecho puede acarrear una negligencia del miembro superior izquierdo, se toman casi siempre como ejemplo. El paciente es incapaz de designar su brazo izquierdo, llegando incluso a negar, contra toda evidencia, la existencia de la parte izquierda de su cuerpo. El inconsciente cognitivo (Naccache, 2006) interpreta lo real en función de los mensajes que le envía el sistema nervioso. En caso de mensaje subliminal, un individuo registra la información de la que no es consciente. Si a una persona se le presentan imágenes de rostros ansiosos visibles durante un tiempo muy breve, seguidos de rostros neutros, los cuales son percibidos de un modo consciente pues fueron expuestos durante más tiempo, el IRM funcional pone en evidencia una hiperactividad de la amígdala, sensible a la ansiedad. Durante el tiempo de una percepción los circuitos neuronales largos, visualizados por imagenología, comunican en último término la información al córtex prefrontal y parietal. Esta iluminación neuronal casi generalizada, que Dehaene y Changeux (2008) llaman GNW (Global Neuronal Workspace), corresponde a la conciencia: se ve disminuida en el córtex prefrontal en los pacientes esquizofrénicos que conservan sus capacidades menos elaboradas de percepción subliminal (Delcul *et al.*, 2006).

Conclusión

La psiquiatría, que históricamente se separó de la neurología, debe encontrar hoy en día su lugar frente a las neurociencias, mosaico de disciplinas en vías de integración dentro de sistemas que no hablan exactamente su mismo lenguaje. El estudio de la personalidad sigue vinculado al ideal-tipo (Max Weber), visión definitivamente utópica que permite clasificar las personalidades reales, irreductibles a una suma de rasgos biológicos. El inconsciente cognitivo no es el inconsciente psicoanalítico y el diálogo interdisciplinario que intenta el neuropsicoanálisis no conduce a una concepción unificada de los sueños. Más allá del razonamiento mecanicista de la biología —como el de la psicoterapia, que es su modalidad específica de tratamiento—, la psiquiatría debe seguir siendo juzgada en el campo de su propia experiencia, la experiencia subjetiva de los pacientes, incluso si la vulnerabilidad ante la enfermedad, el diagnóstico y los medicamentos se benefician indiscutiblemente con el progreso de las neurociencias.

BIBLIOGRAFÍA

Bard, P. (1929), "Emotions: I. The neuro-humoral basis of emotional reactions", en C. E. Murchinson (dir.), *The Foundations of Experimental Psychology*, Clark University Press, Worcester, pp. 449-497.

Changeux, J.-P., y S. Dehaene (2008), "The neuronal workspace model: conscious processing and learning", en R. Menzel (dir.), *Learning Theory and Behavior,* vol. I, *Learning and Memory: a Comprehensive Reference*, edición de J. Byrne,

booksmedicos.org

Elsevier, Oxford, 4 vols., pp. 729-748.
Clarac, F., y J.-P. Ternaux (2008), *Encyclopédie historique des neurosciences*, De Boeck, Bruselas.
Damasio, A. (1994), *L'Erreur de Descartes*, Odile Jacob, París; 2ª ed., 2006. [*El error de Descartes*. Versión española de Pierre Jacomet, Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, 1999.]
——— (1999), *Le Sentiment même de soi: corps, émotions, conscience*, Odile Jacob, París.
Davis, K. L., D. Charney, J. T. Coyle y C. Nemeroff (dirs.) (2002), *Neuropsychopharmacology: the Fifth Generation of Progress*, Lippincott Williams & Wilkins, Filadelfia.
Del Cul, A., S. Dehaeney y M. Leboyer (2006), "Preserved subliminal processing and impaired conscious access in schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, 63, 12, pp. 1313-1323.
Eells, J. B., J. A. Misler y V. M. Nikodem (2006), "Early postnatal isolation reduces dopamine levels, elevates dopamine turnover and specifically disrupts prepulse inhibition in Nurr1-null heterozygous mice", *Neuroscience*, 140, 4, pp. 1117-11126.
Ey, H., P. Bernard y C. Brisset (1960), *Manuel de psychiatrie*, Masson, París; 7ª ed., Elsevier Masson, París, 1997. [*Tratado de psiquiatría*. Versión española de Ruiz Ogara, Masson, Barcelona, 1994.]
Fodor, J. A. (1983), *The Modularity of Mind: an Essay on Faculty Psychology*, MIT Press, Cambridge. [*La modularidad de la mente: un ensayo sobre la psicología de las facultades*. Versión española de José Manuel Igoa, Ediciones Morata, Madrid, 1986.]
Houdé, O. (dir.) (1998), *Vocabulaire de sciences cognitives*, PUF, París; 2ª ed., 2003. [*Diccionario de ciencias cognitivas*. Versión española de Carlo Rodolfo Molinari Marotto, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2003.]
James, W. (1884), "What is an emotion?", *Mind*, 9, pp. 188-205.
Kandel, E. (1999), "Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited", *American Journal of Psychiatry*, 156, 4, pp. 505-524.
Lanfumey, L., y M. Hamon (2005), "Neurobiology of depression: new data", *Thérapie*, 60, 5, pp. 431-440.
Lauterbur, P. C. (1973), "Image formation by induced local interactions: examples employing nuclear magnetic resonance", *Nature*, 242, pp. 190-191.
LeDoux, J. (2005), *Le Cerveau des émotions*, Odile Jacob, París. [*El cerebro emocional*. Versión española de Marisa Abdala, Planeta, Barcelona, 1999.]
Naccache, L. (2006), *Le Nouvel Inconscient*, Odile Jacob, París.
Rizzolati, G., L. Fadiga, V. Gallese y L. Fogassi (1996), "Premotor cortex and the recognition of motor actions", *Cognitive Brain Research*, 3, 2, pp. 131-141.
Singer, W. (1999), "Neuronal synchrony: a versatile code for the definition of relations?", *Neuron*, 24, 1, pp. 49-65.

booksmedicos.org

Varela, F., J.-P. Lachaux, E. Rodriguez y L. Martinerie (2001), "The brainweb: phase synchronisation and large scale integration", *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 4, pp. 229-239.
Vincent, J.-D. (1986), *Biologie des passions*, Odile Jacob, París. [*Biología de las pasiones*. Versión española de Joaquín Jordá, Anagrama, Barcelona, 1987.]

booksmedicos.org

VI. PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS

VASSILIS KAPSAMBELIS

En este capítulo vamos a presentar las principales nociones del psicoanálisis poniendo énfasis en aquellos de los aspectos de dichas nociones capaces de tener un mayor interés en psiquiatría. Por lo demás, varios libros en lengua francesa permiten un conocimiento de conjunto de la obra freudiana y del psicoanálisis (Laplanche y Pontalis, 1967; Lagache, 1979; Perron, 1988; De Mijolla y De Mijolla-Mellor, 1996; De Mijolla, 2002; Le Guen, 2008).

VI.1. EL NACIMIENTO DEL PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO

VI.1.1. *El recorrido de Freud*

Sigmund Freud (1856-1939) nació en Moravia e hizo sus estudios de medicina en Viena, lugar en el que su familia se instaló cuando era niño; no abandonó esta ciudad sino hasta 1938, tras la anexión de Austria por la Alemania nazi, para ir a refugiarse a Londres. Interesado básicamente en la investigación, frecuentó el laboratorio de neurofisiología de Ernst Brücke, donde realizó sus primeras publicaciones relativas al sistema nervioso central de algunos peces primitivos y a los caracteres sexuales de las anguilas. Obligado a abandonar la investigación por razones de ausencia de perspectiva de carrera, decidió orientarse hacia la práctica clínica, decidiéndose entonces por la neurología como prolongación a sus intereses de investigación.

Por ese entonces, el estudio de las enfermedades mentales se situaba en la periferia del campo de la neurología, el que sin embargo abarcaba afecciones como la histeria, consideradas como dependientes del sistema nervioso. El mayor contingente de los enfermos mentales propiamente dichos se confiaba a los "alienistas", término que, desde Pinel, designaba a lo que son los actuales psiquiatras. Los alienistas se desempeñaban en los asilos, lugar de hospitalización de los enfermos mentales, y los demás enfermos, incluidos los neurológicos, eran recibidos en los hospitales generales, terreno de los "internistas". Fue entonces en calidad de biólogo e internista como Freud abordó el campo de los trastornos nerviosos y mentales (Sulloway, 1979).

booksmedicos.org

VI.1.2. *Un proyecto de "psicología científica"*

En la época de Freud, la psicología empieza apenas a emanciparse de la tutela de la filosofía, de la que hasta entonces era sólo una rama más. La noción de psicología experimental hace su aparición, en Alemania, con Wilhelm Wundt, y en Francia con Benjamin Bourdon, Théodule Ribot y Alfred Binet. Freud concibe muy pronto (Freud, 1950) el proyecto de fundar la psicología sobre bases "científicas", es decir, de integrar a ella los datos surgidos de la biología de los mamíferos o de la organización funcional del sistema nervioso central, de donde se deriva el nombre de *metapsicología* que él habrá de dar al corpus teórico del psicoanálisis. Tales importaciones son revelables tanto en el plano de los principios generales que él enuncia como en el plano de los mecanismos elementales de funcionamiento del psiquismo que él estableció.

En el plano de los *principios generales*, Freud utiliza el término *instinto,* muy difundido por ese entonces en la literatura biológica e incluso psiquiátrica, con el que basa sus primeras hipótesis relativas a las fuerzas que rigen el psiquismo humano: el instinto de conservación del individuo (todo lo que se relaciona con la búsqueda del alimento, con la autoprotección o con la defensa) y el instinto de la conservación de la especie (todo lo que se relaciona con la sexualidad y con la reproducción). Asimismo, de las leyes de la física termodinámica toma la idea de un antagonismo o conflicto entre fuerzas opuestas, al considerar que lo viviente se desarrolla a través de una serie de situaciones de tensión. Se inspira igualmente en la idea de la evolución de Darwin y considera que, en el ámbito de la ontogénesis, el desarrollo se efectúa mediante sucesivos estadios, cada uno integrando al anterior. De esas influencias habrán de nacer varias nociones.

En primer lugar, una teoría de las pulsiones (este término designa en Freud la expresión psíquica del instinto), para la que la oposición entre las pulsiones del yo, que corresponden al instinto de autoconservación, y las pulsiones sexuales, que surgen de y engloban al instinto de reproducción, representa el antagonismo fundador del psiquismo. La noción de fuerzas opuestas y antagonistas conduce a la idea del conflicto, elemento motor de la vida psíquica, fundamento del *punto de vista dinámico* del psicoanálisis (de donde también proviene la noción de teoría "psicodinámica"). De la idea desarrollista y evolucionista nacerán primeramente los estadios de la evolución psicosexual (oral, anal, fálico, genital); más tarde, Freud emitirá la hipótesis de que algunos fantasmas fundamentales, llamados *fantasmas originarios* (por ejemplo, la escena primitiva), son transmitidos filogenéticamente, en cuanto específicos y constitutivos de la especie humana.

En el plano de los *mecanismos elementales* de funcionamiento del psiquismo, Freud importa la lógica de la propagación de la carga eléctrica a través de las neuronas como entidad económica, cuantitativamente determinada, así como la noción de conexiones recíprocas entre neuronas según ciertos sistemas de facilitación o de inhibición de la propagación. De esos préstamos nacerá el *punto de vista económico* del psicoanálisis, con los términos que le son correspondientes: energía, libido, investimento (o catexia), desinvestimento, contrainvestimento, fluidez o "estasis" de la libido. Por otro lado, la

booksmedicos.org

conectividad neuronal habrá de ser subyacente al desarrollo del método de las asociaciones libres: las vías que han sido ya abiertas ("aperturas") están relacionadas con los mecanismos de repetición (noción que desempeña un importante papel en psicoanálisis, pues la transferencia es una repetición utilizada con fines terapéuticos), en la medida en que las interrupciones y las inhibiciones asociativas se comparan a "resistencias" y en la que el trabajo interpretativo permite su debilitamiento y la reanudación de la asociatividad. Asimismo, la importación de los conocimientos respecto a las diferentes áreas de representación cerebral surgidos de los trabajos de la neuropsicología de la segunda mitad del siglo XIX —Freud había realizado su tesis sobre las afasias— conducirá a la elaboración de una topología psíquica, diferenciando representaciones de cosas (todo lo que es imagen, especialmente visual) y representaciones de palabras (imagen sonora que califica a las "cosas"), representaciones conscientes y representaciones inconscientes, o incluso percepciones y representaciones —las primeras surgidas de excitaciones provenientes del universo exterior a lo psíquico (los cinco órganos de los sentidos para el mundo fuera del cuerpo, y las percepciones propioceptivas para lo que concierne al cuerpo), las segundas surgidas del trabajo efectuado entre memoria y fantasma.

Para Freud, el psiquismo es un *aparato* específico del organismo humano, desarrollado para hacer frente a una doble coerción: por una parte, la de los movimientos pulsionales, representantes de los instintos, y que ejercen un continuo empuje para su satisfacción; por la otra, la del mundo exterior, que se presenta como un factor de limitación de las posibilidades de satisfacción de las pulsiones (y finalmente, como en las experiencias traumáticas, como factor de excitación). Debido a la complejidad y a la evolución del organismo humano (lenguaje, organización social, civilización…), el aparato psíquico del hombre experimenta un desarrollo tal que le permite gozar de una cierta autonomía como objeto científico, es decir, que resulta posible describir sus leyes y mecanismos en un lenguaje psicológico, siempre y cuando en su formulación se respeten los principios generales de la organización de lo viviente, y más particularmente los principios que rigen la vida de los mamíferos.

VI.1.3. *La sexualidad,base y paradigma del psiquismo humano*

Freud subrayó desde muy temprano el papel de la sexualidad en la vida psíquica (Freud, 1905), así como en la producción de los síntomas y de las patologías mentales. No obstante, esta afirmación no excluye una considerable ampliación de la noción de sexualidad. Freud parece tener en cuenta varios elementos que aparecen a todo lo largo de su obra, sin haber ofrecido por ello una respuesta unívoca a la pregunta: "por qué la sexualidad":

a) bajo su forma genital, reproductiva, la sexualidad forma parte de las grandes funciones fisiológicas comunes a los mamíferos, fundamentales para la

booksmedicos.org

supervivencia, como la alimentación o la respiración;

b) no obstante, no tiene una ubicación desde el nacimiento, o rápidamente después, sino de un modo diferido, dejando así abierto el debate acerca de la "prehistoria" de la sexualidad;

c) acerca de este punto, la sexualidad llamada "perversa"[1] del adulto ofrece algunos esclarecimientos, pues, para alcanzar el placer y el goce sexuales, parece servirse de órganos o funciones no destinados a la reproducción (boca, ano), utilizados desde el nacimiento para satisfacer necesidades fisiológicas precisas;

d) este elemento debe situarse en paralelo a la observación de que, en los niños, algunas actividades fisiológicas pueden servir igualmente, al margen de su función principal, como fuente de placer (por ejemplo, succión del pulgar o del chupón, independientemente del hambre, retención de los excrementos, etcétera);

e) la característica de estas actividades infantiles es que se llevan a cabo en ausencia de la necesidad fisiológica, así como en ausencia del *objeto* (seno, biberón, madre…) que responde a esa necesidad como algo fisiológico, lo que significa que, si la noción de placer corporal es calificada de erótica, dichas actividades tienen un carácter *autoerótico;*

f) si esta actividad se lleva a cabo en ausencia del objeto destinado a satisfacerla —es decir, en ausencia de la percepción a la que está asociada (visión, oído, tacto, diversas impresiones olfativas y gustativas)—, entonces puede uno suponer que el psiquismo ha encontrado la manera de reproducir un *estado de placer* mediante la utilización de un procedimiento que le permite *imaginar* el objeto y las sensaciones que se asocian a éste.

Está claro que, a través de esta sucesión de observaciones y de hipótesis, Freud desemboca en una cierta cantidad de nociones fundamentales para la teoría psicoanalítica. Primeramente, la sexualidad infantil se desarrolla al abrigo de la genitalidad y de la reproducción (que sólo habrán de llegar más tarde), *apuntalándose* (teoría del apuntalamiento) en las grandes funciones fisiológicas (oralidad, analidad y más tarde diferencia de los sexos), que le proporcionan una base (las *zonas erógenas*) para una actividad que tiene como objetivo el placer y que es fundamentalmente auto-erótica. Después, y en la medida en que tiene lugar una producción de estados de placer en ausencia del objeto que le está asociado (en ausencia de percepciones), esta actividad autoerótica equivale a una actividad *generadora de representaciones mentales y de funcionamiento mental:* así pues, la teoría de la sexualidad infantil proporciona una *teoría de la génesis y del desarrollo del pensamiento* al psicoanálisis, que éste coloca bajo la dominación del *principio del placer*. Por último, esta actividad de pensamiento se estructura progresivamente a partir de *fantasmas*, cuyos fundamentos son proporcionados por la sexualidad infantil: la oralidad como prototipo de las relaciones de absorción (y de rechazo de absorción), incluso en sus formas más metafóricas (como, por ejemplo, el aprendizaje y el acceso a los conocimientos), lo que se prolonga hasta la identificación: tomar consigo (una parte del) otro, asemejarse al otro; la analidad, como

booksmedicos.org

prototipo de las relaciones de poder (retener / expulsar) y de la parte agresiva que implica esta actividad; la diferencia de los sexos, prototipo de las relaciones de complementariedad y, por consiguiente, también de alteridad (reconocimiento de la diferencia del otro), y por último de la incompletud (buscar en el otro lo que nos falta).

VI.2. Ubicación de las principales nociones

Freud es un clínico investigador. Durante muchos años trabaja de ocho a diez horas diarias en su consultorio, a razón de una sesión de una hora al día por cada paciente, dado que los análisis incluyen en esa época seis sesiones por semana para una duración de varios meses. Después, por la noche, toma notas sobre los pacientes, elabora los casos y las hipótesis teóricas, prepara algunas publicaciones y más tarde escribe cartas a sus colaboradores y alumnos. Este intenso trabajo habrá de conducir a una gran cantidad de publicaciones que caracterizarán la originalidad de la nueva disciplina.

VI.2.1. *El descubrimiento del inconsciente*

Freud trabaja en un principio utilizando la hipnosis. De esa manera descubre, después de otros, que los síntomas histéricos ceden ante la hipnosis, inconstante resultado terapéutico tras el despertar, pero que prueba la ausencia de lesión del trastorno. Descubre igualmente, como Charcot antes que él, que el paciente evoca con frecuencia, en estado de hipnosis, incidentes y "traumatismos" de orden sexual (escenas de seducción, deseos más o menos prohibidos) relacionados con el síntoma histérico; esos pensamientos e imágenes se hallan ausentes en el estado de vigilia, pues el paciente afirma no tener recuerdo alguno de los mismos, de donde Freud concluye que "los histéricos sufren de algunas reminiscencias" (Freud, 1895). Freud se percata de que el retorno de una u otra manera de esos recuerdos hacia la conciencia atenúa o elimina los síntomas; sin embargo, el estado de hipnosis representa una barrera para tal rememoración terapéutica, en la medida en que el paciente recupera sin duda tales recuerdos, pero en estado de abolición parcial de la conciencia. Entonces busca otro medio para acceder a esos recuerdos sin recurrir a la hipnosis, y es así como implementa el método de las asociaciones libres: colocando al paciente en posición supina y el analista fuera de su campo visual, éste le solicita que enuncie libremente los pensamientos e imágenes que le vienen a la mente, con lo que establece la hipótesis de que, mediante vía asociativa, el paciente accederá a las representaciones olvidadas.

La idea que sostiene que los trastornos histéricos están relacionados con las ideas y representaciones que se encuentran "separadas" de la conciencia, extrayendo de ese cercenamiento su fuerza patógena, había sido formulada ya antes de Freud por Janet. Sin embargo, aun cuando Janet hace de este estado una condición patológica en sí (estrechamiento del campo de la conciencia, desagregación del psiquismo, disociación de

booksmedicos.org

algunos contenidos mentales), Freud formula la hipótesis de que todo psiquismo humano, en condiciones normales, contiene partes no conscientes: el *inconsciente*. Éste está conformado por toda clase de elementos incompatibles con la conciencia, lo que hace que sufra una *represión* fuera de sus fronteras. Freud se consagra entonces al estudio sistemático de las manifestaciones del inconsciente en la vida psíquica al margen de la psicopatología, empezando por sus propios sueños (autoanálisis) (Anzieu, 1959). De esas investigaciones va a ver la luz el libro fundamental sobre *La interpretación de los sueños* (1900), ya que la interpretación de los sueños es para Freud "el camino real hacia el inconsciente", pero también *La psicopatología de la vida cotidiana*, en la que los lapsus y los actos fallidos sirven como material de descubrimiento del inconsciente, así como *El rasgo de ingenio y su relación con el inconsciente*.

VI.2.2. *Las diferentes hipótesis metapsicológicas*

Anteriormente vimos la manera en que una teoría "genética" del psiquismo humano se derivaba de la sexualidad infantil y de sus estadios; enseguida veremos su importancia clínica. Freud desarrolla por otra parte tres "puntos de vista" que permiten el análisis del psiquismo a partir de diferentes ángulos: los puntos de vista dinámico, tópico y económico.

El punto de vista *dinámico* describe la vida psíquica en términos de conflicto entre fuerzas antagonistas, en última instancia pulsionales. El resultado de esta lucha, cuya manifestación más común es la angustia, es la formación de diversos acuerdos (la teoría psicoanalítica de la angustia se expone en el capítulo XVIII). El síntoma es un ejemplo de esos acuerdos, de la misma manera que los sueños (acuerdos entre una exigencia pulsional y el deseo de dormir) y que toda realización humana en general.

Freud elaboró dos teorías concernientes a la diferenciación *tópica* del aparato psíquico. La primera, contemporánea de *La interpretación de los sueños*, divide al psiquismo en inconsciente, preconsciente y sistema percepción-conciencia. Estos tres lugares *(topos)* disponen de su propio investimento de energía, pueden encarnar los diferentes términos del conflicto y se comunican entre sí a través de las fronteras *(censuras)* que regulan la circulación (facilitación, inhibición, transformación para que el elemento psíquico que se desplaza de uno a otro sea aceptable, etc.). El modelo conserva una referencia anatómica: por ejemplo, el inconsciente es el lugar de las representaciones de la cosa (huellas sensoriales), mientras que el preconsciente se reserva a las representaciones verbales (huellas del lenguaje). Freud determina una dirección "normal" de la excitación, "progrediente", que va del polo inconsciente (el más próximo a la fuente pulsional) hacia el polo percepción-conciencia (y luego hacia la puesta en acción vía motricidad), y una dirección calificada de "regresión", en sentido inverso: en los sueños, al igual que con los síntomas, los pensamientos retroceden hacia las representaciones de palabra y después hacia las imágenes visuales (alucinación). Freud formuló una cierta cantidad de leyes que rigen al inconsciente (proceso primario, búsqueda de una identidad

booksmedicos.org

de percepción, desplazamiento, condensación, atemporalidad) (Freud, 1900, 1915).

La segunda teoría tópica va a ser formulada a la vuelta de la década de 1920 (Freud, 1923) e implica tres "instancias": el ello *(id),* que representa el polo pulsional, el superyó *(superego),* instancia que reúne los ideales y los interdictos, heredera de la influencia paterna, y el yo *(ego),* instancia reguladora, sometida a las múltiples y contradictorias influencias de los demás (y de la realidad exterior), encargada además de representar a la totalidad del individuo en sus intereses. Para Freud, el *ello* representa la instancia inicial y el *yo* es un estrato progresivamente constituido a través del contacto con el mundo exterior. Esta segunda hipótesis, considerada en ocasiones como la única auténticamente metapsicológica, se aleja de la topología con acentos neuroanatómicos de la primera hipótesis para adoptar un aspecto antropomórfico, en la medida en que las tres instancias entran en conflicto en términos que recuerdan el modelo de las relaciones intersubjetivas (Laplanche y Pontalis, 1967).

Por último, el punto de vista *económico* corresponde a la hipótesis de que los procesos psíquicos se ponen en movimiento a partir de una fuente energética (excitación o energía pulsional), cuya expresión psíquica se llama *libido*, que es susceptible de ser investida o descargada, de experimentar diversas reparticiones (libido narcisista o del yo —libido de objeto—), o incluso de múltiples transformaciones: por ejemplo, el deseo sexual puede cambiar de objeto, cambiar de objetivo (sublimación), etc. Freud mantuvo hasta el final de su trayecto la convicción de que esta hipótesis "energética", que le parecía indispensable para cualquier comprensión satisfactoria del funcionamiento psíquico, sería mejor conocida tarde o temprano gracias a los progresos de la biología.

VI.2.3. *El complejo de Edipo y la organización triangular del psiquismo humano*

A partir del estudio de las neurosis, Freud extrae progresivamente algunos grupos de representaciones fundadoras del psiquismo humano, el más central de los cuales es el que habrá de ser llamado "complejo de Edipo" (el término *complejo* está aquí tomado de la teoría asociacionista, la que estipula que algunas ideas o representaciones tienden a aparecer simultáneamente, formando complejos). Este "complejo" describe los sentimientos de amor y de hostilidad que el niño experimenta con respecto a sus padres: amor por el progenitor del sexo opuesto y rivalidad hostil hacia el progenitor del mismo sexo (forma positiva), amor por el progenitor del mismo sexo y hostilidad hacia el progenitor del sexo opuesto (forma negativa). En su forma natural, el complejo se desarrolla entre los tres y los cinco años y se inserta en la evolución psicosexual que expusimos anteriormente, dando paso a la fase fálica, que corresponde a la toma de conciencia de la diferencia de los sexos; indica así el acceso a la genitalidad y estructura la personalidad, estableciendo un interdicto (prohibición del incesto) bajo pena de una amenaza (castración), que se convierte en el prototipo de todo sentimiento de angustia frente a un deseo que el individuo considera simbólicamente como una interdicción. El

booksmedicos.org

complejo de Edipo se ha vuelto progresivamente un concepto central de la *hominización* desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica (Perron y Perron, 1994): el deseo se halla inseparablemente ligado a la ley (Lacan, 1966), la angustia de castración simboliza cualquier situación de falta o de pérdida (Green, 1990b), la estructura triangular de la organización del psiquismo humano (*terceidad*, Green, 1990) es el fundamento del desarrollo del lenguaje y, de manera más general, de los procesos de simbolización y, por extensión, de la civilización humana.

VI.2.4. *Las neurosis*

A partir de estas hipótesis, y sobre la base de su trabajo analítico, Freud construyó progresivamente una teoría general de las neurosis. Separa a éstas en dos grupos, las neurosis actuales y las psiconeurosis de defensa. Manifestaciones de un trastorno en la sexualidad actual del individuo (por ejemplo: abstinencia, coito interruptus, etc.), las neurosis actuales se relacionan con el hecho de que, cuando la excitación sexual no encuentra su descarga adecuada, adquiere la forma de múltiples manifestaciones somáticas, la principal de las cuales es la angustia; estas neurosis no son accesibles al análisis. Las psiconeurosis de defensa reagrupan a las tres neurosis tradicionales (histeria, neurosis fóbica, neurosis obsesiva). Estas neurosis están basadas en el conflicto psíquico, y sus manifestaciones clínicas son el resultado de las defensas contra los afectos desagradables (especialmente la angustia) que se desprenden de él. Existen varios mecanismos de defensa, especificados por las diferentes neurosis. El conflicto enfrenta al deseo y al interdicto, pero lo que prohíbe el acceso al objeto del deseo (una persona, un proyecto, una ambición…) no es tanto su carácter "objetivamente" prohibido, como el hecho de que dicho objeto remita simbólicamente a los objetos incestuosos de la infancia. Debido a ello, toda neurosis implica una parte de "fijación" en la sexualidad infantil, a la que, a partir de conflictos actuales, retorna por la vía de la "regresión". Los síntomas representan acuerdos entre el deseo (parcialmente realizado por su rodeo) y el interdicto.

Examinaremos la teoría psicoanalítica de las neurosis en el apartado XVII.5.

VI.3. El tratamiento psicoanalítico

Ya vimos cuáles fueron los caminos por los que Freud abandonó la hipnosis para implantar progresivamente otro método de investigación de los contenidos y procesos inconscientes. El método que pone en práctica es llamado "psicoanalítico" en el sentido del análisis químico: se trata de "deshacer" los conjuntos de representaciones tal y como éstos se presentan a la conciencia a fin de trasladarlos a sus componentes elementales iniciales. Instaura un dispositivo especial (diván-sillón) y enuncia una "regla fundamental": el paciente es invitado a decir todo lo que le pasa por la mente sin juicio y sin censura de ninguna clase (asociaciones libres). El analista debe mantener una actitud

booksmedicos.org

de neutralidad frente a los contenidos mentales que son así descubiertos, renunciar a toda pretensión educativa o terapéutica inmediata, "tomar como modelo durante el tratamiento psicoanalítico al cirujano que deja de lado todos sus afectos e incluso su compasión humana, y que fija un único objetivo a las fuerzas de su mente: efectuar la operación apegándose lo más posible a las reglas del arte" (Freud, 1912). El proceso analítico requiere, por parte del paciente, la adopción progresiva de esta particular modalidad de funcionamiento mental que se le pide desarrollar; éste se ve facilitado por el análisis de las resistencias, como también incrementado por la progresiva supresión de la represión y de la amnesia infantil. Freud llama "transferencia" al hecho de que los deseos inconscientes que se actualizan progresivamente a medida que el tratamiento avanza (favorecidos por la "regresión" inducida por el método de las asociaciones libres) se fijan en la persona del analista (efecto que, por su parte, se ve favorecido por la neutralidad). En la forma ideal de la cura, la neurosis en el sentido clínico del término se vuelve "neurosis de transferencia" antes de ser liquidada a través de las intervenciones e interpretaciones del analista.

VI.4. El ensanchamiento del perímetro de la psicopatología psicoanalítica

Durante los 10 primeros años de su actividad, Freud trata especialmente a pacientes neuróticos que se dirigen a su consultorio de neurólogo. Sus publicaciones le atraen además un cierto número de discípulos, así como una inicial reputación en el extranjero, particularmente en el servicio del profesor Bleuler, de Zúrich, cuyo asistente, Carl Jung, se familiariza con el psicoanálisis. Este encuentro lleva a Freud a profundizar sus opiniones sobre los pacientes psicóticos, así como a reconsiderar algunos aspectos de su teoría.

VI.4.1. *El narcisismo y las psicosis*

En su modelo inicial, Freud opone las pulsiones de autoconservación (pulsiones del yo) a las pulsiones sexuales (de objeto), pero sólo estas últimas son tomadas en cuenta en sus teorizaciones: el investimento libidinal es el que se dirige a los "objetos". El estudio de las psicosis, y especialmente de la esquizofrenia que Bleuler está conformando como unidad clínica en lugar de la demencia precoz de Kraepelin (véase el capítulo XXIII), lo lleva a suponer que el yo puede ser considerado también como "objeto" de investimento libidinal. Otorga a este investimento el nombre de *narcisismo* y elabora un primer enfoque de los mecanismos en juego en las patologías esquizofrénicas (Freud, 1914): estas últimas son el resultado de una suspensión de los investimentos objetuales hacia el yo (repliegue en sí mismo, "autismo"); las ideas delirantes y las alucinaciones, como consecuencias de esa suspensión inicial, representan por el contrario una "tentativa de

booksmedicos.org

curación", en cuanto a que intentan restablecer, aun cuando sobre bases completamente nuevas, una forma de relacionarse con objetos. Freud llama a este narcisismo "secundario", pues es consecuencia de una suspensión libidinal en el momento en que se inicia la enfermedad, y supone la existencia de un "narcisismo primario", el de los más tempranos estadios de la evolución psicosexual, cuando el psiquismo (e incluso el cuerpo) del niño es todavía inseparable del objeto primario, es decir, de la madre.

VI.4.2. *El objeto y la melancolía*

En la teoría psicoanalítica clásica, el objeto es "contingente"; Freud considera que lo esencial de su modelo es un asunto de pulsiones, y de destino y de elaboración de las mociones pulsionales, pues, de alguna manera, el objeto está potencialmente disponible, o en todo caso "es fácil de hallar". El estudio de la melancolía en un ensayo en el que ésta es comparada con el duelo (Freud, 1917) le permite a Freud introducir por primera vez al objeto en sus teorizaciones en su calidad, si no de actor de la vida psíquica, sí al menos como principal agente de la puesta en marcha de una cierta cantidad de procesos. Para Freud, la melancolía corresponde igualmente a un "duelo", a saber, a una pérdida, con la sola diferencia de que, al suprimir sus investimentos del objeto perdido, el individuo atrae el objeto mismo hacia su yo: de ese modo, según la formulación de Freud, la sombra del objeto recae en el yo, las autoacusaciones melancólicas son las acusaciones que el yo dirige hacia el objeto perdido, el yo se pierde en la pérdida misma del objeto (véase también el apartado XXX.5.1). Así, la melancolía se convierte para Freud en la ocasión, por una parte, para profundizar la naturaleza del narcisismo (una pérdida de objeto se convierte en pérdida del yo), y por otra parte para estudiar algunos mecanismos de la identificación (la transformación total o parcial del yo respecto al modelo del objeto), con la finalidad de esbozar la diferenciación de una instancia acusadora en el seno mismo del yo (que dará nacimiento al superyó del segundo tópico).

VI.4.3. *Negación y escisión*

Sin por ello dejar de trabajar en la reestructuración de la teoría psicoanalítica y en el perfeccionamiento en el conocimiento de las neurosis, Freud aborda en varias ocasiones los mecanismos propios de los estados psicóticos, yuxtaponiéndolos a los mecanismos neuróticos. De modo que, al estudiar "un caso de paranoia", Freud (1911) describe un mecanismo de "rechazo", que se diferencia de la represión en la medida en que aquél consiste no tanto en situar en el inconsciente elementos psíquicos incompatibles con la conciencia, sino, de manera más radical, en desplazarlos fuera de sí, o sea, en la realidad exterior. Este mecanismo que Freud asocia igualmente a la negación ("negación de la realidad", a saber, no percepción de algunos elementos de la realidad exterior), está relacionado con las ideas delirantes, con las alucinaciones, con el síndrome de influencia

booksmedicos.org

o de referencia, y de modo más general con todo lo que representa la proyección en el sentido psicótico del término. Al estudiar el fetichismo, Freud (1927) pone en evidencia otro mecanismo fundamentalmente psicótico, que parece prescindir de la idea delirante y de la alucinación: una escisión (disociación) del yo en dos partes que no se comunican entre sí (en el sentido del conflicto), una de las cuales niega un elemento de la realidad, en tanto que la otra lo admite. En dos breves artículos de la década de 1920, Freud habrá de proponer una formulación simplificada de sus observaciones respecto a las diferentes patologías psiquiátricas: "La neurosis de transferencia [neurosis en el actual sentido del término] corresponde al conflicto entre el yo y el ello, la neurosis narcisista [enfermedad maniaco-depresiva] a aquel entre el yo y el superyó, y la psicosis al que enfrenta al yo con el mundo exterior" (Freud, 1924a).

VI.5. El giro de la década de 1920: la segunda teoría de las pulsiones

Con *Más allá del principio del placer*, Freud (1920) imprime una nueva dirección a su pensamiento. El principio del placer había sido siempre, hasta entonces, la base de su reflexión, en el sentido de objetivo último de toda operación y producción psíquicas como algo determinado por movimientos pulsionales. No obstante, Freud vuelve al problema de la repetición a partir del ejemplo de los sueños repetitivos de las neurosis traumáticas, para preguntarse si, también en esta actividad onírica, se verifica el aserto según el cual los sueños son una realización de deseo. Amplía progresivamente su reflexión respecto a todos los fenómenos relacionados con la repetición (con una "compulsión de repetición"), como, de modo particular, la tendencia de algunos individuos a repetir experiencias desagradables, siendo que éstas no parecen corresponder a situaciones que en un principio parecían estar marcadas por el placer, para después sucumbir a la represión, pero que efectivamente eran afligentes desde su primera producción. Concluye que si desde el punto de vista de las pulsiones sexuales el proceso tiende naturalmente a unir (y, por ende, a crear conjuntos cada vez más vastos, complejos y nuevos), la tendencia a la repetición, por el contrario, parece oponerse al principio del placer como "expresión de la naturaleza conservadora de lo viviente" que tiende a la inmutabilidad e incluso al retorno al estado anterior, y finalmente a lo inorgánico: "la finalidad de toda vida es la muerte y, remontándose hacia atrás, lo sin-vida estaba ahí anteriormente a lo viviente". Freud extiende su especulación biopsicológica hasta suponer que esas dos tendencias están ya encarnadas en las dos clases de células que componen el organismo, las células germinales, que trabajan con miras a una "inmortalidad potencial", que corresponden a las pulsiones sexuales de la primera teoría (convirtiéndose así en "pulsiones de vida" o "Eros"), y las otras células, somáticas, portadoras de la tendencia al retorno a lo inorgánico, y que por consiguiente corresponden a las "pulsiones del yo" o "pulsiones de muerte" ("Thanatos").

El impacto de tal revisión del punto de vista dinámico y de la teoría pulsional del

booksmedicos.org

psicoanálisis, que por lo demás no fue secundada por todos los epígonos de Freud, fue considerable. El problema del odio y de la agresividad se plantea en términos diferentes. Anteriormente, estas nociones estaban más bien ligadas a los instintos de autoconservación de la primera teoría de las pulsiones, o a los sentimientos hostiles relacionados con la situación edípica; el nuevo dualismo no hace ya depender, por una parte, al odio del amor, y por la otra sitúa su punto de partida en el interior mismo del organismo, en cuanto autodestrucción ("odio de sí mismo"). Por ello, el problema del masoquismo (Freud, 1924b), asunto esencial en el tratamiento de las patologías psiquiátricas, especialmente las más graves, como factor que determina el fracaso terapéutico, es puesto bajo una nueva luz. Por otra parte, el sadismo, definido veinte años antes a partir de la sexualidad pregenital, adquiere en lo sucesivo una nueva dimensión: representa la manera en la que las pulsiones de muerte, de destrucción, se desvían del yo y, vinculándose a la pulsión sexual, se dirigen hacia el objeto. El asunto de la unión / desunión (intrincación / desintrincación) de las pulsiones, y por ende de la ambivalencia, acaba siendo debido a esto un desafío capital de la vida psíquica, en el que toda desintrincación corre el riesgo de dar libre curso a las pulsiones de destrucción — pues la desunión, en sí misma, es por definición un efecto de la pulsión de muerte.

VI.6. Corrientes posfreudianas de pensamiento en psicoanálisis

Durante el transcurso del siglo XX, el psicoanálisis se desarrolló considerablemente en Europa y en América. A partir de este o aquel aspecto de la obra de Freud se formaron diversas e incluso divergentes corrientes, alrededor de algunos grandes pensadores. Habremos de conformarnos aquí con dar algunos indicios.

VI.6.1. *Las relaciones de objeto*

Tras haberse formado con Bleuler en Zúrich, donde tuvo contacto con el pensamiento psicoanalítico, Karl Abraham (1877-1925) trabajó en Berlín, donde participó en la fundación de la Policlínica, centro de tratamientos psicoanalíticos gratuitos que atendía igualmente a pacientes psicóticos. Debido a su interés por estas patologías, exploró de manera muy particular los estadios más iniciales de la evolución psicosexual, profundizando en los diferentes aspectos del estadio oral y anal. Describió los conflictos amor-odio como algo primario, independiente del complejo de Edipo, que caracteriza a las relaciones del individuo con el objeto primario (la madre o su sustituto). Describió una etapa del estadio oral caracterizada por la incorporación del objeto (etapa canibalesca), prototipo de una destructividad que conduce a la introyección del objeto, forma primitiva de la identificación, conectando de esa manera las pulsiones sádicas, típicamente ligadas al estadio anal, a la oralidad. Su alumna Melanie Klein (1882-1960), que influyó considerablemente en el psicoanálisis de lengua inglesa, prolongó esas posturas fundando

booksmedicos.org

una corriente de pensamiento psicoanalítico *(kleinismo)* que describe las relaciones de objeto como primarias, apartándose así de las elaboraciones freudianas relativas al narcisismo y describiendo el conflicto psíquico en los términos de la segunda teoría de pulsiones (amor-odio). Aisló dos *posiciones* precoces del desarrollo psíquico:

a) la posición esquizo-paranoide que caracteriza los primeros meses de vida, en el seno de la cual el yo primitivo disocia sus partes más peligrosas y destructivas, proyectándolas hacia el objeto (identificación proyectiva) y a causa de eso desarrollando temores y angustias frente a la amenaza de un objeto "malo";
b) la posición depresiva, concomitante con el descubrimiento de un objeto "total", bueno y malo a la vez, pero al mismo tiempo separado del yo, lo que conduce a reacciones de duelo.

A partir de esta teorización, Klein desarrolló una cierta cantidad de conceptos específicos (escisión del objeto, objeto parcial, reparación, anhelo, gratitud). Varios importantes analistas de la segunda mitad del siglo XX (Herbert Rosenfeld, Hanna Segal, Donald Meltzer…, e igualmente Wilfred Bion, quien desarrolló sus propias concepciones), surgieron de la corriente kleiniana.

VI.6.2. *La psicología del yo*

Freud describe el yo en el seno de su segunda teoría tópica como una instancia de síntesis y de compromiso, sometida a tres "amos": las pulsiones (el ello), el superyó y las exigencias del mundo exterior. A partir de esta concepción, algunos analistas, sobre todo en los Estados Unidos (Heinz Hartmann, Ernst Kris, Rudolph Loewenstein), desarrollaron un enfoque del yo en términos adaptativos *(ego-psychology)*. Hartmann (1939) separa la parte del yo en pugna con las pulsiones de la que se desarrolla al abrigo de los conflictos, llamada igualmente *self*, fundamentalmente caracterizada por sus funciones, algunas de las cuales son "aconflictuales", debido a que su finalidad es la adaptación del individuo a su entorno. Este enfoque enlaza al psicoanálisis con las corrientes de la psicología tradicional, así como con algunas investigaciones sociológicas. Hartmann hace una diferencia entre la noción de adaptación y aquella de los "mecanismos de defensa del yo"; estos últimos habrán de ser especialmente estudiados por Anna Freud (1936). Una evolución de la psicología del yo, que se aleja de las miras más adaptativas de la psicología del yo para volver a poner el acento en el narcisismo y su conflictualidad, está representada por los trabajos de Heinz Kohut sobre el *self*, a partir de la década de 1970.

VI.6.3. *El papel del objeto*

booksmedicos.org

El modelo freudiano es fundamentalmente "endógeno": está basado en la teoría de las pulsiones y en los fantasmas determinados por ellas, otorgando poca importancia a su "objeto" tal y como éste aparece en el mundo exterior. A partir de la década de 1930, algunos psicoanalistas británicos empezaron a explorar el papel del objeto, y particularmente del objeto "primario" (la madre y sus sustitutos) en la formación del psiquismo humano. Donald Winnicott (1896-1971), pediatra y psicoanalista, puso el acento en el papel de la madre en la formación del psiquismo ("preocupación materna primaria"), sin concebir al ser humano como una entidad en sí ("el bebé es algo que no existe"). Describió el "medio lo suficientemente bueno" que permite que el niño pase de la dependencia absoluta a la dependencia relativa, y elaboró un original enfoque del concepto de objeto, ni totalmente surgido de los fantasmas (objeto de la pulsión en el sentido freudiano clásico), ni totalmente surgido del mundo exterior (enfoque psicológico clásico), sino "creado" por el niño, siempre y cuando esté ya ahí ("objeto encontrado / creado"). A partir de esta concepción del objeto, que él popularizó alrededor del concepto de "objeto transicional", sus trabajos insisten en el valor del juego como base de la creatividad humana. Wilfred Bion (1897-1979) desarrolló el trabajo de psicoanálisis de grupo antes de producir lo esencial de sus trabajos sobre los estados psicóticos, así como sobre un enfoque original de la epistemología psicoanalítica. Elaboró una rejilla que permitía seguir la experiencia analítica según la calidad del material proporcionado, e introdujo las nociones de elementos "beta" para calificar elementos perceptivos y emocionales crudos, de impacto traumático, auténticas "cosas en sí", que el trabajo de ensoñación del analista convirtió en elementos "alfa" (pensamientos). Este trabajo debe ponerse a la par del trabajo "contenedor" del psiquismo materno, que presta su "aparato para pensar los pensamientos" a las manifestaciones de zozobra y de "terror sin nombre" del bebé, y que forma progresivamente su psiquismo.

VI.6.4. *El estructuralismo*

En el momento en que el psicoanálisis se encuentra en el epicentro de las controversias entre "organogénesis" y "psicogénesis", Jacques Lacan (1901-1981) elabora un enfoque que rebasa estas dos concepciones, apoyándose en la especificidad humana del lenguaje (a partir de los trabajos de lingüistas como Saussure y Jacobson) y en la antropología estructural (Lévi-Strauss). Describe al inconsciente como un sistema de signos, propio del hombre, que sólo adquieren un significado en función del lugar que ocupan y de las funciones que cumplen en el seno del conjunto del que forman parte; vuelve a traducir la terminología "neurológica" freudiana que separa percepciones, representaciones de la cosa, representaciones de la palabra, en un sistema compuesto por "coordenadas" de lo real, de lo imaginario y de lo simbólico, cuyo simple anudamiento garantiza el funcionamiento psíquico común. A partir de esta nueva terminología y de esta nueva manera de leer a Freud, Lacan explora las relaciones entre lenguaje y palabra en la experiencia analítica, vuelve a definir el yo como una "imagen" (estadio del espejo),

booksmedicos.org

introduce los conceptos de *sujeto* y de *otro,* intenta otorgar una formulación topológica, y hasta matemática, a sus concepciones. Sus elaboraciones teóricas, firmemente arraigadas en la práctica analítica tal y como él la reinventa (duración variable de sesiones, noción de interrupción o "escansión"), no cejaron en su afán de interrogar la especificidad de lo humano como "ser de palabra", así como la topología de sus discursos.

VI.7. El psicoanálisis en la psiquiatría

Dada su condición de terapéutica, el psicoanálisis sólo concierne a un pequeño número de pacientes que representan el "núcleo duro" de la psiquiatría, a saber, las enfermedades mentales propiamente dichas. No obstante, su influencia en la psiquiatría es más general, a través de

a) una serie de técnicas terapéuticas individuales, grupales o institucionales, que representan adaptaciones más o menos próximas o cercanas a la cura-tipo al tratamiento terapéutico que estas patologías exigen (Green, 2006);
b) una manera de pensar el psiquismo humano que va de la teoría general de su funcionamiento al manejo de la relación terapéutica, y de la que es posible resumir lo esencial en cinco puntos (Angelergues, 1989; Jeanneau, 1996; Kapsambelis, 2004).

Las pulsiones

La vida psíquica es indisociable de su fundamento biológico. En la teoría psicoanalítica, ese fundamento está concebido en términos de pulsiones, término que remite a los instintos que dominan la vida de los mamíferos. Luego, esta postura es diferente (sin excluirla) de la postura neurocientífica común, que consiste en buscar tal o cual otra estructura cerebral o encadenamiento neurofisiológico que serían el sustrato de tal o cual síntoma u operación mental; es más "fundamental", en la medida en que considera que las leyes generales de la materia viva, tal y como éstas se llevan a cabo en los mamíferos superiores, deben ubicarse en las modelizaciones que nos hemos construido del funcionamiento mental.

El principio del placer

A causa de sus relaciones con la vida pulsional, los productos de la vida psíquica, incluidos los síntomas, representan formas de *satisfacción* en el sentido más elemental del término, es decir, en el sentido en el que toda presión instintiva (toda moción

booksmedicos.org

pulsional) no para hasta desembocar en su apaciguamiento —sea cual fuere, por lo demás, la parte de sufrimiento o de desadaptación que podrían derivarse de ella—. La complejidad de esta noción de "satisfacción" en el ser humano, dentro de la teoría psicoanalítica, es calculada mediante la diferencia entre "placer" y "goce", y todavía más mediante la observación de las tendencias autodestructivas y mortíferas de la vida psíquica.

El conflicto psíquico

Los productos de la vida psíquica, incluidos los síntomas, surgen de los conflictos, y por ende representan compromisos entre grandes tendencias opuestas que tienen que ver con algunas cuestiones existenciales involucradas en todo psiquismo humano (diferencias de los seres, de las generaciones y de los sexos, cuestiones de unicidad y de identidad). Este enfoque implica que lo "normal" y lo "patológico", desde el punto de vista psicoanalítico, se sitúan en un *continuum;* la enfermedad mental no crea nada original, sólo representa una de las formas tras las cuales pueden disponerse, y cristalizarse, tendencias y materiales ya existentes.

El objeto humano

El psiquismo humano se construye mediante el contacto con otros psiquismos humanos, sin los cuales sería improbable que el ser humano fuera capaz de escapar de su condición animal original. Debido a ello, los primeros seres humanos que acompañan su desarrollo (nociones como objeto "primario", "otro", "continente", según los modelos teóricos) desempeñan un papel preponderante en la conformación y en la simbolización de las experiencias vividas, sean éstas internas (surgidas de la vida del organismo) o externas (surgidas de los intercambios con el mundo circundante). Así pues, el psiquismo humano es el producto de este encuentro entre una materia biológica "bruta" que busca su "psiquización" y los humanos que prestan su propio aparato psíquico a este trabajo de construcción de un nuevo psiquismo. Por lo tanto, los productos del psiquismo humano, incluidos los síntomas, pueden ser entendidos y trabajados a través de la relación con los demás (noción de transferencia) en cuanto reactivación de las huellas de un trabajo semejante, frente a experiencias similares, efectuado en otras ocasiones al principio de la vida psíquica.

Historicidad y sentido

Puesto que incluye esta dimensión de historicidad, el psiquismo humano tiende

booksmedicos.org

naturalmente a crear vínculos entre pasado y presente, entre experiencias e ideas y, por consiguiente, a otorgar sentidos y significados, surgidos de esta historia, a los fenómenos que afectan su vida presente; esta propensión caracteriza tanto al individuo como a los grupos humanos desde su ancestral constitución (tradición, transmisión, identidad). Si el psicoanálisis propone una "rejilla de lectura" de esos sentidos ("El psicoanálisis", escribe Freud [1920], "era antes que nada un arte de interpretación"), tampoco es menos cierto que el psiquismo humano tiende a ofrecer (encontrar, inventar) espontáneamente un sentido a las experiencias vividas, ya que esta "búsqueda de sentido" aparece como una propiedad general de la mente humana. Si esos sentidos no representan en sí "etiologías" en el sentido biomédico del término, por lo menos sí vienen a ser "causalidades psíquicas" que participan en la manera en que tales experiencias son elaboradas, y en consecuencia finalmente vividas, tanto en lo inmediato como en la reorganización ulterior.

Conclusión

Aparecido a finales del siglo XIX, el psicoanálisis trastornó la idea de que el hombre se hacía a sí mismo, y el alcance de sus descubrimientos rebasa considerablemente el campo de la práctica psiquiátrica. Si sus aplicaciones terapéuticas en psiquiatría son relativamente limitadas, su manera de concebir el psiquismo humano y las fuerzas que lo rigen pueden acompañar la totalidad de los procesos del psiquiatra, del examen al diagnóstico y a la terapéutica. Más que "técnicas" terapéuticas, el psicoanálisis propone a la psiquiatría una cierta inteligencia de lo humano, así como de la relación interhumana.

BIBLIOGRAFÍA

Angelergues, R. (1989), *La Psychiatrie devant la qualité de l'homme*, PUF, París.

Anzieu, D. (1959), *L'Auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse*, PUF, París. [*El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis.* 1. Versión española de Ulises Guiñazú, Siglo XXI, México, 1978.]

Freud, A. (1936), *Le Moir et les Mécanismes de défense*, PUF, París, 1949.

Freud, S., 1893-1895 [1895], VI. "Estudios sobre la histeria", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 40-168.

———, 1898-1899 [1900], XVII. *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. II, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 343-720.

——— (1911), XLII. "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia *(Dementia paranoides),* autobiográficamente descrito (Caso 'Shreber')", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1487-1528.

——— (1912), LIX. "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico", en *Obras*

booksmedicos.org

completas de Sigmund Freud, t. V, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1654-1660.
Freud, S. (1914), LXXXVI. "Introducción al narcisismo", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2017-2033.
——— (1915), XCI. "Lo inconsciente", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2061-2082.
——— (1917), XCIII. "Duelo y melancolía [1915]", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2091-2100.
——— (1920), CX. "Más allá del principio del placer", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2504-2541.
——— (1923), CXXV. "El yo y el ello", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2701-2728.
——— (1924a), CXXVII. "Neurosis y psicosis", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2742-2744.
——— (1924b), CXXX. "El problema económico del masoquismo", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2752-2759.
——— (1927), CLV. "Fetichismo", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2993-2996.
——— (1895) [1950], XI. "Proyecto de una psicología para neurológos", en *Obras completas de Sigmund Freud*, t. I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 209-276.
Green, A. (1990a), "De la tiercéité", en *La Pensée clinique*, Odi, París, pp. 259-308. [*El pensamiento clínico*. Versión española de Claudia Consigli, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2010.]
——— (1990b), *Le Complexe de castration*, PUF (Que sais-je?), París. [*El complejo de castración*. Versión española de Marta Vasallo, Paidós, Buenos Aires, 1996.]
——— (dir.) (2006), *Unité et diversité des pratiques du psychanalyste*, PUF, París. [*Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista*. Versión española de Maysi Veuthey, Biblioteca Nueva, Madrid, 2011.]
Hartmann, H. (1939), *La Psychologie du moi et le Problème de l'adaptation*, PUF, París, 1968. [*La psicología del yo y el problema de la adaptación*. Versión española de Ramón Parres y Mauro Torres, Editorial Pax-México, México, 1962.]
Jeanneau, A. (1996), "Metapsychologie et pathologie psychiatrique: nécessité et réciprocité", *Revue française de psychanalyse*, 60, 2, pp. 317-330.
Kapsambelis, V. (2004), "L'apport de la psychanalyse à la formation des jeunes psychiatres", *Le Carnet psy*, 88, pp. 26-32.
Lacan, J. (1966), *Écrits,* Seuil, París. [*Escritos 1*. Versión española de Tomás Segovia, Siglo XXI, México, 2003.]
Lagache, D. (1979), *La Psychanalyse*, PUF (Que sais-je?), París. [*El psicoanálisis*. Versión española de Emma Kestelboim, Paidós, Buenos Aires, 1986.]
Laplanche, J., y J.-B. Pontalis (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, París.

booksmedicos.org

[*Diccionario del psicoanálisis*. Versión española de Fernando Gimeno Cervantes, Paidós, Barcelona, 1997.]
Le Guen, C. (dir.) (2008), *Dictionnaire freudien*, PUF, París.
Mijolla, A. de (dir.) (2002), *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Calmann-Lévy, París. [*Diccionario internacional de Psicoanálisis*. Versión española de Luis Cebriá Tornos, Paloma Pérez del Real y Rocío Oliveira Gras, Ediciones Akal, Madrid, 2008.]
Mijolla, A. de, y S. de Mijolla-Mellor. *Fundamentos del psicoanálisis*, Editorial Síntesis, Madrid, 2003.
Perron, R. (1998), *Histoire de la psychanalyse*, PUF (Que sais-je?), París.
Perron, R., y M. Perron (1994), *Le Complexe d'Œdipe*, PUF (Que sais-je?), París.
Sulloway, F. J. (1979), *Freud, biologiste de l'esprit*, Fayard, París, 1981.

booksmedicos.org

[1] El término utilizado en la época de Freud agrupa al conjunto de las prácticas sexuales no genitales.

booksmedicos.org

VII. PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA COGNITIVA

RAPHAËL GAILLARD

Definir la psicología cognitiva sólo es posible relacionándola con su historia. Antes que nada, se inscribe en la filiación de la psicología experimental, compartiendo con esta última lo esencial de su argumentación. Se trate ya de la percepción, ya de la memoria o bien de los procesos de toma de decisión, la argumentación se propone ser científica: elaboración de un modelo que dé cuenta de una propiedad psíquica, definición de hipótesis por probar, construcción de un dispositivo experimental para este fin, análisis estadístico de los datos recabados, con el propósito explícito de determinar si los resultados obtenidos en un individuo son generalizables en este individuo y después en todos los individuos confrontados con el mismo dispositivo.

VII.1. EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA

El término "cognitivo" viene a subrayar la necesidad de integrar en la elaboración del modelo las representaciones mentales que son su objeto. Se trata entonces de distinguirse de la tentación del conductismo (behaviorismo), que pretendía prescindir de esta etapa intrapsíquica (las representaciones mentales) para interesarse únicamente en las entradas (los estímulos externos) y en las salidas (la conducta) de un sistema por definición inaccesible: la metáfora de la caja negra que se abstendría uno de abrir.

Otros dos campos vinieron a enriquecer la psicología cognitiva: el enfoque computacional, por un lado (de *computer,* computadora), y la neuropsicología por el otro.

El primero fue favorecido por la revolución informática. La cibernética, efectivamente, prometía programar un dispositivo que reprodujera cualquier función psíquica. De la inteligencia artificial a la explosión tecnológica —que transformaba de manera perdurable el funcionamiento de las sociedades industrializadas—, resultaba casi posible dentro de esta lógica prescindir de lo humano, debido a lo realista que parecía la promesa de ver una máquina que reprodujera todas sus funciones. Sin embargo, este enfoque puramente analítico se vio rápidamente confrontado a algunos atolladeros y a pésimos rendimientos respecto a aquellos otros de los organismos biológicos. La utilización de otro enfoque, designado naturalmente con el término *ciencias de la complejidad* y que encarna, si así puede decirse, en el conexionismo, ha modificado sin duda la trayectoria de las ciencias computacionales. Sin embargo, no dejaron de ser intensos los debates entre los representantes de un enfoque analítico y los representantes

booksmedicos.org

de un enfoque conexionista, aunque tanto unos como otros se vieron casi siempre rebasados por la eficiencia de los sistemas biológicos.

El segundo campo de profunda influencia en la psicología cognitiva es el de la neuropsicología. Esta última jamás se alejó de lo humano, al intentar dar cuenta primeramente de sus perturbaciones patológicas y, a partir de la comprensión de éstas, del funcionamiento normal. En enfoque anatomo-clínico, central en la neuropsicología, ha hecho posible perfeccionar los modelos de las funciones psíquicas tomando en cuenta su determinismo anatómico. Por ejemplo, la descripción en 1892 (Déjerine, 1892) del síndrome de alexia sin agrafia (en su forma extrema, la incapacidad de leer pese a la capacidad preservada de escribir) ha llevado a pensar que la lectura y la escritura se apoyan en estructuras anatómicas diferentes. Además, la revelación mediante la autopsia de lesiones occípito-temporales izquierdas de estos pacientes condujo a Déjerine a la conclusión de que el córtex occípito-temporal izquierdo era indispensable para el reconocimiento de las palabras, afirmación que fue confirmada más adelante por la combinación de técnicas de imagenología cerebral y de neurocirugía (Gaillard *et al.*, 2006b).

Como puede verse, la neuropsicología reivindica su prefijo dedicándose a definir las bases neurales de tal o cual propiedad psíquica. El enfoque computacional no pudo permanecer sordo durante mucho tiempo a este enfoque clínico, y de ese modo, integró progresivamente a sus modelos aquellos datos del mundo biológico. Con ello, se autorizó a tomar de los sistemas biológicos algunas de sus obligaciones, apostando más a la eficiencia de esos sistemas que a la competición entre sistemas artificiales y sistemas biológicos. Fue entonces, con el advenimiento de eso que podríamos llamar un *realismo biológico,* como pudimos asistir a la modelización de las funciones psíquicas. La multiplicación de las técnicas de imagenología, bastante más sutiles que las hipotéticas autopsias, ha acelerado también este objetivo.

El día de hoy, la psicología cognitiva tiende a ceder el lugar a las neurociencias cognitivas, con lo que da cuenta de sus múltiples influencias: por una parte, la reivindicación de una argumentación científica, apelando tanto a la psicología como a las ciencias físicas o biológicas; por la otra, la elaboración de modelos que se interesan tanto en las representaciones psíquicas como en sus consecuencias conductuales, y por último, el realismo biológico de los modelos, que toma en cuenta las bases neurales de las funciones psíquicas estudiadas.

En beneficio de esta tentativa por circunscribir a la psicología cognitiva, subrayemos de entrada un frecuente contrasentido, aquel que querría ver confrontadas una psicología de las cogniciones con una psicología de las emociones. Es cierto que, históricamente, la psicología cognitiva se caracterizó por haber recibido las diferentes influencias que acabamos de mencionar, y que, durante mucho tiempo, éstas concedieron muy poca importancia a las emociones para interesarse más bien en ciertos procesos abstractos. Es posible adivinar en este caso la influencia de la cibernética, como también el marcado interés por la percepción más que por los procesos del más alto nivel (por ejemplo, la toma de decisión), que uno imagina más sensibles a las modulaciones emocionales. Pero

booksmedicos.org

esta limitación, temporal, del campo de la psicología cognitiva, reflejaba antes que nada sus límites técnicos. Muchos son ahora los trabajos concernientes a las emociones, y aún más la necesaria integración de éstas en procesos que, en opinión de algunos autores, no parecían requerirlas.

Es así como podemos citar el razonamiento de Antonio Damasio (Damasio, 1994), que subraya la importancia de las emociones en la toma de decisión, apelando a todo el abanico de la psicología cognitiva: la demostración neuropsicológica de las dificultades con las que se encontraban los pacientes que sufrían de lesiones prefrontales mediales para tomar las buenas decisiones al no poder integrar las emociones que ponderan las diferentes opciones, la elaboración de un paradigma experimental: el Iowa Gambling Task, que permite poner a prueba los vínculos entre emociones y decisiones, así como la utilización de las técnicas de imagenología cerebral para objetivizar las activaciones emocionales que intervienen en esas decisiones. Desde esos trabajos pioneros, la modelización que se hizo posible gracias al enfoque computacional perfeccionó aún más ese razonamiento, multiplicando las consecuencias. Y es así como la determinación de la parte que corresponde a las emociones y a los procesos más abstractos en la solución de los dilemas morales se vuelve objeto de una gran cantidad de publicaciones. E, igualmente, la consideración del punto de vista de los demás, desarrollada por la corriente de la *teoría de la mente* (*theory of mind* o TOM en inglés) en la década de 1980, da una importancia cada vez mayor a los aspectos más emocionales, especialmente en provecho de los trabajos sobre la empatía (Singer, 2006).

VII.2. Procesos implícitos y procesos inconscientes

A fin de ilustrar las posibles relaciones entre la psicología cognitiva y la psiquiatría, en lugar de aventurarnos en una imposible síntesis (los trabajos son tantos que la exhaustividad es una pretensión imposible de satisfacer), nos interesaremos en un único campo de investigaciones: el *inconsciente cognitivo*. Sin duda este campo está aún más relacionado con los intereses del psiquiatra clínico. Así, pues, trataremos de demostrar cómo la comprensión del inconsciente ha sido enriquecida por los distintos campos que contribuyen a la psicología cognitiva.

Tomaremos de entrada en este caso el partido de no tratar acerca de un campo de investigación muy cercano, el de los *procesos implícitos*. En psicología cognitiva son distinguibles los procesos mentales *explícitos*, practicados de manera explícitamente intencional, y los procesos *implícitos;* estos últimos se refieren a la totalidad de los procesos que se producen cuando el individuo no ha sido explícitamente llamado a ponerlos en práctica.

Es posible poner en evidencia esta distinción en el plano de la memoria: la distinción entre *memoria explícita* y *memoria implícita* se hace posible gracias al dispositivo experimental siguiente. A los individuos se les induce a leer una serie de palabras o incluso a realizar una tarea específica acerca de esas palabras (como, por ejemplo, contar

booksmedicos.org

el número de sílabas). En un segundo tiempo, se divide a los individuos en dos grupos. El primero es inducido a restituir las palabras previamente leídas y para este fin es ayudado por un índice con las tres primeras letras de esa palabra. Se trata en este caso de una prueba de memoria explícita. El segundo grupo es auxiliado con los mismos índices, pero en una tarea explícitamente diferente: se trata de enunciar la primera palabra que llegue a la mente. Se llega así a la conclusión de que las palabras que conforman la lista previamente estudiada, o incluso que las palabras que empiezan por esas tres letras y que se encuentran semánticamente relacionadas con algunas de las palabras de la lista previamente estudiada, son las que se citan con más frecuencia. En este caso se trata de un fenómeno de memoria implícita en forma de *desencadenamiento* (debido al índice conformado por las tres primeras letras). En el primer grupo (memoria explícita), los individuos recuperan intencionalmente una información del pasado, mientras que en el segundo grupo (memoria implícita) lo hacen sin darse cuenta.

La cantidad de los trabajos concernientes a estos procesos implícitos es extremadamente elevada, y han sido considerados por algunos autores como algo que responde a una forma de inconsciente. Sin negar de ningún modo que lo sean en un cierto número de casos, consideramos que nada puede garantizar el carácter "inconsciente" de esos procesos: no podemos categóricamente excluir que los individuos del segundo grupo apelen a la rememoración consciente de la lista estudiada, incluso si no se les pidió que lo hicieran. Interrogarlos con el fin de averiguar si ellos mismos piensan haber utilizado semejante estrategia tampoco es de gran ayuda: nada nos asegura que dirán la verdad en cuanto a su proceder, o incluso nada nos asegura que en el momento en que se les haga la pregunta simplemente no habrán olvidado que apelaron efectivamente a esta estrategia.

Es otro campo muy distinto al que debemos apelar cuando se trata de toda esta literatura relativa a los procesos implícitos que pudieran ser objeto de nuestra crítica. Es aquel que se aplica a suprimir la percepción consciente de un estímulo a fin de garantizar el carácter inconsciente de las representaciones mentales que serán entonces su objeto.

VII.3. Condiciones de estudio de una representación mental inconsciente

Es mediante el rasero de la definición de la conciencia como podemos distinguir una representación inconsciente de una representación consciente: es obvio que para nosotros una representación inconsciente es una representación que no es consciente. Esta definición en espejo implica en primer lugar poder caracterizar lo que es consciente.

La conciencia se apoya antes que nada en un estado que la hace posible: se habla de conciencia *intransitiva* para designar el estado de vigilia indispensable para la emergencia de contenidos de conciencia (en oposición al coma, por ejemplo). Una vez satisfecha esta condición, la conciencia es llamada *transitiva:* toda conciencia es conciencia de algo y supone entonces la existencia de un contenido de conciencia, es decir, de una

booksmedicos.org

representación mental. Para los fenomenólogos, en la continuidad de los trabajos de Brentano y Husserl, esta propiedad corresponde al carácter intencional de la conciencia (Husserl, 1931). La conciencia tiene siempre como objeto una representación mental, lo que se piensa (el *cogitatum*).

Pero ¿qué es lo que caracteriza a una representación mental cuando ésta se convierte de ese modo en objeto de la conciencia? Sobre todo, el hecho de que sea comunicable por parte del individuo en quien se encuentra activa. La comunicabilidad es entonces el correlato de una representación consciente. Esta comunicación puede ser verbal o no, pero su presencia prueba el acceso de la representación mental considerada a la conciencia. Y, en espejo, la ausencia de comunicabilidad de una representación hablaría de su condición inconsciente.

VII.3.1. *El problema de los sesgos de respuesta*

Si la comunicabilidad define el acceso de una representación mental a la conciencia, ¿es posible en todo caso deducir de ello que la ausencia de comunicación garantiza la ausencia de este acceso a la conciencia? La respuesta es negativa.

La comunicación espontánea podría efectivamente no ser confiable. De esa manera es posible imaginar que el individuo omite comunicar una representación mental, ora porque la censura deliberadamente (conscientemente), ora simplemente porque no le da importancia.

En la literatura relativa a los procesos inconscientes, la defensa perceptiva ha dado lugar a una gran cantidad de demostraciones, la primera de las cuales data de 1949 (McGinnies, 1949). Este término de defensa perceptiva designa la capacidad que tendrían los individuos de suprimir una representación considerada como algo negativo o incluso demasiado cargada emocionalmente, lo que conduce a la afirmación de la ausencia de percepción del estímulo en el origen de esta representación. El principio consiste en presentar algunas palabras en condiciones variables de visibilidad, por ejemplo: utilizando diferentes duraciones de presentación gracias a un taquistoscopio (aparato que permite presentar de manera muy breve, del orden de una milésima de segundo o de la décima de una milésima de segundo, imágenes, en este caso de las palabras). Es de observar que las palabras consideradas tabú, es decir, que hacen referencia a la sexualidad, en condiciones de presentaciones iguales (misma breve duración) son menos comunicadas por los individuos que las palabras neutras. Y esto pese a la consigna explícita, dada por el experimentador, de comunicar toda palabra percibida. A partir de este resultado los experimentadores han concluido que existía una forma de censura que se ejercía retrospectivamente en la conciencia y que, por consiguiente, correspondía a la definición de la represión ofrecida por Freud.

Son varios los autores que habrán de debatir acerca de la interpretación de este fenómeno de laboratorio y sus posibles vínculos con el mecanismo de represión, al demostrar la existencia de un sesgo de respuesta consciente: según esta hipótesis, la

booksmedicos.org

disminución de la comunicación de las palabras tabú resulta de una inhibición voluntaria y consciente de esa comunicación, y no de una disminución de su acceso a la conciencia. Zajonc desarrolla de ese modo un protocolo en tres tiempos que permite probar esta hipótesis (Zajonc, 1962). En una primera etapa, define como palabras tabú y neutras un umbral de conciencia durante el transcurso de algunas presentaciones taquistoscópicas. En una segunda etapa los individuos aprenden palabras pares conformadas por esas palabras tabú y neutras (pares tabú-neutra, tabú-tabú, neutra-tabú, neutra-neutra). Y en una tercera etapa se determina nuevamente un umbral de conciencia tras la presentación taquistoscópica de la primera palabra de cada par, a sabiendas de que la mitad de los individuos deben comunicar la palabra efectivamente presentada (la primera palabra del par, efectivamente percibida) en tanto que la otra mitad comunica la palabra que le estaba asociada en el par aprendido (la segunda palabra del par, no percibido). Zajonc llega a la comprobación de que la elevación del umbral se produce cuando la respuesta corresponde a una palabra tabú, trátese de la palabra presentada por los individuos que debían comunicar la palabra presentada (par tabú-neutra), o bien de la palabra asociada a esa palabra presentada por los individuos que debían comunicar la palabra asociada (par neutra-tabú). La presentación de una palabra tabú no produce ningún efecto en el umbral de conciencia si los individuos comunican la palabra asociada (no existe diferencia entre los pares tabú-neutra y neutra-neutra, o entre los pares tabú-tabú y neutra-tabú). Zajonc concluye que los paradigmas que se apoyan en la simple comunicación no permiten poner en evidencia un fenómeno de defensa perceptiva, sino fenómenos de inhibición ligados a la respuesta. Con esto, se abstiene de negar la posible existencia de fenómenos de este tipo, para indicar simplemente que el método elegido no permite afirmar su existencia. Esta literatura sobre la defensa perceptiva nos demuestra entonces que la simple comunicación puede ser perturbada por una inhibición consciente de la respuesta, la cual se confundía erróneamente con un efecto de censura inconsciente del acceso a la conciencia del estímulo: la comunicación sella el acceso a la conciencia, pero su ausencia no garantiza la ausencia de este acceso. Si estos experimentos no ponen entonces en evidencia una censura inconsciente, sino una inhibición consciente de la respuesta, su importancia en todo caso radica sobre todo en la comprobación de la imposibilidad de fiarse a la ausencia de comunicabilidad para juzgar la ausencia de acceso a la conciencia.

VII.3.2. *Teoría de la detección de la señal*

La crítica más radical de la ausencia de comunicabilidad como testigo de la ausencia de un acceso a la conciencia proviene de la utilización de elementos de la teoría de la detección de la señal. En 1960, Eriksen demuestra que la introspección no es una medida válida de la conciencia porque aquélla puede reflejar un sesgo de respuesta (Eriksen, 1960). El individuo puede efectivamente percibir conscientemente un estímulo pero sostener no haberlo visto por no tener confianza en su respuesta. Confianza que dependería de la hipótesis que él se hace de la respuesta esperada, o de la manera en que

booksmedicos.org

será entendida. En lo que respecta a la defensa perceptiva, ésta sería obra de una inhibición vinculada a la incongruencia de palabras tabú en un experimento dirigido por un respetable psicólogo de corbata (las cosas han cambiado desde entonces). Reanudada por Holender (Holender, 1986), esta crítica conduce al descrédito de una gran cantidad de trabajos relativos a la percepción inconsciente: el criterio de la comunicabilidad no garantiza el carácter inconsciente de la representación mental en juego. La utilización de índices objetivos es un requisito paralelo al de la comunicación subjetiva (el adjetivo "objetivo" utilizado en este caso designa al método, y no a lo que se somete a prueba, en este caso la conciencia, que sigue siendo definida por la comunicabilidad, luego, "subjetivamente"). El índice de discriminabilidad (el *d* prima) permite de esa manera, en una tarea de elección forzada, objetivar un posible sesgo al tomar en cuenta los buenos resultados, o *hits,* tanto como las falsas alarmas.

Así es como imaginamos un concurso de meteorología organizado durante un mes lluvioso: el tomar únicamente en cuenta las buenas respuestas, en este caso el número de días para los que el meteorólogo predijo lluvia y en los que efectivamente llovió, consagraría como ganador a aquel que predijera sistemáticamente lluvia (todos los días). La atención a las falsas alarmas, en este caso los días en los que se predijo lluvia pero hizo buen tiempo (por razones metodológicas, habrá que extender el concurso hasta el mes de septiembre) nos hará ver que este distinguido meteorólogo muestra en realidad un sesgo sistemático en favor de la lluvia (con una *d* prima cercana al cero). Asimismo, en una tarea de categorización emocional, mejores resultados de categorización para las palabras emocionales comparadas a palabras neutras podrían ser obra de un sesgo de respuesta en favor de las palabras emocionales, cosa que la atención a las falsas alarmas objetivará (aumento de las respuestas "palabra emocional" cuando en realidad la palabra efectivamente presentada es neutra).

Por consiguiente, a fin de garantizar la ausencia de acceso de una representación a la conciencia, no solamente hace falta que tal representación no sea comunicada, sino que los resultados objetivos en una tarea acerca de esta representación se encuentren en el plano del azar. La demostración de esta representación pasará entonces a través de una medición indirecta: su efecto sobre otra representación, ésta sí consciente, y por ende sobre una variable conductual ligada a esta segunda representación, o también sobre una variable fisiológica que las técnicas de imagenología cerebral podrán registrar.

VII.3.3. *Definición operatoria*

Al término de esta exploración de las condiciones necesarias para la definición del carácter inconsciente de una representación mental, podemos concluir: *a)* la ausencia de comunicación espontánea, *b)* la ausencia de comunicación interrogada, *c)* resultados de detección o de categorización a nivel del azar en situación de elección forzada.

booksmedicos.org

VII.4. Paradigmas experimentales que permiten estudiar las representaciones mentales inconscientes

En ausencia de lesión cerebral que perturbe directamente a la conciencia (hemineglígencia, por ejemplo), los métodos disponibles para el estudio de las representaciones mentales inconscientes son los siguientes:

—las alteraciones de la vigilancia, eso que hemos llamado "conciencia intransitiva": se trate ya de comas o de los efectos de la administración de agentes anestésicos, el principio consiste en evaluar la variedad de las representaciones mentales disponibles pese a la alteración de la vigilancia. Este método se encuentra en pleno auge (Owen *et al.*, 2006), pero sigue siendo difícil ponerlo en práctica debido a la primacía de las implicaciones médicas y éticas;
—los fenómenos de *inattentional blindness* (Mack y Rock, 1998) y de *change blindness* (O'Regan *et al.*, 1999), que designan situaciones en las que, debido a que no se puso una atención específica, el individuo es incapaz de percibir un estímulo no obstante en ocasiones evidente;
—el fenómeno de *rivalidad binocular:* la rivalidad entre las representaciones mentales surgidas de cada ojo puede hacer posible que durante los pocos segundos en los que un ojo se vuelve no dominante se presente un estímulo que no accede entonces a la conciencia (Kim y Blake, 2005);
—el fenómeno de *attentional blink* (Raymond *et al.*, 1992): cuando el individuo está acaparado por la percepción y el tratamiento de un estímulo, la irrupción de otro estímulo en una ventana temporal específica no va acompañada de un acceso a la conciencia;
—la técnica de *presentación subliminal enmascarada*, que reposa en el siguiente principio: cuando un primer estímulo es presentado muy brevemente, la presentación inmediatamente posterior a otro estímulo, el enmascaramiento, viene a suprimir la percepción consciente de ese primer estímulo (Dixon, 1971).

VII.5. Diversidad y límites de las representaciones mentales inconscientes

Armada de estas definiciones, de las obligaciones metodológicas que de ellas se derivan y de los paradigmas experimentales que describimos anteriormente, la psicología cognitiva se lanzó a una indagación pletórica de repercusiones y de descubrimientos durante las últimas décadas: ¿cuál es la diversidad de las representaciones mentales inconscientes? Más allá de los automatismos motores, ¿qué hay de las representaciones emocionales o de las representaciones tan abstractas como aquellas que tienen que ver con la semántica?

La cantidad de trabajos publicados en este campo es tal que nos resulta imposible dar

booksmedicos.org

cuenta de todos ellos; abordaremos aquí sólo una pequeña parte. Tal y como sucede en el registro de las emociones, donde ha sido demostrado que cuando algunos rostros expresan una emoción y son presentados en condiciones subliminales encubiertas, éstos activan las regiones emocionales del cerebro (las amígdalas cerebrales), aun cuando sea posible garantizar (de acuerdo con la definición operatoria que ya precisamos) la falta de acceso a la conciencia por parte de esos rostros (Whalen *et al.*, 2004). Mediante la utilización de palabras emocionales encubiertas se ha podido poner en evidencia una modulación similar de las amígdalas cerebrales (Naccache *et al.*, 2005). Este último resultado prueba que los individuos pueden acceder a un atributo semántico sin que se den cuenta, en este caso la valencia emocional. Este acceso inconsciente a la semántica ha sido demostrado igualmente con respecto a las palabras emocionales en otros dispositivos experimentales (Gaillard *et al.*, 2006), o que tienen que ver con otros atributos semánticos como, por ejemplo, el vínculo asociativo entre dos palabras (Luck *et al.*, 1996), o incluso con la numerosidad de las cifras, ya sea que éstas se presenten en notación verbal o árabe (Dehaene *et al.*, 1998).

Estos procesos parecen haber estado restringidos durante mucho tiempo por su duración: la ineluctable evanescencia de las representaciones mentales inconscientes limitaba drásticamente su alcance. Tal y como acontece en los paradigmas de *facilitación* subliminal, consistentes en estudiar los efectos de una palabra subliminal enmascarada (el facilitador) respecto a la categorización de otra palabra (el blanco), la prolongación del plazo entre el facilitador y el blanco hace desaparecer muy rápido cualquier efecto de facilitación, a partir de unos cuantos centenares de milésimas de segundos. Mientras que, por el contrario, otros enfoques destacan la duración y el carácter inalterable de los procesos inconscientes, la psicología cognitiva experimental ponía más bien en evidencia su ineluctable evanescencia después de algunos centenares de milésimas de segundo. Pero son varios los paradigmas experimentales los que van a permitir demostrar que esta representación, incluso una vez desvanecida, deja huellas duraderas, facilitando por ejemplo su ulterior tratamiento, cosa que algunas sutiles modificaciones de la conducta pueden objetivar (Kunst-Wilson y Zajonc, 1980) así como algunas medidas electrofisiológicas (Elliott y Dolan, 1998; Gaillard *et al.*, 2007). Se han puesto igualmente en evidencia los efectos motivacionales de la ganancia o de la pérdida de dinero en un estímulo abstracto percibido con varios segundos de anterioridad, es decir, una eternidad de hecho en este terreno (Pessiglione *et al.*, 2008). Por último, son varios los trabajos que han puesto en evidencia ciertos fenómenos de sincronías cerebrales para estímulos no conscientemente percibidos (Melloni *et al.*, 2007; Cohen *et al.*, 2009; Gaillard *et al.*, 2009): las sincronías designan a los fenómenos de sincronización de estructuras neurales distantes, en una frecuencia definida y con un constante desfase, y se les considera como un medio para mantener una representación mental. Así pues, es posible imaginar que en algunas situaciones las representaciones mentales inconscientes podrían ser mantenidas.

Otro límite clásico de los procesos inconscientes: no serían capaces de permitir la iniciación de una nueva estrategia o el control de esta misma estrategia. Desde el punto

booksmedicos.org

de vista cognitivo, semejante propiedad es considerada como algo producido por el córtex prefrontal. Recientes publicaciones han puesto en evidencia activaciones prefrontales por estímulos inconscientemente percibidos, correspondientes a la implementación inconsciente de la red cerebral indispensable para una tarea compleja, por ejemplo: fonológica *versus* semántica (Lau y Passingham, 2007), o incluso para la inhibición de una respuesta (Van Gaal *et al.*, 2008). El problema que se plantea a partir de ahí es el siguiente: ¿la psicología cognitiva de los procesos inconscientes permite imaginar la aplicación inconsciente de procesos estratégicos?

La primera posible objeción consiste en rastrear en esos fenómenos inconscientes aquello que podrían tener de consciente. Pese a las coerciones metodológicas que ya mencionamos, es posible que un estímulo inconscientemente percibido sea al mismo tiempo la causa de representaciones mentales inconscientes y de representaciones conscientes, las últimas de las cuales darían cuenta de la no-evanescencia y de la activación de las estructuras cerebrales destinadas al control cognitivo. De tal manera, en el paradigma de *Go / No Go* utilizado por Van Gaal y sus colaboradores, un índice *Go* debe conducir a presionar un botón, acción que la subsecuente aparición de otro índice *No Go* debe conducir a su inhibición. La percepción subliminal del índice *No Go* enlentece la acción (inducida por el *Go*) y acarrea una activación prefrontal. Podemos imaginar que este índice sigue siendo inconscientemente percibido, pero que el enlentecimiento motor que acarrea es, en lo que a él respecta, conscientemente percibido: existe entonces una representación mental consciente, la sensación consciente de un enlentecimiento (se estaría hablando de metacognición), que pudiera dar cuenta de la activación prefrontal y de los fenómenos de sincronías. En el hilo de esta objeción, Lionel Naccache (Naccache, 2006) se dedica a rastrear los fenómenos atribuidos a representaciones inconscientes y que en realidad son obra de representaciones conscientes que pasaron inadvertidas. Según va produciéndose este error de atribución, subraya igualmente otra propiedad espectacular: la facultad que posee el individuo consciente de generar ficciones que den cuenta de su conducta, muy frecuentemente sin que esas ficciones correspondan a lo que realmente (inconscientemente, por ejemplo) condujo a esa conducta.

La segunda objeción, complementaria de la primera, consiste en subrayar los efectos de repetición indispensables para la obtención de tales resultados. Por ejemplo, en el paradigma de Van Gaal y sus colaboradores, varios cientos de ensayos (1 400 ensayos) se suceden, y es a costa de esta intensa repetición como aparece un efecto de inhibición inconsciente en forma de un enlentecimiento de unas cuantas milésimas de segundo tras la percepción inconsciente de un índice de *No Go*. Lo que estaríamos observando, así pues, es la automatización de un procedimiento. Resulta absolutamente espectacular comprobar que esta automatización es de tal naturaleza como para hacer que un procedimiento tan complejo pueda ser registrado inconscientemente. Esta hipótesis lleva primeramente a predecir una multiplicación infinita de los procesos inconscientes: todo proceso consciente, sea cual sea su complejidad, podría volverse inconsciente al paso de su repetición. Dado que resulta posible reprimir conscientemente algunos recuerdos

booksmedicos.org

(Anderson y Green, 2001), ¿es posi-ble, por ejemplo, imaginar que ese mecanismo de represión se vuelva inconsciente? Más allá del dispositivo forzosamente reductor del laboratorio, es posible imaginar lo que esta transferencia hacia el inconsciente podría engendrar, por ejemplo, durante la primera infancia y mediante repetición, en la vida de cada uno. Más allá de un atributo semántico o de la red indispensable para una tarea, son todas las disposiciones, tanto emocionales como semánticas, correspondientes a una interacción dada, las que entonces podrían ser inconscientemente reactivadas.

Si entonces esta hipótesis abre sorprendentes perspectivas en el campo de los procesos inconscientes, también conduce a la comprobación de un límite fundamental a estos procesos: la imposibilidad de generar inconscientemente nuevos procesos. La intencionalidad de los procesos inconscientes se reduciría a la intencionalidad que antaño presidiera a su implantación consciente. De esa manera, la totalidad de los procesos inconscientes estaría condenada a repetirse, obstinadamente, al capricho de ese laberinto de estructuras y de automatismos que transforman toda nueva representación según esa experiencia pretérita. Es precisamente el acceso a la conciencia lo que podría liberar de esa obstinada repetición, no mediante la magia del acceso a la conciencia, sino porque es únicamente esta última la que autoriza los grados de libertad requeridos para evadirse de tal repetición.

VII.6. ¿Cuáles son las implicaciones para la psiquiatría?

La literatura científica concerniente a los sesgos perceptivos a favor de estímulos vinculados a una dimensión patológica es abundante. En el ejemplo de la fobia simple, ¿qué es lo que puede dar cuenta de las excepcionales facultades que poseen los pacientes para detectar el objeto fobógeno? Una araña se encuentra en un rincón del cuarto y es poco probable que el aracnófobo no la detecte, por así decir, de manera exquisita. Se pueden formular dos hipótesis: ya sea que el paciente amplifique conscientemente tal percepción mediante una búsqueda activa de esa amenaza, o bien es inconscientemente hipersensible. La utilización de presentaciones subliminales enmascaradas va a hacer posible demostrar que esa hiperreactividad se sitúa en el plano inconsciente (Mineka y Ohman, 2002). Desde un punto de vista terapéutico, ¿cuál es el efecto de un antidepresivo? ¿Modifica los procesos conscientes vinculados con la depresión, como por ejemplo las rumias ansiosas, o actúa incluso retrospectivamente respecto a esas representaciones conscientes, por ejemplo en la reactividad inconsciente al material emocional negativo? La administración de un antidepresivo, el citalopram, *versus* placebo, implica desde los siete días de tratamiento una reducción de la actividad amigdalina inducida por la percepción subliminal enmascarada de rostros que expresan el miedo en comparación con rostros que expresan la alegría (Harmer *et al.*, 2006). Resulta notable observar en este caso que los antidepresivos actúan no sólo más atrás de la conciencia, sino incluso mucho antes de su efecto antidepresivo clínico (generalmente después de tres semanas). A estos estudios se les puede reprochar que opongan de

booksmedicos.org

manera maniquea percepción consciente y percepción inconsciente. De ese modo ha sido demostrado que los procesos inconscientes están modulados en realidad por la postura consciente del individuo, es decir, respecto a la manera en que éste puede amplificar conscientemente tal o cual proceso inconsciente. Así pues, habría entonces que apelar a paradigmas experimentales más sutiles para determinar de una manera más precisa los vínculos entre procesos conscientes y procesos inconscientes, pero tampoco es menos cierto que esos trabajos subrayan la importancia de los determinantes inconscientes en la patología.

Nos parece que, de modo más fundamental, poner en evidencia la diversidad de los procesos inconscientes puede modificar la postura del psiquiatra en su ejercicio. Suponer que los demás tienen una vida inconsciente y suponer que es determinante en sus trastornos, es desplazar el interés del profesional de lo que es referido por el paciente (lo que es consciente) hacia lo que no lo es. Más allá de las consideraciones relativas a otros enfoques (por ejemplo, el determinismo de la sexualidad infantil en la rejila de lectura psicoanalítica), ese desplazamiento en la escucha del psiquiatra hacia lo que no se dice encuentra igualmente sus fundamentos en la psicología cognitiva.

Conclusión

Apoyada en las influencias que han guiado su desarrollo (así es como hemos citado a la psicología experimental, al enfoque computacional y a la neuropsicología, integrándose con la imagenología cerebral al movimiento general de las neurociencias cognitivas), la psicología cognitiva es una disciplina cuyos objetivos de estudio se sitúan por lo general en las fronteras de la psiquiatría. Para dar cuenta de esos posibles vínculos entre psicología cognitiva y psiquiatría, muy bien pudimos interesarnos igualmente en los procesos de categorización, en el lenguaje, en los aprendizajes, en la integración de las emociones a los procesos de decisión, como por ejemplo en la optimización de una elección económica, o incluso en los sesgos capaces de conducir a generar o mantener una creencia delirante. Elegimos explorar la extensión y los límites del inconsciente cognitivo dado que el problema del estatuto del inconsciente nos pareció determinante para la psiquiatría. Conforme avanzaba esta breve exploración pudimos notar, al mismo tiempo, las zonas de posible acuerdo entre la definición de este inconsciente cognitivo y otros procesos que dan vida a la psiquiatría, pero también las fronteras infranqueables, al menos hasta el día de hoy. Podríamos deplorar tanto la existencia de esas fronteras como regocijarnos de las tensiones que generan para, mediante contraste, dar más clara cuenta de la riqueza de cada enfoque.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, M. C., y C. Green (2001), “Suppressing unwanted memories by executive

booksmedicos.org

control", *Nature*, 410, 6826, pp. 366-369.
Cohen, M. X., S. Van Gaal, K. R. Ridderinkhof y V. A. Lamme (2009), "Unconscious errors enhance prefrontal-occipital oscillatory synchrony", *Frontiers in Human Neurosciences*, 3, p. 54.
Damasio, A. R. (1994), *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, Nueva York, G. P. Putnam, trad. fr.: "L'Erreur de Descartes : la raison des émotions", Odile Jacob, París, 1995. [*El error de Descartes*. Versión española de Pierre Jacomet, Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, 1999.]
Dehaene, S., L. Naccach, H. G. Le Clec, E. Koechlin, M. Mueller, G. Dehaene-Lambertz, P. F. Van de Moortele y D. Le Bihan (1998), "Imaging unconscious semantic priming", *Nature*, 395, 6702, pp. 597-600.
Déjerine, J. (1892), "Contribution à l'étude anatomo-pathologie et clinique des différentes variétés de cécité verbale", *Mémoires de la Société de biologie*, 4, pp. 61-90.
Dixon, N. F. (1971), *Subliminal Perception: The Nature of a Controversy*, McGraw-Hill, Londres.
Elliot, R., y R. J. Dolan (1998), "Neural response during preference and memory judgments for subliminally presented stimuli: a functional neuroimaging study", *Journal of Neuroscience*, 18, 12, pp. 4697-4704.
Eriksen, C. W. (1960), "Discrimination and learning without awareness: a methodological survey and evaluation", *Psychological Review*, 67, pp. 279-300.
Gaillard, R., A. del Cul, L. Naccache, F. Vinckier, L. Cohen, S. Dehaene y L. Naccache (2006a), "Nonconscious processing of emotional words modulates conscious access", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103, 19, pp. 7524-7529.
Gaillard, R., L. Naccache, P. Pinel, C. Adam, E. Volle, S. Clemenceau, D. Hasbou, S. Dupont, M. Baulac, S. Dehaene, C. Adam y L. Cohen (2006b), "Direct intracranial, fMRI and lesion evidence for the casual role of left inferotemporal cortex in Reading", *Neuron*, 50:191-204.
Gaillard, R., L. Cohen, C. Adam, S. Clemenceau, D. Hasboun, M. Baulac, J. C. Willer, S. Dehaene y L. Naccache (2007), "Subliminal words durably affect neuronal activity", *Neuroreport*, 18, 15, pp. 1527-1531.
Gaillard, R., S. Dehaene, C. Adam, S. Clemenceau, M. Baulac, L. Cohen y L. Naccache (2009), "Converging intra-cranial markers of conscious access", *PLoS Biology*, 7,3, c61.
Harmer, C. J., C. E. Mackay, C. B. Reid, P. J. Cowen y G. M. Goodwin (2006), "Antidepressant drug treatment modifies the neural processing of nonconscious threat cues", *Biological Psychiatry*, 59, 9, pp. 816-820.
Holender, D. (1986), "Semantic activation without conscious identification in dichotic listening, parafoveal vision, and visual masking: A survey and appraisal", *The Behavioral and Brain Sciences*, 9, pp. 1-23.
Husserl, E. (1931), *Méditations cartésiennes*, Vrin, París. [*Meditaciones cartesianas*.

booksmedicos.org

Versión española de José Gaos y Miguel García-Baró, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2005.]
Kim, C. Y., y R. Blake (2005), "Psychophysical magic: rendering the visible 'invisible' ", *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 8, pp. 381-388.
Kunst-Wilson, W. R., y R. B. Zajonc (1980), "Affective discrimination of stimuli that cannot be recognized", *Science*, 207, 4430, pp. 557-558.
Lau, H. C., y R. E. Passingham (2007), "Unconscious activation of the cognitive control system in the human prefrontal cortex", *Journal of Neuroscience*, 27, 21, pp. 5805-5811.
Luck, S. J., E. K. Vogel y K. L. Shapiro (1996), "Word meanings can be accessed but not reported during the attentional blink", *Nature*, 383, 6601, pp. 616-618.
Mack, A., e I. Rock (1998), *Inattentional Blindness*, MIT Press, Cambridge.
McGinnies, E. (1949), "Emotionality and perceptual defense", *Psychological Review*, 56,pp. 244-251.
Melloni, L., C. Molina, M. Pena, D. Torres, W. Singer y E. Rodriguez (2007), "Synchronization of neural activity across cortical areas correlates with conscious perception", *Journal of Neuroscience*, 27, 11, pp. 2858-2865.
Mineka, S., y A. Ohman (2002), "Phobias and preparedness: the selective, automatic, and encapsulated nature of fear", *Biological Psychiatry*, 52, 10, pp. 927-937.
Naccache, L. (2006), *Le Nouvel Inconscient. Freud, Chistophe Colomb des neurosciences*, Odile Jacob, París.
Naccache, L., E. Gaillard, C. Adam, D. Hasboun, S. Clemenceau, M. Baulac, S. Dehaene y L. Cohen (2005), "A direct intracranial record of emotions evoked by subliminal words", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, 21, pp. 7713-7717.
O'Regan, J. K., R. A. Rensink y J. J. Clark (1999), "Change-blindness as a result of 'mudsplashes' ", *Nature*, 398, 6722, p. 34.
Owen, A. M., M. R. Coleman, M. Boly, M. H. Davis, S. Laureys y J. D. Pickard (2006), "Detecting awareness in the vegetative state", *Science*, 313, 5792, p. 1402.
Pessiglione, M., P. Petrovic, J. Daunizeau, S. Palminteri, R. J. Dolan y C. D. Frith (2008), "Subliminal instrumental conditioning demonstrated in the human brain", *Neuron*, 59, 4, pp. 561-567.
Raymond, J. E., K. L. Shapiro y K. M. Arnell (1992), "Temporary suppression of visual processing in an RSVP task: an attentional blink?", *Journal of Experimental Psychology. Human Perception and Performance,* 18, 3, pp. 849-860.
Singer, T. (2006), "The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research", *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 30, 6, pp. 855-863.
Van Gaal, S., K. R. Ridderinkhof, J. J. Fahrenfort, H. S. Scholte y V. A. Lamme (2008), "Frontal cortex mediates unconsciously triggered inhibitory control", *Journal of Neuroscience*, 28, 32, pp. 8053-8062.
Whalen, P. J., J. Kagan, R. G. Cook, F. C. Davis, H. Kim, S. Polis, D. G. McLaren, L.

booksmedicos.org

H. Somerville, A. A. McLean, J. S. Maxwell y T. Johnstone (2004), "Human amygdala responsivity to masked fearful eye whites", *Science*, 306, 5704, p. 2061.
Zajonc, R. B. (1962), "Response suppression in perceptual defense", *Journal of Experimental Psychology*, 64, pp. 206-214.

booksmedicos.org

VIII. PSIQUIATRÍA, COMPORTAMIENTOS Y MODELOS ANIMALES

FRÉDÉRIC ADVENIER

La utilización de metáforas animales en el lenguaje común es algo sumamente intuitivo, frecuente y eficaz. Frases como "se hace el avestruz", "las ratas abandonan el barco", "está loco como una cabra" o "defiende a sus hijos como una leona" expresan con pertinencia, dentro de la conversación, la intención de un comportamiento humano. Esta evidencia resulta más problemática cuando nos situamos en el ámbito del conocimiento y del discurso respecto a los conocimientos especializados en medicina mental. La utilización de modelizaciones animales se convierte en un tema de controversia. O bien tales modelos son considerados de entrada como algo condenado al fracaso, e incluso peligrosos, tomando en cuenta que la especificidad de la enfermedad mental reside en el hecho de que es humana por definición, ya que se transmite a través del lenguaje, la cultura y lo social, o bien sólo sería posible dar cuenta "científicamente" de los trastornos mentales remitiéndose al "núcleo animal" del hombre, y por consiguiente a sus bases neurobiológicas, aun cuando haya que pasar a través de funciones mentales simples que serían la raíz de operaciones cognitivas y sociales más elaboradas.

Habremos de traer brevemente a colación algunas conductas animales capaces de interesar a la psicopatología y enseguida intentaremos esclarecer aquello que es posible esperar de un modelo animal y de su utilización en medicina. Tomaremos como principal ejemplo los modelos de la ansiedad y de las psicosis de los roedores, es decir, los modelos que se sirven de ratas y ratones. En una tercera etapa abordaremos los problemas que se le plantean al experimentador cuando observa ciertos comportamientos animales.[1]

VIII.1. LOS COMPORTAMIENTOS ANIMALES

El estudio de los comportamientos animales pertenece al dominio de la etología, que, tras los trabajos de Darwin, se consolidó como una disciplina autónoma durante el siglo XX con figuras como Nicolaas Tinbergen (1907-1988) y Konrad Lorentz (1903-1989). Los etólogos interrogan a lo viviente mediante el comportamiento animal. Buscan los principios organizadores mediante observaciones en el lugar mismo, en medio de condiciones naturales o modificadas en el marco de un experimento. Echan mano de un método comparativo. Observan diferentes especies, comparan los datos, elaboran conceptos que apuntan a explicar los hechos de manera lógica y mediatizada por medio

booksmedicos.org

de pruebas experimentales.

El estudio de un comportamiento animal gira globalmente alrededor de cuatro ejes: *a)* su *función:* ¿cuál es el propósito de un comportamiento? ¿Tal propósito debe ser contrastado con los objetivos de supervivencia y de reproducción, o algunos otros?; *b)* su *causa*: ¿qué estímulos inmediatos desencadenaron el comportamiento que es visto como una respuesta a estos mismos? ¿Cómo es que este comportamiento ha sido modificado por un aprendizaje?; *c)* su relación con el *desarrollo* del animal. ¿Cómo evoluciona con la edad? ¿Cuáles son las experiencias precoces que fueron necesarias para su realización? ¿En qué momento?, y *d)* su *comparación* en un plano evolutivo con especies conexas o distantes.

El interés por comparar algunas conductas entre el hombre y el animal se lleva a cabo bajo ciertas condiciones (Guedeney y Attale, 2002): *a)* reubicar al hombre en la serie animal, es decir, considerar que un ser humano puede mostrar comportamientos que no le son exclusivos, que evoluciona en un entorno al cual se adapta, como los demás individuos de su especie; *b)* considerar a su especie comparable a otras especies de mamíferos, y *c)* suponer que, al igual que en todas las especies, un cierto número de esos comportamientos son programados para favorecer la supervivencia de la especie. Así pues, el propósito de un comportamiento, su intención, no compete exclusivamente a su protagonista o al discurso que produce en sí mismo como sujeto de una acción, pues la conducta tiene su origen en todo un conjunto de dispositivos biológicos que funcionan con miras a un propósito inmediato, por ejemplo: responder a las imposiciones relacionadas con las circunstancias ambientales, como también a un propósito de largo plazo, por ejemplo: la supervivencia de la especie mediante la transmisión de caracteres que aumentan la capacidad de resistencia. Bajo *tales* condiciones, *algunos* comportamientos humanos pueden ser comparables a los del animal.

Entre los diferentes comportamientos animales que, en épocas diferentes, pudieron servir como base de extrapolación para el estudio del hombre (agresividad, conductas de defensa, sexualidad y reproducción, vida agraria…), habremos de elegir aquí un ejemplo: el del apego, debido a su creciente importancia durante estos últimos años en psicopatología; después habremos de presentar brevemente la corriente de las "neurociencias sociales".

VIII.1.1. *El ejemplo del apego*

El apego corresponde a los comportamientos desarrollados por el bebé y por el niño a través de los vínculos de proximidad con los adultos que lo tienen a su cargo y que se muestran sensibles a sus necesidades y a sus interacciones. Estos adultos se convierten en "figuras de apego". En los mamíferos, el apego se revela a través de cuatro comportamientos (chupar, colgarse, llorar, seguir), en tanto que la *sonrisa*, como quinta manifestación, es específicamente humana. Conforme las interacciones progresan se van creando "esquemas de apego", o sea que el niño forma modelos operacionales de

booksmedicos.org

interacciones con el entorno y el organismo. Se trata de "modelos internos operantes". Continuando los trabajos de Bowlby, la psicóloga canadiense Mary S. Ainsworth (1913-1999) modelizó cuatro "estilos de apego" en el bebé: *a)* el estilo *seguro* (el niño expresa su malestar, se tranquiliza, y el adulto adopta comportamientos coherentes); *b)* el estilo ansioso (el niño no se siente tranquilo, el adulto adopta comportamientos incoherentes); *c)* el estilo elusivo (pocos intercambios, el adulto responde poco y no estimula la expresión del niño), y *d)* el estilo desorganizado (el niño tiene estereotipos, el adulto se muestra paralizado).

Con los modelos animales se tiene la ventaja de observar durante breves periodos de tiempo a varias generaciones, comprobando que algunos rasgos de comportamiento puedan modificarse, transmitirse, repetirse, en función de parámetros controlados experimentalmente. Por ejemplo, es posible seguir en varias generaciones de ratones o de ratas los efectos de una situación estresante en las tasas de oxitocina o de cortisol y correlacionarlos con comportamientos "seguro" o "inseguro". De ese modo es posible "unir la comprensión de hechos clínicos a elementos teóricos hasta entonces dispersos: vínculos entre la seguridad, el apego y la regulación fisiológica, vínculos entre el apego, el desarrollo de estructuras neurológicas y la regulación del afecto, y por ende vínculos entre este equilibrio fisiológico y la capacidad de darle un sentido a la experiencia y expresar adecuadamente las emociones que le están relacionadas" (Guedeney y Attale, 2002).

VIII.1.2. *Las "neurociencias sociales"*

De un modo más general, durante estos últimos años las interacciones sociales son objeto de estudios en neurobiología del comportamiento (Insel, 2010), que tienden a desarrollarse en el ambicioso marco de las "neurociencias sociales", las que integran y correlacionan elementos de observaciones relativas a las interacciones sociales, a las neurociencias cognitivas, a la genética y a la epigenética. Los presupuestos que guían esta investigación son, en primer lugar, que los comportamientos sociales complejos pueden estar relacionados con niveles moleculares que pueden resultar relativamente sencillos; como también que los neuropéptidos y sus receptores son mediadores que implican comportamientos sociales; y finalmente, que ciertos estudios comparativos entre especies pueden aportar considerables esclarecimientos. Las respuestas en el marco de las neurociencias sociales están relacionadas con algunas preguntas del tipo: ¿qué es lo que ocurre para que una percepción sea codificada como una señal "social" que desencadena un comportamiento social? ¿Cómo distingue el cerebro los comportamientos sociales, por ejemplo las conductas hostiles o amistosas, o incluso a un individuo extraño de un miembro del grupo? ¿Cuáles son los mecanismos neuronales que facilitan o inhiben una interacción social?

Los estudios sobre neuropéptidos como la oxitocina nos aportan algunos elementos de respuesta. En el animal, una inyección de oxitocina favorece los comportamientos de

booksmedicos.org

cuidados maternos y de sociabilidad. Por otra parte, ciertos modelos de vulnerabilidad a las adicciones muestran que esta vulnerabilidad aparece como resultado de la carencia de cuidados maternales, y está correlacionada con las modificaciones de la repartición de los receptores cerebrales de la oxitocina. Paralelamente, la oxitocina aumenta en el humano los comportamientos de confianza, de empatía, de generosidad, así como el tiempo y la frecuencia de los contactos visuales y la memoria de los rostros. Y se ha demostrado que la ingestión de oxitocina por vía nasal potencializa los efectos de una terapia cognitivo-conductual mediante desensibilización en los fóbicos sociales.

Al mismo tiempo, las generalizaciones que es posible realizar a partir de estos datos tropiezan con numerosas límites. Por una parte, la comparación entre especies hace aparecer una gran variabilidad, presentándose entre individuos de una misma especie. Por otra parte, la información más importante no se refiere finalmente al desciframiento de los genes que codifican para un neuropéptido determinado, sino a los genes implicados para el tipo de receptor para ese neuropéptido. Algunos complejos mecanismos moleculares modifican la expresión de los genes que codifican a los receptores y su repartición cerebral; estos dos parámetros son los mejor correlacionados con los comportamientos sociales. Por último, no es la evaluación de un índice de neuropéptido lo que aporta una información pertinente, sino la cartografía y la forma de expresión y la repartición de los receptores; los efectos de un agonista o de un antagonista ante un neuropéptido dependen de esta misma repartición.

VIII.2. La modelización animal en medicina

VIII.2.1. *El modelo animal*

Existe dentro de la medicina una impresionante cantidad de modelizaciones animales. No podríamos hacer aquí una síntesis de ellas, pero nos interesaremos en las estrategias de modelización.

La ambigüedad de un modelo animal en medicina resulta del hecho de que un modelo es un modelo *para* la enfermedad y *de* la enfermedad (Gzil *et al.*, 2009). Un modelo es utilizado como un *equivalente*. Es aplicable tanto a individuos afectados por la enfermedad como a la enfermedad misma, es decir, a aquello que se conoce de la enfermedad en un momento dado. De modo parcial, concretiza los conocimientos ya adquiridos. De esa manera hace posible que se pongan a prueba nuevas estrategias terapéuticas. También se echa mano de una modelización animal como un marco en el que se pueden formular problemas, comprobar hipótesis y obtener respuestas. Permite entender algunos aspectos de la enfermedad y del encadenamiento de los fenómenos que desembocan en los síntomas. Se utiliza como un *paradigma*. La importancia de un modelo, en este caso, no consiste tanto en su realidad como en la realidad en la que éste permite pensar. Ambas facetas, la práctica y la teórica, están íntimamente ligadas y se

booksmedicos.org

refuerzan mutuamente. A medida que las hipótesis se someten a prueba y son afinadas, aumenta la comprensión de la enfermedad, así como la validez del modelo y la legitimidad en probar en él las terapéuticas. Así pues, la modelización animal permite *mimar* los fenómenos que aluden a la enfermedad y funciona en dos planos: el pragmático y el teórico, consolidándose mutuamente.

El valor del modelo se presenta esquemáticamente según cuatro ejes de validez (Chapouthier, 2008): *a)* construcción: los conceptos del modelo deben ser evaluados fielmente a través del test operado; *b)* homología: las apariencias entre el comportamiento animal deben ser similares con una característica específica de la enfermedad en el hombre; *c)* predictibilidad: el modelo debe predecir un criterio de interés, un fenómeno humano, a partir de algunas pruebas, y *d)* etiología: el modelo pone en evidencia una serie causal específica que desemboca en el fenómeno patológico.

VIII.2.2. *Los modelos de la ansiedad en los roedores*

Diferentes pruebas (Clément y Chapuothier, 1998; Lepicard, 2000) han permitido poner en evidencia un rasgo conductual que se asemeja a la ansiedad. Estas pruebas se efectúan principalmente en roedores. En la prueba de la "caja negra", ésta se compone de dos compartimentos, uno iluminado, el otro oscuro. Se observa que los roedores considerados "ansiosos" permanecen más tiempo en el compartimento oscuro. El "laberinto elevado" está formado por dos caminos sobrealzados, uno de los cuales está protegido por defensas y el otro no. La conducta ansiosa consiste en caminar dentro de los itinerarios protegidos. El modelo del "campo abierto" es un plano cuadriculado. La conducta de un animal ansioso se traduce en un movimiento único dentro de los cuadros externos, sin dirigirse hacia los cuadros del centro. El "modelo del conflicto" se desarrolla en diferentes tiempos. Primero hay que aprender a accionar un pedal para obtener alimento. Después, se produce una descarga eléctrica cada vez que se acciona este pedal. El ansioso (y no el álgico) deja entonces totalmente de accionar el pedal de llamada. Por último, en el "modelo ansiedad y equilibrio en el espacio", los roedores deben atravesar el vacío sobre una varilla de metal que gira sobre sí misma; los "ansiosos" tienden a resbalar, tienen la cola fláccida y caen.

Estos modelos poseen un alto valor predictivo para demostrar o no la eficacia de una molécula ansiolítica en el hombre. Por ejemplo, una inyección de *diazepam* en los ratones que presentan una conducta ansiosa corrige este comportamiento. Con el diazepam, los ratones que permanecen mucho tiempo en la caja negra salen con más frecuencia a la luz, toman el camino que da al vacío, exploran los cuadros centrales, accionan el pedal como si no hubiera descarga eléctrica, atraviesan el vacío sobre la varilla de metal con la cola al aire y sin caerse. Con una inyección de *betacarbolina*, un antagonista del GABA, los ratones no ansiosos van a conducirse de manera ansiosa.

Los modelos descritos poseen un valor pragmático. Responden bien a la pregunta: ¿esta molécula puede tener una acción ansiolítica? Es posible mejorar en lo sucesivo el

booksmedicos.org

modelo seleccionando, por ejemplo, una prole de ratones ansiosos. Al mismo tiempo, en un plano más general, puede deducirse que los sistemas GABAérgicos se encuentran implicados en los fenómenos de ansiedad, pues el diazepam es un agonista de tales sistemas y la betacarbolina un antagonista. Es posible establecer igualmente puentes entre la ansiedad, la epilepsia y el aprendizaje a través de los fenómenos del encendimiento o *kindling* (Chapouthier y Venault, 2001). Pero resulta difícil *reducir* las manifestaciones humanas de la ansiedad a un fenómeno que podría ser totalmente explicado mediante sus modelos. Por un lado, a fin de maximizar su validez, habría que "convertir en roedores" a los humanos, es decir, hacer que realicen las tareas de estos animales y de esa manera comparar los resultados. Por otro lado, no podemos dejar de mencionar el problema de la singularidad de una manifestación ansiosa en una persona humana como manifestación de una situación afectiva y subrayar su expresión por medio del lenguaje. Así, no es inútil recordar que, en su concepción misma, los modelos presentados no tienen como función la de abarcar toda la complejidad de un fenómeno, sino la de aislar este o aquel rasgo característico, con la finalidad de poder formular hipótesis respecto del mismo y después verificarlas; es decir, tener la posibilidad de afirmar que algunas hipótesis son *falsas*.

Luego, sería posible afirmar que la importancia de las modelizaciones animales se traduce precisamente en un ir y venir entre las hipótesis (sobre las que los modelos descansan en calidad de equivalentes) y las nuevas hipótesis (que los modelos permiten pensar como paradigmas). Lo que para el clínico de hospital resulta interesante como estudio no son tanto los resultados en bruto que ofrece un modelo como los procesos de modelización, las hipótesis subyacentes que determinan el marco del experimento (Castel, 2009), los modos de formular una hipótesis con el propósito de ponerla en duda y no de afirmar su verdad. Enseguida, estas hipótesis deben ser confrontadas con algunos datos clínicos, sociológicos, antropológicos, filosóficos…

VIII.2.3. *Los modelos animales de las psicosis*

Vamos a mencionar aquí de manera escueta los modelos animales de las psicosis. Podemos agruparlos en tres tipos (Geyer y Moghadda, 2009; Verdoux *et al.*, 1997).

Primeramente, los modelos fármaco-inducidos por los psicoestimulantes o modelos tipo de la "psicosis anfetamínica". Remiten a una hipótesis causal dopaminérgica de los síntomas psicóticos, inferidos de manera empírica a través de la observación de los efectos de los neurolépticos y de los psicoestimulantes (anfetamina o LSD). Con este modelo, los síntomas modelizados son las estereotipias, el retraimiento, las percepciones sin objeto. Estos fenómenos son reforzados por los agonistas dopaminérgicos y reducidos en intensidad por los antagonistas dopaminérgicos. Tal modelo ha hecho posible mejorar los conocimientos relativos a las estructuras implicadas en la transmisión dopaminérgica, pero ha hecho progresar débilmente los conocimientos en el campo etiológico.

El segundo tipo de modelo es el de la hipótesis del neurodesarrollo de las esquizofrenias. Ciertas perturbaciones del desarrollo neuronal durante la vida fetal o

booksmedicos.org

posnatal precoz podrían estar implicadas en la etiopatogenia de tales trastornos. De esa manera se conciben algunos modelos de roedores para examinar el impacto de las lesiones frontales o hipocámpicas, que sólo se expresan a partir de un periodo preciso: el de la pubertad. Y del mismo modo pueden ser inferidas o examinadas como factores de vulnerabilidad, genéticas y ambientales, algunas perturbaciones en los procesos de mielinización, de eliminación de conexiones sinápticas excedentes, así como una hiperreactividad al estrés y a los agentes dopaminérgicos.

El tercer modelo es "neurocognitivo", no tiene como objetivo el de modelizar una patología, o incluso una de sus dimensiones, sino el de probar una hipótesis fisiopatológica específica. Por ejemplo, Simpson y sus colaboradores (2010) estudiaron la implicación de la hiperdopaminergia estriatal en la sintomatología deficitaria. En el animal, resulta posible desactivar un gen para precisar su implicación causal.

Estos desarrollos llevan a una última pregunta: ¿cuál es la teoría de la mente del investigador que permitió concretizar el ensayo, y a qué obstáculos se enfrenta?

VIII.3. El observador frente a un experimento de conducta animal

Algunos trabajos de Vinciane Despret (2010) permiten abordar este problema. Nuestro hilo conductor será el de los sesgos metodológicos y las maneras de considerarlos.

Despret distingue dos puntos de vista de estudio de los comportamientos animales, que condicionan dos actitudes diferentes en cuanto a los animales. El primero es el del conductismo. Se parte de la idea de que los animales poseen algunos rasgos comunes con los humanos, y particularmente en lo que concierne al *aprendizaje*. Un animal o un humano pueden aprender bajo determinadas coerciones. La hipótesis es que, bajo ciertas condiciones, los animales no hacen más que obedecer a asociaciones aprendidas: reaccionan a un estímulo de manera automática. El experimentador es considerado como algo activo, en la medida en que influye en un observado que, por su parte, permanece pasivo.

Se puede considerar que tal situación conlleva un posible sesgo en cuanto a la interpretación de los resultados y a su generalización: existe un efecto del experimentador sobre los resultados del experimento. Por ejemplo, en la prueba del laberinto, en la que las ratas deben memorizar el camino hacia la salida, se tienen mejores resultados con las ratas que son tratadas con una mayor atención por parte del experimentador, en comparación con aquellas que son tratadas de manera estándar. Esto es considerado como una variante y un sesgo que debe ser eliminado (Picq *et al.*, 2005).

Otro punto de vista es el cognitivo. Un animal no percibe pasivamente, la recepción de una percepción es un acto de creación y no un automatismo aprendido. Un animal llena su ambiente de objetos perceptivos. Un animal no puede entrar en relación con un objeto como tal: otorga significados a sus percepciones. El campo de estudio se convierte en el del "mundo vivido" *(Umwelt)* por el animal. Hay que tomar en cuenta esta competencia y considerar su comportamiento no como una *reacción* sino como una

booksmedicos.org

respuesta, y una respuesta en la que el animal tiene igualmente trato con las intenciones del experimentador. Nos vemos inducidos a considerar el dispositivo experimental como un marco en el que se da un tratamiento intencional, afectaciones, modificaciones *recíprocas*.

De tal manera, las preguntas que nos permiten abordar y entender una conducta animal no son ya del tipo: ¿cuáles son las leyes que corresponden a esas conductas? O: ¿lo que vale para este animal vale para todos los animales de esta categoría? Más bien evolucionan hacia la siguiente interrogación: "Aquello que nos importa, ¿les importa a los animales? ¿No hemos construido un dispositivo para el que [la respuesta del animal al que observamos] era la única respuesta? ¿No existían, desde su punto de vista, cosas que importaban más y que nosotros no les propusimos?" (Despret, 2009).

Nos damos cuenta de que, en tal perspectiva, la conducta se presenta no como una reacción característica, sino como una respuesta a las exigencias del experimentador. Éste "piensa con" el animal; los dos protagonistas "crean y establecen un acuerdo con respecto a las significaciones". Así pues, pasamos de un marco experimental en el que se hacían pruebas con una conducta dentro de ciertas particulares restricciones estandarizadas, a un marco en el que los animales de laboratorio son seres percibidos como casos particulares, capaces de asumir relaciones que confieren al otro una calidad de ser diferenciado y que disponen de una capacidad para establecer preferencias relacionales. Esta capacidad para establecer relaciones "personales" plantea el problema de la frontera entre el animal y el humano, así como la del "devenir una persona" (Chapouthier, 2009).

Conclusión

Los modelos animales surgidos de la observación directa de una conducta o de un artefacto en laboratorio representan un interesante estudio en su *proceso* de modelización. Así, lo que es objetivado debe ser relacionado con las condiciones de objetivación y sus hipótesis subyacentes. De ese modo es posible evitar las polémicas alrededor del problema del paso del animal al hombre y del antropomorfismo, para mejor situarse en una posición más fructífera, que podría asemejarse a la de René Angelergues (1980): el antropomorfismo "es un falso problema, en la medida en que la continuidad que existe y la discontinuidad no menos real entre el animal y el hombre permiten trabajar al mismo tiempo con el animal lo que es común al hombre y con el hombre lo que le es específico".

BIBLIOGRAFÍA

Angelergues, R. (1980), "Nécessité d'une psychopharmacologie pour l'évolution de la psychiatrie", *Évolution psychiatrique,* 45, 4, pp. 825-833.

booksmedicos.org

Castel, P.-H. (2009), *L'Esprit malade*, Ithaque, París.
Chapouthier, G. (2008), *Intérêts et limites des modèles animaux en psychiatrie*, conferencia en el seminario de Anne Fagot-Largeault, Collège de France, París.
——— (2009), "Le statut philosophique de l'animal: ni homme ni objet", *Le Carnet psy*, 139, pp. 23-25.
Chapouthier, G., y P. Venault (2001), "A pharmacological link between epilepsy and anxiety?", *Trends in Pharmacological Sciences*, 22, 10, pp. 491-493.
Clément, Y., y G. Chapouthier (1998), "Biological Bases of Anxiety", *Neuroscience and Biovehavioral Review*, 22, 5, pp. 623-633.
Despret, V. (2009), *Penser comme un rat*, Éditions Quae, Versalles.
Geyer, M., y B. Moghadda (2002), "Animal models relevant to schizophrenia disorder", en D. Charney (dir.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation Progress*, Lippincott, Williams and Wilkins, Nueva York, pp. 689-702.
Guedeney, A., y C. Attale (2002), "Biologie et éthologie dans la théorie de l'attachement", en N. y A. Guedeney, *L'Attachement*, Masson, París, pp. 51-58 (2ª ed., 2006).
Gzil, F., C. Tobin y L. Rondi-Reig (2009), "Rodent models of age-related cognitive disorders. A few considerations on their nature and limits", en S. Granon (dir.), *Endophenotypes of Psychiatric and Neurodegenerative Disorders in Rodent Models*, Transworld Research Network, Trivandrum, pp. 159-179.
Insel, T. R. (2010), "The Challenge of Translation in Social Neuroscience: A Review of Oxytocin, Vasopressin, and Affiliative Behavior", *Neuron*, 65, pp. 768-779.
Lepicard, E. M. (2000), "Balance control and posture differences in the anxious BALB/cByJ mice compared to the non anxious C57BL/6J mice", *Behavioral Brain Research*, 117,pp. 185-195.
Picq, P., D. Lestel, V. Despret y C. Herzfeld (2005), *Les Grands Singes — l'humanité au fond des yeux*, Odile Jacob, París.
Simpson, E. H., C. Kellendonk y E. Kandel (2010), "A possible role for the striatum in the pathogenesis of the cognitive symptoms of schizophrenia", *Neuron*, 65, 5, pp. 585-596.
Verdoux, H., R. Jouvent y M. Le Moal (1997), "Aplicaciones de los modelos animales de psicopatología", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37040-C20, Elsevier Masson, París.

booksmedicos.org

[1] Agradecemos a Georges Chapouthier y a Fabrice Gzil, miembros del Instituto de Historia y de Filosofía de las Ciencias y de las Técnicas, por su preciosa ayuda en la redacción de este capítulo.

booksmedicos.org

IX. PSIQUIATRÍA Y FENOMENOLOGÍA

BRICE MARTIN

La fenomenología psiquiátrica representa un enfoque relativamente marginal en el actual paisaje psiquiátrico y permanece poco enseñada. Habiendo sido tal la influencia de este movimiento en la psiquiatría a través de una gran cantidad de figuras (Karl Jaspers, Eugène Minkowski, Ludwig Binswanger, Henri Ey y Arthur Tatossian), este estado de cosas resulta paradójico. En este vistazo de horizonte, habremos de referirnos en gran parte a la obra de Arthur Tatossian (1976), síntesis magistral de los principales datos fenomenológicos en psiquiatría, a la que ahora es preciso añadir el reciente trabajo de Georges Charbonneau (2010).[1]

IX.1. LÍMITES DEL ENFOQUE OBJETIVO EN PSIQUIATRÍA

Tatossian designa "paradoja de la experiencia psiquiátrica" a la dualidad fundamental de una experiencia que difícilmente puede abarcar el enfoque objetivo. Así es, pues si la psiquiatría, en su calidad de especialidad médica, utiliza el proceso médico, es decir, el registro sintomático con miras al establecimiento de un diagnóstico, el síntoma psiquiátrico en cambio no parece ser capaz de superponerse rigurosamente al síntoma médico clásico.

La ambigüedad de la experiencia psiquiátrica y, más exactamente, su dualidad, proviene en última instancia de la particular condición del síntoma psiquiátrico: este último carece antes que nada de especificidad ("enlentecimiento psicomotor", "extravagancia", "agitación", "tristeza", "ansiedad"…), con lo que aleja rápidamente al clínico del signo patognomónico, más frecuente en medicina somática. De tal modo es como Tatossian habla de la "polivalencia diagnóstica del decir o del hacer exactamente lo mismo". Por lo demás, el síntoma psiquiátrico sólo difícilmente permite salir de un campo descriptivo, cosa que sí permite el síntoma somático, aclarado por el proceso biológico al que se encuentra asociado por medio de una cadena causal. De hecho es debido precisamente a su sitio dentro de un conjunto descriptivo, a su inscripción en un "todo", como el síntoma psiquiátrico empieza a ser descubierto.

Es por eso por lo que Tatossian pone en guardia contra una medicalización excesiva del paciente que podría reducirlo exclusivamente a un "caso clínico", simple aglomerado de síntomas que no remiten a otra cosa que a ellos mismos (reducción cuya pertinencia no es sin embargo impugnable desde el punto de vista de sus implicaciones,

booksmedicos.org

especialmente diagnósticas y terapéuticas).

Parece entonces legítimo ir a buscar "detrás" del síntoma, ir "más allá" de la experiencia empírica e intentar abordar aquello que condiciona la unidad de ese "todo", es decir, ahí donde se encuentran las "condiciones de posibilidad" de los síntomas, y de penetrar su "esencia". Así, en el movimiento fenomenológico, movimiento filosófico estructurado principalmente alrededor de las figuras de Husserl y de Heidegger, la psiquiatría va a buscar un método, o más exactamente una "actitud", susceptible de apuntalar la realización de ese proyecto.

IX.2. La actitud fenomenológica

Por lo general esta actitud se designa con el término *épochè,* que en griego significa "interrupción", "suspensión". Es el término que Husserl utiliza para designar la "exclusión" de las actitudes naturales que adoptamos frente al mundo objetivo. Este movimiento caracteriza a la "reducción fenomenológica", la que permite la intuición de las esencias y la comprensión de la actividad del individuo, su vivencia en el plano más profundo, constitutiva de las significaciones. Es, de esa manera, la dimensión "pática" de la relación con los demás (la experiencia del otro en mí) que resalta esta actitud, vía de acceso al "mundo" de los demás. El "mundo" en fenomenología no remite entonces ya a un conjunto perceptivo-representativo que se trata de reproducir, sino a nuestra manera de residir en las cosas, de "habitarlas" de manera esencialmente prerreflexiva, lo que designa "el-ser-en-el-mundo". El mundo patológico deja de ser entonces una copia infiel e incomprensible del mundo real, para volverse más bien un particular tipo de ser-en-el-mundo. Así pues, es eso lo que se trata de describir, según los niveles de creciente complejidad (de la descripción del ser-en-el-mundo a la comprensión de esos procesos representativos).

IX.3. La fenomenología psiquiátrica

En su calidad de "actitud filosófica aplicada" (Naudin *et al.*, 1998), la fenomenología psiquiátrica, "hermana menor" (Tatossian, 1976) de la fenomenología filosófica, ve la luz en la década de 1920, principalmente bajo la égida de Minkowski y Binswanger. Busca aprehender lo que se oculta tras los síntomas, mediante la *épochè*, actitud de investigación de la esencia del cuadro, de sus condiciones de posibilidad, situadas en un nivel trascendental y no empírico. A través de esta actitud, accede igualmente al "ser en el mundo", particular modo de representación del mundo (de "mundanización"). Debido a ello representa otro "órgano de la experiencia psiquiátrica" (Blankenburg, 1971), dialogando idealmente con la actitud empírica (que objetiva aquello a lo que apunta), en el marco de un "empirismo apriorístico" (Tatossian, 1976).

Es posible afirmar que si bien el método objetivo hace posible obtener un control de

booksmedicos.org

su objeto mediante la simplificación que él mismo opera, sin embargo priva a este último de sentido. Es precisamente lo que apunta a restaurar la fenomenología: una forma de comprensión de las vivencias, de los cuadros psiquiátricos justamente descritos por Karl Jaspers hasta entonces como algo específicamente incomprensible. De tal modo, la fenomenología psiquiátrica no tiene otra ambición que la de "esclarecer a la clínica" sin intentar "explicarla" (remitiéndose para ello a otros enfoques). A causa de esto, no representa "una teoría psiquiátrica que compita, por ejemplo, con la teoría psicoanalítica o con la teoría biológica" (Naudin *et al.*, 1998).

Señalemos por otra parte que la fenomenología no es una forma de terapéutica, incluso si, como lo subraya Tatossian, la comprensión y por consiguiente el restablecimiento de una cierta forma de comunicación con el paciente a la que ella conduce puede ser vista como algo terapéutico.

IX.4. Fenomenología psiquiátrica y clínica psiquiátrica

Vamos a exponer a grandes rasgos la manera en que la fenomenología psiquiátrica aprehende los principales objetos de la psiquiatría. Será, en virtud de esto mismo, una oportunidad para mencionar a los principales autores dedicados a este estudio psiquiátrico.

IX.4.1. *La esquizofrenia*

La esquizofrenia representa un importante objeto de la investigación fenomenológica, que es posible aprehender en principio desde el ángulo de los aspectos bleulerianos "esenciales". Bleuler (1911) no consideraba que las ideas delirantes y las alucinaciones formaran parte de los síntomas "fundamentales" de la esquizofrenia. La fenomenología se orienta más bien en este caso hacia lo que la clínica clásica designa como "hebefrenia", es decir, "esquizofrenia simple".

Uno de los primeros autores en este terreno es Minkowski (1926). Su punto de partida es el autismo, considerado como síntoma y definido por Bleuler como "predominancia de la vida interior y desvinculación activa del mundo exterior" (1911). Así pues, el autismo bleuleriano se presenta para Minkowski como un conjunto sintomático dominado por la interioridad y que finalmente no habla mucho del ser humano al que se enfrenta: designa algunas manifestaciones conductuales, aprehendidas de manera empírica, y nos encontramos aquí con el problema de la ausencia de especificidad de la empresa objetiva en psiquiatría subrayado por el mismo Bleuler, quien precisa que el autismo aparece igualmente en la histeria, en los sueños y en otras manifestaciones psicopatológicas. Minkowski habrá de poner en entredicho la reducción del autismo a un simple refugio en la vida interior, señalando que al lado de las manifestaciones de retraimiento existen "actividades autísticas" descritas como "actos sin

booksmedicos.org

porvenir", que "chocan con la situación", "actos estereotipados que no intentan desembocar en nada". Este aspecto de la descripción de las actividades autísticas, casi en sí mismo subjetivo, permite que Minkowski vea ahí un elemento capital, esencial, que caracteriza al ser esquizofrénico al que se enfrenta: la "pérdida de contacto vital con la realidad", la pérdida de la "categoría del sentir", que Blankenburg (1971) habrá de retomar más adelante dentro de su célebre "pérdida de la evidencia natural".

Es en tal marco y bajo la influencia de la filosofía bergsoniana como Minkowski va a distinguir más adelante el "autismo rico" del "autismo pobre", el primero de los cuales representa una tentativa más o menos afortunada de preservar una "apariencia humana" mediante el sobreinvestimento del intelecto, que de alguna manera viene a remplazar aquello que se ha perdido, desembocando en el racionalismo y en el geometrismo mórbidos, conceptos que aún se utilizan en la actualidad, por lo general de manera desvirtuada. El autismo rico se opone al autismo pobre que no es más que vacío, desierto que incluso el intelecto es incapaz de amueblar artificialmente. El autismo rico, para Minkowski, representa una "compensación fenomenológica", noción ambigua desde un punto de vista fenomenológico y que Binswanger no dejará de criticar, pues ve en esta noción un resabio de psicologismo, que hace alusión sobre todo al "querer ser" (y por ende a una actividad psicológica, voluntaria) más que al "ser" (y por consiguiente a una actividad trascendental, dominada por síntesis pasivas). En este marco, en el que más que designar como Minkowski una gradación de las formas de autismo, Binswanger describe formas de ser, formas de "ser-en-el-mundo", cada una de ellas relacionada con particulares "regiones del ser", con aspectos del ser relativamente individualizables, sujetas a un desequilibrio dialéctico. Es lo que él habrá de designar con el vocablo de "presencia fallida" (1956) cuyas tres formas por lo general se mencionan:

—la *presunción*, que designa los proyectos aventurados, desmesurados y que no pueden ser sostenidos por los cimientos que la experiencia proporciona, testigos en el plano del ser de una fundamental desproporción entre "proyecto" y "abandono";
—la *distorsión*, relación con el mundo dominada por la "primacía de lo utilitario" que, en el plano del ser, remite a una desproporción entre, por un lado, el "ser para" (el "bueno para" tal o cual utilización) y del otro el "ser en común", cuya distorsión ignora la "naturaleza de las cosas", sin interesarse en otra cosa fuera de su función de "herramienta". Por lo tanto, se trata de un descubrimiento del mundo con una preocupación exclusivamente práctica y utilitaria. Un ejemplo dramático, al que Binswanger recurre con frecuencia, es el de aquel padre que le ofrece a su hija, de cuya enfermedad se entera, un féretro para Navidad;
—el *manierismo*, actitudes que carecen de naturalidad, de encarnación, y de las que emana una impresión de "inautenticidad". El *ser* se ve aquí afectado en su dialéctica entre "necesidad de padecer un rol" y "libertad de elegir un rol", en provecho de la segunda, desconectando de alguna manera el "rol", la manera de ser, de sus fundamentos trascendentales. De tal modo, el manierismo puede ser concebido como un apoyo en un modelo que no es *uno mismo*, extraído de manera

booksmedicos.org

excesiva del repertorio propuesto por la opinión pública. Así pues, para Binswanger (1956), éste se resume, en una terminología heideggeriana, como "incapacidad de ser —uno mismo— y obligación de "el ser —una persona—". Este asunto plantea un problema de importancia, de naturaleza egológica, el de un yo, desdoblado y por consiguiente desencarnado, que se apoya de modo patético en lo que le permanece, lejanamente, accesible: el repertorio de las actitudes de los demás que él observa sin entenderlas y que imita sin vivirlas.

Estas tres formas de la presencia fallida coinciden finalmente en la inmovilización de la vida que ellas transmiten, mediante el "bloqueo del movimiento auténticamente histórico de la presencia" (Binswanger) que traen consigo.

Abarcando precisamente de alguna manera las diferentes formas de presencia fallida, Blankenburg va a describir la "pérdida de la evidencia natural" (1971) como fundamento de la experiencia esquizofrénica. Se trata de una "etapa decisiva en el recorrido de esta psicopatología, pues contiene casi todas las evoluciones futuras" (Charbonneau, 2010). Habrá de profundizar esta "crisis del sentido común" descrita igualmente por Minkowski ("pérdida de la categoría del sentir", "pérdida de la corriente de la vida") y por Strauss (pérdida de los "axiomas de la cotidianeidad"), remitiendo a la imposibilidad de captar, de manera natural, las "reglas del juego" del funcionamiento humano. Abordamos aquí uno de los puntos más profundos del análisis fenomenológico que, mediante el sesgo de la *épochè,* aprehende desde ahora el ámbito denominado "egológico" en el que se distinguen ego trascendental, empírico y puro.

El *ego trascendental* es la región del ser que regula la dimensión normalmente natural de nuestra relación con el mundo, haciendo posible que no pensemos ni abstraigamos la mayor parte de nuestra actividad y, por encima de todo, condicionando todo aquel vínculo indefectible que nos enlaza al mundo, que hace que lo reconozcamos incluso antes de conocerlo. Accesible gracias a la *épochè,* representa por ende el pedestal de nuestra relación con el mundo y designa lo que Husserl llama *Lebenswelt* y Binswanger "condiciones de la presencia". Husserl habla de manera más explícita del "mundo percibido por debajo de las construcciones del pensamiento". Está regido por síntesis pasivas y remite a la dimensión preintencional, prerreflexiva, prelingüística y preverbal de nuestra relación con el mundo que él representa. Es, así pues, el "fondo" de nuestro ser, haciéndonos vivir el mundo como si se confundiera con nosotros, suprimiendo con eso la distinción sujeto / objeto. Un ejemplo de síntesis pasiva es la "estructura temporal fundamental" (Husserl, 1904), tríada representada por las actividades de "retención", de "presentación" y de "protensión",[2] incluyendo en un mismo momento presente el momento pasado y el momento por venir, a semejanza de cada una de las notas de una melodía, permitiéndonos "vivir" el tiempo en un permanente devenir.

Este ego se diferencia del *ego empírico* (que él funda) y que, por su parte, remite a la experiencia consciente (a los *noemas*) que tenemos del mundo, a una experiencia que objetiva y tematiza lo que percibe. El uno no va sin la otra, el ego trascendental se adapta permanentemente a los datos de la experiencia empírica, y viceversa. Szilasi habla por

booksmedicos.org

ello de "composibilidad" entre ego trascendental y ego empírico, implicando la introducción de un tercer término, regulador: el *ego puro*, normalmente "silencioso". Luego, a lo que remiten estas diferenciaciones es a la dialéctica entre "fondo" y "forma" de la experiencia.

El esquizofrénico pierde quizá la articulación entre ego trascendental (el marco preestablecido de la experiencia) y ego empírico (la realización misma de la experiencia), lo que viene a ilustrar el *Caso Anne* (Blankenburg, 1971), que construye activamente lo que normalmente depende de las síntesis pasivas: "Cada ser humano debe saber cómo comportarse. Me faltaron las bases. Nunca puedo estar totalmente ahí y participar. Siempre es como la sensación de que algo me falta. Es realmente la evidencia natural lo que me falta". Lo que Anne pierde es el marco preestablecido de la experiencia. Debe entonces reconstruirlo poco a poco, a expensas de un desgaste psíquico considerable, relegando en el ego empírico la tarea que normalmente le corresponde al ego trascendental: "Debo fabricarme a partir de mí misma y, eso, no puedo soportarlo". De lo que se derivan la astenia ("astenia trascendental", Blankenburg, 1971), la angustia (ruptura del silencio del ego puro, rebasado en su tarea) y la "perplejidad esquizofrénica" (Callieri, 1964).

Esta alteración fundamental (ausencia de composibilidad entre ego empírico y ego trascendental), accesible mediante la experiencia fenomenológica, va a ser asociada por Blankenburg, en una lógica de génesis constitutiva de la pérdida de la evidencia natural, a cuatro principales campos: la alteración de la relación con el mundo; la alteración del tiempo vivido; la génesis del yo (en la que la experiencia del yo pierde su legitimidad al perder sus fundamentos trascendentales, "ser evidente y ser sí mismo mantienen relaciones complementarias", Blankenburg, 1971), y la génesis de la intersubjetividad (trastornada por la imposibilidad de apoyarse en el ego para aprehender el alter ego).

Esta relación dialéctica entre ego trascendental y ego empírico, sin duda "demasiado teórica" (Tatossian, 1994), habrá de recibir un importante esclarecimiento en el nuevo examen de la obra de Ricœur por parte de Tatossian alrededor de la noción de "*identidad narrativa*". En este enfoque, la identidad humana remite a dos realidades en apariencia diferentes: la identidad como *mismidad* (lo semejante, lo ídem) y la identidad como *ipseidad* (lo propio). La identidad "ídem" o "identidad de rol" designa la permanencia, en realidad ilusoria, del carácter, a través de la cual, por ejemplo, los demás pueden identificarnos. Se trata de nuestra manera de ser el mismo. Sin embargo, quizá más allá de la patología, podemos "cambiar" sin dejar de ser "nosotros mismos": se abre entonces el enigma de entender cuál es el polo de permanencia que designa a ese "nosotros mismos". Ese polo de permanencia, "que no cambia aun cuando todo lo demás podría cambiar" (Tatossian, 1994), es designado por Ricœur como "identidad ipse". Este polo de identidad se encuentra muy cerca de la "presunta evidencia del mundo" (Husserl, 1904), que designa la implícita certeza de que el mundo habrá de desenvolverse siempre según el mismo estilo constitutivo, "fundando el sí mismo con tanta mayor razón cuando todo lo demás pudo cambiar" (Tatossian), dejando que lo desconocido, lo inesperado, lo otro y lo extraño ocurrieran. La identidad humana

booksmedicos.org

propiamente dicha resulta entonces de la dialéctica entre ipse e ídem, lo que Ricœur llama la "identidad narrativa". Desde ese momento, la identidad aparece como aquello que nos permite cambiar continuamente (adoptar diferentes roles), a merced de los acontecimientos que adquieren sentido en el seno de una estructura invariante, la estructura de ipseidad.

De la alteración de la estructura de ipseidad habrá de resultar una comprensión más profunda de la psicopatología esquizofrénica y de su situación de "punto muerto" (Charbonneau, 2010) que, en lo que concierne particularmente al ser hebefrénico, se caracteriza por la imposibilidad de "crear experiencia" que nos ilustra respecto a la perplejidad esquizofrénica, despreciando el juego de las identidades de los roles, cuya adopción se encuentra desconectada de sus fundamentos trascendentales, de su "fundamento de legitimación" (Blankenburg). Esta situación tiene especialmente como consecuencia la adopción de roles inauténticos y, por consiguiente, difícilmente asumidos (como lo ilustran las "presencias fallidas" de Binswanger). Es la alteración de esta estructura de ipseidad, este polo más profundo de la asignación al sí mismo (el *self* mínimo), el que ha sido objeto de los trabajos más recientes de fenomenología psiquiátrica, como lo ilustra especialmente el trabajo del psiquiatra danés Josef Parnas y su equipo. Este último ha propuesto, en efecto, una escala (la escala EASE: Examination of Anomalous Self-Experience), un instrumento fenomenológico de exploración del *self* mínimo (Parnas *et al*., 2005). Esta escala, cuyo manejo necesita un buen conocimiento de la fenomenología psiquiátrica, explora, bajo la forma de una entrevista semiestructurada, diferentes aspectos del *self* mínimo (presencia, vivencia corporal…). Trabajos recientes que se apoyan en esta escala parecen indicar que la presencia de alteraciones evidentes del *self* mínimo es específica de los trastornos del espectro esquizofrénico (Nordgaard y Parnas, 2014). Esto demuestra el interés de la fenomenología psiquiátrica en el establecimiento del diagnóstico, y más ampliamente, en el mantenimiento de una psiquiatría basada en la psicopatología (Parnas, 2014).

IX.4.2. *El delirio*

Importante problema de la psicopatología, se trata también en este caso del restablecimiento de una forma de comprensión que apunta al análisis fenomenológico del delirio, cuya incomprensibilidad y naturaleza procesual representaban para Jaspers, hasta entonces —en el amanecer de la fenomenología—, el criterio esencial.

Los principales análisis fenomenológicos del delirio lo entienden como una consecuencia del desfallecimiento de los procesos pasivos de formación de la experiencia, y particularmente de los aspectos temporales, echando a perder "la presunta evidencia del mundo" (Husserl), a saber, la certeza implícita de que su experiencia va a continuar desenvolviéndose siempre según el mismo estilo constitutivo. Se trata, entonces, de una experiencia discontinua del mundo, vacilante, que parte de la posibilidad del delirio. Este desfallecimiento da efectivamente cauce a la emancipación del tema delirante de las

booksmedicos.org

prescripciones de la experiencia; esta última se encuentra fragilizada en sus cimientos por el relajamiento de las síntesis pasivas "cuando, en la experiencia normal, es la experiencia la que, debido a su constante reanudación, prescribe el tema" (Naudin *et al.*, 1998). Abordamos aquí, de alguna manera, una forma de neutralización de la conciencia (del mismo tipo que la conciencia imaginante) en la que Tatossian insiste.

IX.4.3. *La melancolía*

La melancolía ha sido objeto de una gran cantidad de trabajos fenomenológicos que tienen su punto de partida en la comprobación de la incomprensibilidad del cuadro melancólico desde un punto de vista psicológico: la vivencia melancólica, en efecto, a diferencia del sufrimiento normal, parece caracterizarse por la ausencia de "resonancia" con el entorno, volviéndola por ello "incomprensible" (Tellenbach, 1983). Es a Minkowski (1933) a quien debemos quizá una de las primeras tentativas de volver accesible tal vivencia, vivencia dominada por una pérdida de la categoría del sentir, de la "sintonía", lo que funda un trastorno del tiempo vivido, una "subducción mórbida en el tiempo", un "estancamiento del tiempo vivido".

Las modalidades de la "presencia melancólica" se derivan de este trastorno fundamental, a saber: las modificaciones de la relación con la muerte, considerando al suicidio como una tentativa ilusoria de dominio de una vivencia de muerte (Maldiney, 1991) que traduce la insuperable dualidad como origen del proyecto suicida melancólico entre aceptar una vivencia de muerte o sustraerse de la misma mediante la muerte misma; "la existencia en el vacío" (Von Gebsattel), originada por la pérdida de la proximidad esencial con las cosas y que nos ilustra respecto a las vivencias de desrealización y de despersonalización; los trastornos de la vivencia espacial, es decir, la pérdida de la proximidad de las cosas en cuanto "buenas para"; y finalmente el peso del pasado, la inmovilización del tiempo que cierra la puerta del porvenir y remite al melancólico permanentemente hacia el pasado.

El proceso que conforma esta experiencia encuentra sus raíces, para Binswanger (1960), en el relajamiento de la estructura del tiempo inmanente a la conciencia y de sus tres términos que son: la retención, la presentación y la protensión. Este relajamiento, asociado a un "retejido" de esta misma estructura que nos es ilustrado por la "retrospección" (infiltración de la retención mediante la protensión: "Si hubiera sabido, no habría…") y la "prospección" melancólica (infiltración de la protensión mediante la retención, bloqueando el porvenir, presentado como una pérdida) polarizan la existencia melancólica en un intervalo infranqueable y estático, en un "estado estacionario del tiempo en el que el tiempo ya no transcurre" (Maldiney, 1991).

IX.4.4. *La manía*

booksmedicos.org

Se trata también de una forma de trastorno temporal lo que implica a la manía, en el que el tiempo maniaco es un "presente ya adelantado", fenómeno descrito conjuntamente por Minkowski, Von Gebsattel y Zutt. El contacto con el maniaco es "instantáneo", su espacio vivido es contiguo al del bailarín (Straus), sin relieve, y su cuerpo es el de un cuerpo "ligero" (Zutt), influenciado por las más insignificantes solicitaciones del mundo ambiente. Binswanger (1960) habrá de rebasar el marco del simple trastorno temporal para describir magistralmente el "ser en el mundo maniaco", cuyo núcleo se sitúa en la "fuga de las ideas", estilo cualitativo de "ser en el mundo". Las modalidades de esta presencia se dan a conocer tanto en el plano del espacio "sin distancia, sin relieve, no problemático, fácil", como en el plano del sí mismo "volátil, sugestionable", dado que "el maniaco es puro presente y por ello es lo que el mundo hace con él".

Los fundamentos constitutivos de este "ser en el mundo" se sitúan antes que nada para Binswanger en el fracaso de la conformación del prójimo, en la pérdida de la "apresentación" y por ende de la intersubjetividad, pérdida relacionada con el relajamiento de la estructura temporal fundamental (no obstante sin retejido). La apresentación designa la dimensión, regida por síntesis pasiva, que nos hace reconocer al prójimo incluso antes de conocerlo, haciendo de la intersubjetividad "el conjunto de las apresentaciones comunes cuando ninguna de sus presentaciones puede serlo" (Szilasi, 1951).

IX.4.5. *Melancolía y manía*

Mientras que, en primera instancia, la fenomenología describe en el plano transcendental trastornos que no se oponen sino que son cualitativamente diferentes entre melancolía y manía, es de una manera más profunda, en el plano egológico, donde hay que ir a buscar el punto de reunión entre estas dos patologías. Efectivamente, ambas situaciones se reúnen en una experiencia egológica común, a saber: por un lado, el ego puro es puesto fuera de juego, rebasado en su tarea de adecuación (de composibilidad) entre ego trascendental y ego empírico (lo que determina la angustia melancólica y la fuga maniaca), pero, por el otro, su función de pertenencia al yo es evitada (determinando la constitución del "yo soy", que en este caso no se ve afectada, contrariamente a lo que ocurre en la esquizofrenia).

IX.5. Fenomenología y neurociencias

Un nuevo periodo de interés por la fenomenología parece haberse producido durante estos últimos años a resultas de un posible diálogo entre fenomenología y neurociencias, en el que algunos autores, como Varela (2002), apelan a una "neurofenomenología" que descansaría en una posible "naturalización" de la fenomenología. Sus trabajos relativos al tiempo representan una notable ilustración de esto mismo.

booksmedicos.org

Muchos otros trabajos parecen poder alimentar este tema. Podemos referirnos a los trabajos de Stanislas Dehaene y Jean Pierre Changeux (1998) en Francia (alrededor del acceso consciente, del "global *workspace*" y de la percepción subliminal, cuyos vínculos con las síntesis pasivas / activas parecen proyectos factibles), o incluso los de Karl Friston (2005) en Inglaterra, alrededor del *predictive coding* y de la economía cerebral que éste implica (concepto de *free energy*), cuyos vínculos con la estructura temporal aún quedan por explorar.

Conclusión

Este vistazo hace posible vislumbrar la importancia de integrar la fenomenología psiquiátrica al pensamiento y al ejercicio psiquiátrico contemporáneo. Al ponernos en guardia contra una visión falsamente objetivista de la clínica, esta actitud facilita el discernimiento de la experiencia global del sujeto, capaz de devolvérsela y de recuperar la posible función comunicativa de la fenomenología, al hecho de "encontrar las palabras para expresarlo" (Naudin *et al.*, 1998).

Además de su apertura hacia las neurociencias que hace de ella un ámbito de actualidad, señalemos, para terminar, la reciente y prudente incursión de la fenomenología psiquiátrica en el campo psicoterapéutico de las psicosis (Nelson *et al.*, 2008), del que es posible esperar todo un próximo desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

Binswanger, L. (1956), *Trois formes manquées de la présence humaine*, Le Cercle Herméneutique, París, 2002.

——— (1960), *Mélancolie et manie. Études phénoménologiques*, PUF, París.

Blankenburg, W. (1971), "La Perte de l'évidence naturelle", PUF, París. [*La pérdida de la evidencia natural*. Versión española de Otto Dörr y Elvira Edwards, Ediciones Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2014.]

Bleuler, E. (1911), *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*, EPEL-GREC, París, 1993. [*Dementia praecox o el grupo de la esquizofrenias*. Versión española de Juan Carlos Stagnaro, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2011.]

Callieri, B. (1964), "Le Vécu de perplexe", *Le Cercle Herméneutique*, 3-4, pp. 61-73, enero de 2005.

Charbonneau, G. (2010), *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*, t. 1, MJW Fédition, París.

Dehaene, S., M. Kerzberg y J.-P. Changeux (1998), "A neuronal model of a global workspace in effortful cognitive tasks", PNAS, 95, 24, pp. 14529-14534.

Friston, K. (2005), "A theory of cortical responses", *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Biological Sciences*, 360, 1456, pp. 815-836.

booksmedicos.org

Husserl, E. (1904-1905), *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*, PUF, París. [*Lecciones de fenomenología de la conciencia interna del tiempo*. Versión española de Agustín Serrano de Haro, Editorial Trotta, Madrid, 2002.]

Maldiney, H. (1991), *Penser l'homme et la folie*, 3ª ed., Éditions Millon, Grenoble, 2007.

Minkowski, E. (1927), *La Schizophrénie*, Payot, París. [*La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Versión española de Eliane Cazenave Tapie Isoard, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.]

——— (1933), *Le Temps vécu*, PUF, París. [*El tiempo vivido*. Versión española de Ángel Sáiz Sáez, Fondo de Cultura Económica, México, 1973.]

Naudin, J., D. Pringuey y J.-M. Azorin (1998), "Phénoménologie et analyse existentielle", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37815-A10, Elsevier Masson, París.

Nelson, B., L. A. Sas y B. Skodlar (2009), "The phenomenological model of psychotic vulnerability and its possible implications for psychological interventions in the ultrahigh risk ("prodromal") population", *Psychopathology*, 42, 5, pp. 283-292.

Nordgaard, J., y J. Parnas (2014), "Self-disorders and the Schizophrenia Spectrum: A Study of 100 First Hospital Admissions", *Schizophrenia Bulletin*. doi: 10.1093/schbul/sbt239.

Parnas, J. (2014), "The RDoC program: psychiatry without psyche?", *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* (WPA), 13(1), 46-47.

Parnas, J., P. Møller, T. Kircher, J. Thalbitzer, L. Jansson, P. Handest y D. Xahavi (2005), "EASE: Examination of Anomalous Self-Experience", *Psychopathology*, 38(5), 236-258.

Szilasi, W. (1951), "Die Erfahrungsgrundlage der Daseinanalyse Binswangers", en W. Szilasi, *Philosophie und Naturwissenschaft*, Francke, Berna, 1961, pp. 97-114. (Les bases d'expériences de la Daseinsanalyse de Binswanger, por A. Fournier, C. Masi, Y. Totoyan, *L'art du comprendre*, 5/6, diciembre de 1996.)

Tatossian, A. (1979), *Phénoménologie des psychoses*, 3ª ed., Le Cercle Herméneutique, París, 2002.

——— (1994), "L'identité humaine selon Ricœur et le problème des psychoses", en *L'art du comprendre*, 1, marzo de 1994.

Varela, F. (2002), "Le présent spécieux: une neurophénoménologie de la conscience du temps", en J. Petitot, F. Varela, B. Pachoud y M. Roy (dirs.), *Naturaliser la phénoménologie. Essais sur la phénoménologie contemporaine et les sciences cognitives*, Collection CNRS Communication, París.

booksmedicos.org

[1] Agradecemos la valiosa ayuda en la redacción de este capítulo a los doctores G. Charbonneau y A. Giersch.

[2] Protensión. Psicol.: el hecho de estar la mente dirigida hacia el futuro. Antónimo de retención. Del latín *protensio:* "acción de extender la mano". [E.]

booksmedicos.org

X. PSIQUIATRÍA Y TEORÍA DE LOS SISTEMAS

JEAN-FRANÇOIS SALLUSTRAU

El movimiento sistémico, en sus aplicaciones en patología psiquiátrica, se estructuró alrededor de varias ideas mayores. La familia es considerada como un sistema en el que cada cambio es leído y entendido según un modelo relacional. La concepción del síntoma no se limita ya a algunos trastornos intrapsíquicos. El paciente "designado" o "identificado" expresa para sí mismo y para los demás miembros de la familia ciertas dificultades asociadas al crecimiento y a la evolución del sistema.

La comunicación compartida de estas ideas no ha conducido, sin embargo, a la definición de un modelo conceptual común. Durante la década de 1960, el naciente movimiento de la terapia familiar vio cómo se despejaban varios enfoques: estructural, estratégico, experiencial, contextual. Las terapias familiares no habrán de aparecer en Europa sino hasta principios de la década de 1970. Las estrategias en provecho de la homeostasis familiar, que predominaban durante el nacimiento de la terapia familiar, se ven actualmente completadas por estrategias individuales en el interior de los sistemas. Esta evolución fue favorecida por el desarrollo de múltiples experimentos clínicos en instituciones psiquiátricas, cada uno de los cuales lleva la impronta singular de quienes los operaron.

X.1. LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS

En *An Outline of General System Theory*, el biólogo Von Bertalanffy (1950) explica las reglas que organizan las relaciones entre las partes de los organismos. Le teoría general de los sistemas, mediante analogía, se aplicó a las relaciones humanas. Los objetos que representan los elementos del sistema son individuos en interacción. Los atributos de estos individuos son las acciones, las reacciones, las actitudes, los roles, o, de una manera general, la manera de conducirse. Las interacciones pueden definirse como secuencias de mensajes intercambiados por individuos en relación recíproca.

Un sistema no es reductible a la suma de sus elementos. Cada comportamiento es considerado en un complejo juego de implicaciones, de acciones y de retroacciones que los vinculan unos a otros. La *homeostasis* es el carácter de un sistema autorregulado. Es una característica que garantiza que los sistemas abiertos posean una identidad y una permanencia a través del tiempo. Por último, la evolución de los sistemas hace que sus actuales características dependan más de la estructura de interacción en el aquí y el ahora

booksmedicos.org

que de su estado pretérito.

X.2. Gregory Bateson: la comunicación paradójica

Norbert Wiener (1948), en *Cybernetics, or Control and Communication in the Animal and in a Machine*, sienta las bases de una nueva ciencia, la cibernética, utilizada por Bateson en el estudio de la comunicación. Todo mensaje transmite un contenido informativo (comunicación), pero expresa igualmente algo sobre la relación entre los interlocutores (metacomunicación). De la comunicación a la metacomunicación se produce un cambio de nivel lógico. El nivel de comunicación de base va a ser influenciado al incluir el metanivel que fue creado de ese modo, lo que hará posible la emergencia de nuevas propiedades. Éstas pueden entonces diferir radicalmente de las que existían al principio. El contexto es finalmente el conjunto de las posibilidades a partir de las cuales un sistema relacional tendrá que realizar una elección. Un sistema puede responder de modo distinto al mismo estímulo en contextos diferentes.

En una comunicación disfuncional, las señales indicadoras del contexto y del nivel lógico en el que se desarrolla la relación pueden ser, consciente o inconscientemente, falsificadas. Esta no congruencia es origen de malestar relacional ligado a la imposibilidad de definir el tipo de relación que se traba. La noción de *doble vínculo*, como una *doble exhortación* contradictoria, fue descrita por Bateson (1956) en el artículo "Towards a theory of schizofrenia". El que recibe el mensaje se ve obligado a reaccionar, pero su reacción no es la apropiada. Da como ejemplo la relación entre un niño y una madre hostil: ésta se retira si el niño se acerca, y después estimula un acercamiento. El niño se acerca de nuevo, y la madre se retira. A partir de ahí, el niño ya no sabe cómo conducirse frente a ella. Bateson interpreta el doble vínculo como un engaño en el que el niño resulta castigado. Pero corrige su interpretación en *A Note on the Double Bind* (1962), afirmando que no es posible considerarlo en términos de verdugo y de víctima, sino "de personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de la relación". Frente a un doble vínculo, el individuo puede arrojarse a una búsqueda obsesiva de soluciones, incluso las más inverosímiles. ¿Qué hacer para liberarse de él? El individuo puede realizar todo y su contrario, fabricar la contradicción o desbaratarla, utilizar la creatividad, el humor, la astucia o bien decidir abandonar el juego, a veces por la vía de las conductas violentas autoagresivas o heteroagresivas. Bateson propone un nuevo enfoque en el que la mente humana no es más que un subsistema de una mente más vasta, esta última inmanente ella misma al conjunto interconectado formado por el sistema social y la ecología planetaria.

X.3. Los pioneros y el grupo de Palo Alto

booksmedicos.org

X.3.1. *Los pioneros de la terapia familiar*

Se considera a Nathan Ackerman, psiquiatra y psicoanalista infantil, como el padre fundador de las terapias familiares. Creó el Family Institute (1959) en Nueva York y se interesó en los trastornos de la conducta en el niño. Ver a toda la familia desde la primera consulta le permitía establecer el diagnóstico de manera más precisa, esclarecer aún más los vínculos de la dinámica familiar y comprender cómo las disfunciones relacionales intrafamiliares se oponían al "bienestar" del niño. En el seno del grupo de Palo Alto, participó en la elaboración de la revista *Family Process* (1961), muchos de cuyos artículos sirvieron de referencia para la naciente terapia familiar. Théodore Lidz (1958) se interesó en "el entorno familiar del paciente esquizofrénico". Puso en evidencia el *cisma conyugal* en el que la pareja continúa viviendo junta pese a una total ausencia de vínculo afectivo. La recíproca hostilidad, sostenida por los dos cónyuges, hace posible que cada uno de ellos mantenga una lealtad hacia el modelo de su familia de origen. Cuando no existe ninguna reciprocidad entre los padres, esa indefinición en los roles se transmite a los hijos, quienes entonces tienen algunas dificultades para construir su identidad. Lyman Wynne (1958) insistió por su parte en los conceptos de *seudohostilidad* y de *seudomutualidad*, donde el discurso de odio y de ruptura expresa la profunda necesidad de afecto y de deseo de permanecer juntos. El acceso agudo delirante y discordante se convierte entonces en una tentativa del paciente para escapar de la paradoja engendrada por la regla de seudomutualidad. Murray Bowen (1946) fue uno de los primeros en considerar a la familia como un sistema emocional en el que los miembros están ligados y al mismo tiempo deben diferenciarse. En caso de no diferenciación de sus miembros, la familia se convierte en una masa emocional fusionada, generadora de angustia. En semejante configuración, las relaciones duales se encuentran en situación de conflicto. Los miembros de la familia intentan diluir la tensión creando triángulos con algún otro miembro de la familia, una persona exterior, incluso ausente o hasta rechazada. De lo que se deriva la noción de *funcionamiento designativo*, generador de angustia. Bowen ve en la creciente indiferenciación afectiva e intelectual, de una generación a otra, el origen de algunas esquizofrenias.[1] En su libro de referencia *Invisible Loyalties*, centra su clínica familiar en una ética relacional. Ésta tiene como objetivo el promover la libertad y la dignidad humanas, así como el incitar a cada uno a que reconozca al otro como un individuo de pleno derecho con derechos y obligaciones.

X.3.2. *Conexiones y aperturas*

Aun cuando no hayan pertenecido a un polo institucional único, varios investigadores llegados de diferentes horizontes se encuentran alrededor de una cierta cantidad de conceptos relativos a la comunicación interindividual. En 1952, Bateson se establece en Palo Alto y forma un equipo de investigación que incluía a Don D. Jackson, Jay Haley, John Weakland y William Fry. Habrán de publicar, en un periodo de diez años, 63

booksmedicos.org

artículos relativos a los temas de la comunicación, la hipnosis, la esquizofrenia y las familias de enfermos psiquiátricos. Su postulado es que es imposible no comunicar. Por comunicación se entiende el lenguaje *digital* (las palabras) y su acompañamiento *analógico* (las posturas, las mímicas, los silencios). Todo mensaje se refiere lo mismo al contenido *(informe)* que a la relación *(orden)*. El primer nivel da cuenta de la transmisión de una información sobre hechos, sentimientos, experiencias. El segundo define la naturaleza de la relación entre los informadores. Existe *congruencia* si el contexto de un mensaje es coherente con el aspecto relacional y *discordancia* si el contenido contradice lo relacional. La comunicación entre los seres humanos implica una multiplicidad de niveles lógicos. El esquizofrénico se encuentra imposibilitado para definir el tipo de relación que anuda con los demás. Utiliza metáforas no catalogadas en las que los signos que indican el contexto no son precisos. Cada interlocutor puede entonces atribuir a la metáfora el nivel lógico que le conviene en la relación, sin tomar en cuenta el nivel lógico en el que el otro o los otros entienden la comunicación.

Don Jackson, Jay Haley y John Weakland, junto a Paul Watzlawick, continuaron sus trabajos en Palo Alto con aplicaciones cada vez más orientadas hacia la psiquiatría. Por su parte, Bateson siguió otros caminos. La noción de doble vínculo se convirtió para él en un principio abstracto que aplicó tanto al arte, al humor y a los sueños, como a la esquizofrenia. La describió finalmente como una apertura hacia la creatividad individual en la relación.

X.4. El auge de la clínica sistémica: 1960-1980

Si Bateson fue el líder intelectual de Palo Alto, Don D. Jackson fue el clínico. Fundó en 1959 el Mental Research Institute (MRI). John Weakland y Jay Haley se unieron al MRI en 1962 en el momento en que el "grupo Bateson" se fragmentó. El MRI sentó las bases teóricas de la terapia familiar sistémica, al considerar al paciente designado como el portavoz de las dificultades relacionadas con el crecimiento y la evolución del sistema. Desarrollaron nociones descritas por Watzlawick (1979) en *Una lógica de la comunicación:* homeostasis familiar, retroacciones positivas y negativas, redundancia de las interacciones en las familias, equívoco conyugal, causalidad circular. Pero el que se compartan estas ideas no conduce a la definición de un modelo conceptual común. Durante los años sesenta tendrá inicio la identificación de dos corrientes en el naciente movimiento de la terapia familiar.

X.4.1. *La corriente que prioriza la función del terapeuta*

El objetivo de la terapia es la resolución de síntomas tal y como se presentan mediante la definición de objetivos.

Paul Watzlawick, Arthur Bodin y Richard Fish, psiquiatra formado en la hipnosis

booksmedicos.org

ericksoniana, fundaron en 1967, en Palo Alto, el Brief Therapy Center (BTC). Aplicaron las técnicas de Milton Erickson (1964) para desarrollar terapias breves. Los terapeutas partieron del principio de que la familia no está únicamente sometida a coerciones en el plano de su ciclo vital (decesos, un hijo que parte, matrimonio) o de su control social. También obedece a reglas que rigen la multiplicidad de las interacciones. Éstas pueden ser admitidas por todos o bien ser inestables y controvertidas. De ahí se derivan entonces alianzas y coaliciones. Evolucionar, cambiar, exigen de un individuo la transgresión de las reglas de su sistema de pertenencia, o incluso el denunciar de manera implícita o explícita sus reglas. No obstante, al sustraerse a las reglas del juego el individuo amenaza los esquemas habituales de interacciones y crea una fuerte tensión emocional en el seno de su sistema familiar. Es esta tensión la que habrá de proporcionar a cada uno la energía para evolucionar de manera complementaria al cambio propuesto, reforzando a este mismo. En este tipo de intervención es el sistema terapéutico todo entero (familia + terapeuta) el que posee las capacidades para responder a la pregunta: ¿cuál es el problema y cómo resolverlo?

Tras el deceso de Don Jackson en 1968, Jay Haley abandonó el MRI y se unió a Salvador Minuchin en la Child Guidance Clinic de Filadelfia, en tanto que Virginia Satir se convirtió en la primera directora del Instituto Esalen. El equipo del MRI continuó con su investigación: el *por qué lógico* de los problemas fue remplazado por una reflexión sobre *cómo* los hechos se llevan a cabo. En *Cambio, paradojas y psicoterapia*, Watzlawick, Weakland y Fish (1974) describen la manera en que tratan de obtener un cambio de tipo 2, relativo a la organización de las relaciones alrededor de los hechos problemáticos. En los cambios de tipo 1, no existe propiamente hablando una transformación de los modos de relación. Los esfuerzos realizados permiten conformarse, adaptarse a las evoluciones del entorno o a las de una situación. En cambio, una modificación del marco emocional y relacional, dentro del cual se expresa el síntoma, sólo puede producirse gracias al intermediario de un cambio de tipo 2. El camino que lleva ahí es casi siempre caótico y es sólo la calidad de la relación, que es el principal vector de cambio, lo que puede propiciar la transformación esperada. En cuanto a la doble coerción, los terapeutas sistémicos la abordaron utilizando técnicas de exhortación paradójica, en especial la prescripción del síntoma del paciente, a fin de ayudarlo a salir de su posición designativa. Con la redefinición en términos interactuantes del problema inicial presentado por la familia, volvieron a examinar la homeostasis familiar y las retracciones *(feed back)* negativas que garantizan dicha homeostasis.

Casi al mismo tiempo se desarrollaron el enfoque estructural de Salvador Minuchin y el enfoque estratégico de Jay Haley.

Salvador Minuchin (1974) describe en su libro *Familia en terapia* los conceptos básicos de su práctica. La estructura familiar es considerada como un sistema sociocultural abierto en permanente transformación. Cada individuo, en el seno de su familia, pertenece a varios subsistemas. El constante paso de uno a otro es lo que organiza la identidad del individuo. De ahí la importancia que se concede a los componentes del sistema, a las fronteras entre subsistemas y entre los miembros, así

booksmedicos.org

como a las reglas de funcionamiento. Los problemas familiares están ligados a un defecto de adaptación de la familia a las transiciones de la vida (llegada de un hijo, matrimonio, deceso) o a cambios en las condiciones de vida (desempleo, pobreza, mudanza, cambio de empleo). Estas dificultades se derivan de una estructura familiar en la que las posiciones individuales, las fronteras intergeneracionales y las reglas de funcionamiento están demasiado indefinidas o son demasiado rígidas, lo que le impide al sistema evolucionar y adaptarse. En lugar de centrarse en el individuo, el terapeuta recurre a técnicas que modifican el contexto inmediato de uno o varios miembros de la familia, de tal modo que cambie su posición. Al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en el que se desenvuelve, su experiencia subjetiva se modifica consecuentemente.

Jay Haley (1979) desarrolló un enfoque "estratégico". En su línea de psicoterapia, expuesta en *La familia del esquizofrénico: implementación del modelo del sistema* (1959), explica la utilización de las prescripciones, de las sugerencias indirectas, de la hipnosis conversacional (es decir, sin inducción de trance "formal"). Dedica un libro titulado *Un terapeuta fuera de lo común* (1973) al enfoque ericksoniano del contexto durante el cuidado de un paciente. Según él, la creatividad es fundamental para hacer emerger las competencias familiares necesarias para la solución de los problemas.

X.4.2. *La corriente que prioriza la personalidad del terapeuta*

Psicóloga de formación psicoanalítica y trabajadora social, Virginia Satir (1977) abandonó el MRI para desarrollar un enfoque basado en la noción de la autoestima, lo que ella considera como la principal palanca para movilizar el potencial de la familia. En *Terapia de pareja y de la familia* defiende la idea de que, entre más baja es la autoestima de los miembros de un sistema familiar, las reglas de tal sistema son más rígidas y están peor adaptadas al contexto. La comunicación es en este caso indirecta, confusa y paradójica. Satir introduce la atención hacia los sentimientos y las emociones en las terapias familiares, así como una perspectiva evolutiva de crecimiento y desarrollo que favorece la capacidad del individuo de asumirse a sí mismo.

Carl Whitaker (1988) pone el acento en la espontaneidad, en la intuición y en la importancia de la experiencia vivida. Su modelo, expuesto en *Las ensoñaciones de un terapeuta familiar*, se basa en una concepción fenomenológica del desarrollo humano: es mediante la experiencia como se aprende mejor. Rechazaba en apariencia las reglas teóricas y adoptaba una simbolización de los roles y de los juegos familiares durante las intervenciones terapéuticas. Según él, un terapeuta debe implicarse de manera intuitiva y personal en sus relaciones con los pacientes, así como favorecer en éstos una experiencia emocional profunda, que incumba a los aspectos arcaicos de su personalidad. El motor de la terapia es inconsciente y emocional.

Ivan Boszormenyi-Nagy (1973) intentó hacer una síntesis entre el pensamiento analítico (William Fairbairn, Harry Guntrip, Donald Winnicott), la fenomenología

booksmedicos.org

existencial (Martin Buber) y el pensamiento sistémico. Es el fundador del movimiento de *terapia familiar contextual*. Considera que los fenómenos de transferencias intrafamiliares son primordiales para entender e inducir procesos de cambio.

X.5. Difusión de las terapias familiares en Europa: evolución de la teoría y de las prácticas

El interés por los trabajos de la escuela de Palo Alto y el desarrollo de las terapias familiares aparecieron en Europa en 1967-1968. El movimiento antipsiquiátrico conducido por Laing y Cooper preparó un terreno favorable a este nuevo enfoque. Algunos precursores trabajaron para ello en la Tavistock Clinic de Londres, bajo la batuta de John Bowlby. La antipsiquiatría británica imputó al modelo capitalista y a la cultura judeocristiana, donde la familia era considerada como el instrumento, los efectos y las causas de la enfermedad mental. Las teorías de Laing y de Cooper tuvieron como virtud la de favorecer la eclosión de nuevas maneras de ver la enfermedad mental en Europa.

Mara Selvini Palazzoli (1967) creó en Milán el Centro para el Estudio de la Familia, que desempeñó un papel de piloto y de difusor de la terapia familiar sistémica. Selvini se inspiró especialmente en el trabajo desarrollado por el MRI y Haley. Su principal aportación fue la insistencia en la connotación positiva de las conductas, en la utilización de los rituales familiares, en el nuevo enfoque, en las prescripciones paradójicas y en el largo intervalo entre los encuentros. Su práctica evolucionó en la década de 1980; ésta se interesó en las familias ampliadas con los dos padres del paciente, consideró el proceso patógeno como un proceso que evoluciona a lo largo de tres generaciones y se aplicó en deshacerse de la desvinculación deshumanizante que caracterizaba a las fases estratégicas preconizadas anteriormente, para darle un lugar más importante a las implementaciones de estrategias individuales dentro de los sistemas.

El Centro de Estudios en Terapia Familiar y Relacional, en Roma, fue el segundo centro de intervención sistémica en Italia. Mauricio Andolfi y Luigi Cancrini fueron sus médicos titulares. En *La terapia contada por las familias*, Andolfi (2008) muestra la manera en que se debe buscar una relación dinámica entre el individuo, la familia y la sociedad. Ser terapeuta, según él, es ser antes que nada uno mismo. Esto requiere de una implicación existencial afectiva, así como un trabajo en esta implicación. Dentro del sistema terapéutico, el terapeuta se utiliza a sí mismo para contener las angustias y solicitar las energías positivas, a fin de hacer emerger el potencial de la familia.

Los intercambios entre Europa y los Estados Unidos no dejan de incrementarse y en Europa van a florecer nuevos modelos: con Mony Elkaim y Siegi Hirsch, en Bélgica; Guy Ausloos, en Suiza; Philippe Caille, en Noruega, y H. Stierlin, en Alemania. El movimiento se extenderá a Francia en la década de 1980, con Jean Claude Benoît, Jacques Miermont, Jean Antoine Malarewicz, Robert Neuburger, Didier Destal, Serge Kanas y Jean Clair Bouley por lo que se refiere a la paidopsiquiatría, y muchos otros. Esta abundancia de experiencias clínicas institucionales, asociadas a la aparición de

booksmedicos.org

nuevos conceptos teóricos, ha hecho evolucionar el pensamiento sistémico.

En una primera etapa, los terapeutas trabajaban con familias rígidas (las patologías implicadas eran las psicosis, la anorexia, las toxicomanías) en las que prevalecía el funcionamiento designativo. El paciente designado participaba activamente en el equilibrio familiar. El concepto de homeostasis condicionaba las formas de reflexión y de intervención de los terapeutas. Las teorías de la complejidad, el estudio de los sistemas alejados del estado de equilibrio, la teoría del caos, hicieron posible pensar en términos de evolución y de cambio. Las estrategias en favor de la homeostasis familiar, que predominaban en el alba de la terapia familiar, se ven actualmente completadas por estrategias individuales en el interior de los sistemas.

Primeramente, el observador y el sistema observado están en continua relación. Tienen constantes intercambios, lo que hace que se influyan mutuamente. Se ha comprobado que el terapeuta debía respetar todo síntoma, pues éste representa el primer vínculo significativo con la familia, el primer recurso que ésta ofrece. Más que considerar a la familia "patológica", el terapeuta y la institución de atención se alían con la familia para que ésta se convierta al máximo en el protagonista de su propio tratamiento. La afiliación con la familia va de la mano con un trabajo inicial de desculpabilización. La comprensión, la solidaridad y la vitalidad deben ir tomando poco a poco el lugar del individualismo, de la indiferencia o del odio. Los síntomas del paciente designado pierden de esa manera su connotación de falta y se convierten en la metáfora de problemas más amplios, que aparecen en un momento particular en el ciclo vital de la familia: dificultades de pareja, desequilibrios emocionales en el seno de la fratría, conflictos intergeneracionales. El paciente identificado es finalmente un necesario punto de paso para que la familia encuentre la evolución.

En esta óptica, todas las modalidades de comunicación son tomadas en cuenta, especialmente la analógica. Las condiciones de enunciación son por lo general más importantes que el contenido semántico. En situaciones en las que la palabra circula con dificultad, en las que es utilizada con fines estratégicos (acusar, justificarse, agradar al terapeuta, permanecer en la repetición), el terapeuta puede utilizar modalidades de expresión como la escultura o los juegos de roles. La afiliación con la familia se puede hacer trabajando con varios subsistemas, o con cualquier persona capaz de brindar soluciones perteneciente al grupo familiar ampliado. La presencia de varias generaciones, cuando esto es posible, puede ayudar a transformar una crisis mortífera en una crisis de desarrollo.

Con el correr de sus encuentros, el terapeuta y la familia van a intentar compartir algunos objetos evolutivos, no yertos, compuestos de representaciones, de historias, de elaboración de material imaginario o de situaciones realizadas. La imaginación creadora se desliza en los intersticios de lo real, introduce en él preguntas relativas a los temas más generales de la existencia: la vida, la muerte, el más allá, el amor, el miedo a lo desconocido y a la soledad. La implementación de un espacio común que permita la cocreación de metáforas tiene como función la de remitir a la familia a representaciones de ella misma, de su funcionamiento, de los sitios y de las funciones de cada uno, de las

booksmedicos.org

reglas, de los conflictos.

Los sabios jasídicos y sufís preconizaban entre sus adeptos que es bueno danzar cada día, aun cuando sólo fuera mediante el pensamiento. La danza exige una técnica rigurosa y al mismo tiempo capacidades para dejarse llevar por los ritmos y por algún sueño. Lo mismo ocurre con la terapia, en particular con las familias. El marco terapéutico es un espacio construido con reglas precisas que hacen posible que cada uno se apropie de una libertad de decir y de ser. En este proceso de liberación psíquica, los ritmos de la conversación terapéutica adquieren poco a poco una flexibilidad armoniosa. Las interacciones, desintoxicadas, ceden el sitio a un relato escuchable y compartible por todos. La recuperada flexibilidad de los intercambios va de la mano con la reaparición de la dimensión diacrónica. Los vínculos entre la historia individual y la historia familiar pueden operarse de nueva cuenta sin peligro alguno. Cuando el pasado se integra al presente, las ilusiones y los supuestos secretos familiares dejan de alimentar una homeostasis alienante. La expresión de las vivencias emocionales ya no es considerada como algo peligroso o tabú. La aparición de momentos emocionalmente intensos es de hecho casi siempre el preludio de bifurcaciones sistémicas caracterizadas por un cierto grado de imprevisibilidad, testigo del renacimiento de la evolución familiar.

Conclusión

Uno de los aspectos positivos en la literatura sistémica de estos últimos años es el resurgimiento del individuo. Ya no se trata de una persona que el terapeuta aísla de su contexto ecológico, sino de un individuo sistémico tal y como Bateson lo describe. Salvador Minuchin (1996) define la terapia familiar de la década de 1950 y de principios de la de 1960 como "un movimiento de optimismo, de intervención dirigida hacia un fin definido y resultados precisos". Las estrategias en provecho de la homeostasis familiar, completadas actualmente por estrategias individuales dentro de los sistemas, hacen posible que el terapeuta y la familia construyan de común acuerdo el relato de las conversaciones terapéuticas. Al apropiarse de nuevas representaciones que la reflejan, la familia se encuentra nuevamente con la evolución. Vuelve a crear individuos que crean conjuntamente a la familia.

BIBLIOGRAFÍA

Andolfi, M., y C. Angelo (2008), *La Thérapie raconté par les familles*, De Boeck, Bruselas.

Ausloos, G. (1994), "La compétence des familles, l'art des thérapeutes", *Service social*, 43, 3, pp. 7-22.

Bateson, G. (1977), *Vers une écologie de l'esprit*, t. I y II, Seuil, París. [*Pasos hacia una ecología de la mente*. Versión española de Ramón Alcalde, Ediciones Lohlé-

booksmedicos.org

Lumen, Buenos Aires, 2010.]
Bateson, G., Don D. Jackson, J. Haley y J. Weakland (1956), "Towards a theory of schizophrenia", *Behavioral Scientist*, 1, pp. 251-264.
——— (1962), "A note on the double bind", *Family Process*, 2, pp. 154-161.
Benoît, J.-C. (1992), *Patients, familles et soignants*, Érès, Tolosa.
Boszormenyi-Nagy, I., e Y. Framo (1965), *Psychothérapies familiales*, PUF, París.
Bouley, J.-C., P. Chaltiel, D. Destal, S. Hefez, E. Romano y F. Rougeul (2006), *La Famille adolescente*, Érès, Tolosa.
Caillé, P., y M. Selvini Palazzoli (2006), *Familles et thérapeutes*, ESF-Éditeur, París.
Duriez, N. (2006), "Le modèle systémique", en A. Braconnier (dir.), *Introduction à la psychopathologie*, Masson, París, pp. 91-109.
——— (2009), *Changer en famille*, Érès, Tolosa.
Elkaim, M. (1994), "La thérapie familiale symbolique expérientielle de Carl Whitaker", *Résonances*, 7, pp. 5-19.
Erickson, M. (1964), "The confusion technique in hypnosis", A*merican Journal of Clinical Hypnosis*, 6.
——— (2009), *L'Hypnose thérapeutique,* ESF-Éditeur, París.
Haley, J. (1979), *Nouvelles stratégies en thérapies familiales*, Delarge, París. [*Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Versión española de Zoraida J. Valcárcel, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2002.]
Jackson, D., y J. Beavin (1965), *Family Process*, 4, pp. 1-20.
Litz, T. (1958), "Intrafamilial environnement of the schizofrenic patient", *Archives of Neuropsychiatry*, 79.
Malarewicz, J. A. (2006), *14 leçons de psychothérapie stratégique*, ESF-Éditeur, París.
Miermont, J. (1993), *Écologie des liens,* ESF-Éditeur, París.
Minuchin, S. (1979), *Familles en thérapie*, Delarge, París. [*Familias y terapia familiar.*Versión española de Víctor Fichman, Gedisa, México, 2004.]
——— (1996), *La Guérison familiale, mémoires d'un thérapeute*, ESF-Éditeur, París.
Neuburger, R. (2008), *Le Mythe familial*, ESF-Éditeur, París. [*La familia dolorosa: mito y terapias familiares*. Versión española de Norma H. Mollot, Herder, Barcelona, 1997.]
Onnis, L. (1991), "Le renouvellement épistémologique de la thérapie familiale systémique", *Thérapie familiale*, Ginebra, 12, 2, pp. 99-109.
Sallustrau, J.-F., y P. Lecoy (1999), "Les tout petits riens thérapeutiques", *Générations*, 16, pp. 11-15.
Satir, V. (1977), *Thérapie du couple et de la famille*, l'EPI, París.
Selvini-Palazzoli, M. (1990), *Les Jeux psychotiques dans la famille*, ESF-Éditeur, París. [*Los juegos psicóticos en la familia*. Versión española de Beatriz E. y Anastasi de Lonné, Paidós, Barcelona, 1990.]
Watzlawick, P., D. Jackson y J. Beavin (1979), *Une logique de la communication*, Seuil (Points), París. [*Teoría de la comunicación humana*, Herder, Barcelona, 1993.]
Watzlawick, P., J. Weakland y R. Fish (1980), *Changements, paradoxes et*

booksmedicos.org

psychothérapie, Seuil (Points), París. [*Cambio*. Versión española de Alfredo Guéra Miralles, Herder, Barcelona, 2003.]
Whitaker, C. (1998), *Les Réveries d'un thérapeute familial*, ESF-Éditeur, París.
Wynne, L. C. (1958), "Pseudo mutuality in the family relations of schizophrenics", *Psychiatrics*, 21.

booksmedicos.org

[1] Ivan Böszörményi-Nagy (1973) también fue un innovador. [E.]

booksmedicos.org

XI. PSIQUIATRÍA SOCIAL Y COMUNITARIA

CLÉMENT BONNET
JEAN-PAUL ARVEILLER

Los conceptos de psiquiatría social o de psiquiatría comunitaria remiten a prácticas psiquiátricas que toman en cuenta el entorno de las personas bajo cuidado.

XI.1. HISTORIAL Y GENERALIDADES

Es posible describir diferentes concepciones, según la importancia que se conceda a las tres variables, que son: *a)* las dimensiones del entorno considerado: la práctica puede concernir a un grupo reducido conformado por los demás enfermos hospitalizados en el mismo servicio organizado en comunidad terapéutica, o bien en el entorno natural de la persona en sus habituales condiciones de vida; *b)* el papel que se atribuye a este entorno: puede ser neutro, patógeno o representar finalmente una función terapéutica: efectivamente, si se conocen los nefastos efectos de algunos entornos sobre la persona, también es necesario pensar en sus aspectos benéficos o reparadores: curar en el entorno y, por qué no, *gracias* al entorno; *c)* por último, el objetivo de la ambición terapéutica: ¿se trata de cambiar a la persona, a la sociedad, o de intervenir en la interacción entre ambos?

Recordemos que la idea de efectuar una acción terapéutica en el ambiente se halla presente entre los representantes de la psicoterapia institucional (PTI) que deseaban curar inicialmente a la institución hospitalaria. En cambio, la ambición de una psicología social o que aspiraba a ser tutora de la vida individual y de la vida colectiva, según la fórmula de E. Toulouse en la década de 1930 a 1940, fue progresivamente abandonada desde los extravíos "psicocráticos" de la "higiene mental".

Lo anterior habrá de llevarnos entonces a proponer una definición muy general de la psiquiatría social: atención psíquica que integra y utiliza la dimensión ambiental de la persona y las interacciones que puede desarrollar con ella en un medio terapéutico acondicionado o en su medio natural de vida.

Es posible situar el origen de estas preocupaciones ambientales en un pasado relativamente cercano, durante el surgimiento del movimiento de higiene mental de la década de 1920. La enfermedad ya no es considerada únicamente como un hecho aislado y personal, sino que es también un fenómeno de origen social, cosa que deberá tomar en cuenta la terapéutica.

booksmedicos.org

En la práctica llevada a cabo en Francia, es especialmente dentro de la institución hospitalaria y con la finalidad de luchar contra sus efectos perversos y contraproducentes como la psiquiatría social ha sido dirigida por el movimiento de PTI; recordemos las primeras iniciativas de Balvet desde 1942, así como los posteriores análisis sociológicos de Goffman en 1961. La psiquiatría se impuso entonces como misión la de luchar contra los factores desfavorables de la vida hospitalaria "a fin de influir en el estilo de la vida cotidiana y en la calidad de las relaciones de cada cual hacia el otro" (Ey *et al.*, 1978). Esta voluntad se tradujo, dentro del hospital, en la organización de una vida social lo menos nociva posible: comunidad terapéutica de los países anglosajones, psicoterapia institucional en Francia, que se concretizó mediante la circular del 4 de febrero de 1958 con la organización del trabajo y de la vida social en el interior de los hospitales. Fuera del hospital, se presenció el nacimiento de la psiquiatría comunitaria (o psiquiatría en la comunidad) que, en Francia, adquirió forma bajo la modalidad de psiquiatría de sector. Una tercera vía consiste en tomar en cuenta a la persona en su medio ambiente siguiendo las teorizaciones de Winnicott ("Al principio, el individuo no representa a la unidad. La unidad es la estructura individuo-entorno"). De ese modo, algunas de sus prácticas propusieron un modelo en el que "lo ideal sería llegar a diluir totalmente la organización dentro de la comunidad en provecho de microorganizaciones en las que participarían los facultativos, pero cuyo carácter 'terapéutico' no sería lo primordial" (Hochmann, 1972).

Es de notar que estas tres pistas de reflexión y de acción aparecen en diferentes países (Italia, Reino Unido, Francia, los Estados Unidos, Quebec, Argentina…) donde han adquirido variadas formas, ligadas a las culturas y a las historias locales. La Asociación Mundial de Psiquiatría Social (WASP), fundada en 1964 por J. Bierer (Reino Unido), permite confrontar todas estas opciones durante coloquios frecuentes.

XI.1.1. *Psicoterapia institucional, comunidad terapéutica*

Nos encontramos aquí en el terreno de los hospitales. El hecho de adquirir conciencia respecto a los efectos iatrógenos de la institución asilar hace que algunos médicos se preocupen por mejorar las condiciones de los establecimientos, de su humanidad, de sus posibilidades de acogida, condiciones previas e indispensables para cualquier tratamiento. Hay que cuidar entonces el lugar del tratamiento tal y como es (Paumelle, 1952) o, aún mejor, crear otros nuevos que sean capaces de prever un permanente análisis con miras a minimizar los efectos más alienantes. En Francia, un cierto número de clínicas psicoterapéuticas se crean con esta ambición en la década de 1950 a 1960 (La Borde con J. Oury, La Chesnaie con C. Jeangirard…).

El modelo de la comunidad terapéutica desarrollado a partir de 1947 en el Belmont Hospital cercano a Londres por M. Jones, anunciaba "una particular utilización de la estructura social institucional con la finalidad de tratar y de readaptar al enfermo mental" (Bleandonu, 1967). Se trataba de ofrecerle al paciente un papel activo en su terapéutica, en lugar de atribuirle de entrada la condición deshumanizante de objeto de cura. Para

booksmedicos.org

Jones, la comunidad terapéutica que se desarrollaba dentro del hospital debía extenderse poco a poco hasta abarcar totalmente la institución y su organización. De esa manera el mismo hospital se convertiría en una comunidad terapéutica. Un comité de expertos de la OMS señaló de hecho en 1952 que es "útil que los hospitales se impregnen de una atmósfera de comunidad terapéutica". En el sector público francés estas mismas preocupaciones de tratamiento se sirvieron de las posibilidades que la ley de 1901 ofrecía para desarrollar la creación de asociaciones en el seno mismo de la institución, asociaciones que reciben un total reconocimiento con la ley del 4 de marzo de 2002 relativa a los derechos de los enfermos y a la calidad del sistema de salud.

XI.1.2. *Psiquiatría social,psiquiatría comunitaria, política de sector*

"La comunidad terapéutica es el aspecto hospitalario de la psiquiatría social"; sin embargo, la situación es fundamentalmente distinta entre el medio cerrado y artificial de la institución y el medio conformado por el entorno natural de una persona. El mismo Jones (1969) señalaba la indispensable exteriorización de estas técnicas comunitarias: "Es preciso establecer una comunidad terapéutica con fines psiquiátricos en la sociedad en general". Es efectivamente en la ciudad donde la persona y sus terapeutas podrán escenificar una dialéctica entre los efectos del medio en la persona y de la persona en su medio.

En el plano organizacional, la psiquiatría se instala un poco en todas partes en la década de 1960 a 1970 fuera del ámbito hospitalario, ya sea porque éste es suprimido, como en la organización italiana desde 1978, o bien porque acabó convirtiéndose en una de las posibilidades de tratamiento específico, como en la mayoría de los demás países. Lazure (1968) inicia sus prácticas de psiquiatría social o comunitaria desde 1938 en Inglaterra, prácticas que van a ser reconocidas muy pronto, además de favorecidas por textos reglamentarios: Mental Health Act en Inglaterra, en 1959, Community Mental Health Centers Act en los Estados Unidos, y el mismo año en Canadá (1963), surgimiento de la política llamada de sector en Francia (circular del 15 de marzo de 1960), ley relativa a los servicios de salud y a los servicios sociales en Quebec (1970)…

Casi siempre los principios son los mismos: proximidad y continuidad de los tratamientos por un mismo equipo pluriprofesional bajo la dirección de un psiquiatra, estructuras diversificadas y complementarias del servicio de hospitalización. Este tipo de organización, habiendo probado su pertinencia, fue reconocido por la OMS, la que recientemente invitó a todos los países a abastecerse de tales herramientas conceptuales y prácticas (Fórum Mundial para la Salud Mundial Comunitaria del 1º de junio de 2007).

XI.1.3. *Promoción de la salud mental, psiquiatría ciudadana*

¿Es necesario ir todavía más lejos en la proximidad entre tratamientos y entorno social?

booksmedicos.org

Es lo que algunos piensan secundando a Bonnafé, para quien la sociedad debe hacerse cargo de su propia locura. Son las perspectivas de Jean-Luc Roelandt en Lille o de Marie-Noëlle Besançon en Besançon. En esta óptica, los servicios profesionales de salud mental actúan menos mediante delegación de lo social que en colaboración con la totalidad del cuerpo social. La política de "salud mental" se convierte así en un conjunto de prácticas que abarca a todos los ciudadanos y evita que el equipo psiquiátrico caiga en el riesgo totalitarista de querer emprender todos los roles, ejerciendo con ello una auténtica tutela sobre el enfermo.

Estos diferentes movimientos se iniciaron a partir de reflexiones que agitaron a las organizaciones sociales en los años 1968-1970, como el movimiento de la antipsiquiatría, los experimentos de Laing en Inglaterra o los de Basaglia en Italia, para quien "las instituciones están directamente vinculadas a los valores de la clase dominante que las crea y las determina" (Basaglia, 1971). Es importante antes que nada tomar en cuenta las posibles capacidades terapéuticas de un entorno no especializado, en lugar de luchar contra toda institución. El movimiento de los lugares en los que se vive o el llamado de las "alternativas de la psiquiatría" van en la misma dirección e insisten en los efectos terapéuticos de formas de acompañamiento no estigmatizadoras y descentradas de las prácticas conocidas y hasta de los profesionales de la psiquiatría. Italia, por ejemplo, ha desarrollado un modelo de tercer sector compuesto de cooperativas o de empresas sociales, en cuyo interior los usuarios se han convertido en "asociados ineludibles" (Barbato, 2008), especialmente en el sector de los servicios.

Así pues, el que los enfermos tengan una vida social lo más normal posible depende de una buena cantidad de actores de la vida social que, mediante su atención y su hospitalidad, habrán de permitir una mejor inserción de éstos en el seno de la "verdadera vida".

XI.2. La evolución de las ideas y de las prácticas. El ejemplo francés de la psiquiatría de sector

XI.2.1. *Las ambiciones fundadoras*

El proyecto desalienista vinculado a la PTI se afirmó en Francia durante la ocupación y ha impugnado la teoría del tratamiento mediante el aislamiento: "la acción del psiquiatra ya no puede iniciarse hoy en día a partir del momento en que la sociedad deja de tolerar al enfermo" (Le Mignot, 1967). Las nuevas modalidades de trabajo, llamadas de psiquiatría comunitaria según Philippe Paumelle (Gauthier, 2010), serán reconocidas dentro de un marco legal bajo la insignia de la psiquiatría de sector. Efectivamente, la circular inaugural del 15 de marzo de 1960 enuncia los cuatro principios fundadores de esta política de atenciones psiquiátricas: tratar en un estadio lo más precoz posible, garantizar una post-cura que evite las recaídas, separar lo menos posible al enfermo de su familia y de su

booksmedicos.org

entorno, recibir a todos los enfermos de una zona geográfica limitada —todo esto mediante un equipo de asistencia que disponga de instituciones variadas.

Las leyes del 25 de julio y del 31 de diciembre de 1985 terminaron por confirmar la política de sectorización, mientras que la circular del 14 de marzo de 1990 amplió sus objetivos iniciales, haciéndolos pasar de la lucha contra las enfermedades mentales a una política de promoción de la salud mental. Este texto va a abrir amplios debates, siempre de actualidad, respecto a las funciones, las misiones y los límites de las intervenciones de los equipos de salud mental.

La multiplicación de los textos reglamentarios y legislativos indica claramente que el modelo de la sectorización, para los poderes públicos, es el organizador territorial de base en salud mental. Pero la sectorización no puede reducirse a un sistema administrativo de planificación de los cuidados psiquiátricos públicos y a la implantación en todo el territorio de equipamientos definidos por textos oficiales. Esta política de atención de proximidad busca responder sobre todo a un problema clínico: ¿cuál es la organización de prácticas psiquiátricas capaz de favorecer la continuidad de la atención? Para Paumelle (1973) resultaba esencial "situar a nuestras personas y nuestros equipos de manera que pudiera establecerse una relación terapéutica, manteniéndola tanto como fuera posible para todos los enfermos de un área geográfica". Se hace patente en esta exigencia la importancia que se le da a la creación de los vínculos personalizados y a la noción psicoanalítica de transferencia. De hecho, la psiquiatría comunitaria se apoya en una teoría de la atención que se inspira en un enfoque psicodinámico y sociológico.

Los ambiciosos objetivos de la psiquiatría comunitaria han sido sostenidos desde un inicio por una dinámica militante (Hochmann, 2006; Audisio, 1980) que reunía a aquellos que deseaban humanizar las condiciones de hospitalización, a aquellos que defendían la implementación de un dispositivo de cuidados extrahospitalarios y a aquellos que deseaban la separación de la neurología y de la psiquiatría (realizada en 1968). Estos psiquiatras militantes impugnaron igualmente la organogénesis de los trastornos mentales (que legitimaba la sobrealienación de los enfermos), eligiendo más bien un modelo plurifactorial que le da todo su lugar al entorno.

XI.2.2. *Las realizaciones*

La concretización de los programas comunitarios tropezó en el terreno mismo con muchas resistencias. Algunas, organizacionales, venían del lado de los grandes hospitales psiquiátricos que concentraban todos los recursos lejos de las ciudades, paralizados por su hospitalocentrismo y su inmovilidad. Otras procedían de la cerrazón de los personales médicos, quienes se negaban a cambiar sus prácticas. Y es que los tratamientos ambulatorios (recepción, acompañamiento, cuidados a domicilio), junto a la consideración del entorno y de las familias, representaban en ese entonces una auténtica aventura para terapeutas poco acostumbrados a semejante autonomía de acción. Es "la experiencia parisina del 13º",[1] iniciada en 1958 bajo la modalidad de Asociación de Salud

booksmedicos.org

Mental en el 13º distrito de París y secundada por una gran cantidad de equipos en Francia, lo que demostró la posibilidad de otra psiquiatría, pero que exigía igualmente construir herramientas a escala humana, favoreciendo los vínculos antes que los lugares.

Si la función del sector es la de promover una política local coherente en materia de salud mental, la sectorización apunta igualmente a limitar la hospitalización y a ofrecer modalidades de cuidados a la medida de atención, adaptadas a cada fase de la enfermedad dentro de estructuras integradas al medio de vida. Esta implicación de varios sitios para los cuidados exige la permanencia de un seguimiento en centro médico psicológico (CMP) y pretende evitar la inclusión del paciente en una única estructura, con los riesgos que esto conlleva de dependencia y de dominio. La circular de 1960, que recomendaba la instalación de organismos extrahospitalarios, no dudaba en afirmar: "mientras estos organismos no existan, los cuidados dispensados en el hospital seguirán siendo incompletos".

La instalación del dispositivo:implantación de estructuras

Los primeros pasos de una psiquiatría comunitaria requieren de una implantación del equipo en la comunidad. Es la creación de una consulta, con el apoyo de una municipalidad, ora en locales específicos, ora en locales abiertos a otras actividades médicas o sociales. Estas consultas se han ido convirtiendo progresivamente en centros médico-psicológicos (CMP), unidades de coordinación y de acogida en un medio abierto que organiza acciones de prevención, de diagnóstico y de atención ambulatoria, en el lugar mismo o en los sitios donde vivan las personas (visitas a domicilio o a estructuras médico-sociales, escolares, penitenciarias…). El equipo de sector es multidisciplinario y la calidad de los cuidados depende mucho de la implicación de los personales en el trabajo de elaboración durante las reuniones clínicas. En este terreno, muchos equipos le dan preferencia a la "institución mental" (Hochmann, 1982) y a los modos de funcionamiento enfocados más bien alrededor de un paciente y no de una institución. También resulta conveniente poder intervenir en las unidades de hospitalización somática: ya sea por una presencia psiquiátrica en urgencias, o bien en el marco de una psiquiatría de enlace en servicios hospitalarios que no sean psiquiátricos. Por lo demás, los equipos son convocados a trabajar asociadamente con todos los actores sociales locales a fin de contribuir a aportar respuestas al sufrimiento psíquico de las personas.

A partir y alrededor de los CMP, pivotes de la organización sectorial, existen unidades de tratamiento de tiempo parcial que acuden a proponer cuidados secuenciales, colectivos e intensivos. Citemos la hospitalización diurna y nocturna, el centro de acogida terapéutica de tiempo parcial (CATTP), que organizan los cuidados alrededor de actividades de mediación, así como el taller terapéutico, orientado a la inserción profesional. Por último, ciertos sectores impulsados por el movimiento de la PTI facilitan igualmente la creación de clubes terapéuticos.

Todo este trabajo dentro de la comunidad va a provocar progresivamente algunas

booksmedicos.org

incidencias en los cuidados de tiempo completo, sobre todo en la medida en que éstos pueden prolongarse con unidades de recepción familiar terapéutica y con centros de post-cura para cuidados de seguimiento y de readaptación.

Este dispositivo hace posible ir hacia la "deshospitalización", hacia la inserción en la comunidad y el acompañamiento de largo plazo de las personas que lo requieran. Es efectivamente notable una muy clara disminución de las hospitalizaciones tanto en número como en duración (duración promedio de 30 días en 2003) paralelamente a un constante aumento de las esperas activas (la solicitud de la atención psiquiátrica pasó entre 1989 y 2003 de 17 pacientes por cada 1 000 habitantes a 27 por cada 1 000). No obstante y pese a tal éxito, son muchos los cuestionamientos que se le hacen hoy en día a la pertinencia de un sistema que acaba de festejar sus 50 años.

La sectorización en la actualidad

Francia cuenta hoy en día con 829 sectores de psiquiatría general, con 320 de psiquiatría infantil y juvenil, y con 26 de psiquiatría en medio penitenciario, aun cuando con una enorme disparidad de posibilidades regionales en términos de recursos, de estructuras y de personal. Se puede decir que la sectorización es una política sanitaria inacabada.

Por otro lado, los logros de la psiquiatría de sector van acompañados de una gran cantidad de críticas que tienen que ver, sea con los peligros de un funcionamiento en autarquía, o bien con los riesgos de una apertura y extensión demasiado amplias, a través de una "psiquiatrización" de los problemas sociales, impugnaciones promovidas por Castel (1981): ¿hay que "hacer de lo social un gran cuerpo enfermo en el que todas las disfunciones tendrían que ver con soluciones médicas"?

Por eso, algunos llegaron incluso a hablar de los perversos efectos de la sectorización (Borgeat y Denis, 1995), sin dejar de reconocer que ésta ha favorecido una mucho mayor accesibilidad. Hacen notar que las prevenciones primaria y secundaria no han salido nunca a la luz y sobre todo que la filosofía comunitaria ha dejado de lado a los omnipracticantes. Estos autores insisten también en las desmedidas ambiciones de la sectorización, que desearía mantener en la comunidad a pacientes crónicamente enfermos en demasía. Otros argumentos tienen que ver con las evoluciones más importantes de estos últimos años: la práctica privada se desarrolló, las representaciones sociales de la enfermedad mental y de la atención se han modificado, y, finalmente, el reconocimiento de la discapacidad psíquica ha introducido otras modalidades de acompañamiento y a otros interventores. Actualmente, "el mito del sector que lo puede hacer todo y hacerlo todo bien con todos sus enfermos, debe quedar atrás" según Reynaud (1995), lo que lo lleva a concluir con esta fórmula: "para sobrevivir, el sector debe rebasar al sector".

Está claro que todos estos elementos trazan líneas de fragilidad que pueden amenazar a la psiquiatría comunitaria. Pero tras cincuenta años de desarrollo, resulta más bien tranquilizador comprobar que la política de sectorización se encuentra en crisis.

booksmedicos.org

Kapsambelis (2010) distingue una crisis de crecimiento, una crisis económica (asociada a la de los financiamientos de la política de sector y a la de la "economía" del dispositivo) y por último una crisis de doctrina, con el desarrollo de las neurociencias y un cierto distanciamiento del pensamiento psicopatológico. El descubrimiento de este contexto de crisis de la psiquiatría comunitaria en Francia nos hace ver por lo menos la vitalidad de esta práctica y nos somete a un cuestionamiento potencialmente fecundo en lo que respecta a futuras evoluciones.

XI.3. Desafíos y perspectivas

La notable evolución de la psiquiatría francesa, gracias a la PIT y a la psiquiatría comunitaria, hace decir a Lopez (2009) que la psiquiatría en Francia puede servir de modelo y de ejemplo para la totalidad del dispositivo sanitario en sus principios de organización y de funcionamiento, así como por "la amplitud de las transformaciones de su dispositivo en 20 años". Así es: un viento de reformas sopló de manera permanente, caracterizado por una multiplicación de informes, desde el que hiciera Demay en 1983. Sin embargo, tras haber hecho la demostración de sus capacidades para permitir atención muy adaptada, especialmente para los pacientes psicóticos, la psiquiatría comunitaria es solicitada en la actualidad por nuevas exigencias que provienen de los servicios de urgencias, de los servicios médico-quirúrgicos, de los servicios sociales y de los servicios médico-sociales. En un nuevo contexto, nuevas prácticas han sido puestas a prueba. Si se aventura uno en el terreno del recuento final, será posible distinguir progresiones e impugnaciones.

XI.3.1. *Las progresiones*

Sin duda es posible considerar en primer término la posibilidad de organizar la atención de manera extramuros. La creación de la hospitalización en servicio libre, así como los primeros dispensarios establecidos en 1922 en Francia, representaron el primer paso de esta iniciativa de apertura y de separación entre tratamiento psiquiátrico contractualizado y obligatorio. Al prolongar tal apertura, la psiquiatría de sector le ofrece al paciente la posibilidad de volverse, en la mayor parte de los casos, responsable e incluso autor de su tratamiento. Accesibilidad, continuidad, proximidad, adaptación de los dispositivos son las palabras clave de un sector definido por Jovelet (2009) como "la lucha permanente contra esa natural tentación de separar, normar, etiquetar, segregar, aislar y finalmente encerrar". Es de hecho en esta filosofía en la que la OMS se basó para promover a escala mundial este tipo de prácticas.

La apertura tuvo inmediatamente después como importante consecuencia la de imponer las necesidades del sistema de asociación. Si dentro del asilo, y después en el hospital, el médico era todopoderoso, al encontrarse afuera se ve confrontado en lo

booksmedicos.org

sucesivo a la mirada, y por ende al control. Además, las misiones de esta psiquiatría abierta que van desde la prevención hasta la reinserción social, se amplían en gran cantidad de países para pasar, de una política de lucha contra las enfermedades, en la década de 1990, a una política de promoción de la salud mental. Ésta "implica asociar a los especialistas y a los profesionales de salud de otros sectores" (circular del 14 de marzo de 1990 relativa a las orientaciones de la política de salud mental), como las estructuras médico-sociales o asociativas y las del voluntariado, los funcionarios elegidos…, a fin de "favorecer y acompañar la iniciativa comunitaria". Dos grupos de asociados ocupan actualmente un lugar ineludible: las familias y los usuarios. Las familias se organizan en el seno de una Unión Nacional (La Unafam, creada en 1963); éstas se preocupan por el destino de sus parientes cercanos y se oponen, por ejemplo, a las "altas abusivas" cuando juzgan que las condiciones de salida de su pariente no son lo suficientemente adecuadas. Estas preocupaciones están en resonancia con las palabras de Vender y sus colaboradores (1993), para quienes el principal efecto de la ley 180 respecto a la clausura de los hospitales en Italia fue la reunión de los terapeutas y de las familias alrededor de los proyectos por construir para los enfermos. En cuanto a los usuarios, reunidos igualmente en federaciones de asociaciones desde 1992, vieron cómo se fortalecían sus posiciones debido a la ley del 11 de febrero de 2005 relativa a la igualdad de oportunidades y al reconocimiento de la discapacidad psíquica.

El sistema asociativo discute intensamente las prácticas y las posibles convergencias entre el campo sanitario y el campo social. Para favorecer el trabajo de articulación y de vinculación, algunos equipos psiquiátricos proponen una organización conocida como "seguimiento intensivo en el medio" inspirada en la Assertive Community Treatment (ACT) que fundara Stein en Wisconsin en la década de 1980. De manera más global, lo que se impone es una especie de "redistribución de las cartas y una complementariedad ciudadana entre la psiquiatría y la acción social". Baillon (2009) no duda en considerar que las leyes de 2002 y de 2005 son los "salvavidas" de la psiquiatría.

¿Son definitivas estas conquistas? No obstante ser ampliamente reconocidas, estas ventajas se ven confrontadas hoy en día con nuevos desafíos.

XI.3.2. *Las impugnaciones*

Cuatro pueden ser aisladas:

Lo inconcluso del desarrollo

Pese a sus grandes ambiciones, en la mayor parte de los países la psiquiatría comunitaria no pasó de la mitad del vado. Como en los Estados Unidos, donde sólo se abrieron 800 Community Mental Health Centers de los 2 000 que estaban programados para 1980 (Gomes *et al.*, 1995). En Italia, en Canadá, en Francia, existe una gran heterogeneidad

booksmedicos.org

de las prácticas y de los equipamientos según cada región, algunos de las cuales están muy por debajo de lo que preconizan las autoridades sanitarias por la falta de recursos o de voluntad política local. Por lo demás, los autores tienen graves problemas para comunicar lo que realizan cotidianamente, además de que la política de sector no deja, por esto mismo, de permanecer globalmente ignorada entre los ciudadanos, los políticos y los usuarios. Esta falta de visibilidad y de legibilidad es en Francia el síntoma probablemente más destacado en lo que se refiere a lo inconcluso de las realizaciones con respecto a los grandes principios de un inicio. Dentro de esta oscuridad, ¿cómo podría la psiquiatría volverse un asunto de todo el mundo?

El cronicismo de las prácticas

Es bien sabido que el cronicismo acecha a todas las instituciones, incluso a las más dinámicas. La circular de 1990, citada anteriormente, atribuye a la política de sector siete misiones, entre las que se cuentan la readaptación, la coordinación con los demás dispositivos de atención y de prevención, las intervenciones en las estructuras sociales, educativas y médico-sociales, y la participación en programas particulares de salud. ¿Qué ocurre con la mayor parte de los equipos? Los seguimientos en la comunidad, es decir: a domicilio, de urgencia o de largo plazo, para las personas imposibilitadas de acudir o presentar una solicitud con todos los requisitos, ¿están asegurados en todas partes? Algunas estructuras sectoriales parecen estar abiertas, sobre todo para aquellos que cuentan con los códigos sociales que les permiten ajustarse a las obligaciones de un sistema de consultas por cita, lo que hace que puedan quedar abandonadas las misiones más comunitarias.

La oposición entre atención general y atención especializada

Se tiene claro conocimiento de la práctica de medicina general en la práctica de sector, que responde al primer proyecto de un recibimiento de "bajo perfil", sin selección de las solicitudes, así como del compromiso respecto a los cuidados en la continuidad. Esto ha evitado el rechazo de pacientes; pero la actual orientación en toda la medicina se dirige hacia sectores especializados de actividad, incluso hiperespecializados. Hoy en día se desarrollan estructuras intersectoriales para tratar los trastornos de la alimentación, los trastornos ansioso-depresivos, las manifestaciones suicidas…, lo que incrementa el riesgo de perder las dimensiones holística e histórica de la persona. Esta tendencia se ve además reforzada por la evolución de las representaciones, de la cultura consumista y de las modas de pensamiento social, cuya tendencia se dirige más a lo individual que a lo colectivo. Las políticas comunitarias y las respuestas colectivas ya no representan en la actualidad respuestas acordes con la cultura ambiente dominante.

Esta tendencia a la especialización obedece a una organización en intersectores (algo

booksmedicos.org

posible desde la ley del 31 de julio de 1991, y reactivada por las disposiciones Juppé de 1996). Según algunos autores, tal tendencia pone en tela de juicio la recepción sin exclusividad y corre el riesgo de desembocar en una "fragmentación del dispositivo de sector, en un condicionamiento de la recepción y, por ende, en una exclusión de las situaciones complejas" (Schmit *et al.*, 2008). Por otra parte, la inscripción de estas consultas especializadas se lleva a cabo más durante la evaluación que durante el tratamiento, lo que, aunado a la falta de articulación con el resto del dispositivo, conduce al peligro de que "la señalización especializada genere segregación".

La necesidad de las asociaciones

La psiquiatría comunitaria debe empezar por un sistema de asociaciones estrecho y continuado con los actores de primera línea, en cuyo principal rango se encuentran los médicos generales. Los quebequenses (Fleury, 2008) insisten mucho respecto a su participación en la detección y el tratamiento de los trastornos psicóticos. De hecho, construyeron un sistema de atención denominado distributivo que permite coordinar médicos generales y equipos de psiquiatría. Por ejemplo, un psiquiatra consultor está estrechamente asociado a un grupo de médicos generales, con una línea telefónica que facilita su acceso; se organizan regularmente encuentros entre el paciente y el médico general practicante. En Francia, el ejemplo de las redes de salud, como se definen en la circular del 11 de febrero de 2005, es una tentativa para dar seriedad a esas asociaciones en una modalidad más técnica y funcional. El desafío consiste en pasar de la continuidad de los cuidados destinada a un equipo único, a la coordinación de actores implicados en el recorrido de los cuidados del paciente (Hardy y Prade, 2010). El asunto de la continuidad de la atención se sitúa en el corazón de la polémica, pues si muchos piensan que se ha vuelto indispensable establecer algunos vínculos en el itinerario institucional del paciente, otros muchos son los que temen la pérdida de la dimensión transferencial. El peligro sería el de permanecer dentro de un dispositivo bien coordinado, pero únicamente como un intendente técnico de los casos. También habrá que preguntarse si en ocasiones no resulta difícil reunir todas las condiciones para que la red funcione, sea eficaz y pueda durar (Escaffre, 2007). Por último, ¿esta estrategia de redes tendrá algún futuro en Francia con la nueva ley HPST del 21 de julio de 2009?[2]

Es lícito señalar que el método de trabajo utilizado con los médicos generales o con los demás asociados equivale finalmente a hacer un trabajo de psiquiatría de enlace. Este modelo será igualmente utilizado cuando se trate de acercar el dispositivo de psiquiatría comunitaria a las problemáticas sociales. Este problema divide a los profesionales. Algunos consideran que la psiquiatría sólo debe intervenir para evaluar y tratar las enfermedades mentales, pero entonces ¿de qué manera puede reivindicar su acción comunitaria o social? Otros creen que, en una perspectiva de salud pública, de salud mental, es conveniente no alejarse de los problemas que se les plantean a los trabajadores sociales. Así pues, se trata de un trabajo indirecto de los equipos de salud mental, los

booksmedicos.org

cuales se comprometen al lado de los actores sociales para evaluar con mayor precisión las dificultades, entender colectivamente lo que está en juego y elaborar algunos ejes de respuesta. Se trata igualmente de una forma de limitar la exclusión de la atención precoz de todos aquellos que sólo pueden ser tratados cuando sufren una grave descompensación. Esta dimensión representa el principal eje de trabajo del movimiento de psicología comunitaria, animado por psicólogos y ya no por psiquiatras, con una visión más alejada de los asuntos de enfermedad o de salud. Este movimiento, de importancia en los Estados Unidos, empieza a desarrollarse en otros países.

Conclusión

Como dice Barrès (2007), "el sector no es un área geográfica en la que los equipos de psiquiatría son los únicos que deban arar en el campo de la salud mental". Es cierto que, fuera de las realizaciones de Trieste, o en las del sector de Lille-Este, la psiquiatría comunitaria no ha conseguido abarcar a la sociedad en su conjunto, como tampoco hacerse cargo de la locura. Si ésta sigue siendo el terreno privativo de los equipos de psiquiatría comisionados por el cuerpo social para desentenderse de su manejo, es de temerse que los equipos médico-sociales, el día de mañana, se encuentren en la misma situación de sustitución. Sin embargo, se trata efectivamente de "explotar los recursos comunitarios" y, hoy en día, la promoción de una salud mental comunitaria atraviesa por algunas evoluciones en las posturas de los distintos asociados, debido a que la dimensión militante sigue siendo uno de los motores fundamentales de cambio para todos los participantes.

Finalmente, ¿el éxito de la psiquiatría comunitaria no consistiría en ver cómo nuevos participantes, fuera de los profesionales, se comprometen para responder sin estigmas a una parte de la locura del mundo?

BIBLIOGRAFÍA

Audisio, M. (1980*), La Psychiatrie de secteur: une psychiatrie militante pour la santé mental*, Privat, Tolosa.

Baillon, G. (2009), *Les Usagers au secours de la psychiatrie. La parole retrouvée*, Érès, Tolosa.

Barbato, A. (2008), "Confrontation entre professionnels et usagers: vers une modification de la pratique en Italie", *Rhizome*, 33, pp. 41-43.

Barrès, M. (2007), "Santé mentale et action sociale: les conditions actuelles de la rencontré", *Pratiques en santé mentale*, 1, pp. 15-18.

Basaglia, F. (1971), "L'assistance psychiatrique comme problème anti-institutional. Une expérience italienne", *Information psychiatrique*, 47, 2, pp. 159-165.

Bleandonou, G. (1967), "La communauté thérapeutique britannique", *Information*

booksmedicos.org

psychiatrique, 43, 10, pp. 1247-1265.
Borgeat, F., y J.-F. Denis (1995), "Quelques effects pervers de la sectorisation", *Nervure*, VIII, 4, pp. 78-87.
Castel, R. (1981), *La Gestion des risques: de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Minuit, París. [*La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Versión española de Nuria Pérez de Lara, Anagrama, Barcelona, 1984.]
Escaffre, J.-P. (2007), "Les concepts de résau et de filiére: travailler ensemble?", *Pratiques en santémental*, 1, pp. 19-23.
Ey, H., P. Bernard y C. Brisset (1978), "Psychothérapie institutionnelle ou communautaire", *Manuel de psychiatrie*, Masson, París, p. 1104-1107. [*Tratado de psiquiatría*. Versión española de Ruiz Ogara, Masson, Barcelona, 1994.]
Fleury, M.-J. (2008), "Santé mentale en première ligne", *Santé mentale au Québec*, XXXIII, 2, pp. 19-34.
Gauthier, S. (2010), "Philippe Paumell, homme de pensé et d'action, la fondation du treiziéme", en C. Chiland, C. Bonnet y A. Braconnier (dirs.), *Le Souci de l'humain: un défi pour la psyhciatrie*, pp. 11-30, Érès, Tolosa.
Goffman, E. (1961), A*siles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Minuit, París, 1968; 1979. [*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Versión española de María Antonia Oyuela de Grant, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1994.]
Gomes, M., N. Regnaut y J.-L. Roelandt (1995), "De la psychiatrie communautaire à la psychiatrie citoyenne", en G. Vidon (dir.), *La Réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Frisson-Roche, París, pp. 433-467.
Hardy, M., e I. Prade (2010), "Coordination, partenariat, coopération entre professionnels de santé: la question de réseaux de santé en psychiatrie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*. 37956-A15, Elsevier Masson, París.
Hochmann, J. (1972), "La psychiatrie communautaire", *Revue pratique de psychologie, de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1, pp. 51-74.
——— (1982), "L'institution mentale: du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés", *Information psychiatrique*, 58, 8, pp. 958-991 (reproducido en J. Hochmann, *La Consolation*, Odile Jacob, París, 1994, pp. 255-267).
——— (2006), *Histoire de la psychiatrie*, PUF, París.
Jones, M. (1969), "Psychiatrique sociale au-delà de la communauté thérapeutique", *Information psychiatrique*, 45, 9, pp. 969-974.
Jovelet, G. (2009), "Le secteur en minuscules, une colère majuscule", *Information psychiatrique*, 85, 6, pp. 537-548.
Kapsambelis, V. (2010), "Cinquante ans après: la crise du secteur", en C. Chiland, C. Bonnet y A. Braconnier (dirs.), *Le Souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie*, Érès, Tolosa,pp. 427-448.
Lazure, D. (1968), *Psychiatrie sociale vs psychiatrie communautaire*, 4º Congreso Mundial de Psiquiatría, 4, pp. 2516-2519.

booksmedicos.org

Le Mignot, H. (1967), "Le secteur", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37915-A10, Éditions Techniques, París.
Lopez, A. (2009), "Le dispositif de santé mentale au milieu du gué", *Pratiques en santé mentale*, 4, pp. 42-45.
Paumelle, P. (1952), *Essai de traitement collectif du quartier d'agités*, ENSP, Rennes, 1999.
——— (1973), "Psychiatre de secteur, psychiatrie communautaire", en P.-C. Racamier, *Le Psychanaliste sans divan*, Payot, París, pp. 363-374.
Reynaud, M. (1995), "L'avenir du secteur", en J.-L. Senon, D. Sechter y D. Richard (dirs.), *Thérapeutique psychiatrique*, Hermann, París, pp. 1119-1129.
Schmit, G., M. Bouvet y M.-O. Hincky (2008), "Secteur de psychiatrie infanto-juvénile", *Encyclopédie médico.chirurgicale, Psychiatrie*, 37211-A05, Elsevier Masson, París.
Vender, S. (dir.) (1993), "Nouvelle chronicité et transformations institutionnelles en Italie", *Évolution psychiatrique,* 58, 4, pp. 757-772.

booksmedicos.org

[1] Se refiere al 13º distrito de la ciudad de París, zona de hospitales. [T.]
[2] Ley HPST: “Hospital, Pacientes, Salud, Territorios”. [E.]

booksmedicos.org

XII. INTRODUCCIÓN A LA PSICOSOMÁTICA

CLAUDE SMADJA

La psicosomática es una nueva mirada al hombre enfermo y por esto tiene participación en la historia de la medicina. Desde sus orígenes, ésta se construyó según diferentes corrientes conceptuales, en cuyo interior la vida de la mente adquirió un sitio más o menos importante. Fue en 1818 cuando nació el término *psicosomática,* bajo la pluma del psiquiatra alemán Johann Heinroth (1773-1843). La aparición de este nuevo enfoque médico apuntaba a introducir en la corriente organicista y experimental de la medicina del siglo XIX algunos factores de orden psíquico que pudieran dar cuenta de la causalidad y de la etiopatogenia de algunas enfermedades. Este nuevo y global enfoque del hombre enfermo continuó hasta nuestros días en la práctica médica y representa uno de sus fundamentos. Sin embargo, su actividad se ha tenido que enfrentar al desarrollo de los descubrimientos y de las concepciones biológicas que en la actualidad, y más que nunca, organizan los basamentos de la medicina occidental.

XII.1. HISTORIA DE LA PSICOSOMÁTICA PSICOANALÍTICA

Desde que Freud inventara el psicoanálisis, una nueva vía para abordar las enfermedades somáticas se encontró abierta y fueron muchos los psicoanalistas que la utilizaron en sus observaciones clínicas y en sus curas psicoanalíticas. De ese modo se desarrolló una nueva corriente psicosomática, de origen psicoanalítico, por oposición a la corriente estrictamente médica. Esta última parte de la noción de enfermedad para buscar en ella todos los factores etiológicos: factores biológicos y factores de origen psíquico (Dunbar, 1935). Por el contrario, la psicosomática psicoanalítica parte del hombre enfermo y de su funcionamiento psíquico para tratar de entender las condiciones en las que se pudo desarrollar una enfermedad somática (Smadja, 2008).

XII.1.1. *Los cimientos freudianos de la psicosomática*

En toda la obra de Freud no figura un solo trabajo de investigación específicamente asociado a la psicosomática. No obstante, algunos de los trabajos y de las herramientas conceptuales elaborados por él mismo en otros campos de la psicopatología, sirvieron como fundamento para las futuras elaboraciones de los psicoanalistas interesados en los

booksmedicos.org

enfermos aquejados de enfermedad somática.

Si bien Freud no se interesó en la psicosomática en el sentido en que la entendemos actualmente, en cambio estudió a fondo los diferentes estados del cuerpo. La totalidad de tales trabajos concernientes a los síntomas de expresión corporal se inscribe en el marco de las preocupaciones teóricas relativas a la economía pulsional. Si se recorre la obra de Freud, es posible describir cuatro tipos de síntomas somáticos: los síntomas conversivos histéricos, los síntomas somáticos de la neurosis actual, los síntomas hipocondriacos y las enfermedades constituidas.

Los síntomas conversivos histéricos

Según la concepción freudiana, se trata de símbolos mnémicos convertidos en el cuerpo y que sostienen un conjunto de fantasmas inconscientes en los que participa la bisexualidad del individuo. Desde un punto de vista clínico, hay que subrayar que tales síntomas corporales por lo general no están acompañados de angustia. Desde un punto de vista metapsicológico, se requiere de una cierta cantidad de condiciones psíquicas para llegar a la formación de síntomas histéricos: la existencia de un superyó postedípico correlativo de una organización edípica relativamente acabada, la de un inconsciente dinámico a cargo de las simbolizaciones, y tanto la permanencia como la eficacia de un mecanismo de represión (Freud, 1905, 1910).

Los síntomas somáticos de la neurosis actual

Clínicamente, tales síntomas comprenden la categoría de los trastornos funcionales de la medicina clásica. Corresponden a un hiperfuncionamiento o a un hipofuncionamiento de la esfera neurovegetativa. Por lo general no poseen ningún significado simbólico, contrariamente a los trastornos conversivos histéricos, y casi siempre van acompañados de angustia (Freud, 1895). En el plano metapsicológico, son el resultado de una perturbación de la psicosexualidad o sexualidad psíquica. En el centro de esta perturbación figuran la insuficiencia del mecanismo de represión y el emplazamiento sustitutivo de otros mecanismos económicamente más costosos, como el de la supresión. La libido del individuo se ve de esa manera desviada de su empleo psíquico y se vuelve hacia los órganos que ha investido en exceso. Así, según la concepción freudiana de las neurosis actuales, los síntomas somáticos son el resultado de un hiperinvestimento erótico de la función somática concernida. Es necesario recordar que una de las hipótesis freudianas a propósito de su teoría de la libido es la bipertenencia pulsional de cada órgano o función somática. Un órgano es investido tanto para las pulsiones de autoconservación —es decir, aquellas que garantizan su funcionamiento fisiológico— como para las pulsiones sexuales. Luego, para Freud (lo que es una hipótesis que requiere su teoría de las pulsiones) existe un erotismo orgánico que se ilustra por medio

booksmedicos.org

de la sensación subjetiva de un buen funcionamiento de sus órganos. Sin embargo, si en el interior de un órgano o de una función somática se presenta un desequilibrio entre los dos tipos de investimento pulsional, el órgano se verá perturbado en su funcionamiento autoconservador, es decir: fisiológico. Es esta situación económica la que crea el hiperinvestimento erótico orgánico.

Los síntomas hipocondriacos

Clínicamente, se trata de quejas somáticas con carácter reivindicativo, e incluso paranoico, que no tienen su origen en ninguna afección por una lesión orgánica. Desde el punto de vista metapsicológico, según Freud, proceden de una estasis de la libido narcisista que no ha encontrado utilización psíquicamente. La proyección sobre el cuerpo de esta libido narcisista apunta de esa manera a negar la carencia en el plano de los autoerotismos orgánicos.

Las enfermedades orgánicas

Clínicamente, se trata de los objetos específicos de la psicosomática. Freud abordó el estudio de las enfermedades orgánicas desde un punto de vista psicoanalítico según dos distintos niveles. El primero es el de la regresión narcisista que se produce después de que la enfermedad se ha instalado somáticamente. El interés de Freud tenía que ver con las modificaciones de la economía libidinal vinculadas a la presencia en un individuo de un acontecimiento somático. El regreso de los investimentos eróticos objetales hacia el órgano enfermo representa para Freud un mecanismo regular, normal, entre los individuos enfermos somáticamente. Hay que subrayar que esta idea fue tomada de la hipótesis surgida de los trabajos de Ferenczi relativo a las "patoneurosis". El segundo nivel considera a la enfermedad orgánica desde el punto de vista de su génesis respecto a la teoría de las pulsiones. Freud se apoya aquí en su segunda versión de la teoría de las pulsiones elaborada a partir de 1920 y fundada sobre la oposición de las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte o destrucción (véase también el capítulo VI). Enfatiza que durante un estado de desintrincación pulsional duradero, es decir, de desunión entre pulsiones de vida y destructividad sin posibilidad de reintrincación, una de las consecuencias que arrostra el individuo es que sus funciones somáticas puedan sufrir alteraciones profundas que den nacimiento a enfermedades orgánicas. Por otra parte, Freud subrayó algunas relaciones paradójicas y enigmáticas entre estados patológicos del cuerpo y estados psicopatológicos. Es lo que ocurre con la inconciliabilidad clínica y económica entre un estado de neurosis traumática y una afección corporal, como con el borramiento de un estado neurótico en el momento en que se instala una enfermedad somática. Estos movimientos pendulares entre estados psíquicos y estados somáticos y sus vínculos paradójicos parecen poner en juego la calidad de la organización masoquista

booksmedicos.org

del individuo.

XII.1.2. *Las corrientes posfreudianas en psicosomática anteriores a la guerra*

Después de Freud fueron varios los psicoanalistas que se interesaron en el psicoanálisis de las enfermedades somáticas.

Sándor Ferenczi (1919) dedicó una parte de su obra al psicoanálisis de las enfermedades orgánicas. La noción de *patoneurosis*, que él mismo creó, intentaba dar cuenta de las reorganizaciones neuróticas y, por extensión, psicóticas o narcisistas que sobrevienen como consecuencia de una enfermedad orgánica. Examinó el lugar del masoquismo en tales evoluciones.

Georg Groddeck elaboró una doctrina psicoanalítica de las enfermedades orgánicas según la cual el todopoderoso ello se hallaba apto para producir tanto un síntoma neurótico como un rasgo de carácter o una enfermedad somática. Así vemos cómo a toda enfermedad somática se le atribuye un valor simbólico que la vuelve accesible al método psicoanalítico. La ausencia de toda clase de discriminación y de diferenciación entre los distintos niveles psíquicos y los niveles biológicos y fisiológicos se cuenta entre los puntos más criticables de la teoría de Groddeck.

Franz Alexander (1950), alumno y colaborador de Ferenczi, desarrolló primordialmente en los Estados Unidos, en el seno de la Escuela de Chicago, creada por él mismo, una corriente de psicosomática llamada *medicina psicosomática*. Su concepción descansa en un enfoque dualista del enfermo somático, asociando un punto de vista psicoanalítico a un punto de vista fisiopatológico. La medicina psicosomática se construye sobre dos conjuntos teóricos: por una parte, la teoría de la neurosis de órgano, surgida de la concepción freudiana de la neurosis actual, que postula que las emociones largamente reprimidas en el plano psíquico son conducidas a través de vías nerviosas autónomas hasta los órganos, cuyo funcionamiento es modificado por ellas, para desembocar finalmente en una primera etapa en trastornos funcionales, y en una segunda en enfermedades orgánicas; por otra parte, la teoría de la especificidad, que postula que a cada emoción corresponde un síndrome fisiopatológico específico. Los trabajos de Alexander y sus colaboradores, así como de otros autores norteamericanos, desembocaron en una edificación de perfiles de personalidades asociados a un cierto número de enfermedades somáticas, llamadas psicosomáticas.

Si las concepciones de la corriente de la medicina psicosomática son criticables desde un punto de vista psicoanalítico, las observaciones y trabajos acerca de un cierto grupo de dolencias, como el asma bronquial, la úlcera gastroduodenal o la hipertensión arterial, encierran un gran interés histórico y han abierto el camino a los ulteriores trabajos de los psicosomaticistas, especialmente en Francia después de la segunda Guerra Mundial (Garma, 1957; Jasmin *et al.*, 1990).

En el seguimiento a los trabajos de la Escuela de Chicago, la noción de enfermedades

booksmedicos.org

del estrés, o simplemente de estrés, ha adquirido actualmente una considerable extensión en el marco de la medicina occidental. Se convirtió en un nuevo paradigma que tiende a remplazar la noción de psicosomática y designa a un conjunto heterogéneo de enfermedades y síntomas somáticos cuya característica es la de implicar una etiología multifactorial en la que figura un factor psicológico. La noción de *stress* está asociada a los trabajos del biólogo Hans Selye (1907-1982) y define una situación individual de respuesta no específica a una agresión *(síndrome general de adaptación)*. De sus trabajos y los de Walter Cannon (1871-1945) procede una aplicación a la psicosomática de un modelo de enfermedades relacionadas con trastornos de la adaptación. La medicina psicosomática de Franz Alexander representa su más notable ilustración. Actualmente, la noción de estrés se ha vuelto algo indisociable de la de traumatismo, en la que éste desempeña el papel de agresor; las enfermedades del estrés son interpretadas cada vez más como estados mórbidos postraumáticos.

XII.1.3. *Las corrientes teóricas de la posguerra en Francia*

Fue al principio de la década de 1950 cuando un cierto número de psicoanalistas franceses empezó a interesarse en las enfermedades somáticas. La difusión en Europa de los trabajos de los psicosomaticistas norteamericanos y la crítica de sus posturas teóricas han desembocado en concepciones psicoanalíticas novedosas frente al hecho psicosomático. El reajuste de la práctica psicoanalítica con los pacientes somáticos respecto a la relación y a la transferencia ha hecho posible que los diferentes autores elaboren un nuevo enfoque del hecho psicosomático, de índole psicoanalítica. Los debates teóricos que se desarrollaron entonces entre diferentes escuelas se centraron principalmente en el problema del sentido del síntoma somático. Para unos, el síntoma somático era un vector de sentido; para otros, el resultado de una estructura psíquica cuyo efecto más importante era la degradación del sentido en diferentes niveles.

La conversión generalizada de J.-P. Valabrega

La concepción de Jean-Paul Valabrega (1996) se apoya en la idea de la existencia de un núcleo conversivo en todo individuo. El cuerpo es concebido de esa manera como un preconsciente cargado de una memoria significante. Así, cualquier síntoma somático contiene un sentido que el trabajo de la cura psicoanalítica intenta descubrir y elaborar. Es necesario señalar que esta concepción deja irresuelto el problema de saber si tal sentido le pertenece al paciente o al analista que interpreta. Por lo demás, no diferencia el sentido que pertenece a la génesis del síntoma somático de aquel que pertenece a una segunda etapa: la de las reorganizaciones que se producen más tarde durante el trabajo psicoanalítico en un paciente afectado de enfermedad somática.

booksmedicos.org

La Escuela Psicosomática de París

Hacia finales de la década de 1940 nació la Escuela Psicosomática de París. Reúne a una cierta cantidad de psicoanalistas de la Sociedad Psicoanalítica de París: Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan, Christian David, a los que se unieron otros psicoanalistas. Los primeros trabajos dirigidos por Marty, solo o en colaboración con Fain, implicaron a enfermos cefalálgicos, raquiálgicos o alérgicos, y datan de la década de 1950 (Marty, 1950, 1958). Ponían énfasis en la insuficiencia de los mecanismos de defensa neurótica y atribuían a los síntomas somáticos un valor sustitutivo pero desprovisto de dimensión simbólica, como el síntoma conversivo-histérico. La noción de regresión somática nació durante aquellos años análogamente a la noción de regresión psíquica libidinal. A principios de la década de 1960 se elaboró una amplia síntesis teórico-clínica, adquiriendo forma en un libro colectivo, *L'Investigation psychosomatique* (Marty *et al.*, 1963). Este libro puede ser considerado el acta de nacimiento de la psicosomática como disciplina psicoanalítica. Aparecen nuevas nociones clínicas, como la depresión sin objeto, el pensamiento operatorio, el mecanismo de reduplicación proyectiva; a partir de aquí un nuevo punto de vista —el punto de vista económico— domina la investigación psicosomática de pacientes aquejados de afecciones somáticas graves. Según este punto de vista, todas las producciones humanas son enfocadas en sus transformaciones con respecto a otras; tal es lo que ocurre con las producciones psíquicas, síntomas neuróticos o psicóticos, rasgos de carácter, perversiones, sublimaciones, pero también con los comportamientos y con las somatizaciones.

Diferentes sensibilidades teóricas van a desarrollarse a partir de *L'Investigation psychosomatique* dentro de la Escuela de París. Marty (1976, 1990) elabora una doctrina evolucionista de la economía psicosomática. Ésta se apoya en la coexistencia y en la alternancia de dos tipos de movimientos individuales. Los primeros, llamados de vida, son movimientos de organización jerarquizada. Los segundos, llamados de muerte, son movimientos de desorganización. La evolución individual, así, desemboca para cada individuo en la edificación de sistemas de fijación-regresión más o menos resistentes a las corrientes de desorganización. De una manera general, las somatizaciones graves son el resultado más o menos duradero del fracaso de esos sistemas de defensa, mientras que las somatizaciones benignas son sus testigos (Smadja, 1995).

En sus trabajos, Fain pone énfasis en el inacabamiento de la estructura edípica del pequeño humano y futuro somatizante, ligado a la preeminencia de coyunturas traumáticas en su relación precoz con su padre y su madre. Debido a ello, la vía de la realización alucinatoria del deseo se ve obstruida de manera más o menos duradera y el yo se organiza prematuramente en una modalidad autónoma. El estado de desvínculo pulsional prepara de esa manera las somatizaciones, que entonces pueden ser interpretadas como un singular destino de la pulsión.

De M'Uzan (1984) diferencia los trastornos psicofuncionales de las enfermedades orgánicas. Los primeros estarían ligados a un proceso de regresión, mientras que las

booksmedicos.org

segundas serían el resultado de una modalidad específica de funcionamiento mental. Esta modalidad, calificada inicialmente por su autor como estructura psicosomática, pertenecería de hecho a la habitual paleta de funcionamientos psíquicos en cualquier individuo. Asocia a una carencia de la vida fantasmática un pensamiento operatorio, además del mecanismo de reduplicación proyectiva, y es resultado de una descalificación de la energía psíquica.

XII.2. Clínica y teoría psicosomática

Al revés del enfoque psicosomático médico que considera al enfermo a partir de su enfermedad, el enfoque psicoanalítico lo examina a partir del descubrimiento de un proceso de somatización en su funcionamiento psíquico. De tal modo, la clínica psicosomática sólo se pone en evidencia a través del filtro de la relación que establece el psicoanalista con su paciente enfermo. Un proceso de somatización es una cadena de eventos psíquicos que favorecen el desarrollo de una afección somática. Por lo general son distinguibles dos modalidades de proceso de somatización: el proceso de somatización mediante regresión y el proceso de somatización mediante desvinculación pulsional. Estos dos movimientos psíquicos se oponen gracias a la calidad de la mentalización sobre la cual se desarrollan.

La *mentalización* es una noción clásicamente utilizada por los psicoanalistas psicosomaticistas y que abarca todo el campo de la elaboración psíquica. La mentalización implica entonces principalmente a la actividad representativa y fantasmática del individuo. En la medida en que el trabajo de vínculo de las representaciones se opera en el sistema preconsciente, la evaluación de la calidad de la mentalización y la de la calidad del preconsciente son casi equivalentes. Para Marty, la mentalización se aprecia según tres ejes, representante cada uno de las dimensiones de la actividad de las representaciones: su espesor, su fluidez y su permanencia. El espesor tiene que ver con la cantidad de capas de representaciones acumuladas y estratificadas durante el transcurso de la historia individual. La fluidez se refiere a la calidad de las representaciones y a su circulación a través de las diferentes épocas históricas. La permanencia atañe a la disponibilidad del conjunto de las representaciones en todo momento, tanto en el plano cuantitativo como en el plano cualitativo. Habrá que añadir un cuarto criterio a estos tres: el de la dominación de la actividad de representación por parte del principio de placer-displacer o bien del automatismo de repetición. Habrá que distinguir por eso una actividad de representación libre de una sobreactividad de representación ligada a un imperioso apremio de repetición.

XII.2.1. *El proceso de somatización mediante regresión*

Se trata de un proceso que por lo general conduce a crisis somáticas benignas y

booksmedicos.org

reversibles. Es lo que por ejemplo ocurre con las crisis de asma, con las crisis cefalálgicas o raquiálgicas, con las crisis ulcerosas, colíticas o con las crisis hipertensivas. Se trata de somatizaciones que vuelven frecuentemente en la misma forma en un mismo individuo. Estas somatizaciones se producen casi siempre en personas cuyo funcionamiento psíquico se encuentra organizado en una modalidad neurótico-normal. Su *mentalización* es habitualmente satisfactoria o poco alterada. En estos casos, las somatizaciones se presentan cuando las variaciones del funcionamiento psíquico que Marty califica de *irregularidad del funcionamiento mental* declinan.

La *irregularidad del funcionamiento mental* autoriza a algunos discretos cambios de régimen del funcionamiento mental, habituales y reversibles, que transforman momentáneamente la economía psicosomática. Estas variaciones le ceden el sitio a actividades sublimatorias o perversas, a rasgos de carácter o de comportamiento, o a somatizaciones benignas.

En virtud de una sobrecarga del trabajo de vínculo del yo en el seno del preconsciente, la libido es conducida a una regresión hacia sus fuentes somáticas. La hipererogeneización de la función orgánica que resulta de ello genera un trastorno somático en cuanto que se trata de un hiperfuncionamiento o de un hipofuncionamiento. Este proceso de regresión alivia momentáneamente el trabajo psíquico que, después de un cierto periodo de tiempo, puede recuperar su acostumbrada eficiencia.

XII.2.2. *El proceso de somatización mediante desvinculación pulsional*

Se trata de un proceso psíquico que normalmente desemboca en enfermedades evolutivas y graves que pueden conducir a la muerte (Marty, 1976, 1980). Es lo que ocurre especialmente con las enfermedades autoinmunes y con las enfermedades cancerosas. Este proceso se desarrolla por lo general ya en personas que presentan una organización no neurótica del yo, ya en individuos que sufrieron traumatismos psíquicos que reactivaron profundas y precoces heridas narcisistas. En todos los casos, la dimensión de pérdida narcisista está presente y sienta las bases de un trastorno de la mentalización momentánea o duradera. Esta dimensión de pérdida narcisista genera un estado de desvinculación pulsional que modifica la totalidad del equilibrio psicosomático del individuo. Durante la evolución es visible el desarrollo, en una primera etapa, de las modificaciones psicopatológicas y, más tarde, en una segunda etapa, de las modificaciones fisiopatológicas enunciadas anteriormente. En el plano psíquico es posible observar un cierto número de síntomas reunidos bajo el nombre de *vía operatoria* (Smadja, 2003): una cierta calidad de depresión, *la depresión esencial*, y una cierta calidad de pensamiento, *el pensamiento operatorio.*

La *depresión esencial* califica una modalidad depresiva caracterizada por la ausencia de expresiones sintomáticas. Fue descrita por Marty en 1966 y se define por una disminución general del *tonus* vital sin contraparte económica. En la vivencia depresiva

booksmedicos.org

esencial no aparece efectivamente ni sentimiento de culpabilidad ni autoacusación melancólica. La depresión esencial se revela entonces gracias a su negatividad sintomática y debido a una fuerte impresión contratransferencial suscitada en la persona del psicoanalista. Desde un punto de vista metapsicológico, ella es testigo de una pérdida libidinal, tanto narcisista como objetal, y representa en negativo la huella de la corriente autodestructiva de la pulsión de muerte.

El *pensamiento operatorio* es una forma de pensamiento "actual", factual, sin vínculo con una actividad fantasmática o de simbolización. Acompaña a los hechos más que representarlos. Se trata en realidad de un no-pensamiento, en la medida en que ha perdido sus vínculos con su fuente pulsional. Hay que diferenciarlo del pensamiento obsesivo. Desde un punto de vista metapsicológico, el sobreinvestimento de lo perceptivo en el que se apoya apunta a defender a la persona de los efectos de la ausencia de la realización alucinatoria del deseo y del desamparo traumático que ésta se ve obligada a generar en su aparato psíquico. De tal modo, el pensamiento operatorio representa para el individuo una función *autocalmante*. La vida operatoria puede instalarse en la cronicidad o adoptar la forma de estados críticos, momentáneos y reversibles. Generalmente representa una modalidad frágil e inestable de equilibrio psicosomático.

Aun cuando el pensamiento operatorio ha sido descrito en el marco de un enfoque psicoanalítico de las enfermedades somáticas, su descripción clínica puede ser comparada a la *alexitimia,* cuyo concepto fue forjado por dos autores norteamericanos, Sifneos (1973, 1995) y Nemiah (1977). La alexitimia se refiere a "la ausencia de palabra para designar las propias emociones". Abarca cuatro principales características: *a)* la incapacidad para expresar verbalmente los afectos, *b)* la reducción de la vida onírica y de los fantasmas, *c)* la hiperactividad o la tendencia a actuar con comportamientos, *d)* la calidad factual del discurso. Para sus autores, la alexitimia está asociada a un trastorno neurobiológico cuya frecuencia se incrementaría en ciertas circunstancias psicosomáticas.

En las formas pronunciadas de vida operatoria es posible observar casi siempre una degradación de la calidad del superyó y su sustitución por parte de un poderoso sistema idealizante, al que Marty califica de yo ideal. El yo ideal, de omnipotencia narcisista según la definición de Marty, es un rasgo de conducta definido por su desmesura. Descansa en exigencias inagotables de la persona tanto frente a sí misma como frente a los otros. La importancia capital del descubrimiento de un yo ideal en un paciente reside en la ausencia de capacidades regresivas y de pasividad psíquica que él mismo implica y que representan un riesgo de abatimiento tanto psíquico como somático.

Una vez instalada, la vida operatoria depende de la calidad del propicio entorno que rodee al paciente y especialmente de la instauración de un marco de tratamiento psicoanalítico adaptado. Habida cuenta de la reducción de las capacidades mentales de integración de los eventos traumáticos que ella supone, no deja por eso mismo de representar un riesgo mayor de desorganización somática. Es por eso que la evolución siempre puede abrirse hacia el desarrollo de una dolencia somática grave.

booksmedicos.org

XII.3. La práctica psicosomática psicoanalítica

Según las concepciones de los psicoanalistas del Instituto de Psicosomática de París (Ipso), creado por Pierre Marty en 1972, el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes aquejados de enfermedad somática debe ser realizado por psicoanalistas formados en la clínica y en la teoría psicoanalíticas y que hayan recibido una formación a profundidad en el campo de la psicosomática. Este tratamiento es concebido como algo que complementa las clásicas terapéuticas médicas y quirúrgicas y apunta a hacer posible que el paciente enfermo recupere o encuentre su mejor nivel de funcionamiento psíquico posible. El sitio en el que se desarrolla la psicoterapia psicosomática debe ser distinto de aquel en el que se realizan los cuidados médicos. Esta independencia de lugar deberá permitir que el paciente ponga en juego su funcionamiento psíquico dentro de una relación terapéutica nueva y de otra naturaleza.

La elección del marco reviste una gran importancia en virtud de la fragilidad habitual tanto del funcionamiento psíquico como del funcionamiento somático de los enfermos. Cuando nos enfrentamos a pacientes que presentan somatizaciones críticas benignas y potencialmente reversibles, y cuyo funcionamiento psíquico se encuentra cercano a un funcionamiento neurótico, la elección del diván puede ser indicada en un protocolo de cura psicoanalítica clásica a razón de tres sesiones semanales. Cuando, por el contrario, enfrentamos a pacientes que presentan una afección somática grave y evolutiva, con un funcionamiento psíquico dominado por una insuficiencia narcisista y con sectores de vida operatoria más o menos extendidos, resulta indicada la elección del sillón frente a frente y la frecuencia de las sesiones puede ir de una a tres veces por semana. Esta frecuencia debe ser apreciada en función de la capacidad del paciente para soportar la fuente de excitación que representa la presencia de un psicoanalista frente a él. La regla del "ni demasiado ni demasiado poco" debe guiar en este caso la elección del psicoanalista. En todos los casos, la presencia viva del psicoanalista a lo largo de las sesiones representa un apuntalamiento narcisista de un valor inestimable para su paciente, sin el cual no es posible ni duradera ninguna reorganización psíquica.

La actividad interpretativa del psicoanalista debe modularse y adaptarse continuamente a los diferentes niveles de funcionamiento psíquico de su paciente, teniendo al mismo tiempo muy en cuenta el peso económico de la enfermedad y su genio evolutivo. Marty enunció una regla marco que indica el abanico de las eventualidades en el campo de la actividad interpretativa: "de la función maternal al psicoanálisis". Esta regla enuncia dos polos, uno el de la función maternal del terapeuta, y el otro el de la función de intérprete en el transcurso de los psicoanálisis clásicos. La función maternal del terapeuta es una actitud de acompañamiento de todos los movimientos psíquicos del paciente, que se apoya en las aptitudes identificadoras primarias y narcisistas del psicoanalista con respecto a su paciente. Apunta a establecer o a restablecer una paraexcitación, cuando aquél falla en el paciente, o, por el contrario, a aportar nuevas fuentes de excitación cuando éstas son claudicantes, especialmente en virtud de la importancia de la depresión esencial. Cuando ésta empieza a disiparse y se llevan a cabo

booksmedicos.org

reorganizaciones psíquicas, el psicoanalista puede reducir su actividad y aproximarse a una postura psicoanalítica más clásica.

En todos los casos, se trata de mantener viva la relación psicoterapéutica que garantice los reajustes narcisistas y masoquistas del paciente. El trabajo del psicoanalista psicosomaticista da por sentado el no aburrirse con el paciente, especialmente cuando éste evoluciona en momentos operatorios. Aquí, el "arte de la conversación" debe ser manejado con tacto sin por ello abandonar su comportamiento de psicoanalista. El psicoanalista podrá elegir igualmente interpretaciones dentro de la modalidad psicodramática y lúdica a fin de saltarse los discursos cerrados bajo una modalidad operatoria y racionalizante. Estas diferentes actividades en el lenguaje del psicoanalista deben adaptarse a las variaciones del funcionamiento mental del paciente.

El final del tratamiento plantea casi siempre problemas delicados con pacientes somáticos. Para un cierto grupo de ellos, es posible esperar un regular decrecimiento de la frecuencia de las sesiones a fin de desembocar en una separación entre paciente y psicoanalista. Para otros, por el contrario, tendremos que resignarnos a continuar el tratamiento indefinidamente. No es raro, efectivamente, que una interrupción del tratamiento pueda generar un recomienzo evolutivo del proceso de la enfermedad con su letal potencial cuando el estado psíquico y somático del paciente parecía estabilizarse. Sea como sea, no existe ningún marco sistemático que predomine para la totalidad de los pacientes, y corresponde al psicoanalista y al psicosomaticista utilizar toda la paleta de sus aptitudes personales y psicoanalíticas para ayudar a su paciente a vivir en las mejores condiciones posibles.

Conclusión

La influencia de los estados emocionales y mentales sobre los funcionamientos somáticos es una convicción tan antigua como la medicina misma. Tomó el nombre de psicosomática desde hace aproximadamente dos siglos y ha conocido diversos modelos teóricos. Vivió su mayor auge gracias al interés de los psicoanalistas por este campo. El enfoque psicoanalítico de la psicosomática descansa en una evaluación precisa de la economía psíquica del enfermo y en la de los diferentes procesos de somatización; además, introdujo nuevos conceptos que enriquecieron nuestro conocimiento del psiquismo y pertenecen desde ahora al lenguaje psicoanalítico común.

BIBLIOGRAFÍA

Alexander, F. (1950), *Psychosomatic Medicine: its Principles and Applications,* W. W. Norton, Nueva York; traducción francesa: *La Médecine psychosomatique,* Payot, París, 1963.

Dunbar, H. F. (1935), "Physical-mental relationships in illness", *American Journal of*

booksmedicos.org

Psychiatry, pp. 541-562.
Ferenczi, S. (1919), "Phénomène de matérialisation hystérique", en *Œuvres complètes,* III, Payot, París, 1974, pp. 53-65. [*Obras completas,* tomo I. Versión española de Francisco Javier Aguirre, RBA, Barcelona, 2006.]
Freud, S. (1895), IX. "Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de 'neurosis de angustia'", en *La neurastenia y la neurosis de angustia, Obras completas de Sigmund Freud,* t. I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 183-198.
——— (1905), XXI. "Análisis fragmentario de una histeria", en *Obras completas de Sigmund Freud,* t. III, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 933-1002.
——— (1910), LII. "Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión", en *Obras completas de Sigmund Freud,* t. V, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1631-1635.
Garma, A. (1957), *La Psychanalyse et les Ulcères gastro-duodénaux,* PUF, París.
Jasmin, C., M. G. Le, P. Marty y R. Herzberg (1990), "Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study", *Annals of Oncology,* 1, pp. 22-29.
M'Uzan, M. de (1984), "Les esclaves de la quantité", *Nouvelle revue de psychanalyse,* 30, pp. 130-138.
Marty, P. (1950), *Aspect psychodynamique de l'étude clinique de quelques cas de céphalagie,* conferencia en la Sociedad Psicoanalítica de París, 9 de mayo de 1950.
——— (1958), "La relation d'object allergique", *Revue française de psychanalyse,* 22, 1, pp. 5-35.
——— (1976), *Les Mouvements individuels de vie et de mort,* Payot, París.
——— (1980), *L'Ordre psychosomatique,* Payot, París. [*El orden psicosomático,* Editorial Promolibro, Valencia, 1995.]
——— (1990), *La Psychosomatique de l'adulte,* PUF, París. [*Psicosomática del adulto.* Versión española de Marta Tenorio de Calatroni, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2003.]
Marty, P., M. de M'Uzan y C. David (1963), *L'Investigation psychosomatique,* PUF, París. [*La investigación psicosomática: siete observaciones clínicas*. Versión española de Francisco Javier Alarcón y José María Franco, Biblioteca Nueva, Madrid, 2013.]
Nemiah, J. C. (1977), "Alexithymia. Theoretical considerations", *Psychotheraphy and Psychosomatics,* 28, pp. 199-206.
Sifneos, P. E. (1973), "The prevalence of alexithymie characteristics in psychosomatic patients", *Psychotherapy and Psychosomatics,* 122, pp. 225-262.
——— (1995), "Psychosomatique, alexithymie et neurosciences", *Revue française de psychosomatique,* 7, pp. 27-35.
Smadja, C. (1995), "Le modèle psychosomatique de Pierre Marty", *Revue française de psychosomatique,* 7, pp. 7-25.
——— (2003), *La Vie opératoire*, PUF, París. [*La vida operatoria: estudios*

booksmedicos.org

psicoanalíticos. Versión española de Cristina Rolla y José María Franco Vicario, Biblioteca Nueva, Madrid, 2005.]

——— (2008), *Les Modèles psychanalytiques de la psychosomatique,* París, PUF. [*Los modelos psicoanalíticos de la psicosomática*. Versión española de Cristina Rolla Peretto, Biblioteca Nueva, Madrid, 2013.]

Valabrega, J.-P. (1996), "Problèmes de la théorie psychosomatique", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37400-C10, Elsevier Masson, París.

booksmedicos.org

XIII. INTRODUCCIÓN A LA ETNOPSIQUIATRÍA

RICHARD RECHTMAN

La etnopsiquiatría es una rama de la psiquiatría contemporánea que se interesa al mismo tiempo en las variaciones clínicas relacionadas con la cultura de los pacientes y las modalidades de la atención terapéutica de poblaciones no occidentales.

En su mismo título, la etnopsiquiatría sitúa al *ethnos,* es decir, lo étnico, y por ende la cultura, en el centro de su reflexión y se apoya en parte en los desarrollos de la etnología y de la antropología. Pero si la etnología y la antropología como ciencias del hombre y de la sociedad aportan un conocimiento de las demás culturas, es decir, de la manera en que los hombres piensan y habitan los universos simbólicos que constituyen el mundo en el que viven y mueren, la etnopsiquiatría se concentra en las dimensiones patológicas del comportamiento y de la vida psíquica en esos mismos universos culturales. Así pues, se trata de una doble orientación que, por una parte, podría denominarse como descriptiva y teórica, y por la otra como pragmática y terapéutica. Descriptiva, puesto que se trata de documentar las diferentes variantes de la patología a través del mundo; teórica, porque se trata de intentar dar cuenta de esas variaciones a partir de la influencia que la cultura podría ejercer en las formas de la patología mental dentro de esos mismos universos. Pragmática y terapéutica, en la medida en que se trata de aportar respuestas médicas, psicoterapéuticas, e incluso sociales, adaptadas a las especificidades de poblaciones no occidentales.

El término etnopsiquiatría se impuso en Francia a finales de la década de 1970, pero raya igualmente en otras denominaciones, sin duda más frecuentes en el mundo anglosajón, como la psiquiatría transcultural, la psiquiatría cultural o incluso la *cross-cultural psychiatry.* Estos diferentes casos ocultan desde luego algunas diferencias teóricas, a veces importantes, especialmente en el sitio o el papel que la antropología se ve obligada a desempeñar en la práctica clínica o en las conceptualizaciones psicopatológicas, pero no deja de ser cierto que sea cual sea el vocablo que se utilice (etnopsiquiatría, psiquiatría transcultural, etc.) sus características comunes residen en su enfoque de la enfermedad mental de las poblaciones no occidentales, trátese tanto de poblaciones autóctonas como de poblaciones migrantes o refugiadas. En este sentido, la historia de la etnopsiquiatría sigue siendo tributaria de la historia colonial y de la historia de las migraciones (Keller, 2007; Rechtman, 2010).

Tras recordar algunos aspectos históricos fundamentales, habremos de desarrollar los diferentes modelos que, hoy en día, pertenecen a la etnopsiquiatría y a las psiquiatrías transculturales, antes de concluir con las perspectivas terapéuticas que se derivan de ellas.

booksmedicos.org

XIII.1. Breve compendio histórico de las relaciones entre la psiquiatría y la antropología

La historia de las relaciones entre la antropología, la psiquiatría y el psicoanálisis se remonta a los albores del siglo XX. Es contemporánea de la conformación de esos diferentes campos de investigación en disciplinas institucionalizadas. Polémicos en su mayor parte, los debates que agitaron a la comunidad científica tropezaron casi siempre con la delimitación de un campo común entre el inconsciente y la cultura. Mientras que las diferentes corrientes teóricas de la antropología ofrecían una permeabilidad más o menos considerable a la penetración del psicoanálisis como modo de explicación del psiquismo, la psiquiatría se vio regularmente interpelada en cuanto a sus pretensiones de construir un conocimiento universal de la patología mental.

El origen de dicha impugnación puede sin embargo fecharse con relativa precisión, pues existe un acuerdo unánime en atribuir su paternidad al psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) y de un modo muy particular a las conclusiones que extrajo de su viaje de 1904 a Java. Como vimos en el capítulo II, Kraepelin es el fundador de la actual nosografía, especialmente al establecer la distinción entre demencia precoz (la futura esquizofrenia) y enfermedad maniaco-depresiva, con lo que las ocho ediciones de su *Tratado de psiquiatría,* entre 1883 y su muerte, desempeñaron un papel considerable en la formación de la psiquiatría contemporánea. La Indonesia de aquel entonces, que recibía el nombre de Indias Orientales Neerlandesas, era una de las pocas colonias occidentales en aplicar las reglamentaciones de fines del siglo XIX en materia de atención de los "alienados", así como en haber abierto amplios asilos de alienados. Fue dentro de uno de esos asilos donde Kraepelin llevó a cabo sus observaciones y donde adquirió la convicción de que, más allá de unas cuantas curiosidades semiológicas, el campo de la psiquiatría occidental era universalmente válido (Kraepelin, 1904). Dejando de lado esas curiosidades culturales, llamadas "síndromes ligados a la cultura",[1] se suponía que las demás formas de enfermedades mentales eran idénticas, sin importar la cultura a la que pertenecieran.

Los síndromes relacionados con la cultura interesaron durante mucho tiempo a los primeros etnopsiquiatras. Formas como el Amok, el Latah o incluso el Koro representaban el modelo mismo de la influencia de la cultura en ciertas manifestaciones patológicas. Así el Amok, mortífera locura que se localizaba especialmente alrededor de la Península Malaya, se atribuía, ya a la expresión de un conflicto social imposible de resolver si no era por medio de esa violencia suicida, ya a una variante epiléptica. El Latah, especie de trance *ad minima* caracterizado por una ecolalia y por una ecopraxia repentina y fugaz, predominante en todo el sur y sureste de Asia, hacía pensar en una forma mínima de la histeria de Charcot. Por último, el Koro, que se caracterizaba por un pánico contagioso de ver desaparecer los órganos genitales dentro del cuerpo y que daba lugar a accesos de miedo colectivo, ha sido interpretado regularmente como una manifestación de angustia fóbica desencadenada por tensiones mayores en el seno de la sociedad y ante las cuales los individuos no lograban responder de manera adecuada

booksmedicos.org

(Linton, 1945).

Pero si todo el mundo estaba de acuerdo en subrayar la influencia decisiva de la cultura en tales manifestaciones exóticas, no existía una sola explicación psicopatológica convincente para establecer la relación eficiente entre la cultura y la patología. Así, pues, al reproducir la clásica oposición entre el universalismo y el relativismo, el problema de la influencia de la cultura en la génesis, la expresión, el manejo y el futuro de las enfermedades mentales propició una imponente literatura internacional que resultaría imposible detallar aquí (Rechtman y Raveau, 1993). Más allá de las controversias teóricas, sigue siendo posible elaborar una tipología en función de los modelos metodológicos que traten de entender la influencia de la cultura en la génesis y en la manifestación de las enfermedades mentales.

XIII.2. El modelo nosológico

Surge directamente de la perspectiva comparatista introducida por Kraepelin. El procedimiento es especialmente clasificatorio y se apoya en el análisis de las variaciones clínicas en la expresión de la patología mental. La investigación se centra en las enfermedades, en sus expresiones y en su evolución dentro de un universo cultural determinado. Así pues, el enfoque es fundamentalmente nosológico. Las categorías son ya sea aquellas de la nosología occidental en el modelo epidemiológico, o bien las categorías autóctonas de la enfermedad en el modelo etnomédico. Pero en ambos casos, el fundamento de la operación se apoya en los sistemas de clasificaciones y deja de lado el estudio antropológico de la totalidad del sistema cultural cuando prevalece la voluntad de aplicación.

XIII.2.1. *El modelo epidemiológico*

La mayor parte de las investigaciones internacionales realizadas por la Organización Mundial de la Salud se apoyan en este modelo. El proceso parte de los criterios y de los síndromes de la psiquiatría occidental al mismo tiempo que verifica su presencia o su ausencia en poblaciones no occidentales. Luego, el objetivo consiste en validar a escala internacional las actuales clasificaciones sin dejar de incorporarles las variaciones propias de ciertas áreas culturales. Este enfoque va generalmente acompañado de encuestas epidemiológicas que estudian la valencia y la incidencia de esos diferentes trastornos. La opción transcultural es evidente pero no descansa en una auténtica asociación teórica entre la antropología y la psiquiatría. De un modo más exacto, es fundamentalmente la acumulación de los datos empíricos lo que permite configurar un panorama transcultural de la patología mental. La importancia de estos estudios es incontrovertible, puesto que éstos hacen posible documentar de mejor manera la distribución de la patología mental a través del mundo y proponer programas de salud mental en países médicamente mal

booksmedicos.org

provistos, aun cuando aquéllos toman en cuenta las particularidades propias de esas regiones. Los célebres estudios relativos a la esquizofrenia (Sartorius y Jablenski, 1977), así como los estudios de psiquiatría comparativa (Murphy, 1994), o incluso la elaboración de la CIE-10 y de los DSM (Mezzich *et al*., 1996), se inscriben en este modelo.

Sin embargo, la orientación biomédica que prevalece en estos estudios deja necesariamente de lado todas las manifestaciones y los desórdenes sociales que no entran en las categorías preestablecidas. Exceptuando, desde luego, la adjunción de los trastornos de trance y de posesión en el DSM-IV y del regreso de los síndromes relacionados con la cultura, debemos reconocer, como lo subraya Kleinman (1988a), que todo lo que forma parte de la especificidad de la expresión cultural de la patología mental, o, más exactamente, del sufrimiento psíquico, es evacuado en estos vastos sistemas de clasificación. Precisamente es ese aspecto lo que hace que el modelo epidemiológico no sea antropológico (Kirmayer, 1998), incluso si merece figurar legítimamente en el grupo de los enfoques transculturales.

XIII.2.2. *El modelo etnomédico*

Responde al modelo anterior invirtiendo el punto de partida. La etnomedicina es contemporánea del desarrollo de estudios sistemáticos de los sistemas de atención y de prácticas terapéuticas autóctonas. Hasta fines de la década de 1950 la tendencia consistía en considerar como formas primitivas de religiosidad, perteneciendo de esa manera a la antropología religiosa, la totalidad de las prácticas terapéuticas tradicionales, tanto si se trataba de las sociedades llamadas primitivas que practicaban sobre todo una "medicina" mágico-religiosa, como de los corpus más sofisticados de las medicinas indias y chinas. La etnomedicina vino a romper con esta lectura precisamente para que el estudio de la medicina tradicional abandonara el universo religioso, desde los grandes sistemas como el Ayurveda hasta las prácticas chamánicas, y hacer de ellos un objeto de estudio con derecho propio.

Inspirado en la empresa de las etnomedicinas, el modelo etnomédico de la etnopsiquiatría se basa también en el comparatismo, pero es a partir de las categorías autóctonas y de los sistemas tradicionales de clasificaciones como es realmente considerado. La investigación parte de los fenómenos o de los acontecimientos a partir de los cuales los indígenas clasifican y tratan los diferentes tipos de trastornos para estudiar los procesos diagnósticos y terapéuticos que se practican. Este modelo se inspira efectivamente en la etnomedicina debido a que se apoya fundamentalmente en el estudio de los sistemas simbólicos de manejo social de la enfermedad, pero igualmente se aleja de ella en cuanto a su intención de hacer que este conocimiento antropológico termine siendo aplicable al campo de la psiquiatría. De esa manera, la mayor parte de los estudios se apoyan en los sistemas explicativos de la enfermedad mental para inferir la existencia de una expresión distinta a la del sufrimiento psíquico y que estaría directamente elaborada por los sistemas de representaciones. Algunos llegan incluso a proponer la

booksmedicos.org

utilización de técnicas diagnósticas y terapéuticas semejantes a las de los terapeutas tradicionales en nombre de una estricta determinación cultural del psiquismo (Nathan, 1994). En una perspectiva menos radical, otros autores proponen incluir dentro de las clasificaciones occidentales ciertas categorías o *idioms of distress* (idiomas del sufrimiento) propias de este o aquel grupo cultural, invitando al mismo tiempo a los médicos a negociar con sus pacientes una terapéutica que sea compatible con su sistema terapéutico (Kirmayer, 1993; Kleinman, 1980; Moro, 1998).

También en este caso los progresos científicos son de importancia. Sin embargo, este enfoque, que representa el exacto contrapunto del procedimiento epidemiológico, reproduce igualmente algunos de sus sesgos. Así es, pues al instrumentalizar en la clínica los descubrimientos etnomédicos, este modelo se focaliza exclusivamente en los sistemas explicativos de la enfermedad y deja de lado el conjunto de factores socioculturales y ambientales que no sólo son susceptibles de intervenir en el desarrollo de las enfermedades mentales sino que, de manera más fundamental, definen el campo mismo de la antropología. Campo en el que la enfermedad sólo puede ser interpretada con respecto a la totalidad de los demás sistemas simbólicos de la cultura.

Incluso si el segundo modelo exhibe claramente su intención de trabar una estrecha asociación con la antropología por medio de la etnomedicina, aun así se aleja de una perspectiva de antropología general al otorgar, finalmente *a priori*, más importancia a las simples representaciones de la enfermedad tal y como las conciben los expertos (se trate tanto de curanderos tradicionals como de médicos) que a las trayectorias y a las vivencias profanas de la enfermedad. Es lo que precisamente intenta introducir el modelo siguiente, al que llamaremos "antropología general" en oposición al etnomédico.

XIII.3. El modelo de antropología general

Contrariamente a los dos anteriores, este último modelo descansa en una definición previa de la cultura como un sistema de significación. La enfermedad y los sistemas explicativos que intentan dar cuenta del mismo están obviamente presentes al igual que en el enfoque etnomédico, pero no resumen la totalidad del proceso. De hecho, es la enfermedad en su calidad de experiencia cultural y subjetiva (lo que los anglosajones llaman *illness*) lo que se encuentra en el corazón de la investigación, y no la categoría médica o tradicional *(disease)*.

La oposición entre *illness* y *disease* es fundamental en este caso.[2] Muestra, por una parte, la diferencia que hay, no importa de qué cultura se trate, entre la percepción profana, la de cualquier persona, y las concepciones eruditas, las de los especialistas del arte de curar, trátese de médicos tradicionales o de biomédicos. Los enfermos no piensan, en efecto, que su enfermedad es únicamente lo que de ella dicen los especialistas, incluso cuando confían en ellos o cuando se aplican los tratamientos que se les prescribe; siempre van a ver por otro lado si no será más eficaz o más rápida otra explicación u otro método de tratamiento. Pero sobre todo resienten en su cuerpo

booksmedicos.org

muchas más cosas de lo que la medicina o cualquier otro saber terapéutico es capaz de considerar. Es lo que se llama el *illness,* es decir, una amplia asociación de concepciones plurales, y en ocasiones antagonistas, de sentimientos, de emociones y de representaciones que cada enfermo asocia a su sufrimiento y a su queja. Frente a esto la *disease,* es decir la entidad que el especialista clasifica y analiza, es sin duda una reducción objetivante, pero drástica, de la experiencia subjetiva de la enfermedad, reducida a unos cuantos signos y síntomas. Es esta reducción lo que hace posible el ejercicio de la medicina, especialmente el diagnóstico, pero también es ella la que da cuenta del sentimiento de incomprensión que en ocasiones experimentan los pacientes.

Por otra parte, el *illness* produce efectos en el espacio social de los pacientes, que rebasan con mucho lo que la *disease* permite examinar. Reconfiguraciones familiares, profesionales, afectivas, etc., que hacen que los enfermos imputen a su enfermedad el conjunto de cambios que intervienen en sus vidas. Es también eso lo que gobierna la manera en la que cada uno juzga que debe ser tratado, o incluso en la que se imagina hacia quién irá a comunicar sus penas y sus dolores. Y es justamente eso lo que los antropólogos analizan a través de dos objetos de esa antropología general de la enfermedad: *a)* las *trayectorias terapéuticas,* o la forma en que los pacientes se las arreglan con todas las posibles terapéuticas que se les proponen, *b)* las *narraciones de la enfermedad (illness narratives),* que son amplios relatos, casi siempre prolíficos, eminentemente subjetivos y sin embargo organizados alrededor de esquemas comunes culturalmente determinados.

Como vemos, la percepción cultural de la enfermedad corresponde evidentemente a las categorías autóctonas, pero el enfoque pragmático que domina la mayor parte de las estrategias terapéuticas de los pacientes, sea cual fuere su cultura, hace intervenir la totalidad de los factores relacionales y ambientales que constituyen el sentido común y condicionan la vida cotidiana. Luego, este proceso extrae al sufrimiento psíquico del simple marco explicativo, generalmente mágico-religioso, para volver a otorgarle su sentido banal y cotidiano, el que está igualmente determinado culturalmente. Pero esta determinación no depende exclusivamente de las categorías de la enfermedad, también se origina en el conjunto de los demás sistemas simbólicos que hacen posible pensar el universo cotidiano. Por esta razón, el análisis del contexto médico global en el que los pacientes evolucionan se vuelve fundamental. Las diferentes estrategias de las que se sirven los pacientes y sus familias, los itinerarios terapéuticos, y sobre todo los relatos de enfermedad de los mismos pacientes, representan el motor del enfoque antropológico (Kleinman, 1988b).

Aplicado a la clínica transcultural, este modelo presenta sin embargo algunas limitaciones. Las propuestas se resumen a veces en una simple adaptación de la situación clínica favoreciendo una mejoría en la relación médico-paciente. La complementariedad de los modelos biomédicos y tradicionales suscita aún una buena cantidad de preguntas epistemológicas que la utilización de los modelos de explicación *(explanatory models)* de A. Kleinman no disipa por sí sola (Young, 1981, 1990). Asimismo, la subjetividad de la narrativa ignora el aspecto procesual de la enfermedad mental por motivos más

booksmedicos.org

antropológicos que psicológicos, reduciendo a veces la dimensión psicopatológica a una simple expresión cultural del sufrimiento.

XIII.4. Las perspectivas terapéuticas

Son muchas y muy variadas las corrientes de pensamiento, y sin embargo es posible clasificarlas de la más biomédica a la menos biomédica en función de las hipótesis consideradas en cada uno de los modelos ya citados. El modelo epidemiológico da una mayor importancia a la adaptación de los principios terapéuticos usuales en materia de farmacología o de prestaciones a las especificidades de esas poblaciones. En este caso, de lo que se trata antes que nada es de hacer que los dispositivos de atención sean accesibles a las poblaciones no occidentales, lo que implica la creación de estructuras de atención en los países emergentes o el desarrollo de una interfase, casi siempre lingüística, dentro de los dispositivos de salud que existen en Occidente. La variable cultural desempeña un papel de menor importancia que la variable socioeconómica o, dicho de otro modo: estas poblaciones son consideradas principalmente desfavorecidas en el plano de su accesibilidad a los cuidados, y la etnopsiquiatría se empeña en remediar tal desigualdad.

En el modelo etnomédico, por el contrario, son las representaciones tradicionales (fundamentalmente las eruditas) las que predominan en la terapéutica. El tratamiento pone énfasis en una especie de retorno a las fuentes culturales y da preferencia al empleo de las etiologías tradicionales de la enfermedad, ora como palanca terapéutica (Moro, 1998), ora como realidad primordial del origen del mal (Nathan, 1994). En este último caso el terapeuta, incluso cuando él mismo es un occidental, intenta imitar el enfoque de los curanderos tradicionales de la sociedad de la que surgió su paciente mediante su propia práctica terapéutica.

Por último, el modelo de antropología general, basándose en la experiencia global de la enfermedad, intenta tomar en cuenta la totalidad de las determinantes capaces de intervenir en el proceso mórbido. La cultura y las representaciones de la enfermedad, desde luego, pero también las condiciones socioeconómicas, es decir, la problemática de la accesibilidad a los tratamientos, así como la barrera lingüística, pero sobre todo la experiencia subjetiva del mismo enfermo. En este último modelo, es la índole de la relación terapéutica lo que parece primordial; ésta se apoya en la comunicación entre el terapeuta, el paciente y a veces un mediador cultural, con un lenguaje sobre la enfermedad que se componga de elementos dispersos provenientes tanto de las concepciones del paciente como del terapeuta, para que el conjunto se desenvuelva dentro de un dispositivo de cuidados al mismo tiempo de derecho común y no obstante adaptado a las necesidades de los pacientes no occidentales.

Así, este tercer modelo intenta integrar los diferentes parámetros de los dos modelos anteriores.

booksmedicos.org

XIII.5. Las limitaciones de una psiquiatría de los límites

Si la etnopsiquiatría reivindica claramente su arraigo en una psiquiatría de las limitaciones, es decir: una psiquiatría que no duda en confrontarse con la complejidad del otro y en poner en tela de juicio los postulados del mundo occidental, no por eso deja de verse limitada por esas "buenas intenciones", pues una cosa es reconocer que la cultura es capaz de intervenir en el proceso patológico y en la expresión que adoptan las enfermedades mentales, y otra muy distinta atribuir a la cultura una influencia determinante en la naturaleza de la enfermedad y en la responsabilidad terapéutica. Merecen ser señaladas tres principales limitaciones:

XIII.5.1. *Los errores del diagnóstico cultural*

Señalemos de entrada que cultura y psicopatología no se oponen. Sería absurdo imaginar, por ejemplo, que el protocolo de diagnóstico en el caso de poblaciones no occidentales se reduce únicamente a saber si los rasgos presentados por estos o aquellos pacientes son culturales o patológicos. En sentido inverso, resulta evidente que incluso los rasgos patológicos se expresan siempre por medio de elementos provenientes de la cultura. Al menos en sus formas de expresión, la patología nunca deja de ser culturalmente compatible con las principales representaciones de una cultura dada. El delirio de un paciente camboyano que presenta, por ejemplo, una esquizofrenia, no será semejante en sus contenidos al de un paciente francés. En cambio, los mecanismos serán idénticos, y lo que hace posible el diagnóstico es patentizar los mecanismos del delirio, de las temáticas, de su organización y de la presencia o ausencia de signos de discordancia que hagan posible el diagnóstico. En ningún caso son sólo los contenidos, por ejemplo mágico-religiosos, los que permiten hacerse una idea respecto a la existencia o falta de un proceso psicótico.

Si la cultura no se opone a la patología, conviene entonces abstraer a la etnopsiquiatría de algunas ingenuidades que se expresan con demasiada frecuencia, y, según las cuales, "si es cultural, no es patológico". En una sociedad en la que se cree en la presencia de los espíritus, es totalmente posible que un individuo encuentre dichas presencias aun sin ser un psicótico, como también es muy frecuente que los pacientes psicóticos y delirantes las encuentren igualmente y acaben delirando a propósito de ellas. Ésa es una primera limitación de la etnopsiquiatría, en la medida en que el conocimiento antropológico del que se echa mano en el protocolo clínico no sería capaz de suplantar un riguroso protocolo de diagnóstico. En ese sentido la etnopsiquiatría, es decir, el ejercicio de la psiquiatría con poblaciones no occidentales, exige no sólo un conocimiento de su cultura sino también, y quizá más que nada, un excelente conocimiento de la clínica psiquiátrica general y del proceso diagnóstico, precisamente con el fin de ser capaz de no confundir cultura y patología, y de aportarle a cada paciente, sin importar cuál sea su cultura, las mejores posibilidades terapéuticas.

booksmedicos.org

XIII.5.2. *El riesgo de etnicización de la psiquiatría*

La idea que los pacientes se hacen de su enfermedad está directamente influenciada por las concepciones eruditas y profanas que son transmitidas dentro de un espacio social. Así, sin importar de qué cultura se trate, los pacientes no sólo experimentan los síntomas de su enfermedad, sino que además creen sinceramente en la realidad de las causas cuya intervención se imaginan. Pero no es porque crean en ellas que tales causas sean realmente las causas efectivas de su sufrimiento. Asimismo, no porque se focalicen en las ideas que los pacientes se hacen de su enfermedad va a ser necesariamente posible sanarlos de la manera más adecuada. Existe siempre un desfase, en toda cultura, entre la forma, erudita o profana, de imaginarse la causa y el origen de las enfermedades y la verdadera causa de las mismas. Es precisamente tal desfase lo que hace posible concebir las representaciones de la enfermedad como construcciones sociales, incluso cuando esas construcciones reflejan una realidad biológica o psicológica.

Sin embargo, una cosa es cierta: la utilización abusiva y exclusiva de las técnicas tradicionales en la práctica psicoterapéutica de las poblaciones no occidentales no sólo resulta problemática en el plano clínico, sino también dudosa en el plano ético. Y es que, ¿qué se puede pensar de prácticas que sólo están reservadas a las poblaciones migrantes e incluso a las únicas provenientes del área geográfica donde dichas prácticas se realizan habitualmente? Detrás de la generosa idea de una consideración de los conocimientos no biomédicos se perfila una auténtica discriminación de las poblaciones y de sus sistemas de pensamiento. Así, cuando la acupuntura fue aceptada en la práctica biomédica, ¡no se hizo debido a que era solamente eficaz para los chinos y que sólo había que utilizarla con ellos! Si hoy en día resulta evidente que muchos médicos y pacientes recurren a la acupuntura, es porque todos están de acuerdo en aceptar que la acupuntura es eficaz para cualquier paciente, sea chino o no.

Ahora bien, el empleo de los enfoques terapéuticos tradicionales en la etnopsiquiatría responde a un principio estrictamente inverso al que se invoca para la acupuntura. Tales teorías no son utilizadas porque tengan o no alguna reputación, sino que, por el contrario, sólo se utilizan en quienes provienen de la misma región. Nos encontramos aquí ante una perspectiva efectivamente etnicizante que rompe totalmente con el pensamiento mismo de que esas medicinas tradicionales, por su parte, pretenden ser eficaces en cualquier tipo de paciente, independientemente de la cultura a la que pertenezca (Rechtman, 2003).

XIII.5.3. *El riesgo de relegación de las poblaciones extranjeras*

Conviene recordar que la etnopsiquiatría nació dentro del contexto colonial y que se desarrolló paralelamente a ciertas políticas migratorias implementadas por los países occidentales. Este doble origen de ninguna manera hace de ella algo sospechoso, pero sí debe incitar a sus promotores a permanecer especialmente vigilantes en cuanto a la suerte social y política reservada a las poblaciones que están a su cargo. En este sentido, la

booksmedicos.org

accesibilidad a los tratamientos es, sin duda, un asunto todavía más decisivo que la sola consideración de la cultura para las poblaciones no occidentales presentes en el territorio nacional. Ahora bien, al sobrevalorar la importancia del factor cultural, se corre el riesgo de incentivar la implantación de dispositivos para hacerse cargo de las poblaciones migrantes, sin duda específicos, pero divergentes del sistema de derecho común. Además de la fragilidad económica de semejantes dispositivos con respecto al sistema de derecho común, la relegación de las poblaciones migrantes fuera de ese sistema de derecho común se emparenta con una forma de exclusión, lo que refuerza las desigualdades y la vulnerabilidad de esas poblaciones.

Conclusión

La transformación de las oleadas migratorias en Francia durante estos últimos diez años ha visto la llegada masiva de poblaciones extranjeras que, por vez primera, no llegaban de las ex colonias. Las poblaciones originarias del sur de Asia, del África subsahariana no francófona y de los países llamados del Este forman hoy en día el mayor contingente de migrantes, de refugiados, de solicitantes de asilo o, la mayor parte de las veces, de "indocumentados". Se trata de poblaciones especialmente precarias y vulnerables, una buena parte de las cuales se encuentra en los circuitos de la psiquiatría pública. Esto habla de la importancia de un enfoque etnopsiquiátrico, incluso en el interior de los dispositivos públicos, que no solamente tome en cuenta los factores culturales específicos de tales poblaciones, sino también los aspectos socioeconómicos que caracterizan estas nuevas formas de migración en las que el riesgo psiquiátrico es mayor.

BIBLIOGRAFÍA

Keller, R. (2007), *Colonial Madness. Psychiatry in French North Africa*, The University of Chicago Press, Chicago.

Kirmayer, L. (1993), "Healing and the invention of metaphor the effectiveness of symbols revisited", *Culture Medicine and Psychiatry*, 17, pp. 161-195.

——— (1998), "The fate of culture in DSM-IV", *Transcultural Psychiatry*, 35, 3, pp. 339-342.

Kleinman, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology Medicine and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.

——— (1988a), *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*, The Free Press, Nueva York.

——— (1988b), *The Illness Narratives Suffering and Healing and the Human Condition*, Basic Books, Nueva York.

Kraepelin, E. (1904), "Vergleichende psychiatrie", *Centralblatt für Nervenheilkunde und*

booksmedicos.org

Psychiatrie, 15, 27, pp. 433-437; traducción francesa de L. Huffschmitt, "Psychiatrie comparée", *Synapse*, mayo de 1992, 86.
Linton, R. (1986), *Le Fondement culturel de la personnalité*, Dunod, París (1945 para la 1ª edición).
Mezzich, J. E., A. Kleinman, H. F. Fabrega y D. L. Parron (dirs.) (1996), *Culture and Psychiatric Diagnostics. A* DSM-IV *Perspective*, American Psychiatric Press, Inc., Washington.
Moro, M. R., (1998), *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*, Dunod, París.
Murphy, J. M. (1994), "Anthropology and psychiatric epidemiology", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, pp. 48-57.
Nathan, T. (1994), *L'Influence qui guérit*, Odile Jacob, París.
Rechtman R. (2003), "L'ethnicisation de la psychiatrie. De l'universel à l'international", *Information psychiatrique*, 79, 2, pp. 161-169.
——— (2010), "La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspective historique et enjeux actuels", en D. Fassin (dir.), *Les Nouvelles Frontières de la société française*, La Découverte, París.
Rechtman, R., y F. Raveau (1993), "Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37715-A10, Éditions Techniques, París.
Sartorius, N., y A. Jablenski (1977), "Les études transculturelles sur la schizophrénie", *Perspectives psychiatriques*, IV, 3, pp. 313-317.
Young, A. (1981), "When rational men fall sick an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists", *Culture Medicine and Psychiatry*, 5, pp. 317-335.
——— (1990), "(Mis)applying medical anthropology in multicultural settings", *Santé, Culture, Health,* VII, 2-3, pp. 197-208.

booksmedicos.org

[1] Cuya denominación anglosajona de *culture bound syndrom* se impuso con frecuencia a despecho de la francesa.

[2] En español: *illness* = padecer; *disease* = sufrimiento. [E.]

booksmedicos.org

XIV. EL MARCO LEGISLATIVO Y DEONTOLÓGICO DE LA PSIQUIATRÍA

ANDREEA ANASTASIU
NATHALIE GLÜCK

La psiquiatría es la única disciplina médica que está rodeada de un tan amplio conjunto de leyes, insertadas en el Código de Salud Pública, pero también en el Código Civil y en el Código Penal. Esto se explica principalmente por la posibilidad, e incluso la obligación en ciertas circunstancias, de limitar la libertad de un individuo que padezca trastornos mentales para administrarle tratamiento impuesto, o poner sus bienes bajo protección. En estos últimos años el dispositivo legislativo se ha enriquecido con varias leyes concernientes a las órdenes formales para recibir tratamiento y tomar a su cuidado a los delincuentes enfermos mentales.

El presente capítulo abarca también la organización de la atención en psiquiatría, así como las disposiciones relativas a los adultos con discapacidad (desarrolladas igualmente en el capítulo LVII, "Medidas sociales y rehabilitación").

XIV.1. EL MARCO LEGISLATIVO DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN PSIQUIATRÍA

La ley del 30 de junio de 1838, que prefigura la actual organización de los tratamientos, fue seguida por varias circulares y decretos (15 de marzo de 1960, 16 de enero de 1969, 20 de diciembre de 1971, 14 y 16 de marzo de 1972), antes de la promulgación de la ley del 25 de julio de 1985, que inauguró y después confirmó la organización sectorial de la atención psiquiátrica pública en Francia.

La finalidad de esta ley es, por una parte, facilitar el acceso a los tratamientos de todos los pacientes que tengan trastornos mentales y, por la otra, favorecer la continuidad de la atención entre el hospital y las estructuras ambulatorias (centros médico-psicológicos [CMP], centros de recepción terapéutica de tiempo parcial [CATTP], hospitales de día, hogares, departamentos terapéuticos). El territorio francés quedó así dividido en sectores geodemográficos de aproximadamente 70 000 habitantes que quedan adscritos a establecimientos que aseguran el servicio público hospitalario de psiquiatría donde ejercen equipos pluriprofesionales que tienen como misión la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

El decreto del 14 de marzo de 1986 definió tres tipos de sector: el de psiquiatría

booksmedicos.org

general para los pacientes adultos, el de psiquiatría infanto-juvenil para los niños y los adolescentes, y el de psiquiatría en medio penitenciario (SMPR) para la población carcelaria.

La ley del 5 de julio de 2011 reafirma la libre elección de las estructuras de tratamiento para los pacientes y su familia. En la realidad esta libertad queda limitada debido a consideraciones financieras o por la falta de lugares en los establecimientos no sectorizados. *In fine,* la sectorización garantiza a todos, incluidas las personas en situación de calle, el acceso a los tratamientos.

Con el fin de centrar la oferta de tratamiento en los pacientes, la ley del 4 de marzo de 2002 introduce la noción de redes de atención que están formadas por los diversos profesionistas de la salud así como por representantes de los usuarios.

Los tratamientos psiquiátricos pueden ser administrados por médicos privados o por psiquiatras asalariados que ejerzan en diferentes tipos de establecimientos. La oferta de atención hospitalaria se reparte entre hospitales públicos, clínicas privadas y establecimientos privados sin fines lucrativos, pudiendo estos últimos tener una misión de servicio público y una misión de sector.

XIV.2. Modalidades de hospitalización y de atención en psiquiatría

La hospitalización y la atención ambulatoria en psiquiatría están reglamentadas por la ley número 2011-803 del 5 de julio de 2011, relativa a los derechos y a la protección de las personas objeto de tratamientos psiquiátricos y a las modalidades de su atención. Remplazó a la ley del 27 de junio de 1990 (ley relativa a los derechos y a la protección de las personas hospitalizadas a causa de trastornos mentales) que, a su vez, había remplazado a la ley de 1838. Para los pacientes adultos, la ley prevé tres modos de hospitalización en psiquiatría, según que exista o no una noción de obligatoriedad (Dupont, 2004; Lachaux, 2007).

Las hospitalizaciones bajo coerción: atención psiquiátrica a solicitud de un representante del Estado (SDRE, ex HO)[1] y la atención psiquiátrica a solicitud de un tercero (*soins psychiatriques à la demande d'un tiers*: SDT) no pueden llevarse a cabo más que en los establecimientos, privados o públicos, habilitados por el artículo L.3222-1 del Código de Salud Pública que, en su forma modificada en julio de 2011, favorece su organización en el seno de los territorios sanitarios, bajo la responsabilidad del director general de la agencia sanitaria regional; aun manteniendo la referencia a la sectorización psiquiátrica que debe determinar las modalidades de coordinación para cumplir con los proyectos de establecimiento dentro del cuadro del Contrato Plurianual de Objetivos y de Medios (CPOM). Los pacientes internados de oficio que presentan una peligrosidad especial pueden ser acogidos transitoriamente en una de las unidades para enfermos difíciles (unités pour malades difficiles: UMD) que existen en Francia. Cuando los pacientes tomados a cargo en medio carcelario por los servicios médico-psicológicos

booksmedicos.org

regionales (SMPR) necesitan transitoriamente una hospitalización, son dirigidos hacia una UMD o hacia unidades hospitalarias especialmente acondicionadas, de reciente creación. En estas unidades el tratamiento es llevado a cabo por los equipos de los SMPR, pero la vigilancia continúa quedando a cargo de la administración penitenciaria. Sólo en el caso de los menores detenidos, si "su interés lo justifica", éstos pueden ser dirigidos hacia un servicio de sector.

La nueva ley confía a las agencias sanitarias regionales la misión de organizar en cada territorio sanitario un dispositivo de respuesta para las urgencias psiquiátricas que incluya las modalidades de transportación de los pacientes con la ayuda del conjunto de los actores (establecimientos de salud, el Servicio de Ayuda Médica Urgente [SAMU], bomberos, policía y gendarmería, transportes sanitarios, agrupamientos de psiquiatras privados). De la misma manera, el seguimiento y la reinserción de las personas en el programa de atención obligatoria (ambulatoria) deberán estar organizados con la ayuda de colaboraciones definidas por convenios entre los establecimientos, la autoridad civil y sanitaria, y las colectividades territoriales.

XIV.2.1. *La hospitalización libre (HL) (artículo L.3211-2)*

La hospitalización libre o voluntaria es la regla cuando los pacientes pueden dar su consentimiento para el tratamiento, lo que supone que los trastornos que presentan no alteran su capacidad de comprender y aceptar la necesidad de atención en un medio especializado. Los pacientes disponen "de los mismos derechos ligados al ejercicio de las libertades individuales que aquellos que les son reconocidos a los enfermos hospitalizados por otra causa" y tienen las mismas obligaciones (por ejemplo, respetar el reglamento interior del establecimiento).

Las salidas contra la opinión médica, con una firma de responsabilidad por parte del paciente, deben siempre considerarse con circunspección. De hecho puede justificarse en ciertos casos el recurrir a una hospitalización de oficio si el estado del paciente lo justifica (Abgrall-Barbry y Dantchev, 2009).

XIV.2.2. *La hospitalización y los tratamientos psiquiátricos a solicitud de un tercero (artículos L.3212-1 y L.3212-3)*

Este nombre ha sustituido al término ambiguo de "internamiento voluntario" de la ley de 1838 y concierne a los pacientes de edad avanzada cuyo "estado impone atención inmediata acompañada de una supervisión constante en medio hospitalario" y cuyos trastornos "hacen imposible su consentimiento". La solicitud de admisión para tratamiento psiquiátrico proviene de un tercero que debe poder justificar la existencia de relaciones anteriores con el paciente. Debe estar manuscrita, contar con el nombre, apellido, fecha de nacimiento y domicilio de la persona que solicita el tratamiento y de

booksmedicos.org

aquella para quien se solicita, y en caso necesario su grado de parentesco o la naturaleza de las relaciones que existían entre ellas antes de la solicitud de tratamiento, al igual que la fecha y la firma. Si la persona que solicita el tratamiento no sabe o no puede escribir, la solicitud es recibida por el alcalde, el comisario de policía o el director del establecimiento, quienes dan fe. Si a pesar de las investigaciones efectuadas, ningún tercero puede representar al paciente, la admisión puede, no obstante, ser dictada por el director del establecimiento a la vista de un certificado de un médico que no ejerza en el establecimiento y que constate un estado de inminente peligro para la salud del paciente. El director deberá informar entonces a la familia, tutor o próximo en un lapso de 24 horas. Si el solicitante es el tutor o el curador de la persona que debe ser hospitalizada, debe brindar una copia del juicio de tutela.

La duración de validez de la solicitud es de 15 días. Debe ser acompañada de dos certificados médicos concordantes con fecha no anterior a 15 días y redactados por médicos titulados que no estén emparentados (hasta un cuarto grado inclusive) ni entre sí, ni con el director del establecimiento que tomará a su cargo al paciente, ni con el solicitante, ni siquiera con la persona que se desea hospitalizar. Por lo menos uno de los dos médicos debe ser externo al establecimiento de recepción del paciente.

Ambos certificados deben ser circunstanciados y describir los síntomas y los trastornos de la conducta que demandan la hospitalización del paciente, aunque no se exige que establezcan algún diagnóstico. Deben precisar la ausencia de un consentimiento lúcido al tratamiento y la necesidad de hospitalización en un establecimiento regido por la ley del 5 de julio de 2011.

En caso de urgencia y de un grave riesgo de ataque a la integridad del enfermo, es necesario un solo certificado médico y éste puede, en caso necesario, ser redactado por un médico del establecimiento de acogida.

Cuando el paciente es ingresado inicialmente en un establecimiento no autorizado para tratamientos psiquiátricos de oficio, debe ser transferido a más tardar en las 48 horas a partir del principio de esta medida. La observación durante 72 horas comienza a partir de la admisión en tratamiento sin consentimiento, cualquiera que sea el establecimiento.

El director del hospital decide el internamiento tras haber verificado que se respetaron las condiciones.

Posteriormente, varios certificados médicos circunstanciados pondrán en duda esta hospitalización, para validarla o no: un certificado inmediato, establecido dentro de 24 horas por un psiquiatra del establecimiento de acogida diferente a los dos primeros, confirmará o rechazará la necesidad de mantener la hospitalización a solicitud de un tercero; dentro de esas primeras 24 horas debe igualmente tener lugar un examen somático completo; al cabo de 72 horas deberá establecerse un certificado elaborado por un psiquiatra diferente de aquel que redactó el certificado de 24 horas en el caso de una hospitalización sin tercero en peligro inminente, o de una hospitalización de urgencia a solicitud de un tercero; después se deberá establecer un certificado entre el quinto y el octavo días, y luego certificados mensuales que describan la evolución de los trastornos y

booksmedicos.org

precisen si las condiciones de la hospitalización siguen estando presentes. Finalmente se redactará un certificado de alta de esa hospitalización a solicitud de un tercero cuando los trastornos del paciente ya no justifiquen esta medida. Éste podrá entonces abandonar el establecimiento o bien permanecer en él bajo el régimen de hospitalización libre.

A lo largo de su estancia hospitalaria pueden redactarse otros certificados, como los relativos a su situación, salida sin autorización, reintegración, transferencia o colocación en subsistencia en un establecimiento no autorizado para tratamientos psiquiátricos de oficio (transferencia temporal a un servicio de medicina o de cirugía, por ejemplo).

La terminación de la hospitalización por solicitud de un tercero puede obtenerse en varias circunstancias: *a)* los trastornos que motivaron la admisión evolucionaron favorablemente y ya no se reúnen las condiciones de una hospitalización forzada; *b)* el egreso es solicitado por el tercero; en caso de peligro inminente testificado por un certificado no mayor de 24 horas, el psiquiatra del establecimiento puede, no obstante, oponerse y el tercero es entonces informado por vía judicial. Si el estado del paciente representa un peligro para el orden público y la seguridad de las personas, el médico puede transmitir al prefecto un certificado que permita que sea tomada una medida de tratamiento a solicitud de la autoridad pública; *c)* por decisión del juez, quien debe resolver acerca de toda medida de hospitalización completa sin consentimiento antes de 12 días (este término era inicialmente de 15 días y fue llevado a 12 a partir del 1º de septiembre de 2014) en el caso de hospitalización inicial por opinión conjunta de dos psiquiatras del establecimiento de los que sólo uno participa en la atención del paciente, o de rehospitalización tras una medida de tratamiento ambulatorio, antes de seis meses posteriores a la última decisión del juez. El juez puede igualmente ser solicitado en todo momento por un pariente o una persona que actúe en interés del paciente, o actuar en vista de una solicitud que emane del propio paciente (toma de posesión facultativa); *d)* por solicitud de la comisión departamental de atención psiquiátrica frente al juez; *e)* por decisión del representante del Estado; *f)* por no haber presentado periódicamente los certificados exigidos.

Una disposición introducida recientemente por la ley es la de los tratamientos psiquiátricos ambulatorios bajo coacción, como alternativa de la hospitalización completa, que pueden organizarse a partir del final del periodo de observación inicial de 72 horas, en el marco de un protocolo de atención que mencione la identidad del psiquiatra que la establece, la del paciente y su lugar de residencia habitual, y precise las modalidades, como la hospitalización parcial, los cuidados ambulatorios, los tratamientos a domicilio y la existencia de una prescripción medicamentosa dentro del marco de la atención psiquiátrica. Este protocolo puede ser modificado en todo momento por el psiquiatra responsable de la atención en función de la evolución del estado del paciente, decidiendo incluso un reingreso al hospital.

Este dispositivo remplaza y legaliza el de las altas de prueba autorizadas por la ley precedente de manera excepcional pero cuyo uso se había vuelto extensivo. En la nueva ley sólo se mantienen las altas de prueba de menos de 12 horas, pero únicamente acompañadas por uno o varios terapeutas o por un miembro de la familia o persona de

booksmedicos.org

confianza.

XIV.2.3. *La hospitalización y la atención psiquiátrica a solicitud del representante del Estado (SDRD) (artículos L.3213.1 y siguientes)*

Este procedimiento se aplica a las personas cuyos trastornos mentales "comprometen el orden público o la seguridad de las personas" y necesita un decreto del prefecto a la vista de un certificado médico circunstanciado redactado por un médico externo al establecimiento de recepción. En caso de "peligro inminente para la seguridad de las personas" (artículo L.3213-2) "testificado por una opinión médica o, en su defecto, por la notoriedad pública", el alcalde en las comunas o los comisarios de policía en París pueden decidir, en vista de una opinión médica escrita que dictamine la peligrosidad del paciente, una medida provisoria de atención psiquiátrica a solicitud de un representante del Estado que no puede exceder de 48 horas. Debe enviarse dentro de las 24 horas al prefecto, quien debe, a su vez, dentro de las 48 horas, establecer una orden gubernativa de tratamiento psiquiátrico a solicitud de un representante del Estado.

La orden del prefecto debe estar motivada por la existencia de trastornos mentales (se solicita un certificado médico que no puede elaborar un psiquiatra del establecimiento de recepción) y por la peligrosidad.

En el curso de la estancia del paciente en hospitalización deben redactarse varios certificados circunstanciados: un certificado inmediato redactado dentro de las 24 horas por un psiquiatra del establecimiento; en ese lapso debe realizarse igualmente un examen físico completo; certificados cada 72 horas, semanales y después mensuales tras la admisión; un certificado de solicitud de cambio de régimen cuando las condiciones iniciales que justificaron este internamiento ya no estén presentes.

También pueden ser necesarios otros certificados durante el curso de la estancia, que son de la misma naturaleza que los señalados en el caso de la hospitalización por solicitud de un tercero (situación, salida sin autorización, transferencia, salida de prueba de menos de 12 horas con acompañamiento, etcétera).

En caso necesario, al cabo de 72 horas el régimen de hospitalización completa puede ser remplazado por otra forma de tratamiento (hospitalización parcial, atención ambulatoria, a domicilio) tras el establecimiento de un protocolo de atención, similar a las disposiciones relativas al tratamiento a solicitud de un tercero.

Los decretos del prefecto se renuevan al mes, a los tres meses y después cada seis meses.

La nueva ley prevé medidas específicas en el caso de atención psiquiátrica a solicitud del representante del Estado de pacientes en los que tal medida es consecuencia de una declaración de irresponsabilidad penal (inimputabilidad, excarcelación o exoneración de personas juzgadas penalmente como irresponsables a causa de un trastorno mental, tras la aplicación del artículo 122-1 del Código Penal si los hechos cometidos tienen una cierta gravedad, es decir, castigados con cinco años o más de prisión en caso de ataque a

booksmedicos.org

las personas y de diez años o más en caso de ataque a los bienes). Para poner fin al régimen de hospitalización completa de estos pacientes y obtener un alta por abrogación de la medida, o un egreso en atención ambulatoria obligatoria, hay que convocar un colegio de tres miembros (el psiquiatra del paciente, otro especialista del establecimiento y un miembro del equipo pluridisciplinario) que va a establecer la solicitud al prefecto, la cual será aclarada en su toma de decisión por la opinión de dos expertos que él designará.

La opinión de este colegio se requiere igualmente cuando el juez de libertades y de detención (JLD) examine la situación de estas personas a partir de una toma de posesión facultativa o dentro del cuadro del litigio sistemático. El colegio debe también expresar una opinión en el caso de hospitalización completa por hospitalización a solicitud de un tercero que dure más de un año.

Cuando exista un desacuerdo entre el psiquiatra y el prefecto que se oponga a la abrogación de una medida de atención por solicitud de un representante del Estado, un segundo psiquiatra designado por el director del hospital debe dar una segunda opinión en un plazo de 72 horas. En caso de opiniones discordantes, el prefecto podrá mantener la hospitalización completa, y en caso de opiniones concordantes deberá acceder a la solicitud. En caso de desacuerdo sobre una solicitud de egreso, el JLD deberá pronunciarse.

Existen varias modalidades de abrogación de la atención psiquiátrica por solicitud del representante del Estado: *a)* por decisión prefectoral, a solicitud del psiquiatra tratante o por opinión del colegio para los pacientes que han sido juzgados penalmente irresponsables o se encuentran en una unidad de pacientes difíciles; *b)* por decisión del juez de libertades y de detención, quien debe resolver acerca de toda medida de hospitalización completa sin consentimiento antes de 15 días en caso de hospitalización inicial por la opinión conjunta de dos psiquiatras del establecimiento, de los que uno solo tiene a su cargo al paciente, o la rehospitalización tras una medida de atención ambulatoria, y después antes de seis meses tras la última decisión del JLD; éste puede, igualmente, ser invocado en todo momento por un pariente o una persona que actúe en interés del paciente, o decidir a la vista de una solicitud que emane del propio paciente; *c)* por no presentación del certificado periódico exigido; *d)* por decisión prefectoral tras proposición de la Comisión Departamental de Atención Psiquiátrica (CDSP, por sus siglas en francés). Hay que señalar que el prefecto puede ordenar en todo momento un dictamen pericial.

El internamiento obligatorio puede ser transformado en hospitalización libre, o más rara vez en hospitalización a solicitud de un tercero. Y a la inversa, una hospitalización libre o una hospitalización a solicitud de un tercero pueden ser transformadas en una hospitalización obligatoria. En este caso los certificados de 24 y de 72 horas deberán ser elaborados por psiquiatras diferentes.

La Comisión Departamental de Atención Psiquiátrica está encargada de examinar la situación de las personas hospitalizadas en razón de trastornos mentales tomando en cuenta el respeto de las libertades individuales y de la dignidad de las personas (Abgrall-Barbry y Dantchev, 2009). Los pacientes que se opongan a lo bien fundado de su

booksmedicos.org

hospitalización obligatoria pueden dirigirse por escrito a esta comisión o al JLD. La Comisión Departamental examina sistemáticamente la situación de las personas en tratamiento durante más de un año y de las personas en tratamiento que carezcan de terceros. Puede proponer al juez la suspensión de una medida. La Comisión Departamental de Atención Psiquiátrica está compuesta de seis miembros: dos psiquiatras, un magistrado, un médico general y dos representantes de asociaciones aprobadas por representantes de personas enfermas o de sus familias. Esta comisión tiene el derecho de solicitar al hospital las informaciones médicas necesarias para su misión.

XIV.2.4. *Modalidades de hospitalización en psiquiatría de menores de edad*

La hospitalización en psiquiatría del menor puede organizarse de la siguiente manera: *a)* a solicitud de los titulares de la autoridad parental del menor (ya sea que éste esté de acuerdo o se oponga a ella), *b)* en tratamiento psiquiátrico con hospitalización por decisión del representante del Estado, *c)* por decisión del juez de niños cuando la acción o la inacción de los padres ponga en peligro la salud, la seguridad o la moralidad del niño, o cuando las condiciones de su educación estén gravemente comprometidas.

En la práctica, cuando un niño se encuentra en peligro o si la familia se opone o impide por su inacción la hospitalización de un menor que tenga necesidad de atención psiquiátrica, el médico tiene la obligación de alertar a las autoridades judiciales, médicas y administrativas. La decisión de internamiento provisional en medio hospitalario puede efectuarse basada únicamente en un certificado médico dirigido al procurador de la República. La duración inicial de la hospitalización es de 15 días, y es el juez de niños quien asegura la continuación del procedimiento. La prolongación de la hospitalización por una duración de un mes renovable necesita un certificado redactado por un médico del establecimiento de acogida (Abgrall-Barbry y Dantchev, 2009).

XIV.2.5. *Derechos de las personas hospitalizadas bajo coerción*

Las personas hospitalizadas bajo estas circunstancias no sufren de incapacidad jurídica y conservan sus derechos.

Algunos derechos de la persona son “inalienables”: información sobre su situación, comunicación con el prefecto, alcalde, juez, procurador de la República, recurso frente a la Comisión Departamental de Atención Psiquiátrica, consejo de un abogado o de un médico, consulta del reglamento interior del establecimiento y obtención de explicaciones que le conciernan (todos estos derechos pueden también ser ejercidos por los padres y amigos del paciente), ejercicio del derecho de voto (en ocasión de un egreso de ensayo o por procuración), prácticas religiosas o filosóficas de su elección, emisión y recepción de

booksmedicos.org

correspondencia (Tribolet, 1995; Tyrode *et al*., 2001).

Algunos derechos son susceptibles de restricción en función del estado del paciente: recibir visitas, circular en el interior del establecimiento, comunicarse por teléfono o correo electrónico.

XIV.3. Medidas de protección jurídica de las personas de la tercera edad

La ley del 5 de marzo de 2007 organiza un cierto número de medidas tendientes a proteger a una persona de la tercera edad cuando la alteración de sus facultades mentales o su estado mental no le permiten proteger por sí misma sus intereses (André, 2009).

XIV.3.1. *La salvaguarda de justicia*

Es una medida judicial de protección de urgencia, provisoria (un año, renovable por una ocasión), de las personas mayores afectadas de una alteración de sus facultades mentales (André, 2009; Marcel, 2009). Ésta conserva el ejercicio de sus derechos como pacientes (cívicos, políticos, penales) pero permite, hasta cinco años después del acto, la anulación de actos "perjudiciales" o la modificación en caso de actos o compromisos excesivos efectuados durante el periodo de salvaguarda. Los pacientes también están protegidos de las consecuencias de los actos que hayan podido dejar de cumplir. Las personas de la tercera edad en salvaguarda de justicia pueden contraer matrimonio o establecer un pacto civil de solidaridad (unión de convivencia), pero en caso de divorcio, éste sólo podrá pronunciarse tras la organización de la tutela o de la curatela (curaduría).

Existen dos tipos de salvaguarda de justicia: *a)* por decisión del juez durante la instrucción de una curatela o tutela, o en cuanto medida "completa" con el fin de "responder a una necesidad temporal" de protección jurídica y para el cumplimiento de ciertos actos determinados. La persona por proteger debe ser escuchada por el juez salvo decisión motivada por una opinión médica; *b)* por declaración profesional del médico tratante que dirige al procurador de la República y que debe ser confirmada por un psiquiatra.

La salvaguarda de justicia no necesita dictamen pericial ni juicio.

A partir de que tienen conocimiento de la apertura de una salvaguarda, las personas que tengan calidad para solicitar la apertura de una tutela o de una curatela deben espontáneamente realizar los actos conservatorios necesarios para la administración del patrimonio. La responsabilidad del establecimiento médico que acoge al anciano puede igualmente tomar esta iniciativa.

El juez puede nombrar a un mandatario especial que será de preferencia un familiar del anciano o, en su defecto, un mandatario judicial. Su misión será realizar los actos necesarios para la administración del patrimonio de la persona a proteger. La ley del 5 de

booksmedicos.org

marzo de 2007 ha extendido los poderes del mandatario especial, quien puede ser autorizado a tomar una decisión concerniente a la persona por proteger o realizar un acto relativo a su patrimonio (venta de un bien, repartición de una herencia, rescisión de un contrato de renta de una persona que ha sido integrada a una casa de retiro, decisión de una intervención quirúrgica).

El adulto mayor puede recusar la decisión de un mandatario especial.

El cese de la medida puede ocurrir: *a)* por cese automático al cabo de dos años, o de un año en caso de ausencia de solicitud de renovación, *b)* por una nueva declaración médica que certifique el cese de la necesidad de protección temporal, *c)* por la apertura de una medida de curatela o de tutela, *d)* por la cancelación de la declaración médica inicial por el procurador de la República.

XIV.3.2. *La tutela y la curatela*

La tutela y la curatela constituyen regímenes de protección durable de la persona de la tercera edad y tienen por objeto, respectivamente, la primera asistir y la segunda representar a la persona en sus actos de la vida civil. Existe un cierto número de reglas comunes a estas dos medidas (Marcel, 2009). La medida se pronuncia por una duración que no puede exceder de cinco años y es sistemáticamente reexaminada a la vista de una renovación (André, 2009).

El juez de tutelas puede legislar por sí mismo o por un requerimiento acompañado de un certificado médico que atestigüe la alteración de las facultades mentales del anciano, elaborada por un médico especialista inscrito en la lista establecida por el procurador de la República. El requerimiento puede ser hecho igualmente por el propio anciano, su cónyuge, sus ascendientes y descendientes, sus hermanos y hermanas, su curador, el ministerio público. El juez de tutelas dispone de un año para tomar su decisión. Antes de la audición del interesado, y si es necesario de sus próximos, el juez transmite el expediente al procurador de la República, quien le remite su opinión por escrito. Para fundamentar su decisión, el juez ordena un dictamen pericial psiquiátrico.

El juicio debe ser notificado a la persona adulta mayor protegida; ésta puede entablar un recurso que será juzgado por el tribunal de gran instancia. La mención RC (repertorio civil) deberá ser inscrita al margen del acta de nacimiento de la persona en el Registro Civil. El financiamiento de la medida se descuenta de los bienes del anciano protegido, salvo si sus recursos son inferiores a los considerados como mínimos para la vejez.

La tutela

Se abre una tutela cuando una persona tiene necesidad de estar representada de una manera continua en todos los actos de la vida cotidiana. La persona es considerada como menor y pierde sus capacidades civiles, cívicas y políticas. Sus actos son considerados

booksmedicos.org

nulos por derecho y aquellos anteriores a la apertura de la tutela pueden ser anulados. El cuadro legal prevé que el juez puede aligerar el régimen precisando los actos que el anciano tendrá la capacidad de realizar por sí mismo, solo o asistido. La administración de los bienes se efectúa por un tutor que puede ser un miembro de la familia o que ha sido elegido fuera de ella, siendo esto último preferible para los pacientes psiquiátricos, susceptibles de entrar en conflicto con el tutor en lo referente a las cuestiones materiales, lo que puede repercutir en sus relaciones personales.

La curatela

La curatela es una medida menos completa que la tutela; el curador no puede actuar solo ni sustituir al adulto mayor protegido para actuar en su nombre. Se aplica a las personas que tienen necesidad de ser controladas en los actos de la vida civil en razón de una alteración de sus facultades mentales. El anciano protegido sufre una pérdida parcial de derechos cívicos y políticos, pero conserva el derecho al voto. Requiere del consentimiento del curador para contraer matrimonio.

El cuadro legal prevé varios tipos de curatela: *a)* simple: la persona puede actuar sola en la vida cotidiana pero los actos más importantes deben ser aprobados por el curador (matrimonio, donación, venta inmobiliaria), *b)* ajustada, *c)* reforzada: el curador tiene el deber de percibir los sueldos y pagar los gastos, *d)* especial.

La *tutela para las prestaciones sociales* (TPS) limita la acción del tutor a la administración de las prestaciones sociales del individuo. A partir de la ley de 2007 ha sido remplazada por la *medida de acompañamiento judicial* (MAJ) (Marcel, 2009). La *medida de acompañamiento social personalizada* (MASP) es otra innovación de la ley de 2007 que propone una ayuda social para la administración bajo la forma de un contrato, pero el presidente del Consejo General dirigirá un reporte al procurador en caso de no-respeto del contrato, y éste podrá entonces dirigirse al juez de tutelas.

XIV.4. Disposiciones legislativas relativas a las personas con discapacidades

La ley del 11 de febrero de 2005, para la igualdad de los derechos y las oportunidades de las personas con discapacidades, ha sustituido a las dos leyes del 30 de junio de 1975, a favor de las personas desvalidas y relativa a las instituciones sociales y médico-sociales (Giraud-Baro, 2009). Se han realizado modificaciones legislativas esenciales dentro del espíritu mismo de la noción de discapacidad o incapacidad [en México se utiliza el eufemismo "personas con capacidades diferentes"]. De esta manera la ley hace aparecer una definición de discapacidad hasta entonces inexistente: "constituye una deficiencia en el sentido de la presente ley, toda limitación de la actividad o restricción de participación en la vida en sociedad resentida en su entorno por una persona en razón de una

booksmedicos.org

alteración sustancial, durable o definitiva de una o varias funciones físicas, sensoriales, mentales, cognitivas o psíquicas, de una multilimitación o de un trastorno de salud invalidante" (Chapireau, 2006). La discapacidad ya no es entonces considerada como anclada irremediablemente en el déficit, sino como la resultante de una interacción entre alteración psíquica o física y el entorno. Además la nueva ley introduce la noción de "discapacidad psíquica", que diferencia de la limitación mental, de conformidad con las reivindicaciones de las asociaciones de pacientes y de familias y amigos de los enfermos mentales.

Con el fin de asegurar un enfoque individualizado de la persona, se estableció un nuevo dispositivo técnico con el remplazamiento de las Comisiones Técnicas de Orientación y Reclasificación Profesional (COTOREP) de la antigua ley (1975) por las maisons departementales des personnes handicapées (MDPH) (casas departamentales de personas con discapacidades), que tienen una función de recepción, información, acompañamiento y consejo, así como un poder de orientación: decidir el "reconocimiento de la calidad de trabajador con discapacidades" y la atribución de una asignación de adulto con deficiencia, designar establecimientos y servicios de recepción (Giraud-Baro, 2009). El funcionamiento de las MDPH reposa en la Comisión de los Derechos y de la Autonomía de las Personas con Discapacidades, que legisla sobre las decisiones a tomar en función del plan personalizado de compensación establecido por un equipo pluridisciplinario. La evaluación es facilitada gracias a la oficialización, por decreto del 6 de febrero de 2008, de la "Guía de evaluación de las necesidades de compensación de las personas con discapacidades", que permite un análisis completo de la situación de deficiencia que vive la persona (Giraud-Baro, 2009).

La coordinación de las MDPH está asegurada por la Caja Nacional de Solidaridad por la Autonomía (CNSA), que vela por la igualdad de los salarios en el conjunto del territorio francés.

Se han introducido otros elementos fundamentales por la ley de 2005 (derecho a la compensación del deficiente, obligación de una cuota de trabajadores "con discapacidades" en las empresas privadas o públicas, creación de grupos de ayuda mutua…); estos aspectos serán desarrollados en el capítulo LVII.

XIV.5. Los exámenes psiquiátricos por requerimiento

Un oficial de policía judicial o el procurador de la República pueden requerir a cualquier psiquiatra para realizar un peritaje y redactar un certificado en los siguientes casos: *a)* evaluar la repercusión psicológica, e incluso psiquiátrica, de la infracción de la que ha sido víctima una persona, y especialmente el número de días de incapacidad del trabajo. En caso de violencia voluntaria, la infracción concierne al tribunal correccional si esta incapacidad es superior a ocho días, y en caso de violencia involuntaria si es superior a tres meses; *b)* evaluar la compatibilidad del estado psiquiátrico de una persona con su arraigo en los locales de la policía o de la gendarmería (certificado de examen de

booksmedicos.org

conducta) (Abgrall-Barbry y Dantchev, 2009).

El psiquiatra requerido no puede sustraerse a esta obligación.

XIV.6. Los peritajes psiquiátricos

Un psiquiatra puede ser solicitado para diferentes tipos de dictamen pericial (Jonas, 2007):

a) Los peritajes judiciales que conciernen a las jurisdicciones penal, civil, administrativa o social.

El peritaje *penal* previo a la sentencia tiene como misión evaluar la responsabilidad penal del individuo. Para que un criminal sea considerado irresponsable, el artículo 122-1 exige tres condiciones: la existencia de una infracción penal, la abolición del discernimiento o del control de los actos y la existencia del trastorno mental en el momento de los hechos. El peritaje posterior a la sentencia evalúa la peligrosidad, el riesgo de recidiva, la oportunidad de una conminación para recibir tratamiento.

El peritaje *civil* debe respetar el principio de contradicción (evaluar presencialmente las diferentes partes) y sirve para dictaminar sobre las consecuencias psíquicas de una agresión o de un accidente, el estado mental de un progenitor para asumir la custodia de un hijo, etcétera.

b) Por lo demás, existen peritajes privados u oficiosos (por ejemplo, para las compañías de seguros), peritajes particulares (para los organismos sociales, para una administración, etcétera).

XIV.7. El cuidado de los alcohólicos y los toxicómanos

La *legislación sobre los tóxicos* se organiza alrededor de la ley del 31 de diciembre de 1970 relativa a las medidas sanitarias de lucha contra la toxicomanía y a la represión del tráfico y uso ilícito de sustancias venenosas, y de sus textos de aplicación (Tribolet, 1995). La sección preventiva de esta ley establece la obligación de la atención, denominada, a partir de una circular de 1984, *exhortación terapéutica*. Se trata de una medida que puede establecerse antes o después de un juicio, como alternativa a las sanciones penales, con la obligación de consultar a un médico y aceptar la hospitalización o los tratamientos prescritos.

La ley del 15 de abril de 1954, poco utilizada actualmente, prevé el tratamiento de los alcohólicos peligrosos para sí mismos y para los demás en los centros o las secciones de reeducación especializados (Tribolet, 1995). Lo que se aplica más frecuentemente son los dispositivos psiquiátricos y las medidas de hospitalización bajo coacción.

booksmedicos.org

XIV.8. El seguimiento socio-judicial

A partir de 1958 se introdujo en el derecho francés la obligación de recibir tratamientos (Du Mesnil du Buisson, 2001), que pueden ser ordenados sin que necesariamente un peritaje psiquiátrico haya planteado la indicación, ya sea antes del juicio por el juez de instrucción, ya sea en ocasión del juicio por el magistrado que dejará el seguimiento y su evaluación al juez de aplicación de las penas. En 1994 el peritaje se volvió obligatorio en el terreno de la aplicación de las penas para los delincuentes sexuales (Du Mesnil du Buisson, 2001).

El *seguimiento socio-judicial* fue instaurado por la ley del 17 de junio de 1998 y constituye una pena complementaria para los delincuentes sexuales con el fin de prevenir las recidivas (Baron-Laforet, 2009; Couvrat, 2001; Tyrode y Olié, 2001). Con las leyes del 12 de diciembre de 2005 y del 5 de marzo de 2007, se amplió el campo del seguimiento socio-judicial a otras infracciones (Baron-Laforet, 2009; Vacheron, 2009): violencias graves contra las personas, homicidio, tortura, secuestro, destrucciones o degradaciones peligrosas para las personas. El seguimiento se decreta por el juez de la aplicación de las penas y puede contener una sección médica constituida por la exhortación a recibir atención, si se establece por un peritaje psiquiátrico que el sujeto requiere atención. Ésta sólo tiene efecto al egreso del sitio de encarcelamiento. A partir de la ley del 10 de agosto de 2007, esta medida se extiende a las penas de sentencia en suspenso en la que el enjuiciado está a prueba y en la liberación condicional.

Aunque en la ley de 1998 era inicialmente facultativa, la exhortación de la atención se volvió automática en la ley del 10 de agosto de 2007, salvo decisión contraria (Vacheron, 2009). El individuo debe aceptar el tratamiento y corre el riesgo de un encarcelamiento para una pena complementaria si no se somete a los tratamientos que le son propuestos. Los tres participantes médicos son el psiquiatra perito, el médico coordinador designado por el juez de la aplicación de las penas y el médico tratante escogido por el condenado.

El médico tratante expide certificados de seguimiento del tratamiento a intervalos regulares, siendo habilitado para informar al médico coordinador y al juez en caso de interrupción de la asistencia. Puede igualmente proponer al juez de la aplicación de las penas que ordene un peritaje médico.

El médico coordinador tiene un papel de eje en la exhortación para recibir tratamiento, siendo al mismo tiempo el acompañante del juez de la aplicación de las penas y el del médico tratante, al cual puede brindar a su solicitud los documentos del procedimiento penal y los peritajes médicos realizados (Lamothe, 2001; Vacheron, 2009).

Recientemente, la ley del 25 de febrero de 2008, relativa a la retención por seguridad y a la declaración de irresponsabilidad penal a causa de un trastorno mental, amplió el terreno de la exhortación para recibir tratamiento a la vigilancia de seguridad (Vacheron, 2009). Esta medida puede ser ordenada a la salida de los centros de retención de seguridad de los detenidos que padecen graves trastornos de la personalidad y hayan purgado penas por crímenes graves y que presentan un potencial de recidiva.

booksmedicos.org

XIV.9. Los señalamientos

XIV.9.1. *Señalamiento de un menor o de una persona vulnerable*

Si un menor o una persona de la tercera edad vulnerable (debido a su ancianidad, a una enfermedad, a estar lisiados, con discapacidad física o psíquica, etc.) son víctimas de maltrato (incluido el maltrato psíquico) o de privaciones, el médico tiene la obligación de alertar a las autoridades judiciales o administrativas. Se trata de un motivo de derogación obligatoria del secreto profesional (Abgrall-Barbry y Dantchev, 2009). También debe señalar al procurador, con el acuerdo de la víctima anciana, las privaciones y sevicias de todo tipo constatadas en el ejercicio de su profesión.

Hay que distinguir entre los señalamientos por presunción de maltrato y los casos urgentes.

El señalamiento judicial se dirige al sustituto del procurador de la República y se impone cuando es urgente la protección de la víctima (abuso sexual, maltratos comprobados). El procurador de la República solicita las acciones y encuestas apropiadas. Para los menores puede tomar una medida de alojamiento provisional válido por ocho días (miembro de su familia, un tercero de confianza, servicio especializado público o de una asociación, servicio departamental de ayuda social para la infancia), o, a la vista de un certificado médico, elaborar un documento de alojamiento provisional, válido por quince días. Posteriormente, el juez de niños confirma o deroga este alojamiento y ordena las medidas necesarias.

Cuando parece necesaria una evaluación complementaria, el señalamiento administrativo es dirigido, en el caso de los menores en peligro, a la célula operativa departamental (célula de recolección de las informaciones preocupantes) creada por la ley del 5 de marzo de 2007, quien la transmite sistemáticamente al presidente del Consejo General y al Observatorio Nacional de la Infancia en Peligro, vía el Observatorio Departamental. El presidente del Consejo General es el eje de la acción por seguir (la dirige, a su vez, hacia la Ayuda Social para la Infancia, o hacia el juez de niños).

XIV.9.2. *Señalamientos de peligrosidad*

La ley del 18 de marzo de 2003 para la seguridad interior autoriza a los profesionales de la salud a informar al prefecto del "carácter peligroso para ellas mismas o para los demás de las personas que los consultan y de las que saben que poseen un arma o que han manifestado su intención de adquirir una". La constatación de una peligrosidad ligada a trastornos psiquiátricos que comprometan "el orden público o la seguridad de las personas", es un motivo de derogación del secreto profesional del médico que redacta un certificado dirigido a la autoridad prefectoral con la finalidad de colocar al enfermo en hospitalización por decisión del representante del Estado.

booksmedicos.org

XIV.10. Derechos de los pacientes para acceder a su expediente

Los pacientes que se hayan beneficiado de algún tratamiento psiquiátrico tienen, como los demás, acceso a su expediente médico en las condiciones previstas por la ley del 4 de marzo de 2002: un lapso de ocho días tras 48 horas de reflexión para los expedientes de menos de cinco años, o bien un lapso de dos meses para los demás. No obstante, en los casos de hospitalización por coacción, el médico responsable de la atención puede solicitar que el paciente sea asistido por un médico designado por éste cuando tome conocimiento de su expediente. Si el paciente lo rechaza, la Comisión Departamental de Hospitalización Psiquiátrica emite una opinión dentro de los dos meses, que se impone a todos. En vista de la peligrosidad de ciertos pacientes, los certificados de hospitalización por decisión del representante del Estado podrán no ser comunicados si sus términos han sido retomados en el decreto prefectoral. Las informaciones obtenidas a partir de terceros o que conciernen a terceros pueden ser excluidas del expediente comunicado.

En la práctica no hay, pues, una verdadera restricción del acceso a su expediente para el enfermo psiquiátrico; en consecuencia, los psiquiatras deben ser prudentes y cuidadosos en sus formulaciones y diagnósticos, de manera que éstos sean comunicables.

Conclusión

El dispositivo legislativo que encuadra la atención de los enfermos psiquiátricos se desarrolló progresivamente a partir de 1838 y se encuentra marcado por la voluntad de reforzar los derechos de los pacientes, adaptar las medidas de protección de los bienes y asegurar lo mejor posible la compensación de la deficiencia psíquica, pero también busca mejorar los cuidados para los detenidos enfermos mentales y limitar su potencial peligrosidad por medio de medidas de obligación de recibir tratamiento y de retención por seguridad. Tiende a desarrollar las interfaces entre la psiquiatría, el campo social y el campo judicial, lo que conduce a cambios importantes en la práctica del psiquiatra.

BIBLIOGRAFÍA

Abgrall-Barbry, G., y N. Dantchev (2009), *Mémento de psychiatrie légale*, Éditions Doin, París.

André, S. (2009), "La protection des majeurs vulnérables", *Actualités sociales hebdomadaires*, núm. 2602, cahier 27, Rueil Malmaison, ASH-Wolters Kluwer France.

Baron-Laforet, S. (2009), "Guide des nouvelles obligations de soins", *Information psychiatrique*, 85, 8, pp. 753-757.

Chapireau, F. (2006), "Handicap psychique: confirmation ou mutation du handicap à la française?", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37910-A10, Elsevier

booksmedicos.org

Masson, París.
Couvrat, P. (2001), "Quel est le cadre légal du traitement des auteurs d'infraction sexuelle en dehors et durant la judiciarisation?", en Federación Francesa de Psiquiatría, *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*, Conferencia de consenso, John Libbey Eurotext, París, pp. 317-321.
Du Mesnil du Buisson, G. (2001), "Quelles sont les implications juridiques de l'obligation de soin, injonction de soin, soin volontaire dans la prise en charge des auteursd'agression sexuelle?", en Federación Francesa de Psiquiatría, *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*, Conferencia de consenso, John Libbey Eurotext, París, pp. 341-350.
Dupont, M. (2004), *Soins sous contrainte en psychiatrie*, Éditions Doin, Éditions Lamarre, París.
Giraud-Baro, E., y M. Duprez (2009), "Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37901-A20, Elsevier Masson, París.
Jonas, C., y J.-L. Senon (2007), "Les expertises en psychiatrie", en J.-D. Guelfi y F. Rouillon, *Manuel de psychiatrie*, Masson, París, pp. 651-656.
Lachaux, B. (2007), "Législation et psychiatrie", en J.-D. Guelfi y F. Rouillon, *Manuel de psychiatrie*, Masson, París, pp. 645-648.
Lamothe, P. (2001), "Le médecin coordonnateur", en Federación Francesa de Psiquiatría, *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*, Conferencia de consenso, John Libbey Eurotext, París, pp. 359-362.
Marcel, E., y Y. Thoret (2009), "Protection juridique des majeurs, de la loi de 1968 à celle du 5 mars 2007", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37901-A5, Elsevier Masson, París.
Tribolet, S. (1995), *Droit et psychiatrie guide pratique*, Heures de France, París.
Tyrode, Y., y J.-P. Olié (2001), "Suivi socio-judiciaire: loi du 17 juin 1998", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37901-A60, Elsevier Masson, París.
Tyrode, Y., S. Bourcet, P. Margueles y J.-P. Vincentini (2001), *Guide médico-légal du professionnel en psychiatrie*, Ellipses, París.
Vacheron, M.-N. (2009), "Le point sur l'injonction de soins et le médecin coordonnateur", *Nervure*, XXII, 1, pp. 1-4.

booksmedicos.org

[1] SDRE: Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État: Atención psiquiátrica por decisión del representante del Estado: "Obligatoriedad de tratamiento psiquiátrico a personas cuyos trastornos mentales lo necesitan por comprometer la seguridad de las personas o amenazar de manera grave el orden público". [T.]

booksmedicos.org

XV. PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA: MÉTODOS E INSTRUMENTOS

ANASTASIA TOLIOU
EVGENIA PAPATHANASIOU

La intervención de los psicólogos clínicos en el campo de la psiquiatría se acompaña de un cierto número de cuestionamientos y reflexiones sobre la articulación de ambas disciplinas. La principal pregunta es: ¿cuál es la especificidad de la psicología clínica en relación con la psiquiatría y cómo puede aquélla contribuir a los diferentes dispositivos de atención?

XV.1. HISTORIAL Y DEFINICIONES

Desde la Antigüedad, "la intervención de la psique —la del paciente como la del clínico — en el momento de actuar con el fin de aliviar el sufrimiento corporal se considera, cualquiera que sean las culturas, como evidente" (Keller y Senon, 2007). La imbricación de lo médico y lo psicológico en el terreno de la atención ha sufrido transformaciones a lo largo de los diferentes periodos históricos y sólo fue en el siglo XIX cuando ambos campos adquirieron su autonomía.

La posición de la psicología frente a la medicina ha sido sobredeterminada por la evolución de la psiquiatría. Las acciones de Pinel, Esquirol y sus colaboradores sostuvieron la utilización de los conocimientos psicológicos en la comprensión de la enfermedad mental. Los términos "psicológico" y "clínico" se encuentran asociados por vez primera en el nombre de una clínica para niños discapacitados mentales fundada por Lightner Witmer (1867-1956) (Pedinielli y Bénony, 2001). Pierre Janet (1851-1947), inspirador mayor de la psicología clínica, intentó promover una reflexión psicológica en el conjunto de su obra: criticó el exceso de racionalidad y sostuvo el interés por lo singular, recurriendo a la observación fina (Pedinielli, 2006).

En Francia sólo fue tras la segunda Guerra Mundial cuando la psicología clínica se convirtió en una disciplina universitaria (licenciatura creada en 1947). Daniel Lagache (1903-1972), filósofo, psiquiatra y psicoanalista, planteó las bases prácticas y teóricas de la disciplina: su finalidad es aconsejar, curar o educar; se basa en el estudio detallado de los fenómenos individuales; el método clínico se concibe como la recolección de datos por técnicas que intentan comprender la conducta humana individual y sus condiciones, "la persona total en situación" (Lagache, 1949). A partir de la década de 1960 la

booksmedicos.org

evolución de los dispositivos psiquiátricos participa de una transformación del contexto de la atención en la cual se trata de articular la intervención de las diferentes disciplinas (Keller y Senon, 2007).

Lagache define la psicología clínica como ciencia que describe tan fielmente como sea posible las maneras de ser y de reaccionar de un ser humano concreto y completo confrontado con una situación; que busca establecer el sentido, la estructura y la génesis de esta situación, que descubre los conflictos que la motivan así como los procedimientos que tienden a resolver estos conflictos (Lagache, 1949). Se trata, pues, de que el clínico observe los procesos psíquicos del individuo. La obra de Juliette Favez-Boutonnier (1960-1962) se orienta hacia el tema de la intersubjetividad y abre nuevas perspectivas de aplicación de la psicología clínica: el estudio de los grupos pequeños, la educación.

XV.2. Referencias teóricas

Según Perron (1997) las referencias teóricas de la psicología clínica son múltiples. De la psicología experimental hereda la noción de observación de los hechos y la necesidad de desarrollar una reflexión sobre los hechos observables y las incidencias de la situación de observación (Kohn y Nègre, 1991). Por el lado de la psiquiatría, toma prestados los cuestionamientos sobre lo normal y lo patológico.

La psicología clínica, influenciada por la psicología diferencial, desarrolla una reflexión teórica sobre la evaluación, lo que se traduce en la práctica en la construcción de diferentes instrumentos. Vinculada a las teorías sociológicas, despliega un cuestionamiento sobre la persona dentro de su entorno (dinámica de grupos, dinámica de sistemas).

Hay que hacer una distinción entre la psicopatología y la psicología clínica: el objeto de la primera es la patología mental declarada, en tanto que la segunda se interesa también en las conductas no patológicas.

La psicología clínica se ha enriquecido con las aportaciones del psicoanálisis y mantiene con él relaciones complejas. Este último es al mismo tiempo un método de investigación de los procesos psíquicos, una técnica de tratamiento pero también un corpus de conceptos teóricos surgidos de esta investigación que brinda un esclarecimiento sobre el funcionamiento psíquico del sujeto. Anzieu (1983) subraya que la psicología puede utilizar los puntos de vista dinámico y genético de los conceptos psicoanalíticos. Por su lado, Dolto plantea que el psicólogo trabaja con la realidad en tanto que el psicoanalista lo hace con lo fantasmático; esta autora pone el énfasis en el interés de las pruebas (tests) y de la psicoterapia de sostén. El oficio de psicólogo se define como una asistencia a una persona en desasosiego o en peligro, actividad diferente del psicoanálisis pero que no es su antítesis.

XV.3. La actividad del psicólogo clínico

booksmedicos.org

El método clínico se apoya "en técnicas que pueden ser utilizadas tanto en la práctica como en la investigación; algunas se dirigen a la recolección del material (por ejemplo, la entrevista) en tanto que otras son instrumentos de tratamiento de la información recolectada (análisis del contenido)" (Pedinielli, 2006).

Las técnicas que se describirán más adelante fueron desarrolladas a lo largo de los años con la finalidad de comprender al individuo en su totalidad y responder a diferentes necesidades: evaluar, atender, aconsejar o educar. Esto se traduce en la práctica en intervenciones de diferente naturaleza (Fua, 1997).

XV.3.1. *La evaluación clínica*

La evaluación clínica no es un juicio sobre el sufrimiento del individuo. Se trata de aprehender su solicitud en sus diferentes dimensiones con el fin de definir las respuestas más apropiadas. ¿Es que el sujeto habla en su nombre, hay un tercero directamente concernido que habla en nombre del sujeto, hay un interviniente exterior que se dirige al clínico, cuál es el objetivo manifiesto propuesto por el discurso, cuáles son sus dimensiones latentes? (Emmanuelli, en Perron, 1997).

El examen psicológico es una empresa compleja que se efectúa en varias etapas: reconstituir la anamnesis, observar el encuentro entre los dos sujetos, utilizar pruebas con el fin de recolectar las informaciones necesarias, restituir al individuo las conclusiones y las proposiciones de intervención.

XV.3.2. *La psicoterapia y el acompañamiento psicológico*

Por lo que respecta al acompañamiento psicológico, se trata de permitir al sujeto dirigirse sobre sí mismo con el fin de comprenderse mejor, sin plantearse empero una reestructuración interna. La psicoterapia necesita una formación específica cuyas modalidades varían en función de las referencias teóricas escogidas (véase el capítulo LV).

XV.3.3. *La intervención en el seno de un equipo*

La manera en la que interviene el psicólogo clínico dentro de un equipo depende de su posición institucional. Sus dispositivos se construyen de manera diferente si se encuentra integrado en un equipo y trabaja, pues, con la misma población que los otros profesionales o si es un interviniente exterior no implicado en la atención clínica.

En ambos casos su función lo conduce a mantener una posición de tercería proponiendo una reflexión a distancia en relación con los hechos. Su objetivo es

booksmedicos.org

favorecer un cuestionamiento sobre los componentes psíquicos en diferentes situaciones, a la vez individuales y grupales.

XV.4. Las técnicas

XV.4.1. La observación clínica

La observación ocupa un sitio central en psicología clínica y concierne a todas las situaciones. Implica la existencia de dos polos: el sujeto observador y el objeto observado. Se trata de "captar los fenómenos conductuales, ideativos, lingüísticos, emocionales y cognitivos significativos, con el fin de darles un sentido resituándolos dentro de la dinámica, la historia de un sujeto y dentro del contexto de la observación y en el movimiento intersubjetivo actualizado" (Chahraoui y Bénony, 2003).

Fernandez y Catteeuw (2001) describen diferentes parámetros del dispositivo de observación. Se trata de definir la situación de la observación (entorno natural o entorno habilitado), el campo de observación (global o focalizado), la secuencia de la observación (narrativa o atributiva), la naturaleza de los observables (inferencia fuerte, inferencia débil), la relación observador-observado (observación participante con implicación u observación estructurada con exterioridad), la visibilidad del dispositivo de observación, la finalidad de la observación (explicativa o funcional).

El observador clínico sigue la ruta que conduce de la experimentación de los hechos a la posibilidad de una interpretación (Pedinielli y Fernandez, 2005). Se trata de dirigir una mirada sobre el individuo que le permita descubrir el interés que pueda tener en mirarse a sí mismo y dar sentido a su experiencia. Por lo demás, escucha al individuo en su totalidad y con aquello que puede provocar dentro de la situación intersubjetiva. Escucha al otro escuchando sus propias asociaciones y su manera de ser en la relación con el individuo. En este sentido es importante que el clínico reflexione sobre aquello que se produce para él en el seno de la situación intersubjetiva.

Según Ciccone (1998), se observan signos y síntomas que se consideran como portadores de un sentido latente. La finalidad no es revelar este sentido sino permitir el despliegue de un sentido potencial; se observa el contenido manifiesto del lenguaje, la forma que éste toma, así como la función actuante que puede tener en el seno de la relación; las maneras de ser y las actitudes que pueden estar o no en contradicción con el discurso verbal; la dimensión transferencial de la relación.

XV.4.2. *La entrevista clínica*

La entrevista en psicología clínica es una situación de intercambio de palabras entre por lo menos dos individuos que ocupan posiciones asimétricas. Puede situarse dentro del

booksmedicos.org

marco de una relación de evaluación, de tratamiento, de ayuda o de consejo. Tiene varias finalidades: permitir decir, escuchar, informar, recolectar, hacer decir pero también decir algo al individuo. Diferentes tipos de entrevista (dirigida, semidirigida o no dirigida) corresponden a los marcos y a los objetivos evocados; la elección se realiza en función de la intención del encuentro (Chiland, 1995).

La conducta de la entrevista depende de los referentes teóricos del clínico. Se trata de crear las condiciones de una palabra suficientemente libre, lo que requiere por parte del clínico una actitud de no-juicio personal frente al material aportado. Las nociones de *neutralidad benévola,* tomadas del psicoanálisis, y de *empatía* —tomada de la corriente teórica de Carl Rogers— son empleadas frecuentemente para describir la actitud del clínico.

La relación creada en ocasión de la entrevista, de hecho asimétrica, favorece el desplazamiento de movimientos psíquicos más o menos conscientes: el clínico se vuelve el objeto de esperas, de solicitudes, de idealización, de agresividad… La reflexión desarrollada por el psicoanálisis sobre la noción de transferencia permite aportar un esclarecimiento sobre este intercambio rico en informaciones.

Conducir una entrevista clínica implica el dominio de diferentes técnicas de intervención durante la sesión, así como nociones teóricas sobre los mecanismos psíquicos que están en juego.

XV.4.3. *Técnicas psicométricas*

La psicometría es una subdisciplina de la psicología y reposa en el concepto de medida. A partir de sus referentes teóricos (psicología diferencial), extrae variables que se pueden medir y que nos informan sobre las diferentes dimensiones de funcionamiento del individuo.

Los instrumentos de la psicometría son, por un lado, las pruebas de aptitud y de nivel, por el otro, las escalas de evaluación.

Este segundo instrumento se utiliza ampliamente en psiquiatría, en su vertiente de investigación y en la evaluación de los efectos de los medicamentos. Los últimos años han visto una multiplicación de las escalas de evaluación. El contexto social en el que se apoya esta proliferación es complejo y multifactorial: la ideología del mundo occidental promueve una exigencia casi obsesiva de "prueba" para toda investigación; los organismos financieros de las actividades de salud solicitan validar los resultados terapéuticos por una prueba obtenida según la metodología biomédica; las diferentes revistas científicas contribuyen a la instauración de reglas de producción de los conocimientos basadas en la "cientificidad" y las estadísticas.

Dentro de este marco es indispensable para todo investigador verificar la validez de los instrumentos que utiliza. En efecto, todo instrumento psicométrico responde a cualidades metrológicas con el fin de que sea considerado como válido. Éstas son la sensibilidad (la capacidad para observar variaciones entre dos estados diferentes), la

booksmedicos.org

fidelidad (brindar resultados comparables en situaciones idénticas) y la validez (si el instrumento mide bien lo que pretende medir) (Bernaud, 2007).

Dentro del marco de la psicología clínica, los instrumentos de la psicometría se utilizan desde la perspectiva de aportar un esclarecimiento sobre el individuo que pueda ser útil a condición de que sea resituado con una concepción global de la persona.

Las pruebas de nivel y de aptitudes

Las pruebas de inteligencia aparecieron a finales del siglo XIX. Debemos a Alfred Binet (1857-1911) la primera escala de medida de la inteligencia que pretendía detectar a los individuos que sufrían retraso mental.

Las escalas que se construyeron sobre esta base condujeron a la invención de los conceptos de *edad mental* y de *cociente intelectual* (CI). La inteligencia es una amalgama de aptitudes, capacidades, comportamientos, competencias; un conjunto de componentes que permiten comprender, aprender, adaptarse. Debe diferenciarse del cociente intelectual.

El desarrollo de las técnicas estadísticas y la elaboración de modelos teóricos para describir la inteligencia permitieron la creación de pruebas complejas que han aportado nuevos elementos concernientes a las teorías y los métodos de aprendizaje. Estos instrumentos prometían cuantificar el funcionamiento intelectual de los humanos, y su utilización generalizada y en ocasiones abusiva ha originado debates acalorados. ¿Cómo definir la inteligencia? ¿Qué es lo que se puede medir? ¿Cuál es la parte de los factores genéticos y cuál la del ambiente en los diferentes componentes de la inteligencia? ¿Cuáles son los límites de lo mensurable? ¿Y cuáles los límites de la utilización de las pruebas?

La escala de referencia sigue siendo la escala de Wechler para adultos (WAIS) que distingue el cociente intelectual verbal y el cociente intelectual de ejecución. Está constituida por varios subtests: información, memoria de cifras, vocabulario, aritmética, comprensión, similitud, completamiento de imágenes, arreglo de imágenes, cubos, ensamblado de objetos, códigos. La escala de Wechler, aparte de sus notables cualidades metrológicas, produce un material clínico muy rico que puede ser utilizado por el clínico para poner en evidencia estrategias, mecanismos de defensa y diversos bloqueos del individuo (Bernaud, 2009).

Por otra parte, existen numerosos instrumentos que intentan describir fenómenos mentales precisos. Varios de ellos están dirigidos a los niños. La batería de Kaufman (K-ABC) pretende evaluar las aptitudes intelectuales de niños de entre 2.5 y 12 años; esta prueba descansa en el modelo teórico del neuropsicólogo ruso Alexandre Luria. El DAT (prueba diferencial de aptitud) se dirige a los alumnos de cuarto nivel hasta el bachillerato, y mide las aptitudes intelectuales básicas: razonamiento mecánico, trabajo de escritorio, relación espacial, etc. Finalmente, las pruebas de inspiración piagetiana —como la batería UDN para los niños de entre 3.5 y 11 años— intenta explorar la construcción y el desarrollo lógico-matemático (Huteau, 2009). La finalidad inicial de las

booksmedicos.org

pruebas de Piaget era la de determinar el funcionamiento operatorio pero también la de captar los aspectos dinámicos de los procesos de la inteligencia. Estas pruebas exigen un conocimiento profundo de la dinámica de los procesos de pensamiento y necesitan un tiempo prolongado de aplicación y de análisis. No obstante, ofrecen informaciones muy ricas y apreciables sobre el funcionamiento mental (Perron, 1997).

Las escalas de evaluación

Las escalas de evaluación se distinguen de las pruebas de nivel porque no se trata de comparar con un conjunto representativo de la población (normas necesarias para las pruebas de nivel), sino de dar resultados numéricos que permitan la comparación del individuo respecto de él mismo (antes y después de una intervención). Existen escalas de heteroevaluación (el clínico es quien procede a llenarlas) y escalas de autoevaluación (las llena el propio individuo).

El interés de la utilización de las escalas es el de "hacer aparecer elementos difíciles de percibir o de apreciar en una entrevista: si es fácil reconocer los signos depresivos en una entrevista, es, por el contrario, más delicado apreciar la intensidad de los trastornos, especialmente los cognitivos" (Pedinielli, 2006).

Bouvard y Cottraux (2010) así como Guelfi y sus colaboradores (1995) han hecho una recolección de los principales protocolos y escalas de evaluación que se pueden utilizar en psiquiatría.

Hay que precisar que las escalas, en gran medida, se han construido y validado en los países anglosajones. Aunque se han traducido a varias lenguas, es indispensable realizar la validación de sus cualidades metrológicas. Para cada protocolo de investigación, en el momento en el que se realiza, es necesario verificar que sea la versión más reciente de la escala y evaluar si es posible utilizarla, aunque no se haya realizado su validación en otra lengua.

Algunos ejemplos representativos de las escalas de evaluación que se utilizan actualmente en psiquiatría son los siguientes:

- *Escala de Hamilton:* para depresión;
- *Escala SANS* (Andreasen, 1981): mide los síntomas negativos (deficitarios) de la esquizofrenia;
- *Escala PANSS:* mide los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia;
- *Escala de apreciación de la ansiedad de Hamilton:* ampliamente utilizada, concebida para pacientes que tengan un diagnóstico de ansiedad con el fin de evaluar su severidad;
- *Inventario de ansiedad de Beck:* utilizado en la evaluación de la ansiedad, brinda una estimación cuantitativa de la intensidad de la ansiedad asociada a los trastornos mentales;
- *Cuestionario PCLS:* evalúa los síntomas del estado de estrés postraumático según

booksmedicos.org

los criterios del DSM-IV;
- *Escala SAS II:* Evalúa el funcionamiento social, está adaptada para los pacientes psicóticos.
- *Escala de fobia social de Liebowitz:* evalúa la fobia social en situaciones de ejecución y en situaciones de interacción social.

Señalemos finalmente la reciente publicación de la COP 13 (Souffir *et al.*, 2011), *Una clínica organizada de las psicosis,* que propone medir, con la ayuda del equipo tratante, la situación clínica global de un paciente psicótico a partir de una semiología ordenada según la clínica psicoanalítica.

XV.4.4. *Técnicas de evaluación de la personalidad*

El término *personalidad* viene del latín *persona*, que significa máscara de teatro. Está, pues, ligada a la noción del papel que representa el individuo en una situación dada y frente a un público. Desde un punto de vista psicológico remite a un conjunto de elementos relativamente estables (conductas, emociones, motivaciones, rasgos y tipos, actitudes) que caracteriza la manera de ser de un individuo frente a su entorno.

En todas las épocas y culturas ha habido varias tentativas de extraer "tipologías" y explicar de manera más o menos científica la noción de personalidad. Actualmente la investigación sobre la personalidad debe mucho a la psicometría y a la psicología dinámica, pero también concierne a disciplinas muy variadas: psicoanálisis, sociología, antropología, biología, etcétera.

Citemos brevemente algunos enfoques teóricos de referencia que por supuesto no son exhaustivos:

- el enfoque *psicoanalítico* de la personalidad, influenciado por la obra de Sigmund Freud, concibe al individuo regido por leyes del inconsciente, y toma en cuenta al mismo tiempo la economía y la dinámica del psiquismo. Este enfoque contribuye a la utilización de los métodos proyectivos descritos más adelante;
- el enfoque *diferencial* pone el acento en los determinantes individuales de la conducta. Utiliza la noción de *pattern* (patrón) (un conjunto de conductas transversales para diferentes situaciones) y desarrolla enfoques taxonómicos de la personalidad según dos desarrollos: la concepción tipológica y la concepción de los rasgos;
- la concepción *tipológica* de la personalidad distingue categorías separadas que intentan reagrupar a los individuos que se asemejan (Huteau, en Guelfi *et al.*, 1995). El inventario tipológico de Myers-Briggs (MBTI, 1962) se inspira en este enfoque;
- la concepción basada en los *rasgos de personalidad* trata de obtener variables latentes a partir de las cuales es posible ordenar a los individuos. Al respecto

booksmedicos.org

citemos los trabajos de los psicólogos G. Allport (1897-1967), H. Eysenck (1916-1997) y R. Cattell (1905-1998);
- el enfoque *interaccionista* de la personalidad, con los trabajos de Bandura, Mischel, Magnusson, Strelau, que insisten en la necesidad de tomar en cuenta la interacción dinámica entre las características del individuo y las características de la situación (Bernaud, 2008). Una de las nociones clave es la de "estrategia de *coping*" (estrategia para "hacer frente", "contender").

Cualquiera que sea el enfoque utilizado, la evaluación de la personalidad es una empresa muy compleja y puede efectuarse a condición de aceptar que en cada ocasión se trata de una visión parcial del funcionamiento del sujeto.

Describiremos brevemente tres métodos de evaluación de la personalidad utilizados frecuentemente.

MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota)

Fue creado en 1943 por el psicólogo S. R. Hathaway y el psiquiatra J. C. Mc Kinley. Explora los aspectos del carácter y los afectivos de la personalidad. Fue elaborado por medio de la comparación de grupos contrastados, por una parte entre una población general y por otra con grupos patológicos provenientes de un servicio neuropsiquiátrico. La versión actual utilizada fue publicada en 1989 por James Butcher (Guelfi *et al.*, 1995). Se realizó un estudio internacional en 24 países con el fin de garantizar la validez transcultural del inventario. Las cualidades metrológicas del instrumento se consideran satisfactorias.

La prueba contiene 567 ítems o reactivos a los cuales el sujeto debe responder "verdadero", "falso" o "no sé". Las respuestas se analizan con la ayuda de diferentes tipos de escalas: *a)* las escalas de actitud de respuestas que permiten corregir o incluso invalidar los resultados obtenidos en las escalas clínicas, *b)* las escalas clínicas que permiten medir 10 dimensiones tomadas de la nosología psiquiátrica (hipocondría, depresión, histeria, psicopatía, masculinidad, femineidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía, introversión social).

Métodos proyectivos

Según Chabert (1998), el punto común a todas las pruebas proyectivas reside en la calidad particular del material propuesto, "a la vez concreto y ambiguo, en la solicitud de asociaciones verbales a partir de ese material y, finalmente, en la creación de un campo relacional original entre el sujeto y el psicólogo clínico gracias al objeto mediador que representa la prueba". La clínica proyectiva implica una comprensión específica del

booksmedicos.org

funcionamiento psíquico; se sitúa dentro del campo del psicoanálisis aplicado y obliga a reconsiderar los conceptos tomados de él. La situación proyectiva requiere de lo imaginario y lo perceptivo. Aparte de los resultados medibles de la prueba, la manera como el sujeto va "a entrar en el juego" va a brindarnos datos sobre su funcionamiento mental.

Chabert pone en evidencia que el material propuesto puede convertirse en el objeto de desplazamiento de contenidos inconscientes y que las modalidades relacionales reactivadas en el encuentro con el clínico alrededor de las pruebas proyectivas pueden tener una referencia inconsciente. Se trata de incidentes transferenciales que el clínico toma en consideración para una mejor comprensión de la situación; por supuesto que no se trata, dentro de este contexto, de una neurosis de transferencia.

El clínico utiliza un apoyo objetivo, los tamices de calificación y de interpretación de las respuestas que le permiten obtener dimensiones manifiestas y latentes del material. Es indispensable una formación específica para utilizar estos instrumentos.

La utilización de pruebas proyectivas puede contribuir a establecer un diagnóstico diferencial.

Test de Rorschach

Inventado en 1920, se trata de una prueba de manchas de tinta que pretende estudiar el trabajo psíquico de creación, la adaptabilidad de la persona y la producción de formaciones psicopatológicas (Anzieu, en Chabert, 1997). Las cualidades metrológicas de la prueba han sido confirmadas. La prueba permite una estimación dinámica de los recursos actuales y latentes del individuo, así como de sus puntos vulnerables (Chabert, 1998). Existen dos enfoques interpretativos de la prueba: el enfoque psicoanalítico (Catherine Chabert y sus colaboradores) y el enfoque de Exner (1996).

La prueba se compone de 10 láminas que presentan manchas de tinta de constitución simétrica con presencia de elementos cromáticos. Cinco láminas presentan manchas compactas y favorecen la proyección de imágenes en referencia directa con la representación de sí mismo. Otras tres láminas están construidas en configuración bilateral, lo que evoca representaciones de relaciones. Respecto a los colores existen cuatro láminas llamadas negras que remiten frecuentemente a los afectos ansioso-depresivos; dos láminas llamadas rojas que simulan la emergencia de movimientos pulsionales, y láminas denominadas pastel que comprometen movimientos regresivos.

Test de Apercepción Temática (TAT)

Fue inventado en 1935 por Morgan y Murray, y publicado bajo su forma definitiva en 1943 con un manual de aplicación. El objetivo de Murray era validar un inventario exhaustivo de las variables de la personalidad. La prueba contiene una serie de imágenes

booksmedicos.org

constituidas por dibujos, fotografías y reproducciones de grabados: la mayoría de las láminas son figurativas y ponen en imágenes uno o varios personajes. Murray invitaba a los individuos a relatar una historia para cada lámina.

La interpretación, según Murray, implica la hipótesis de que las historias inventadas por el individuo serían evocaciones disfrazadas de su conducta en la vida real. Distinguió el análisis formal y el análisis del contenido del protocolo (Chabert, 1998).

En Francia, los trabajos de Vica Shentoub desde 1953 han marcado un giro en la comprensión y el uso del TAT (Shentoub, 1990); otorgan un lugar central a la forma de los relatos más que a su contenido y plantean la hipótesis de que las modalidades de construcción de los relatos del TAT remiten a los mecanismos de defensa característicos de la organización psíquica del individuo (Brelet-Foulard y Chabert, 2003).

En 1970 Shentoub y Debray propusieron un análisis suplementario del material del TAT en términos del contenido manifiesto y del contenido latente. Siguiendo esta orientación de análisis, varios trabajos han permitido obtener los dos niveles latentes a los cuales remite cada una de las láminas de la prueba: el de la problemática edípica y aquel que es el eco de la problemática de la pérdida de objeto.

Conclusión

El campo de la psicología clínica y el de la psicometría, son particularmente amplios; por este hecho entrañan observaciones deontológicas y éticas. El código deontológico de los psicólogos ha definido de esta manera el perímetro ético del trabajo del psicólogo clínico: respetar los derechos de la persona, ser garante de sus calificaciones particulares y definir sus propios límites, decidir la selección y la aplicación de los métodos y técnicas psicológicos, poder explicitar sus modos de intervención y tomar en cuenta las posibles utilizaciones realizadas por un tercero de las intervenciones efectuadas.

BIBLIOGRAFÍA

Anzieu, D. (1983), "Possibilités et limites du recours aux points de vue psychanalytiques par le psychologue clinician", *Connexions*, 40, pp. 31-38.

Bernaud, J.-L. (2007), *Introduction à la psychométrie*, Dunod, París.

——— (2008), *Les Méthodes d'évaluation de la personnalité*, Dunod, París.

——— (2009), *Tests et théories de l'intelligence*, Dunod, París.

Bouvard, M., y J. Cottraux (1996), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson, París; 5ª ed., 2010.

Brelet-Foulard, F., y C. Chabert (dirs.) (2003), *Nouveau manuel du* TAT, Dunod, París.

Chabert, C. (1997), *Le Rorschach en clinique adulte*, Dunod, París.

——— (1998), *Psychanalyse et méthodes projectives*, Dunod, París.

Chahraoui, K., y H. Bénony (2003), *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie*

booksmedicos.org

clinique, Dunod, París.
Chiland, C. (dir.) (1983), *L'Entretien clinique*, PUF, París; 5ª ed., 1995.
Ciccone, A. (1998), *L'Observation clinique*, Dunod, París.
Exner, J. E. (1996), *Le Rorschach: Un système intégré*, Frison-Roche, París.
Favez-Boutonnier, J. (1960-1962), *Cours*, Éditions du CDU, París.
Fernandez, L., y M. Catteeuw (2001), *La Recherche en psychologie clinique*, Armand Colin, París.
Fua, D. (dir.) (1997), *Le Métier du psychologue clinicien: pratiques professionnelles*, Nathan, París.
Guelfi, J.-D., V. Gaillac y R. Dardennes (dirs.) (1995), *Psychopathologie quantitative*, Masson, París.
Huteau, M. (2009), "Tests d'intelligence chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatri*e, 37032-A30, Elsevier Masson, París.
Keller, P.-H., y J.-L. Senon (2007), "Psychologie en medicine", *Encyclopédie médicochirurgicale*, Psychiatrie, 37031-B10, Elsevier Masson, París.
Kohn, R. C., y P. Nègre (1991), *Les Voies de l'observation. Repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*, Nathan, París.
Lagache, D. (1949), *L'Unité de la psychologie*, PUF, París; 7ª ed., 2004. [*La unidad de la psicología*. Versión española de Marie Thérèse Cevasco, Paidós, Buenos Aires, 1984.]
Pedinielli, J.-L. (2006), *Introduction à la psychologie clinique*, Armand Colin, París. [*Introducción a la psicología clínica*. Versión española de Sofía Vidaurrazaga, Biblioteca Nueva, Madrid, 1996.]
Pedinielli, J. L., y H. Bénony (2001), "Psychologie Clinique", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie*, 37032-A10, Elsevier Masson, París.
Pedinielli, J.-L., y L. Fernandez (2005*), L'Observation clinique et l'étude de cas*, Armand Colin, París.
Perron, R. (dir.) (1997), *La Pratique de la psychologie clinique*, Dunod, París.
Sechaud, E. (dir.) (1999), *Psychologie clinique. Approche psychanalytique*, Dunod, París.
Shentoub, V. (dir.) (1990), *Manuel d'utilisation du T.A.T. (Approche psychanalytique),* Dunod, París.
Souffir, K., S. Gauthier y B. Odier (2011), *Évaluer les psychoses avec la* COP 13. *Une Clinique organisée des psychoses*, Dunod, París.

booksmedicos.org

XVI. LA INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA

ANDRÉ GALINOWSKI

La investigación en psiquiatría se ha constituido sobre un modelo médico y biológico que los progresos de las neurociencias han hecho posible. Adopta una secuencia hipotético-deductiva, de la que Claude Bernard planteó las bases (1865), y prioriza los resultados mensurables con la ambición de construir una *evidence based medicine* (medicina basada en pruebas).[1] La hipótesis, es decir, la pregunta planteada es determinante. Puede nacer de la observación, por ejemplo, el efecto inesperado de un medicamento (acción timorreguladora de los anticonvulsivantes) o el apego de un animal según la estructura genética de la oxitocina, hormona de la que se buscó entonces un efecto sobre el apego en el hombre. También puede deducirse de una teoría (el suicidio contemplado como una mala decisión según la teoría de los juegos). Esta hipótesis debe ser confirmada por un protocolo experimental, pero el progreso, confirmación o rechazo estadístico del resultado esperado proviene siempre de un reexamen del conocimiento anterior. Los artículos sometidos a las revistas internacionales siguen siempre el mismo plan: elaboración de una hipótesis a partir de los datos conocidos, verificación de su significancia estadística y discusión del sentido de los resultados, que remiten a nuevas preguntas.

Este encadenamiento indefinido de las causas ha sido criticado justamente cuando se estudia la enfermedad mental. La filosofía de las ciencias opone a esta naturalización del psiquismo una investigación de las "razones" que conducen al asentimiento más que a la prueba, cuando la complejidad de lo real parece irreductible a las leyes de la biología. El filósofo Wittgenstein propone este modo de pensamiento para la investigación en psicoanálisis, que compara a la estética cuyo valor escapa del razonamiento causal. A medio camino entre causas y razones, los problemas de la sociedad sobre los cuales se interroga la psiquiatría, como la transformación de la familia o la violencia urbana, necesitan abordar la complejidad por medio de los métodos de las ciencias humanas.

No obstante, el modelo médico se ha impuesto en razón del éxito de la psicofarmacología y de las clasificaciones internacionales basadas en criterios diagnósticos precisos que permiten la recolección de datos comparables y que contribuyen al éxito de la investigación epidemiológica. En materia terapéutica, la exigencia de un "nivel de prueba" aleja a la investigación de la práctica. El juicio de un experto cuenta menos que un estudio controlado aleatorizado (cuando dos tratamientos se comparan, son atribuidos al azar) contra placebo (siendo considerado uno de los tratamientos como biológicamente inactivo) en sujetos seleccionados según criterios *a*

booksmedicos.org

priori en condiciones alejadas de la realidad cotidiana. Evocaremos los principales métodos utilizados por una investigación diversificada, dominada actualmente por las neurociencias.

XVI.1. La psicofarmacología: tratamientos eficaces,instrumentos de investigación

Históricamente la eficacia de los psicotrópicos aproximó la psiquiatría a la medicina experimental. Pierre Deniker decía que con la introducción del primer neuroléptico (Delay *et al*., 1952) los médicos del hospital psiquiátrico quedaron sorprendidos por la calma que había sucedido a un permanente escándalo (algunos pacientes cantaban, otros gritaban). El control de la agitación y el efecto antidelirante de estos compuestos antipsicóticos permitieron el desarrollo de los tratamientos ambulatorios. Pero si el descubrimiento de la *clorpromazina* influenció profundamente la investigación fue porque estos autores supieron transformar una observación fortuita en un método de *análisis de las conductas*. En efecto, pusieron las bases de la clasificación de los psicotrópicos según su efecto: *a)* psicosedantes, *b)* psicoestimulantes, *c)* psicodislépticos (que trastornan la actividad normal, como las drogas).

Dentro de la perspectiva de los síntomas-blancos identificados por el análisis semiológico, los psicotrópicos son por supuesto instrumentos de ayuda para el diagnóstico de las enfermedades mentales. Un psicoestimulante puede inducir un estado delirante en un paciente predispuesto. Un timorregulador como el litio estabiliza una enfermedad bipolar. De manera inversa, el enfoque transnosográfico separa dimensiones que se intenta tratar gracias a los efectos específicos de los psicotrópicos más allá de las categorías diagnósticas tradicionales, replanteando nuevas entidades diagnósticas (por ejemplo, los niños hiperquinéticos mejorados paradójicamente por un psicoestimulante). Esta investigación está asociada estrechamente con el establecimiento de modelos animales y de escalas que evalúan los efectos de los psicotrópicos.

XVI.2. Los modelos animales

El animal de laboratorio es un intermediario entre la clínica y la psicopatología experimental.

El investigador puede estudiar un pedigrí genéticamente predispuesto a la "enfermedad", como las ratas FLS *(flinders sensitive line),* cuyo comportamiento (enlentecimiento motor, dificultades de aprendizaje), los ritmos biológicos (avance de fase del sueño), los sistemas neurotransmisores (serotonina, acetilcolina) y la sensibilidad a los compuestos antidepresivos se encuentran también en los pacientes deprimidos.

Se puede también provocar un comportamiento patológico en el animal. Pavlov condicionaba a unos perros a atravesar un círculo (eran recompensados) y no un

booksmedicos.org

cuadrado (eran castigados). Al modificar progresivamente el círculo en cuadrado, inducía en los animales un conflicto típico de la neurosis experimental. En el animal persiste una respuesta una vez que los estímulos se interrumpen, huella posible de reactivar de una memoria biológica y base de la *epigenética,* es decir, de la memoria de ciertos caracteres adquiridos, eventualmente transmisible sin modificación de las secuencias genéticas. Los comportamientos provocados reproducen un aspecto de la enfermedad mental como el apragmatismo. La actividad motriz del animal es prolongada por un antidepresivo potencial en la prueba del nado forzado; este test permite *screener* (tamizar) moléculas que después serán estudiadas en el humano.

Se puede, finalmente, manipular el equipamiento genético en el embrión de un roedor. El comportamiento del animal adulto, llamado *transgénico,* nos informará por ejemplo del papel de un gen de la serotonina, neurotransmisor implicado en múltiples patologías psiquiátricas.

Los estudios longitudinales de factores etiológicos precoces, como los factores de estrés *in utero*, son más fáciles en el animal cuya maduración es rápida. Se pueden controlar estos factores y estudiar sus consecuencias neurobiológicas y conductuales, poniendo al día posibles factores de vulnerabilidad a la enfermedad.

La extrapolación de los resultados a la clínica puede ser errónea en términos de eficacia y de efectos secundarios. La toxicología da una idea de los riesgos potenciales de los psicotrópicos y puede llevar a retirarlos del mercado, pero no hay un paralelo absoluto entre los efectos secundarios, por ejemplo su riesgo epileptógeno, observados en el animal y en el hombre.

Los modelos animales se aplican mal para el estudio de las psicosis, incluso si son utilizados para intentar comprender ciertos comportamientos elementales (como el PPI: *prepulse inhibition*, falta de inhibición conductual). Son más pertinentes para el estudio del estrés, de la depresión y de comportamientos patológicos, como las adicciones.

XVI.3. Las escalas de evaluación

Wittenborn publicó en la década de 1950, en los Estados Unidos, las primeras escalas de evaluación destinadas a la psiquiatría. Su objetivo era medir el efecto de los nuevos psicotrópicos.

La observación clínica se codifica según un cierto número de ítems (síntomas frecuentes o específicos en una patología dada). Al ser cuantitativas, las escalas miden la variación de intensidad de esta patología. Como están graduadas ordenan la gravedad de un síntoma por su intensidad, por ejemplo según cinco grados de ansiedad (escalas ordinales), pero la equidistancia entre los grados rara vez se verifica como en una escala de intervalo que permitiría una cuantificación indiscutible del cambio.

Cualquiera que sea su objetivo (por ejemplo la detección en epidemiología, la evolución bajo tratamiento en psicopatología), una escala debe ser sensible (discriminar los rasgos de la psicopatología) y fiel: dos calificadores en un mismo paciente llegan a la

booksmedicos.org

misma calificación, lo que es determinante en los protocolos multicéntricos. Entre las cualidades *metrológicas* de una escala, su validez (¿mide lo que pretende medir?) es la más difícil de establecer. Uno se contenta generalmente en mostrar que varía en el mismo sentido que una escala de referencia (validez concurrente).

XVI.4. La epidemiología psiquiátrica

No habría investigación sin un consenso sobre un diagnóstico. La epidemiología se desarrolló cuando los médicos debieron prevenir enfermedades infecciosas de las que no conocían ni la causa ni el tratamiento. A pesar de los trabajos de Tuke en Inglaterra (1894) sobre la prevalencia de la locura y de Durkheim en Francia (1897) sobre la repartición geográfica y temporal así como las posibles causas del suicidio, la epidemiología psiquiátrica progresó poco hasta mediados del siglo XX. La psiquiatría, alejada de la concepción de Virchow (la enfermedad se define por un síndrome, un mecanismo fisiopatológico y un agente causal según el modelo de la tuberculosis), se prestaba mal para la identificación de "casos patológicos". La elaboración de criterios diagnósticos (DSM-III en los Estados Unidos en 1980; Clasificación Internacional de las Enfermedades por la OMS en 1978, seguida de otras ediciones), idealmente obtenidos al término de entrevistas estructuradas, ha reducido los sesgos ligados a la subjetividad de los investigadores.

Con la ayuda del DIS (Diagnostic Interview Schedule), investigadores no médicos han interrogado a cerca de 20 000 sujetos: el estudio norteamericano ECA (Epidemiological Catchment Area) ha recolectado las tasas de prevalencia (número total de casos) y de incidencia (número de nuevos casos) de todas las enfermedades mentales (Eaton *et al.*, 1981). La modificación de los criterios de una edición a la otra del DSM da lugar a ásperas discusiones, dado que los diagnósticos de estudios anteriores deben volverse a discutir.

La ECA era un estudio de *epidemiología descriptiva*. Los metaanálisis obtenidos de este tipo de estudio permiten cuantificar la prevalencia de los trastornos según los países.

La *epidemiología analítica* permite ir más lejos al evaluar el peso de diversos factores de riesgo, biológicos y ambientales, así como su interacción. Los estudios de casos testigo comparan dos muestras de individuos cuyo riesgo para la variable estudiada es cuantificada (por ejemplo: RR = riesgo relativo de la aparición de una depresión en la mujer en relación con el hombre). Los modelos de cohortes longitudinales ponen en evidencia estos riesgos a lo largo de la vida, como por ejemplo la exposición a una infección viral *in utero* en los pacientes esquizofrénicos, o cuando la realización del riesgo está diferida, como lo postula por ejemplo la teoría del neurodesarrollo (expresión en el adulto joven del sustrato biológico de la esquizofrenia). Al ser prospectivas, las cohortes longitudinales confirman mejor las hipótesis que los estudios retrospectivos en los que los datos son analizados *post hoc* con mayor aproximación. Basada en hipótesis, esta forma de epidemiología propone un encadenamiento causal según el peso cuantificable de diversos factores de riesgo. El potencial explicativo de estos modelos es

booksmedicos.org

explotado por estimaciones estadísticas como el *maximum likelihood,* menos pertinentes cuando los datos no siguen una distribución normal (curva de Gauss). La epidemiología analítica actual tiende a convertirse en una cuantificación de la intensidad de los síntomas más que a tomar en cuenta categorías diagnósticas. La intensidad sintomática es posteriormente puesta en relación con la exposición a los factores de riesgo, en particular a los poligenes (conjunto de genes que individualmente ejercen un efecto muy débil).

Al lado de estos estudios de *observación*, existen estudios *experimentales* a los que pertenece la *epidemiología de prevención.* ¿Qué intervención, según los datos de la epidemiología analítica, puede disminuir la prevalencia de una patología? Este enfoque orienta las estrategias de salud pública: por ejemplo, para la esquizofrenia, control de la exposición de la embarazada a los riesgos infecciosos y ambientales, disminución del consumo de cannabis en los adolescentes, reducción de la duración de la evolución antes del tratamiento en el caso de un primer diagnóstico de psicosis, etc. Otro aspecto de la prevención, la fármaco-vigilancia, que estudia los efectos secundarios de los medicamentos comercializados, se vincula con la fármaco-epidemiología.

XVI.5. Las ciencias humanas

Más allá del aspecto psicológico, los estados mentales son abordados por las ciencias humanas, como la sociología o la antropología, que se interrogan sobre las propias condiciones, históricas o sociales, de su existencia. Durkheim fue el primero en mostrar que la incidencia del suicidio, aumentada en el momento de la Revolución industrial, estaba ligada a un tipo de organización social al igual que a factores psicológicos individuales. Las hipótesis planteadas a partir de una problematización inicial pueden ser probadas con medidas cuantificadas (por ejemplo, sondeos). No obstante, más que a este método *hipotético-deductivo* utilizado por los biólogos, las ciencias humanas recurren al método *inductivo:* las observaciones son generalizadas y conducen a una teoría.

La metodología *cualitativa* utiliza todo tipo de materiales (fragmentos de entrevista, archivos…). Frecuentemente es exploratoria. Entrevistas prolongadas con un número limitado de individuos han permitido categorizar los "acontecimientos de vida" que posteriormente son clasificados según su impacto y utilizados en la investigación biológica sobre el estrés. Se pone el acento en el sentido de los fenómenos y la subjetividad del investigador. Siguiendo los pasos de los etnopsiquiatras, observadores de otras culturas, la antropóloga S. Estroff comparte la vida de pacientes de Wisconsin y toma los mismos neurolépticos que ellos para poder comunicar la experiencia de la "locura". Ella nos informa que los pacientes son llevados a representar un papel social que contribuye a la cronicidad de sus trastornos.

La metodología *cuantitativa* está basada en estadísticas descriptivas o en instrumentos más elaborados de análisis de regresión que predicen la variable dependiente que interesa al investigador (por ejemplo, la identificación de un estado depresivo mayor) a partir de variables independientes conocidas (estatus

booksmedicos.org

socioeconómico, acceso a los tratamientos…). El análisis sociológico se apoya de esta manera en el porcentaje de la varianza que no explica un modelo para afinar y después probar las hipótesis (asociación probada entre depresión en la edad adulta y abuso sexual en la infancia; después introducción de la variable precursora o mediadora: precariedad económica, que permite explicar un mayor porcentaje de la varianza).

Si la neurobiología insiste en la homogeneidad de las muestras comparadas, el enfoque inductivo en ciencias humanas construye su teoría progresivamente acumulando los datos observados hasta la "saturación" (cuando ya no se observan datos verdaderamente nuevos) en un ir y venir entre el terreno y la elaboración teórica, permitiendo las observaciones inesperadas (casos negativos) rectificar las hipótesis.

Una corriente de la sociología de las ciencias, las STS (science and technology studies), muestra también que los descubrimientos no se basan tanto en la evidencia de la prueba como en los paradigmas subyacentes (en nuestros días, la genética) variando según las épocas (T. Kuhn) y según la tecnología disponible (el DSM norteamericano concebido desde la perspectiva de una informatización del diagnóstico). Nuevos síndromes, como las personalidades múltiples que han sido observadas en los Estados Unidos y no en Europa, son evidentemente el reflejo de una cultura. Otras, como el síndrome de estrés postraumático, aparecen con el nacimiento de la victimología y el papel de las asociaciones de pacientes. Investigaciones próximas al constructivismo social (I. Hacking, B. Latour), para el que la psiquiatría se edifica en función de su ambiente (Latour, 1979), llama nuestra atención acerca de las consecuencias éticas de los progresos científicos vinculados a un control social y económico: la farmacogenómica permitiría saber desde antes cuál paciente será sensible a cuál medicamento y un código de barras genético podría tomar a su cargo, para cada uno, los riesgos presumibles durante toda su existencia.

XVI.6. La neurobiología

La neurobiología busca explicar las observaciones macroscópicas (los síntomas, por ejemplo) por los aspectos microscópicos (el funcionamiento molecular) (Gould y Manji, 2004). Cuando admite que el todo es más que la suma de las partes, este enfoque sigue siendo el campo más productivo de la investigación en psiquiatría. El neurobiólogo intenta inicialmente clasificar los trastornos con la ayuda de marcadores biológicos.

XVI.6.1. *Los marcadores biológicos*

La imposibilidad, antes del progreso de la imagenología, de acceder *in vivo* al sistema nervioso central del hombre, dirigió las exploraciones bioquímicas hacia la periferia (líquido cefalorraquídeo, elementos figurados de la sangre tomados como modelos de la neurona…). Los estudios se ocuparon inicialmente de

booksmedicos.org

—las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina) y los neuropéptidos así como sus enzimas de síntesis / degradación;
—la fisiología de las membranas neuronales (receptores, sitios de unión de diversas moléculas);
—los sistemas neuroendocrino e inmunitario.

Históricamente, la cronobiología estableció después perfiles individuales en términos de ritmos biológicos. Un avance de fase explicaba, por ejemplo, el insomnio matinal en la depresión, y los perfiles de respuesta a una estimulación (a los medicamentos en el caso de la farmacogenómica).

A pesar de numerosos trabajos, categorías clínicamente tan bien definidas como la esquizofrenia no pueden ser diagnosticadas por exámenes complementarios, en virtud de la gran importancia de las variaciones interindividuos de las variables biológicas y su demasiado débil especificidad.

XVI.6.2. *Los métodos genéticos*

La investigación genética estudia el papel de los genes en la transmisión de las enfermedades mentales. Los marcadores que es pertinente asociarles, los *endofenotipos,* medibles, heredables y específicos del trastorno (Gottesman y Gould, 2003), son desgraciadamente raros.

Dos grandes tipos de métodos identifican el papel de los genes:

- genes candidatos: búsqueda de mutaciones en un gen seleccionado por sus lazos con un mecanismo neurobiológico (por ejemplo, en la esquizofrenia, el gen de la tirosina hidroxilasa, enzima limitante en la síntesis de dopamina);
- la llamada genética inversa: no se conoce la fisiopatología de una enfermedad, como en la mayoría de los trastornos psíquicos; se tamiza entonces el conjunto del genoma esperando descubrir "genes de susceptibilidad". En la depresión mayor, un metaanálisis europeo muestra un vínculo con un *locus* del cromosoma 3 en proximidad del gen de la neuroligina (NLGN1), proteína de la región postsináptica que interviene en la neurotransmisión (Lewis *et al*., 2010).

XVI.6.3. *Neuroanatomía, fisiología celular y biología molecular*

El enfoque puede ser estructural o funcional, a niveles de observación que van del cerebro en su conjunto a la célula aislada. Un gran número de técnicas invasivas sólo pueden ser utilizadas en el animal y no *in vivo* en el hombre; no obstante, nos brindan información sobre sistemas biológicos comunes.

booksmedicos.org

El nivel estructural

En nuestros días la imagenología cerebral (por resonancia magnética nuclear o IRM, que muestra, por ejemplo, una dilatación ventricular en la esquizofrenia), y la imagenología por tensión de difusión (DTI), que cuantifica y analiza *in vivo* la ultraestructura de la sustancia blanca que conecta las regiones cerebrales, son intervenciones no invasivas repetibles en los estudios longitudinales.

Nivel funcional

Este nivel está condensado en el cuadro XVI.1.

La biología molecular

Las técnicas de la biología molecular permiten comprobar las hipótesis que vinculan la genética y la fisiopatología. Daremos un ejemplo. Un gen de la coagulación (PLAUR, en el hombre) interviene en la activación de las células en el curso del desarrollo. Un defecto en este gen se observa en un pedigrí de ratones que presentan también un déficit del sistema neurotransmisor GABAérgico (interneuronas inhibidoras) y varios comportamientos que evocan los de los niños autistas. Un análisis PCR (Polymerase Chain Reaction) en tiempo real en diversas partes del cerebro de estos ratones amplifica el número de ARNm correspondiente a 13 subunidades del receptor $GABA_A$, comparándolas con el receptor de ratones normales, pero concierne a un triturado celular, sin localización fina. De manera secundaria, una hibridación *in situ* vuelve artificialmente visibles (en cortes a diversos niveles del telencéfalo, parte del cerebro causante de los comportamientos complejos) las secuencias de ADN que codifican para seis subunidades expresadas insuficientemente o en demasía. Tal empresa puede concretizar, en el plano genético, la hipótesis de anomalías del sistema GABAérgico originado en el desarrollo, que hay que confirmar por otros métodos (Eagleson *et al.*, 2010) antes de convertirlo en una pista de investigación en el autismo.

booksmedicos.org

Cuadro XVI.1. *Instrumentos de investigación en neurobiología*

ANIMAL	HOMBRE
Electrofisiología celular: plasticidad, Long Term Potentiation	Potenciales evocados: onda P300…
Dosificación de los neurotransmisores	
Cuantificación de receptores (receptogramas de psicotrópicos)	
Imagenología cerebral (SPECT, PET…)	
Biología molecular	

La imagenología funcional

Este método no invasivo permite visualizar el plano de los estados mentales en tiempo real a nivel cerebral en el hombre. En sujetos deprimidos comparados con los testigos normales, la confrontación con rostros tristes activa más la amígdala, un núcleo límbico que escapa del control frontal (IRM funcional). Algunas anomalías persisten tras la curación, marcadores de rasgo que pueden dar indicaciones sobre la evolución (imagenología pronóstica) (http://www.u1000.idf.inserm.fr).

XVI.7. LAS CIENCIAS COGNITIVAS

La neuropsicología está estrechamente asociada a la neurobiología, cuyos resultados prueban sus hipótesis. Los resultados en las tareas de atención selectivas en los individuos deprimidos también se correlacionan con el débito sanguíneo del lóbulo frontal medial. La rehabilitación cognitiva utiliza tales índices para trabajar sobre anomalías específicas de las funciones superiores.

XVI.8. EVALUACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

Los límites de la *evidence based medicine* conducen a trabajar sobre el discurso de los pacientes que es registrado (*verbatim*; narrativas) para apreciar la mejoría del *insight* bajo tratamiento. Estos límites son más evidentes todavía en la evaluación de las psicoterapias, fuera de las terapias comportamentales y cognitivas muy estructuradas (breves, focalizadas sobre un problema clínico) que se contentan con cuantificar los efectos más objetivables: la mejoría de los síntomas. Al abordar los aspectos cualitativos

booksmedicos.org

de la relación psicoterapéutica, al multiplicar las fuentes de información (el paciente, el terapeuta, el costo / beneficio…) y al estudiar la cronología del cambio, la investigación ha pasado de una simple observación de los resultados (porcentaje de mejoría en un grupo) al estudio del proceso-resultado. El *cambio* se cuantifica por indicadores como el PQS (Psychotherapy-Q-Set de E. E. Jones) que integra a lo largo del tratamiento las características técnicas y relacionales de diversas psicoterapias. Si la afinación entre paciente y terapeuta parece siempre esencial, es difícil objetivar el efecto de las intervenciones específicas (por ejemplo, la interpretación) que nunca son utilizadas aisladamente, cualquiera que sea la referencia teórica del psicoterapeuta. El estudio de las prácticas gracias a las redes coordinadas por los investigadores permite el estudio intensivo de casos individuales (los que, en una perspectiva longitudinal, se convierten en sus propios testigos), cuyo reagrupamiento puede corresponder a situaciones clínicas y que la psicoterapia tiene la ambición de mejorar durablemente (evaluación postpsicoterapéutica) (Thurin, 2009).

Conclusión

Describir los componentes elementales del organismo como lo permiten las neurociencias (enfoque *top-down*) no permite comprender la fisiología de un sistema (enfoque *bottom-up*) y aún más difícilmente la emergencia de los comportamientos humanos. No hemos hablado de los campos de investigación como la fenomenología, difíciles de traducir en términos operatorios y que por esta razón no conducen a los resultados objetivables que atraen a la mayoría de los financiamientos. La psiquiatría no puede reducirse, no obstante, al modelo pasteuriano de la enfermedad: una causa (por ejemplo, genética), sus consecuencias neuro-anatómicas y sus síntomas clínicos. Se enriquece con la multiplicación de los niveles de observación por disciplinas diferentes. Al tomar en cuenta la multiplicidad de las escalas de tiempo (del milisegundo al año) y de espacio (de la molécula al organismo y a su entorno) que utilizan estas diversas disciplinas, la masa de los datos acumulados y el carácter no lineal y "fuera de equilibrio" de los fenómenos vivientes, semejantes a los problemas abordados por los físicos, los organismos de investigación quieren favorecer las *investigaciones multi-escalas*, interdisciplinarias, de un alto nivel de formalización (orientaciones estratégicas del Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica, 2009). Desde una perspectiva de salud pública, bajo la mirada de las asociaciones de pacientes, cada vez mejor informadas, encuadradas por las leyes sobre la experimentación en el hombre (ley del 4 de marzo de 2002, especialmente), estas investigaciones deben seguir siendo éticas y *traslacionales*, es decir, pasar de un campo de estudio a otro, sin perder de vista las aplicaciones terapéuticas de los descubrimientos fundamentales.

BIBLIOGRAFÍA

booksmedicos.org

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [DSM-5. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del* DSM-5. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Bernard, C. (1865), *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Garnier Flammarion, París, 1965. [*Introducción al estudio de la medicina experimental*. Versión española de José Joaquín Izquierdo, Dirección General de Publicaciones de la UNAM, México, 1994.]

Delay, J., P. Deniker y J. M. Harl (1952), "Traitement des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie", *Annales médicopsychologiques*, 110, pp. 267-273.

Durkheim, É. (1897), *Le Suicide*, Alcan, París. [*El suicidio*. Versión española de Lorenzo Díaz Sánchez, Ediciones Akal, Madrid, 2003.]

Eagleson, K. L., M. C. Gravielle, L. J. Schlueter McFadyen-Ketchum, S. J. Russek, D. H. Farb y P. Levitt (2010), "Genetic disruption of the autism spectrum disorder risk gene PLAUR induces $GABA_A$ receptor subunit changes", *Neuroscience*, 168, 3, pp. 797-810.

Eaton, W. W., D. A. Regier, B. Z. Locke y C. A. Taube (1981), "The epidemiologic catchment area program of the national institute of mental health", *Public Health Report*, 96, 4, pp. 319-325.

Estroff, S. E. (1989), "Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject", *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, pp. 189-196.

Gottesman, I. I., y T. D. Gould (2003), "The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions", *American Journal of Psychiatry*, 160, 4, pp. 636-645.

Gould, T. D., y H. Manji (2004), "The molecular medicine revolution and psychiatry: bridgingthe gap between basic neuroscience research and psychiatry", *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 5, pp. 598-605.

INSERM (2010), *Orientations stratégiques. Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie*, disponible en <http://www.inserm.fr/qu-est-ce-que-linserm/organigramme/instituts/organisation-de-l-institut> (consultada en enero de 2012).

Latour, B. (1979), *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*, Sage Publications, Beverly Hills; traducción francesa: *La Vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, La Découverte, París, 1988. [*La vida en el laboratorio: la construcción de los hechos científicos*. Versión española de Eulalia Pérez Sedeno, Alianza Editorial, Madrid, 1995.]

Lewis, C. M., M. Y. Ng y A. W. Butler (dirs.) (2010), "Genome-wide association study of major recurrent depression in the U.K. population", *American Journal of Psychiatry*, 167, 8,pp. 949-957.

Martinot, J.-L. (2007), "L'imagerie cérébrale: de la psychiatrie à la pédopsychiatrie", en J. D. Guelfi y F. Rouillon (dirs.), *Manuel de psychiatrie*, Masson, París; 2ª ed.,

booksmedicos.org

2011, pp. 157-168.
Thurin, J.-M. (2009), "Évaluation des effets des psychotherapies", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie*, 37802-A-10, Elsevier Masson, París.
Tuke, D. H. (1894), "Increase of insanity in Ireland", *Journal of Mental Science*, 40, pp. 549-558.

booksmedicos.org

[1] Suele usarse en español “medicina basada en evidencias”, pero la palabra correcta que traduce *evidence* es prueba. [T.]

booksmedicos.org

booksmedicos.org

SEGUNDA SECCIÓN

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

booksmedicos.org

booksmedicos.org

PARTE 1
Neurosis

XVII. INTRODUCCIÓN A LAS PATOLOGÍAS NEURÓTICAS

VASSILIS KAPSAMBELIS

Las patologías neuróticas constituyen un conjunto sintomático heteróclito, hasta el punto de que algunas clasificaciones internacionales ya no las reagrupan dentro de un mismo capítulo. Deben su homogeneidad, por una parte, a la característica común, establecida hacia la mitad del siglo XIX, de una conservación de la conciencia del carácter patológico de los trastornos; por otra parte, al trabajo de reagrupamiento psicopatológico efectuado a partir de finales del siglo XIX por Pierre Janet y Sigmund Freud; finalmente, a su proximidad con la "normalidad", lo que se comprueba con el término *estados neurótico-normales.*

XVII.1 HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XVII.1.1. *Historial y terminología*

El término de *neurosis* es un neologismo propuesto por el médico escocés William Cullen en su obra *First lines of the practice of physics,* que conoció múltiples ediciones desde 1777 y que fue traducida al francés a principios del siglo XIX: "Incluyo bajo el título de *neurosis* o *enfermedades nerviosas,* todas las afecciones contra natura del sentimiento o del movimiento en las que la pirexia no constituye una parte de la enfermedad primitiva, y todas aquellas que no dependen de una afección tópica de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso y de las potencias del sistema del que dependen más especialmente el sentimiento y el movimiento" (Cullen, 1819). Cullen incluyó en ellas, esencialmente, la histeria y la hipocondría, pero también otras afecciones "nerviosas" mal definidas.

Así, en el curso del siglo XIX, el término englobará varias patologías (epilepsia, enfermedad de Parkinson, corea, pero también las "neurosis de órgano": "neurosis cardiaca", "neurosis del estómago"…), en tanto que el término de *psicosis,* que apareció más tarde en la clínica alemana, reagrupa más bien patologías "mentales", "psíquicas", es

booksmedicos.org

decir sin semiología del sistema nervioso central; según las opciones teóricas de los autores, las "psicosis" fueron consideradas o no como un subgrupo de las "neurosis".

En el curso de la segunda mitad del siglo XIX, algunas patologías como la epilepsia y la enfermedad de Parkinson pasaron a la neurología, en tanto que las "neurosis" comenzaron a ser estudiadas en su dimensión "psíquica". La tesis de Janet (*Contribution à l'étude des accidents mentaux des hystériques,* 1893) muestra este nuevo interés por la clínica "mental" de estas patologías, así como el término de "psiconeurosis", introducido por Freud para significar que existe claramente una clínica y problemática psíquicas en estas patologías contempladas únicamente desde el punto de vista de sus síntomas de carácter neurológico. Fue así como otras patologías, inicialmente alejadas de las neurosis, colocadas por la clínica francesa entre las monomanías (obsesiones, compulsiones, fobias) se incluyeron progresivamente en este grupo, a medida que se alejaban de ella las patologías neurológicas.

Fue hacia finales del siglo XIX y principios del siglo siguiente cuando las neurosis adquirieron sus contornos actuales, gracias a la individualización de dos grandes entidades, la *neurosis de coacción* o *neurosis obsesiva* (sobre la que trabajaron especialmente Richard von Krafft-Ebing y Carl Westphal desde la década de 1870) y la *histeria* (dominada por los trabajos de Charcot, de Janet y de Freud). En Francia, Janet (1909) propuso la misma gran dicotomía, y la clínica obsesiva fue reagrupada por él bajo el término de *psicastenia*.

Veremos en seguida la terminología y las subdivisiones propuestas por Freud.

XVII.1.2. *Situación nosográfica*

Las neurosis van a constituir, a todo lo largo del siglo XX, un grupo autónomo en el seno de las diferentes clasificaciones.

La CIE-10 (décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud (1992) propone la categoría de "Trastornos neuróticos, trastornos ligados a factores de estrés y trastornos somatomorfos", que reagrupa: *a)* los trastornos ansiosos fóbicos; *b)* los otros trastornos ansiosos (las crisis de angustia llamadas "ataques de pánico" y la angustia latente y continua llamada "ansiedad generalizada"); *c)* el trastorno obsesivo-compulsivo (la neurosis obsesiva); *d)* las reacciones a un factor de estrés importante y los trastornos de la adaptación (que corresponden a las neurosis y reacciones postraumáticas); *e)* los trastornos disociativos (de conversión); *f)* los trastornos somatomorfos (somatización, hipocondría, disfunción del sistema neurovegetativo), y *g)* los otros trastornos neuróticos (neurastenia, despersonalización-desrealización). Esta clasificación reagrupa, pues, al conjunto de los trastornos neuróticos surgidos de los reacomodos nosográficos de finales del siglo XIX, desde las neurosis constituidas (neurosis de angustia, neurosis fóbica, neurosis obsesiva, neurosis traumática) hasta la histeria (trastornos disociativos) o ciertas neurosis sin pertenencia muy precisa (hipocondría, neurastenia), pasando por las antiguas "neurosis

booksmedicos.org

de órgano" del siglo XIX (disfunciones del sistema neurovegetativo).

A partir de su tercera edición, en 1980, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría ya no utiliza el término genérico de "neurosis" para estas patologías, que individualiza, por lo demás, de manera muy semejante a las de la CIE-10. De esta manera, el DSM-5 (quinta edición de ese manual) (2013) propone en categorías separadas: *a)* los trastornos ansiosos (incluyendo los trastornos ansiosos y fóbicos), *b)* los trastornos obsesivo-compulsivos, *c)* los trastornos traumáticos y ligados al estrés, *d)* los trastornos disociativos (que corresponden a los trastornos mentales de la histeria) y *e)* los trastornos siguientes: síntomas somáticos y asociados llamados anteriormente trastornos somatomorfos (incluyendo las somatizaciones, la conversión histérica, la hipocondría…).

XVII.2. Datos e investigaciones biomédicos

La heterogeneidad de los trastornos neuróticos no permite una presentación de conjunto de estas investigaciones. Se les encontrará en cada uno de los capítulos que siguen sobre las diferentes neurosis.

XVII.3. La clínica

La sintomatología propiamente dicha de cada entidad clínica del grupo de las neurosis es muy distinta de las demás; se presenta en los capítulos siguientes. No obstante, es posible describir una clínica común a todas las patologías neuróticas; es menos específica que los síntomas propiamente dichos de cada entidad, pero forma no obstante un conjunto bastante coherente, que se encuentra en diversos grados en las diferentes entidades clínicas.

XVII.3.1. *La ansiedad*

La ansiedad, omnipresente en las neurosis, puede tomar múltiples formas que no entran forzosamente en las categorías bien establecidas de los diferentes trastornos ansiosos, ya sea porque sus manifestaciones no cumplen con los criterios, ya sea porque su duración es variable. La ansiedad está determinada frecuentemente por los acontecimientos de la vida (trabajo, vida de relación, espera de tal o cual acontecimiento importante en la esfera profesional o privada), pero puede también acompañar a largo plazo al sujeto, sin que sus causas aparentes estén claramente identificadas. Se traduce frecuentemente en un malestar, una dificultad para sentirse a gusto en las relaciones con los demás, un temor difuso frente a toda iniciativa o actividad. Determina trastornos del sueño, lo más

booksmedicos.org

frecuentemente bajo la forma de insomnio inicial (dificultad para dormirse) o de sueño "fragmentado", insuficientemente reparador, marcado por numerosos despertares. Se puede considerar que es "fijación" bajo una forma u otra (objeto fobógeno, fobia situacional, obsesión o compulsión), lo que atenúa la amplitud, siendo el precio la correspondiente limitación en la vida del individuo.

XVII.3.2. *Inhibición e insatisfacción*

La inhibición, vinculada con la ansiedad, representa otra constante de la vida psíquica y de relación de los pacientes neuróticos. Se manifiesta como una contención más o menos importante, más o menos continua, en ese "ir hacia adelante" que nos es necesario en nuestra vida afectiva, profesional o social. Su clínica se declina en múltiples palabras o gestos que no tuvieron lugar ahí donde el sujeto sabía, "intelectualmente", que habría debido pronunciarlas o hacerlos; es, pues, una inhibición de la puesta en juego, verdadero trastorno simétricamente opuesto a toda la patología del paso al acto que caracteriza a muchos pacientes no neuróticos; da al paciente neurótico una imagen a veces apagada, timorata o hiperemotiva, decepcionante respecto de su potencial, más, por cierto, frente a sus propios ojos que frente a los de los demás. Los lamentos y un sentimiento de profunda insatisfacción, continua y lancinante, a veces asociada con sentimientos de vergüenza, de culpabilidad o de autodevaluación, acompañan esta problemática de las ocasiones fallidas, de las oportunidades no aprovechadas, de las iniciativas no tomadas en el momento en que se necesitaban. En ciertos casos, que se encuentran tanto en la clínica obsesiva como en la histérica, se observa igualmente una inhibición del pensamiento que puede obstaculizar los mecanismos de aprendizaje e impedir los estudios, el progreso profesional, etc., dando al sujeto una impresión bastante menos favorable de aquella a la que habría podido aspirar. En otros casos, se sobreponen a la inhibición por impulsos de manera más o menos voluntarista, conduciéndolos a actitudes y conductas que parecen carecer de un carácter natural; se puede observar esta clínica en las decisiones súbitas o temerarias de algunas organizaciones de tipo más bien fóbico u obsesivo, o incluso en la falsa seguridad, fácilmente seductora, de la histeria. Observemos finalmente que el DSM-5 aisló, entre los trastornos ansiosos, la categoría de "mutismo selectivo" en el niño, que designa una inhibición de la palabra en ciertas situaciones sociales específicas en relación con tareas educativas u ocupacionales.

XVII.3.3. *Los trastornos depresivos (la distimia)*

Los sentimientos depresivos, ligados a la clínica precedente, están presentes frecuentemente en la clínica neurótica. De evolución crónica o fluctuante, responden de manera inconstante a los medicamentos antidepresivos clásicos, pero son sensibles a las actitudes del entorno y a los cambios ambientales. Esta clínica del afecto, llamada

booksmedicos.org

tradicionalmente *depresión neurótica, neurosis depresiva* o incluso *síndrome ansioso-depresivo,* se encuentra en la CIE-10 bajo el vocablo de *distimia*. En el DSM-5 este mismo término es ahora sinónimo de *trastorno depresivo persistente.* Se caracteriza por la variabilidad en la duración de los trastornos, la intensidad generalmente moderada de la depresión, la fatiga y la baja de energía, las rumiaciones, la anhedonia, la queja, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito o la hiperfagia, la baja de la estima de sí mismo. La clínica depresiva de las neurosis mide el grado de insatisfacción de estos individuos en su existencia y su sentimiento de impotencia frente a las limitaciones y los fracasos que ellos saben que están determinados por su propia organización psíquica, y no por las circunstancias exteriores.

XVII.3.4. *Los trastornos sexuales*

Los trastornos sexuales, frecuentes en toda patología y encontrados no rara vez fuera de toda patología asociada, no dejan de constituir una característica mayor de las patologías neuróticas. La frigidez, más rara vez la dispareunia, en las mujeres; la impotencia o la eyaculación precoz en los hombres, la masturbación como práctica sexual prevalente, son las quejas más frecuentes. Se asocian a otras características clínicas de las neurosis presentadas aquí, y especialmente a la inhibición. Los trastornos sexuales, que pueden aparecer de manera ocasional en tal o cual episodio difícil de la existencia, tendrán tendencia a la cronicidad, agravando de esta manera los sentimientos de insatisfacción y de vergüenza. Largo tiempo considerados como una buena indicación para el diván psicoanalítico, han sido objeto posteriormente de múltiples terapias sexológicas antes de dirigirse, más recientemente, hacia las quimioterapias.

XVII.3.5. *Fatiga y somatizaciones*

Los trastornos somáticos llamados "funcionales" son muy frecuentes en los pacientes neuróticos. Toman diversas formas: manifestaciones somáticas del síndrome neurovegetativo de la ansiedad, ya sea que ésta sea reconocida como tal o no; diferentes somatizaciones (dolores, síntomas gastrointestinales…) que marcan de manera fluctuante las vicisitudes de su vida, los conflictos y otros momentos de tensión, y que constituyen el terreno de quejas tenaces; inquietudes por la salud que pueden tomar o no la forma de una preocupación hipocondriaca, y que pueden conducir a exámenes paraclínicos repetidos, a precauciones particulares dentro del marco de sistemas más o menos obsesivos, a temores más o menos fóbicos; preocupaciones dismorfofóbicas que conducen a sentimientos de inferioridad y a una autolimitación del perímetro de sus relaciones; trastornos sexuales. En años recientes, el síndrome de *fatiga crónica* (SFC), que no está muy alejado de la *neurastenia* del siglo XIX, expresa probablemente esta dimensión de la patología neurótica, en ausencia de toda causa orgánica. Puede estar en

booksmedicos.org

relación con la noción de *depresión enmascarada*.

XVII.4. Casos clínicos

XVII.4.1. *Emma Rouault, madame Bovary*

Pero era sobre todo a las horas de las comidas cuando ya no podía más, en aquella salita de la planta baja, con la estufa que echaba humo, la puerta que chirriaba, las paredes que rezumaban, el pavimento húmedo; toda la amargura de la existencia le parecía servida en su plato, y con los vapores de la sopa subían desde el fondo de su alma como otras tantas bocanadas de hastío. Carlos comía muy despacio; ella mordisqueaba unas avellanas, o bien, apoyada en el codo, se entretenía con la punta de su cuchillo en hacer rayas sobre el hule. […] Emma se volvía difícil, caprichosa. Se encargaba platos para ella que luego no probaba, un día no bebía más que leche pura, y, al día siguiente, tazas de té por docenas. A menudo se empeñaba en no salir, después se sofocaba, abría las ventanas, se ponía un vestido ligero. Reñía duro a su criada, luego le hacía regalos o la mandaba a visitar a las vecinas, lo mismo que echaba a veces a los pobres todas las monedas de plata de su bolso, aunque no era tierna, ni fácilmente accesible a la emoción del prójimo, como la mayor parte de la gente descendiente de campesinos, que conservan siempre en el alma algo de la callosidad de las manos paternas [Gustave Flaubert, *Madame Bovary,* 1857].

XVII.4.2. *El doctor Cottard en París*

El doctor Cottard nunca sabía de modo exacto en qué tono tenía que contestarle a uno, y si su interlocutor hablaba en broma o en serio. Y por si acaso, añadía a todos sus gestos la oferta de una sonrisa condicional y previsora, cuya expectante agudeza le serviría de disculpa en caso de que la frase que le dirigían fuera chistosa y se le pudiera tachar de cándido. Pero como tenía que afrontar la hipótesis opuesta, no dejaba que la sonrisa se afirmara claramente en su cara, por la que flotaba perpetuamente una incertidumbre donde podía leerse la pregunta que él no se atrevía a formular: "¿Lo dice usted en serio?" Y lo mismo que no sabía exactamente la actitud que había que adoptar en una reunión, tampoco estaba muy seguro del comportamiento adecuado en la calle y en la vida en general; de modo que oponía a los transeúntes, a los coches, a los acontecimientos, una maliciosa sonrisa, que por anticipado quitaba a su actitud toda la tacha de importunidad, porque con ella probaba, si no convenía al caso, que lo sabía muy bien y que sonreía por broma.

booksmedicos.org

Sin embargo, en todos aquellos casos en que una pregunta franca le parecía justificada, el doctor no dejaba de esforzarse por achicar el campo de sus dudas y completar su instrucción.

Así, siguiendo el consejo que su previsora madre le dio al salir él de su provincia natal, no dejaba pasar una locución o un nombre propio que no conociera sin intentar documentarse respecto a esas palabras.

Nunca se saciaba de datos relativos a las locuciones, porque como les atribuía a veces un sentido más preciso que el que tienen, le hubiera gustado saber lo que significaban exactamente muchas de las que oía usar más a menudo: guapo como un diablo, sangre azul, vida de perros, el cuarto de hora de Rabelais, ser un príncipe de elegancia, dar carta blanca, quedarse chafado, etc., como asimismo en qué determinados casos podría él encajarlas en sus frases. Y a falta de locuciones, decía los chistes que le enseñaban. En cuanto a los apellidos nuevos que pronunciaban delante de él, se contentaba con repetirlos en tono de interrogación, lo cual consideraba suficiente para merecer explicaciones sin que pareciera que las pedía [Marcel Proust, *Por el camino de Swann*, 1913].

XVII.5. Psicopatología

No existe un enfoque psicopatológico cognitivo para los trastornos neuróticos como conjunto; "el concepto unitario de neurosis se basa actualmente, de manera casi exclusiva, en el modelo psicoanalítico" (Widlöcher, 1998). Expondremos, pues, este enfoque psicoanalítico de las neurosis.

La clínica de las neurosis que hemos expuesto en el apartado XVII.2 está en el origen de las elaboraciones de Freud sobre estas patologías. Este autor adquirió rápidamente la convicción de que los diferentes trastornos somáticos característicos de estas patologías (no sólo las conversiones histéricas, sino también y sobre todo los trastornos neurovegetativos de la angustia, las múltiples somatizaciones mal definidas e itinerantes, la fatiga…) estaban en relación con los trastornos de las funciones sexuales, impedidas en su libre expresión por el desarrollo de la especie humana (organización triangular de la familia humana, realizaciones de la civilización…), y vueltas complejas por el largo tiempo de latencia entre el nacimiento y el momento de la maduración sexual (pubertad). De la misma manera, manifestaciones como la inhibición, la insatisfacción y la distimia representarían la vivencia subjetiva de esta limitación de las funciones sexuales (Freud, 1898).

En un principio consideró que los trastornos neuróticos se dividían en dos categorías: las *neurosis actuales* y las *psiconeurosis*. Las primeras expresaban trastornos actuales de la vida sexual, una dificultad de realización debida a causas presentes. En su caso, la excitación sexual que no alcanzaba su "descarga adecuada" daba nacimiento a diversas

booksmedicos.org

manifestaciones somáticas directamente, es decir, sin pasar por las representaciones mentales. Esta concepción es, pues, muy próxima a lo que llegaría a ser una de las hipótesis de la corriente psicosomática. Freud consideraba que existen diversas formas de neurosis actual, según la naturaleza de la disfunción sexual involucrada. Propuso el término de *neurosis de angustia* (Freud, 1895) para designar lo que corresponde actualmente a las crisis de angustia (ataques de pánico) y a la angustia latente (ansiedad generalizada); esta neurosis estaría en relación con la abstinencia sexual. Freud, por lo demás, hizo notar que las manifestaciones fisiológicas de una crisis de angustia (aceleración de la respiración, palpitaciones, sudores, congestión…) son vecinas de las del coito y el orgasmo. Junto a la neurosis de angustia colocó a la *neurastenia* (término propuesto por George Beard en 1868), que se caracterizaba sobre todo por una fatiga crónica y que estaría en relación, por su parte, con una descarga sexual "inadecuada" (por ejemplo, masturbación). Más tarde señaló a la *hipocondría* como una tercera forma de neurosis actual.

Para Freud las neurosis actuales no son accesibles al tratamiento psicoanalítico, puesto que las perturbaciones pasan directamente de la función sexual a la innervación somática, sin dar nacimiento a representaciones mentales y sin que la excitación somática se vuelva "libido". Por el contrario, consideraba que podían constituir la fase prodrómica de las "psiconeurosis", es decir, de esas neurosis que implicaban representaciones mentales. De esta manera consideraba que la histeria y la neurosis fóbica (que llamaba *histeria de angustia*) estaban en relación con la neurosis de angustia, y la neurosis obsesiva con la psicastenia; más tarde haría corresponder a la psicosis con la hipocondría.

¿Qué es lo que caracterizaba a las neurosis propiamente dichas (las "psiconeurosis")? Freud las llamó "psiconeurosis de defensa" para significar, por una parte, la participación psíquica en su constitución, y por la otra, para indicar que representaban *defensas* desarrolladas por el psiquismo contra los conflictos que generan los movimientos pulsionales (Freud, 1916-1917). El conflicto inicial era aquí el deseo que se enfrenta, en un momento dado, a la imposibilidad de su realización, ya sea a causa de las condiciones exteriores, ya sea debido a los principios morales del individuo; este punto corresponde a la dimensión actual del trastorno. Pero Freud descubrió progresivamente, al escuchar a sus pacientes, que lo que estaba en juego en el conflicto remitía a recuerdos más antiguos, de antes de la pubertad. Era la significación simbólica del objeto del deseo, más que su realidad, lo que conducía al conflicto. Este simbolismo concernía a los primeros objetos de amor del individuo, a saber, los padres (las *imagos* parentales). El deseo choca, pues, con la significación simbólica de su realización, es decir, con su dimensión incestuosa y con la culpabilidad; estaba en relación con deseos fundamentales *(complejo de Edipo),* organizadores del deseo humano, pero reactivaba de esta manera los temores y angustias ligados a la punición de ese deseo *(complejo de castración*, acción del *superyó)* (Le Guen *et al.,* 1991).

A partir de ahí, el mecanismo de la neurosis se despliega de la siguiente manera. La representación ligada al deseo es reprimida en la conciencia, y este mecanismo de

booksmedicos.org

represión es la base del funcionamiento defensivo neurótico (Freud, 1915). A partir de aquí hay una separación entre la representación (que se vuelve inconsciente) y el afecto que está vinculado con ella, el cual se encuentra en estado libre, representa una energía (libido) "no vinculada" que es percibida como angustia. Bajo el impulso de la pulsión y de los fantasmas inconscientes a los que se encuentra ligada, el deseo no alcanza a apaciguarse y busca regresar a la conciencia; la angustia, por su lado, también busca su apaciguamiento. Se encuentra entonces un compromiso: un objeto nuevo, sin relación directa con el envite del conflicto, pero en relación simbólica con él, es investido por la moción pulsional: gracias a ello ésta es particularmente satisfecha, en tanto que la excitación ligada a la angustia encuentra dónde fijarse. Es este compromiso lo que representa el síntoma psiconeurótico.

Más tarde Freud elaboraría otras teorías concernientes a la angustia que, dentro de este modelo neurótico, aparece como el resultado de la represión (Kapsambelis, 2007). Por lo demás, fuera de la represión, mecanismo común a todas las neurosis, describirá otros mecanismos de defensa propios de las diferentes neurosis; los examinaremos en los capítulos siguientes. Su hija Anna (Freud, 1937) sistematizará los diferentes mecanismos de defensa que se encuentran en la clínica.

XVII.6. Terapéutica

Más que los otros pacientes psiquiátricos, los neuróticos se caracterizan por su necesidad de conservar la libertad de elección, así como un cierto dominio de las terapias propuestas. También se caracterizan por su sensibilidad a las corrientes ideológicas dominantes en materia de terapéutica de los trastornos psicológicos, y más aún en materia de representación científica del psiquismo humano; lo que ellos consideran como la libre elección de su tratamiento está frecuentemente determinada, más de lo que ellos creen, por las modas, las corrientes y las convicciones que imperan en un momento dado en las sociedades en las cuales ellos evolucionan.

En el plano medicamentoso, los resultados son desiguales. Las crisis de angustia (ataques de pánico) responden notablemente bien a los antidepresivos. La ansiedad crónica es auxiliada por las medicaciones ansiolíticas, pero con el riesgo de que un tratamiento de largo plazo entrañe un cierto grado de dependencia. Los síntomas obsesivos pueden responder de manera satisfactoria a los antidepresivos, pero los resultados son inconstantes. Los estados depresivos responden mejor a los antidepresivos cuando cumplen con los criterios de un "episodio" y no de una "modalidad del ser".

En el plano psicoterapéutico, los enfoques psicoanalíticos son clásicamente los más indicados. En la práctica son más eficaces sobre los trastornos neuróticos que no están fijados de manera durable o muy tenaz. De manera general, el síntoma neurótico muy anclado, fuente de importantes beneficios secundarios y que contribuye a un equilibrio estable en las relaciones del individuo consigo mismo y con los demás, responde mal a este tipo de tratamiento. Por el contrario, las terapias conductuales y cognitivas,

booksmedicos.org

apuntando por definición al síntoma, resultan más indicadas cuando éste está bien circunscrito.

Finalmente, es importante recordar que si las neurosis son por definición patologías "menos graves" que las psicosis, existen entre ellas formas realmente invalidantes (Deniker *et al.*, 1978): trastornos obsesivo-compulsivos invasores e inamovibles, conversiones histéricas de muy larga evolución, sintomatologías traumáticas tenaces y crónicas.

Conclusión

Las neurosis han perdido su lugar dentro de las nosografías contemporáneas en tanto que categoría caracterizada por ciertos elementos comunes. No obstante, y a pesar de la gran disparidad de síntomas presentados en las diferentes entidades clínicas que componen este conjunto, existen bastantes rasgos comunes, tanto en el funcionamiento mental como en la manera de desarrollar manifestaciones psicopatológicas, y sobre todo en la manera de quejarse de ellas y de presentarlas al médico y al terapeuta. El desmembramiento de esta gran categoría en sólo los reagrupamientos sintomáticos específicos que determinan entidades clínicas precisas corre el riesgo de hacer perder al clínico lo que las neurosis tienen en común, más allá de tal o cual síntoma, privando de esta manera a su mirada clínica de su necesaria profundidad.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Cullen, W. (1819), *Éléments de médecine pratique,* t. II, París, Méquignon-Marvis. [*Elementos de medicina práctica*, tomo II. Versión española de Bartolomé Piñera y Siles, Imprenta Benito Cano, Madrid, 1791.]

Deniker, P., J. Sutter y S. Follin (dirs.) (1978), *Le Concept de névrose invalidante et la pratique psychiatrique,* Laboratoire Spécialisé, París.

Freud, A. (1937), *Le Moi et les Mécanismes de défense,* PUF, París, 1949.

Freud, S. (1895), IX. "Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de 'neurosis de angustia'", en "La neurastenia y la neurosis de angustia", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 183-198.

——— (1898), XV. "La sexualidad en la etiología de las neurosis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 318-329.

Freud, S. (1915), XC. "La represión", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII,

booksmedicos.org

3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2053-2060.
——— (1915-1917) “Lecciones introductorias al psicoanálisis”, *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2123-2412.
Janet, P. (1909), *Les Névroses,* Flammarion, París.
Le Guen, A., A. Oppenheimer y R. Perron (dirs.) (1991), *Angoisse et complexe de castration*, PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Widlöcher, D. (1998), “Concept de névrose”, *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37300-A10, Elsevier Masson, París.

booksmedicos.org

XVIII. TRASTORNOS ANSIOSOS Y FÓBICOS

VASSILIS KAPSAMBELIS

Los términos ansiedad, angustia, miedo (y fobia) son muy próximos y en ciertas lenguas no se distinguen. De manera clásica se considera que las manifestaciones clínicas que corresponden a estas nociones son idénticas, consistiendo la diferencia en la existencia o no de un objeto o situación exteriores en relación con estas manifestaciones: la angustia y la ansiedad son sin objeto exterior, contrariamente al miedo y a la fobia. La angustia constituye, por lo demás, una experiencia mayor del psiquismo humano, testigo de sus interrogaciones existenciales.

XVIII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XVIII.1.1. *Historial y terminología*

El término *angustia* proviene del latín, donde se escribe igual que en español, y designa el estrechamiento, la dificultad, el apuro, el aprieto, el malestar, el sentimiento de opresión. El término *ansiedad* proviene del latín *anxietas* y designa la disposición a la inquietud. Debido a sus significados iniciales, la palabra angustia ha sido utilizada frecuentemente para describir el componente físico de la clínica (en relación con el angor, la angina de pecho), en tanto que la palabra ansiedad se reserva para los trastornos psicológicos.

El término *fobia* proviene del griego φόβός: *fobos,* palabra que inicialmente significaba la huida y después la fuerza que impulsa a la huida, o sea, el miedo, el pánico. El término fobia aparece y se impone en el vocabulario médico entre finales del siglo XVIII y la mitad del XIX. Con las obsesiones, las fobias fueron consideradas como "manías sin delirio" (Pinel), "monomanías" (Esquirol) o formas del "delirio emotivo" (Morel). Las principales fobias fueron descritas a partir de la segunda mitad del siglo XIX. La agorafobia (del griego ἀγορά: ágora, plaza pública) fue aislada por el neurólogo alemán Carl Westphal en 1871.

Contrariamente a las fobias, la angustia y la ansiedad estuvieron poco presentes en los manuales de psiquiatría del siglo XIX y no dieron lugar a descripciones clínicas particulares. A finales del siglo XIX, Freud y Janet las colocaron en el centro de las

booksmedicos.org

patologías que, en esa época, comenzaron a reagruparse bajo el nombre de *neurosis* (véase el capítulo XVII). Freud aisló en 1895 la *neurosis de angustia* en una descripción clínica que sigue siendo clásica. En su clasificación, la neurosis de angustia fue calificada como *actual,* es decir, en relación con tensiones de origen sexual sin trastornos psíquicos asociados; es vecina, pues, de nociones como el *estrés*. Freud la consideró como la fase prodrómica de dos neurosis propiamente dichas ("psiconeurosis"): la histeria y la neurosis fóbica (*histeria de angustia,* en su terminología). La neurosis de angustia permanecerá como una entidad clínica autónoma en el seno de las neurosis hasta la refundación de la nosografía propuesta por la tercera edición (1980) del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, que reunirá un gran número de entidades clínicas anteriormente separadas (trastornos ansiosos, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos postraumáticos) bajo el denominador común de la ansiedad. No obstante, la quinta edición de este manual (DSM-5, 2013) limita nuevamente los "trastornos ansiosos" a las diferentes variedades de la ansiedad y a las fobias.

La obra clásica de Pitres y Régis *Las obsesiones y las impulsiones* (1902) describe dos grupos de fobias: *1)* las *panofobias* o fobias difusas, que corresponden a la neurosis de angustia y que se caracterizan por una tensión emocional permanente, una espera ansiosa, con paroxismos de ataques ansiosos sin motivo aparente; *2)* las fobias sistematizadas o *monofobias,* que se subdividían en tres grupos: *a)* las fobias de los objetos (por ejemplo, *hematofobia, toxicofobia*); *b)* las fobias de los lugares (o *topofobias*), de los elementos, de las enfermedades, de la muerte (por ejemplo, *agorafobia, claustrofobia, acrofobia* y también *aerofobia, clinofobia*, *ereutofobia, tanatofobia*…), y *c)* las fobias de los seres vivos (por ejemplo, *zoofobias*, *aracnofobia*). A todo lo largo del siglo XX fueron descritas varias centenas de fobias. Es interesante constatar que los clínicos de hoy en día, al igual que los de hace un siglo, subrayan el *continuum* entre miedos, fobias, obsesiones y compulsiones (Marks, 1987).

XVIII.1.2. *Situación nosográfica*

La CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición) de la Organización Mundial de la Salud (1992) propone dos grandes categorías para los trastornos ansiosos, en el capítulo de los trastornos neuróticos: *1)* los *trastornos ansiosos fóbicos,* que incluyen la agorafobia (con o sin ataque de pánico), las fobias sociales, las fobias específicas o aisladas, y los otros trastornos ansiosos fóbicos; *2)* los *otros trastornos ansiosos*, que incluyen al ataque de pánico (o ansiedad episódica paroxística), la ansiedad generalizada, el trastorno ansioso y depresivo mixto, y los otros trastornos ansiosos mixtos (donde se encuentran, por ejemplo, los trastornos ansiosos asociados a los trastornos obsesivos-compulsivos, a los trastornos somatomorfos, etcétera).

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, en su tercera (1980) y cuarta (1994) ediciones, había

booksmedicos.org

propuesto un amplio agrupamiento que, bajo la denominación de *Trastornos ansiosos,* reagrupaba casi la totalidad de las patologías neuróticas con excepción de los trastornos histéricos, incluyendo especialmente las diferentes manifestaciones de la antigua neurosis de angustia, las fobias, los trastornos obsesivo-compulsivos y la antigua neurosis traumática. La quinta edición de este manual (DSM-5, 2013) regresó al agrupamiento tradicional de trastornos ansiosos y fobias. La categoría "trastornos ansiosos" incluye, pues, los siguientes "trastornos" (entidades clínicas): *a)* la angustia de separación, *b)* el mutismo selectivo (inhibición de la palabra en el niño en ciertas situaciones sociales específicas y públicas), *c)* las fobias específicas, *d)* la fobia social ("trastorno de ansiedad social"), *e)* el trastorno pánico (repetición de *ataques de pánico*, manifestación que corresponde a la crisis de angustia clásica, paroxística y de aparición súbita), *f)* la agorafobia, que tiene un sentido más genérico que el de la primera utilización de este término en el siglo XIX, en la medida en la que reagrupa toda clínica ansiosa ligada a sitios o a situaciones, y *g)* la ansiedad generalizada (la ansiedad crónica).

XVIII.2. Datos e investigaciones biomédicos

XVIII.2.1. *Epidemiología*

Los trastornos ansiosos son muy frecuentes. Se estima que, en su conjunto (incluyendo, pues, todas las entidades comprendidas dentro de la denominación "trastornos ansiosos"), afectan a un adulto unas siete veces por año. La ansiedad generalizada es la más frecuente (2% de la población por año, 6% en la vida de la persona), seguida del trastorno de pánico (1 y 3%, respectivamente). Las fobias son igualmente muy frecuentes: 0.6 y 1.8% para la agorafobia; 1.7 y 4.7% para la fobia social; 4.7 y 11.6% para las fobias específicas. La frecuencia de los trastornos ansiosos y fóbicos es dos veces más elevada en la mujer que en el hombre (Haute Autorité de Santé*:* HAS, 2007).

XVIII.2.2. *Investigaciones biológicas*

Desde el punto de vista de las investigaciones biológicas, la angustia no se diferencia del miedo, y este último remite a comportamientos fundamentales del reino animal en relación con el instinto de autoconservación y de supervivencia. Hacia finales del siglo XIX, la hipótesis James-Lange hacía de las emociones, y por ende de la ansiedad / miedo, una reacción "periférica": la percepción por el córtex cerebral de un cambio en el entorno entraña un cierto número de modificaciones corporales periféricas que son experimentadas a nivel central como emociones. El gran fisiólogo norteamericano Walter Cannon sostendría una hipótesis "central" que implicaba al hipotálamo, estructura subcortical que se encuentra en la encrucijada de las vías provenientes de los órganos de

booksmedicos.org

los sentidos (vía el tálamo) y el sistema nervioso periférico. Para él, frente a un peligro, la reacción activa (combatir o huir) estaría asociada a una activación del sistema nervioso autónomo simpático (hipertensión, taquicardia), en tanto que la reacción pasiva (inmovilidad) estaría asociada a una activación del sistema autónomo parasimpático (hipotensión, bradicardia). Actualmente la investigación biológica tiende a precisar mejor los "circuitos" del sistema nervioso central implicados en las reacciones de miedo. Ha aislado tres: *a)* el circuito tálamo-hipocampo-amígdala, concernido en los comportamientos de miedo, de estrés, de agresividad, de defensa, de huida o de combate; *b)* la vía septo-hipocámpica, entre el *septum,* parte del rinencéfalo (vías olfativas) y el hipocampo, que estaría en relación con la inhibición de las conductas, y *c)* el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, responsable de la producción de adrenalina y de corticoides, activado en las situaciones de estrés (véase también "Biología del miedo", apartado V.2.1).

XVIII.3. La clínica

XVIII.3.1. *La clínica de la ansiedad*

Se puede explicar la clínica de la angustia a partir de tres aspectos: el *síndrome físico* de la angustia, el *síndrome mental* y el *síndrome conductual*.

El *síndrome físico* implica una perturbación del sistema neurovegetativo ("tempestad vegetativa", Lépine y Chignon, 1994), con manifestaciones que conciernen a casi la totalidad de los sistemas: cardiovascular (taquicardia, palpitaciones, hipotensión arterial, desmayo, palidez, "vértigos", "síncope"); respiratorio (disnea, sofocación, opresión, crisis asmatiformes); digestivo ("atorón" gástrico o esofágico, espasmos y dolores epigástricos, náuseas, vómitos, diarrea); urinario (poliuria, polaquiuria); muscular (temblores, escalofríos, inestabilidad, agitación). Estos trastornos se acompañan de una *hiperestesia sensorial* (reacciones de alarma y de sobresalto al menor estímulo sonoro). Los trastornos del sueño son frecuentes (insomnio, pero también hipersomnia o accesos de somnolencia), y pueden existir trastornos de las conductas alimentarias (accesos de bulimia).

El *síndrome mental* incluye sentimiento de inquietud, de aprehensión, de miedo, que pueden llegar hasta el pánico y el terror, y acompañarse de la sensación de "volverse loco" y del temor de "hacer cualquier cosa". Se observará que la ansiedad preexiste a su objeto: ya está allí y busca un objeto para fijarse en él; la transformación de la angustia en miedo abre posibilidades de defensa contra ella, ya sea organizando conductas de evitación, ya sea lanzándose hacia actividades más o menos eficaces o estériles en relación con el objeto de la inquietud. El síndrome mental incluye igualmente toda una clínica de la duda, de la incertidumbre, de la indecisión, del titubeo, de la interrogación sin fin. Henri Ey (1950) definió la ansiedad por tres elementos: *a)* la amplificación

booksmedicos.org

desmesurada (de un peligro, de un riesgo, de una situación peligrosa o supuestamente tal), *b)* la espera del peligro y *c)* el desasosiego.

El *síndrome conductual* describe las conductas en relación con la clínica que acabamos de describir. Puede incluir actitudes de estupefacción, de postración, o por el contrario una agitación desordenada que conduce a descargas motrices, en ocasiones incontrolables, de carácter clástico o suicida. Cuando la actividad es más coordinada se caracteriza por su ineficacia, acompañándose de un sentimiento de impotencia que a veces se resuelve en una "crisis de llanto", o incluso una "crisis de nervios".

XVIII.3.2. *Las dos formas clínicas de la ansiedad*

Se distinguen dos formas clínicas de la ansiedad que, aunque pueden combinarse, corresponden a mecanismos, personalidades y tratamientos medicamentosos diferentes.

Las *crisis de angustia*, también llamadas *ataques de pánico,* son manifestaciones paroxísticas de aparición súbita, que pueden estar en relación con una situación fobógena (agorafobia) o aparecer fuera de todo contexto ansiógeno, e incluso durante el sueño. Duran de algunos minutos a algunas horas y pueden conducir, en los casos más graves, a gestos impulsivos (acto suicida en un *raptus* ansioso, deambulación y fuga ansiosa). Su frecuencia es variable, desde un episodio único a varios en el curso de la misma semana, en un periodo de algunos meses. Por este hecho el sujeto desarrolla una importante *ansiedad anticipatoria,* organizando su vida en el temor de una nueva crisis, o desarrollando conductas tendientes a conjurar y dominar la aparición.

La ansiedad puede ser *crónica,* definida entonces como "flotante" o "latente" ("ansiedad generalizada" de la terminología actual). Se manifiesta por una *espera ansiosa,* sentimiento de inseguridad y de temor permanente e impreciso que se asocia a ciertos rasgos de personalidad ("temperamento ansioso", "nerviosismo", "hiperemotividad"). Las personalidades subyacentes corresponden a dos tipos, ya sea individuos tímidos, emotivos, temerosos, ya sea individuos que viven con una ansiedad crónica investida en una hiperactividad frecuentemente profesional y que corresponden a la noción de *estrés crónico*. En ambos casos existe un riesgo de abuso de psicotrópicos (café, alcohol, tranquilizantes…).

XVIII.3.3. *Las fobias*

Las fobias realizan síndromes ansiosos, principalmente crisis de angustia, de manera sistemática e inmediata al contacto con un objeto o situación que *a priori* no presenta un carácter peligroso. El fóbico está consciente del carácter patológico de su trastorno; realiza habitualmente *conductas de evitación* para no encontrarse confrontado con los objetos o situaciones fobógenas, aunque consulta muy rara vez por su síntoma, que a veces se acompaña de sentimientos de vergüenza. Existe una gran cantidad de fobias,

booksmedicos.org

que se llaman "simples" o "específicas" puesto que están vinculadas con una única situación precisa. Las más frecuentes son las fobias a los animales *(zoofobia),* a los espacios cerrados *(claustrofobia),* a las alturas y al vacío *(acrofobia),* a la sangre, a las maniobras médicas (aplicación de inyecciones), a la multitud y a los espacios públicos *(agorafobia),* a los accidentes, a las enfermedades *(nosofobia),* etc. Muchas de estas fobias se remontan muy frecuentemente a la infancia del individuo. Las fobias, algunas de las cuales se atenúan o se apaciguan por el acompañamiento de una persona *(objeto contrafóbico),* pueden conducir a importantes limitaciones en la vida del sujeto *(fobia invalidante):* imposibilidad de utilizar el auto o los transportes colectivos (angustia de los transportes), evitación de la multitud o de los espacios públicos, etcétera.

Algunas fobias pertenecen más bien al registro obsesivo (véase también el capítulo XX). Tal es el caso de las *fobias de impulsión,* que generan un temor obsesivo a cometer un acto peligroso, ridículo u obsceno. Entre ellas se encuentra la fobia de defenestración, claramente ilustrada en el filme de Woody Allen *Whatever Works [Así pasa cuando sucede]* (2009), o incluso la fobia de las armas y de los instrumentos cortantes (temor obsesivo de herirse o de agredir a otros). La *nosofobia* conduce igualmente a diversos ritos y compulsiones, entre las conductas obsesivo-compulsivas y la hipocondría. La *eritrofobia* o *ereutofobia* (temor de sonrojarse, del griego éritros, rojo, o éreutos, sonrojo de la vergüenza) fue descrita por Pitres y Régis en 1897 y concierne sobre todo a los hombres jóvenes. Puede plantear preguntas diagnósticas respecto de la despersonalización.

XVIII.3.4. *La fobia social*

El término *fobia social* ("trastorno de ansiedad social" en el DSM-5, 2013) vino a consagrar como "trastorno" autónomo una imagen clínica muy difundida, más conocida como "pena", "timidez", "miedo a aparecer en público" o "reserva excesiva". La fobia social concierne a toda situación de temor de contacto con los demás, ya sea el simple trato social o las situaciones de presentación o de actividad en público (tomar la palabra, participar en reuniones, pero también comer en una colectividad o trabajar bajo la mirada de los demás). Implica reacciones de ansiedad, hasta de ataques de pánico, cuando el sujeto se encuentra en tal situación y produce ansiedad anticipatoria, inhibición y conductas de evitación. Se distingue de la timidez en el sentido de que esta última no está desprovista del deseo, reconocido por el sujeto, de entrar en relación con los demás, en tanto que en el caso de la fobia social son los sentimientos de temor, de humillación y las ideas de autodevaluación los que aparecen en un primer plano y el sujeto desarrolla habitualmente la convicción de que será juzgado de manera negativa o incluso que se mostrará ridículo. Se puede relacionar a las fobias sociales con lo que ahora se llama "el síndrome de Diógenes" o con la tendencia de algunos adolescentes a retirarse del mundo (rechazo de la escolaridad, enclaustramiento en su habitación, en ocasiones con adicción a la computadora); estas manifestaciones plantean la duda diagnóstica diferencial, en el

booksmedicos.org

primer caso con la demencia y la depresión, y en el segundo con la fase inicial de la esquizofrenia (véase el capítulo XXVI).

XVIII.4. Caso clínico de crisis de angustia (ataques de pánico)

M. L. es un varón de 28 años que consulta debido a varios episodios de sofocación en el metro. Es casado, padre de dos niños, a punto de obtener un nuevo empleo muy prometedor y muy esperado tras un periodo de desempleo. El episodio inicial tuvo lugar dos meses atrás: mientras se encontraba en una línea del metro que utiliza casi cotidianamente, fue víctima súbitamente de una sensación de pánico acompañada de sudores profusos y de la impresión de que estaba a punto de desvanecerse, al grado de que fue obligado a abandonar el metro y salir a la superficie. Posteriormente este incidente se repitió en algunas ocasiones obligándolo a desplazarse a pie, y más recientemente presentó el mismo episodio una noche mientras miraba tranquilamente la televisión con su mujer. Describió una infancia, una adolescencia y una vida de pareja sin problemas particulares, fuera del desempleo que afectó considerablemente su optimismo y su confianza habituales. El empleo al cual se postuló es tanto más importante para él ya que le fue propuesto por relaciones de su padre. Al cabo de dos entrevistas M. L. acepta, no sin vacilar, un tratamiento con paroxetina (10 mg por día). Los trastornos se atenuaron progresivamente para finalmente desaparecer al cabo de tres semanas. El tratamiento prosiguió durante seis meses, en el curso de los cuales las entrevistas bimensuales y después mensuales permitieron poner mejor en evidencia los compromisos profesionales de este joven frente a un padre al cual está muy unido, teniendo al mismo tiempo la sensación de que nunca podrá triunfar en la vida al igual que él.

XVIII.5. Psicopatología

XVIII.5.1. *El enfoque psicoanalítico*

Freud fue de los primeros, a finales del siglo XIX, en captar el carácter central de la angustia en psicopatología. Intentó elaborar modelos teóricos de ella a todo lo largo del desarrollo de su obra. Se distinguen dos grandes teorías de la angustia.

La primera está en relación con el sitio que Freud otorgaba a la sexualidad en la patología mental. La angustia sería la manifestación de una excitación sexual que no llegaba a su descarga natural; sería, pues, debida a una "acumulación de tensión sexual física" que no encontraba ni el camino de su realización ni el de su "psiquización" (mentalización), es decir, el camino de su vinculación con las representaciones mentales. En el texto donde propuso la creación de una entidad de "neurosis de angustia" a partir de la neurastenia, entidad clínica muy en boga a finales del siglo XIX (véase el capítulo XVII), puso en paralelo las manifestaciones fisiológicas de la angustia con las del coito:

booksmedicos.org

aceleración respiratoria, palpitaciones, sudoración, congestión… Dentro de esta concepción, que de alguna manera preparaba el terreno a las teorías psicosomáticas contemporáneas, la angustia aparecía como "el afecto más elemental, el más primordial, el más próximo a una excitación que se descarga de manera no especificada" (Laplanche, 1980). En las *Lecciones de introducción al psicoanálisis,* Freud (1916-1917) reafirma esta posición al distinguir la *angustia de lo real* (ligada a la percepción de un peligro exterior) y la *angustia neurótica,* de la que expuso tres formas: la angustia flotante (espera ansiosa), la angustia vinculada con las fobias y la angustia que se presentaba por accesos. En todos los casos, *"la angustia nace de la libido",* está en relación con una acumulación de ésta, del deseo sexual cuyo curso normal se halla obstaculizado. Dentro de esta concepción la angustia es lo que queda cuando son reprimidas las representaciones inaceptables para el yo: la represión rompe el vínculo entre representación y afecto, volviéndose inconsciente la primera y convertido el segundo en algo "flotante", "no vinculado", en angustia.

En el texto *Inhibición, síntoma, angustia,* Freud (1926) elaboró una segunda teoría de la angustia en la cual el yo era, a la vez, el agente de la represión y el "sitio de la angustia". El yo procede a la represión de las mociones pulsionales cada vez que éstas parecen ponerlo en peligro, y este peligro es "señalado" por la aparición de la angustia. Ésta es, pues, a partir de allí, no el producto final de la represión, sino el afecto que la desencadena. Se trata de la "angustia de castración" en el sentido de que se desencadena cada vez que la perspectiva de realización de un deseo se enfrenta con el temor de las consecuencias fantasmáticas y simbólicas de esta realización, especialmente las prohibiciones del superyó (véase también el capítulo XVII). En definitiva, con esta segunda teoría de la angustia, ésta ya no es *automática* (desencadenada a partir de la represión), sino que se convierte en *señal de angustia,* advertencia que tiene como finalidad proteger al yo contra el peligro, incluyendo el peligro de la pérdida de objeto.

La fijación de la angustia sobre un objeto fue estudiada por Freud como uno de los medios más eficaces para luchar contra ella, desplazando el temor inconsciente hacia un objeto exterior elegido por su carácter simbólico, y organizando por este hecho las conductas de evitación. El caso clínico paradigmático fue el del *pequeño Hans,* un niño de cinco años que desarrolló un temor hacia los caballos (Freud, 1909). Freud mostró el carácter de la angustia de castración de esta fobia, poniendo en evidencia que el mecanismo de defensa principalmente implicado aquí era el del desplazamiento (de la representación del padre hacia la del caballo), reuniendo esta última por lo demás la ambivalencia al respecto del padre, a la vez objeto de sentimientos de temor y hostiles, pero también percibido como cariñoso y afectuoso). No obstante, Denis (2006) hizo notar que este modelo clásico de la fobia podía dar la idea de "buenas fobias": "un individuo podría sufrir sólo de una fobia aislada que tendría el mérito saludable de protegerlo de la angustia y de dar su libertad al resto del funcionamiento psíquico". Ahora bien, el funcionamiento fóbico implica "un mínimo de elaboración psíquica" y es poco favorable al desarrollo del pensamiento.

La angustia es un concepto de elaboración continua dentro de la teoría psicoanalítica,

booksmedicos.org

y numerosos psicoanalistas (Klein, Pasche, Lacan, Winnicott, Green…) han aportado, en estos últimos decenios, contribuciones mayores para su profundización (Amar *et al.,* 1997; Jeanneau, 1997; Kapsambelis, 2007).

XVIII.5.2. *El enfoque conductual*

Las fobias y la ansiedad constituyen un terreno particularmente propicio para las demostraciones de psicología experimental utilizadas por la corriente conductista. El caso del *pequeño Alberto* presentado por John Watson en 1920 puede considerarse como la respuesta al *pequeño Hans* publicado por Freud 10 años antes. Se trataba de la instalación de una fobia a los ratones por condicionamiento en un niño de 11 meses: el ratón constituía inicialmente un estímulo neutro, pero asociado en un segundo tiempo a un ruido violento que hacía llorar al niño (estímulo incondicional), se volvió fobógeno incluso en la ausencia del ruido (el ratón se volvió, pues, el estímulo condicionado del miedo).

Los trabajos de Burrhus Skinner (1974) enriquecieron el enfoque conductista desarrollando las nociones de reforzamiento positivo y negativo, que encontraron numerosas aplicaciones en las terapias conductuales. En estos últimos decenios esta corriente se ha vinculado con los trabajos de etología concernientes a las "señales de seguridad" que permiten estudiar no sólo la utilización de mecanismos que logran hacer frente al miedo, a la ansiedad y al estrés, sino también la génesis de estos mecanismos a través de la relación con la madre, y su perturbación en caso de separación precoz.

XVIII.5.3. *El enfoque cognitivista*

De manera esquemática, las investigaciones de psicología cognitiva sobre la ansiedad siguen dos grupos de hipótesis (Besche-Richard, 2000; Boyer, 2005).

Las hipótesis relativas al *tratamiento de la información,* a la *atención* y a la *distracción* parten del principio de que todo estímulo desencadena un estado de alerta *(arousal)* que conduce a una extracción de los rasgos más característicos del estímulo y que llega a una elección de respuesta (incluyendo una posible respuesta motriz). La etapa de extracción, es decir, la de la selectividad de los rasgos más notorios del estímulo, necesita la movilización de la atención y conduce a un aumento de la vigilancia. Para ciertos investigadores, es esta hipervigilancia la que está en relación con el desarrollo de la ansiedad. Para otros, la propia ansiedad es fuente de estímulos (internos) que movilizan una parte de las capacidades de la atención, favoreciendo de esta manera la distracción en detrimento del resultado. Para Eysenck (1990) la propia ansiedad es factor de distracción puesto que favorece la percepción de un gran número de estímulos, incluso no pertinentes.

Las hipótesis relativas al *sesgo atencional* y a la *activación preferencial de*

booksmedicos.org

representaciones amenazantes verifican en qué medida el sujeto ansioso opera, por medio de pensamientos automáticos —esto es, utilizando la memoria implícita—, una selección de estímulos (sesgo atencional) con una preferencia por aquellos que tienen un carácter amenazante (estímulos ansiógenos). Numerosas situaciones experimentales han mostrado que los individuos ansiosos tratan de manera preferencial los estímulos ansiógenos, incluso cuando éstos no son pertinentes. No obstante, la hipervigilancia ansiosa no parece estar ligada exclusivamente a los estímulos ansiógenos, sino que podría también concernir a los estímulos positivos.

XVIII.6. TERAPÉUTICA

Los antidepresivos inhibidores de la recaptura de la serotonina (IRS), como la paroxetina, el citalopram, etc., son particularmente eficaces en el tratamiento de las crisis de angustia (ataques de pánico) de repetición; bajo tratamiento las crisis se hacen raras al cabo de algunas semanas, pierden intensidad y más tarde desaparecen. Dentro del marco de una consulta psiquiátrica que concede un amplio sitio a la palabra del paciente, que permite explorar cuidadosamente las condiciones y el contexto de vida dentro del cual aparecen, alcanzan en la mayoría de los casos una muy buena respuesta terapéutica. Por el contrario, los trastornos ansiosos crónicos (ansiedad generalizada) son mucho menos sensibles a estos medicamentos. Generalmente el tratamiento medicamentoso se apoya en los tranquilizantes, lo más frecuentemente del tipo de las benzodiacepinas: bromazepam, alprazolam, lorazepam, oxazepam, clorazepato…, cuya eficacia es variable: generalmente es buena al principio del tratamiento, pero en ciertos casos muestra una tendencia al agotamiento del efecto, lo que conduce a veces a un aumento de las posologías con el riesgo de acostumbramiento o de dependencia. En otros casos, estos medicamentos pueden entrañar una reacción paradójica con reactivación de la angustia al principio o a lo largo del tratamiento. Los tranquilizantes están extremadamente difundidos en el mundo occidental, y especialmente en Francia, donde según los estudios un tercio a un cuarto de la población adulta los consume más o menos de manera regular durante el año. Son prescritos en su gran mayoría por los médicos generales y han suscitado múltiples reportes de expertos estos últimos decenios debido a los problemas de salud pública que plantean.

Los *enfoques psicoanalíticos* son todavía muy utilizados, especialmente para los síndromes ansiosos crónicos, pero también para las fobias o los ataques de pánico como segunda intención. Están dirigidos a los individuos que tienen una cierta curiosidad por su funcionamiento mental, que no se contentan con los tratamientos medicamentosos, incluso eficaces, y que se adaptan mal a las técnicas conductuales. Puede utilizarse toda la gama de técnicas, desde la "psicoterapia psicoanalítica" hasta la cura típica, según la demanda del paciente. La *escucha* y la *comprensión psicoanalíticas* de los síndromes ansiosos sigue siendo, por lo demás, un instrumento precioso en el trabajo de la consulta psiquiátrica.

booksmedicos.org

Las *terapias congnitivo-conductuales* (TCC) (Cottraux, 2004; Loas *et al*., 1991) se utilizan ampliamente en las fobias y en los ataques de pánico, pero también en los síndromes ansiosos crónicos. Necesitan una cooperación sostenida por parte del paciente. Su finalidad es poner en evidencia, y después modificar, un cierto número de "creencias" y de "esquemas" cognitivos en relación con las situaciones ansiógenas. Pueden utilizarse varias técnicas, ya sea basadas en procedimientos conductuales, ya sea, de manera más típica, en procedimientos cognitivos: técnicas de exposición, de reestructuración cognitiva, de administración de la ansiedad, etcétera.

Finalmente, pueden resultar particularmente útiles en todos los síndromes ansiosos diversas formas de enfoque corporal (por ejemplo, la relajación).

Conclusión

Los "trastornos ansiosos" han adquirido una considerable extensión dentro de los sistemas clasificatorios contemporáneos, puesto que tienden a englobar al conjunto de las patologías neuróticas, con excepción de los diferentes trastornos que entran más o menos dentro del cuadro de la tradicional histeria. Por este hecho tienen la ventaja de colocar nuevamente a la angustia en el centro de estas patologías, pero también el inconveniente de priorizar un síntoma, ciertamente central, en detrimento de la complejidad de las diferentes organizaciones psicopatológicas que se derivan de ella y que remiten a procedimientos defensivos (contra la ansiedad) y a perfiles de personalidad muy diferentes. El enfoque psicopatológico es, pues, indispensable para que, a partir de la angustia, estas distintas imágenes clínicas sean apreciadas en sus diferencias y en su diversidad.

BIBLIOGRAFÍA

Amar, N., A. Le Guen y A. Oppenheimer (dirs.) (1997), *Angoisse: pluralité des approches,* PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Besche-Richard, C. (2000), *La Psychopathologie cognitive,* PUF (Nodules), París.

Boyer, P. (dir.) (2005), *L'Anxiété généralisée,* John Libbey Eurotext, París.

Denis, P. (2006*), Les Phobies*, PUF (Que sais-je?), París.

Ey, H. (1950), "L'Anxiété morbide, Étude nº 15", en *Études psychiatriques,* t. II: *Aspects séméiologiques,* Desclée de Brouwer, París, pp. 379-426. [*Estudios Psiquiátricos,* vol. I. Versión española de Humberto Casarotti, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2008.]

booksmedicos.org

Eysenck, M. W. (1990), "Anxiety and cognitive functioning", en G. D. Burrows (dir.), *Handbook of Anxiety,* vol. III, Elsevier, Ámsterdam, pp. 419-435.
Freud, S., 1894 [1895], IX. "Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de 'neurosis de angustia'", en "La neurastenia y la neurosis de angustia", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 183-198.
——— (1909), XL. "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso 'Juanito')", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1365-1440.
——— (1915-1917), XCVII. "Lecciones introductorias al psicoanálisis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2123-2412.
———, 1925 [1926], CXLV. "Inhibición, síntoma y angustia", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2833-2883.
Haute Autorité de Santé (2007), *Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves,* París.
Jeanneau, A. (1997), "Pour une clinique psychanalytique de la phobie: valeur fondatrice de la notion d'hystérie d'angoisse", en A. Fine, A. Le Guen y A. Oppenheimer (dirs.), *Peurs et phobies,* pp. 97-112, PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París.
Kapsambelis, V. (2007), *L'Angoisse,* PUF (Que sais-je?), París.
Laplanche, J. (1980), *Problématiques. I. L'Angoisse,* PUF, París. [*La angustia (problemáticas I)*. Versión española de Silvia Bleichmar, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.]
Lépine, J.-P., y J.-M. Chignon (1994), "Sémiologie des troubles anxieux et phobiques", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37112-A10, Éditions Techniques, París.
Marks, I. M. (1987), *Fears, Phobias and Rituals,* Oxford University Press, Oxford.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Madrid, Meditor, 1992.]
Skinner, B. F. (1974), *About Behaviorism,* Vintage Books, Nueva York. [*Sobre el conductismo.* Versión española de Fernando Barrera, Orbis Press, Barcelona, 1986.]
Steimer, T. (2002), "The biology of fear-and anxiety-related behaviors", *Dialogues in Clinical NeuroSciences,* 4, 3, pp. 231-249.

booksmedicos.org

XIX. HISTERIA

CATHERINE LIERMIER

Capaz de simular todas las patologías somáticas, planteando la pregunta sobre las fronteras entre lo normal y lo patológico y la de la diferencia de los sexos, la histeria ha hecho correr mucha tinta desde la Antigüedad egipcia. Su territorio ha sido reivindicado a lo largo del tiempo por diferentes poderes: clerical, filosófico, artístico y médico (Trillat, 1986).

XIX.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XIX.1.1. *La terminología*

La palabra *histeria* se encuentra en el griego antiguo *(hystéria)* que deriva del sustantivo ὑστέρα (útero). Significa "afección de la matriz", explicando por qué durante siglos esta enfermedad fue considerada como exclusivamente femenina. En español proviene del francés *hystérie,* adjetivo que apareció en el siglo XVI proveniente de la raíz latina *hystericus*. El sustantivo *hystérie* derivó de ella a principios del siglo XVIII.

Otros términos más recientes se vinculan con la histeria. El término *histrionismo* es sinónimo de personalidad histérica; proviene del latín *histrio* (mal comediante, que representa farsas bufonescas) y designa la tendencia a las manifestaciones emocionales espectaculares, llamadas igualmente *teatralidad.* Los términos *disociación* y *trastornos disociativos* designan algunas manifestaciones psíquicas de la histeria descritos por Pierre Janet, quien introdujo ese término retomado después por la literatura de lengua inglesa. Esta concepción de la disociación no debe confundirse con la utilización francesa de ese término, en relación con la esquizofrenia (Kapsambelis, 2008) (véase también el capítulo XXIII). El término *trastornos somatomorfos* es todavía más reciente; asocia una raíz griega (*soma:* cuerpo) y una raíz latina (*morfo:* forma) para designar los trastornos que toman un cariz somático, sin lesión orgánica.

XIX.1.2. *Historia*

booksmedicos.org

Hasta el siglo XVII prevaleció la teoría uterina, bajo el imperio del imaginario tradicional. Contorsiones y espasmos daban a los observadores la impresión de que la mujer era atacada "desde el interior", pues el útero era considerado como un "animal sensible" que vivía dentro del cuerpo de la mujer:

> La sofocación uterina [histérica] súbita […] sobreviene sobre todo en las mujeres que no tienen relaciones sexuales, y en las mujeres de una cierta edad más bien que en las jóvenes […]. La matriz, desecada por la fatiga, se desplaza, dado que está vacía y es ligera; la vacuidad del vientre hace que haya lugar para que se desplace; habiéndose desplazado se lanza hacia el hígado, se adhiere a él y se dirige a los hipocondrios […]. Cuando se ha lanzado sobre el hígado, causa una sofocación súbita, interceptando la vía respiratoria que está en el vientre [Hipócrates, *De las enfermedades de las mujeres*, Libro VIII, edición de Littré].

De ahí los tratamientos por fumigaciones perfumadas hacia la matriz, de sustancias fétidas por las narinas, con el fin de obligar al útero a regresar a su lugar (Trillat, 1986). En la Edad Media, una proporción considerable de mujeres quemadas bajo la acusación de hechicería presentaban probablemente manifestaciones histéricas, atribuidas entonces a las manifestaciones de una posesión satánica.

En el siglo XIX la histeria se convirtió en la sede de una lucha entre quienes sostenían una organogénesis y aquellos que proponían una psicogénesis. En esa época, la histeria y la epilepsia, tal como ahora las conocemos, se distinguían difícilmente. Corresponde a Babinski, alumno de Charcot, el mérito de haber clasificado y distinguido los síntomas neurológicos de los síntomas de naturaleza psicológica. Como escribe Gladys Swain:

> Charcot estará en el centro de la gran transformación que contemplará el paso de la milenaria histeria femenina a la moderna histeria psíquica, desfeminizada al ser generalizable. Más allá de la histeria, se trató de un nuevo modelo del funcionamiento mental lo que se construyó poco a poco, formalizado por Freud, inspirado por el postulado de Charcot de una "lesión en la idea". Lesiones inaprehensibles por los medios habituales de observación, ya fueran anatómicos, histológicos o químicos, pero que no por eso dejaban de producir efectos objetivamente descubribles. Las lesiones típicas de la neurosis [Gauchet y Swain, 1997].

La histeria suscitó numerosas epidemias: desde aquellas, históricas, de las posesas de Loudoun y las convulsionarias del cementerio de Saint-Médard, hasta las manifestaciones de histeria colectiva observadas en nuestros días en los conciertos de rock. En la época de Charcot, hacia finales del siglo XIX, se asistió en Francia a una inflación del diagnóstico de histeria, muestra de la intensidad de las investigaciones llevadas a cabo

booksmedicos.org

entonces en la Salpêtrière (Gauchet y Swain, 1997). Un siglo más tarde nacería en los Estados Unidos una "epidemia" de personalidades múltiples que originaron bastantes procesos, en la que la etiología reconocida para esta afección eran los abusos sexuales infligidos durante la infancia por padres adeptos a sectas satánicas. Las numerosas controversias suscitadas en el medio psiquiátrico entrañaron el abandono de esta denominación a favor de "trastorno disociativo de la identidad". Trémine (2008) interpreta este fenómeno como un "retorno de lo reprimido en la psiquiatría norteamericana tras un largo trabajo de des-sexualización del psicoanálisis".

XIX.1.3. *Situación nosográfica*

Dentro de la nosografía empírica francesa el término de histeria abarca: *a)* una organización psíquica que designa un tipo de personalidad y de modalidades relacionales, y *b)* manifestaciones sintomáticas corporales o psíquicas (llamadas, respectivamente, episodios de conversión somática o psíquica) y que simbolizan un conflicto relacionado con la psicosexualidad.

En las clasificaciones internacionales, el término de histeria, considerado demasiado "sexista", ha desaparecido a favor de un desmembramiento del conjunto en síndromes autónomos. La elección de los términos muestra un retorno a las tesis de Janet en detrimento de las de Freud y Charcot (Chenivesse y De Luca, 2009). Así, en la CIE-10 (décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) la histeria forma actualmente parte de:

- por un lado, los *trastornos disociativos,* que corresponden a los trastornos descritos por Janet en su tesis de medicina de 1893, titulada *El estado mental de las histéricas*. Ahí se encuentran la amnesia, la fuga, el estupor, los estados de trance y de posesión, los trastornos de la motricidad, las convulsiones, la anestesia y las alteraciones sensoriales; también ahí se clasifican el síndrome de Ganser y la personalidad múltiple;
- por otra parte, los *trastornos somatomorfos,* donde se encuentran la somatización, la hipocondría, las disfunciones neurovegetativas y los síndromes dolorosos;
- finalmente, un tipo de personalidad, la personalidad *histriónica,* que corresponde a la personalidad histérica dentro de la concepción francesa, la cual incluye, sin embargo, ciertos rasgos que en la CIE-10 se relacionan más bien con la personalidad *dependiente.*

En el DSM-5 (quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013) se encuentra la histeria dentro de dos grupos de trastornos: *a)* "trastorno: síntomas somáticos y asociados", que remplaza al término "trastornos somatomorfos" e incluye la conversión, al igual que la hipocondría como "trastorno: ansiedad de enfermedad" (observemos que los trastornos

booksmedicos.org

somatomorfos incluían también anteriormente la dismorfofobia, clasificada ahora dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos), y *b)* trastornos disociativos (amnesia disociativa con o sin fuga disociativa, trastorno disociativo de la identidad —la antigua personalidad múltiple—, despersonalización-desrealización), así como los dos tipos de personalidad (histriónica y dependiente) citados más arriba.

XIX.2. Datos e investigaciones biomédicos

XIX.2.1. *Incidencia y prevalencia*

La introducción a la tercera edición del DSM, en 1980, revolucionó los datos epidemiológicos en el sentido de una redefinición de los casos. A partir de ahí se han elaborado numerosos instrumentos de investigación diagnóstica (Spiegel, 1994).

La prevalencia de la personalidad histriónica se estima en entre 2 y 3% de la población general, y en alrededor de 10% entre los individuos que asisten a una consulta de psiquiatría. Las mujeres están más frecuentemente concernidas que los hombres (siete casos sobre 10); de 5 a 25% de las consultas psiquiátricas en un hospital general tienen que ver con un trastorno de conversión. La prevalencia a lo largo de la vida es de 0.3%. La *sex-ratio* es de un hombre por cinco mujeres en el adulto. El trastorno puede iniciarse en cualquier edad, pero se observa un pico de frecuencia en el adolescente y en el adulto joven. La personalidad múltiple y la fuga disociativa son mucho más raras. La prevalencia del trastorno doloroso se estima en 9%; se inicia en la cuarta o quinta década de la vida. La concordancia establecida entre los síntomas histéricos y los rasgos histéricos de personalidad no está confirmada: la conversión puede observarse sin personalidad histérica subyacente (Escande, 1996).

XIX.2.2. *Comorbilidades*

Las reacciones depresivas son extremadamente frecuentes. Tristeza pasiva, ansiedad mayor, astenia intensa, inhibición sin verdadero enlentecimiento, manifestaciones emocionales ruidosas, búsqueda afectiva, sentimientos de despersonalización somática y psíquica frecuentes, sin sentimiento de culpabilidad (la responsabilidad es achacada al entorno, la sociedad o el destino). Estas depresiones se desencadenan frecuentemente por la pérdida de apoyos exteriores tranquilizadores o revalorizadores: abandono, duelo, devaluación social o moral. La evolución es muy variable y depende de las circunstancias exteriores y de las actitudes del entorno. Si la pérdida de objeto es definitiva, si el entorno es desfalleciente, la depresión puede volverse crónica, tanto más por cuanto el efecto de los tratamientos antidepresivos es inconstante o pasajero.

Además de estas manifestaciones depresivas, el abuso del alcohol, de los tóxicos y de

booksmedicos.org

los medicamentos, los trastornos ansiosos, las tentativas de suicidio (frecuentes, impulsivas, no premeditadas, en reacción a una contrariedad, revistiendo frecuentemente el sentido de una llamada de auxilio) constituyen las principales comorbilidades.

XIX.3. La clínica

La histeria es un trastorno global del funcionamiento, perturbación grave sin bases orgánicas reconocidas, que afectan al sujeto en sus relaciones consigo mismo y con los demás (Quartier, 2005). Hoy en día los autores están de acuerdo en distinguir, por una parte, un conjunto de rasgos de personalidad que evocan el diagnóstico, y por otra parte, ciertos síntomas característicos (trastornos de conversión o de disociación). Según Israël (1978), sólo se puede hablar de neurosis clínica cuando los síntomas llegan a "estrechar la existencia" del individuo, ya sea por una inhibición que frena sus acciones y sus propósitos, ya sea, por el contrario, por una ausencia de inhibición que favorece los pasajes al acto.

XIX.3.1. *Los rasgos de personalidad histérica*

El *histrionismo* (o *teatralidad*) es, desde la década de 1960, el rasgo central de las descripciones de la personalidad histérica en Francia. Designa una manera de ser en el mundo que implica un público, un comportamiento de representación y de búsqueda permanente de la atención de los demás: mímica, tono, lenguaje, cuerpo, "haciéndose ver" (Lempérière, 1968). Este comportamiento demostrativo varía según el interlocutor y las circunstancias, adoptando los pacientes un discurso diferente según el personaje al que creen tratar *(plasticidad histérica)*. Los histéricos quieren ser como el otro, ya sea deseable u odioso (Scheaffer, 2006). De esta manera pueden copiar a la persona que piensa que se interesa en ellos, imitar su estilo, su manera de vestir, de expresarse (defensas "camaleónicas" descritas por Green, 2006). El filme *Zelig* de Woody Allen ilustra con humor esta manera de calca del interlocutor hasta el punto de transformarse en su imagen. Para Green (2006), "poniéndose al diapasón se borra la alteridad, se prevén los movimientos del otro, y al moldearse sobre el modelo presentado por el objeto, se tiene la esperanza de hacerse amar. Hay que ocultar lo que se es verdaderamente por miedo de ser rechazado. Es una táctica inconsciente de corta duración: la dramatización resurge a la menor ocasión bajo la forma de un conflicto agudo".

La relación con el otro brinda al sujeto histérico el sentimiento de existir y reviste un carácter imperativo, tanto y tan bien que las relaciones se anudan con facilidad y entusiasmo; se desanudan también fácilmente en medio del drama y la desesperación. La ruptura de las relaciones remite a los individuos histéricos a una soledad insoportable que los conduce a comprometerse total y frenéticamente en otras relaciones. Es este "estado

booksmedicos.org

relacional de unión con el otro lo que constituye la búsqueda del histérico, en una búsqueda del amor a través de una búsqueda agitada y nunca satisfecha" (Jeanneau, 1985). Esta búsqueda afectiva va de la mano con un temor de la sexualidad, con impotencia, con frigidez, con un desagrado por la sexualidad, una insatisfacción. Según Israël (1978), esta dependencia parece tomar el lugar de una especie de abdicación de la personalidad para confundirse con la del otro, como un medio de conservarlo. Para Jeanneau (1985), la neurosis confirma así una función muy natural de evitar la depresión al mantener la relación con el objeto. El sujeto histérico se repliega hacia esta dependencia al precio de su propia libertad.

Los afectos de los individuos histéricos los sumergen. Son susceptibles de cambios bruscos e imprevisibles, como los cambios súbitos incesantes de Nastasya Filipovna en *El idiota* de Dostoievski. Reaccionan con escándalo, con una ardiente actividad representativa: "Lo visto designa lo informulable" (Jeanneau, 1985). Tienen dificultad en distanciarse de sus experiencias. En ocasión de las frustraciones y las decepciones exageran las demostraciones afectivas (Escande, 1996). Para Jeanneau (1985), "no se trata ni de una violencia excesiva en contacto directo con la tormenta interior del perseguido, ni una exaltación exultante, ni una discordancia fundamental, sino más bien una mala regulación entre lo que se vive y lo que se ve, entre lo que se actúa y lo que se representa".

La percepción de lo real de las personas histéricas está infiltrada de representaciones imaginarias. Esta manera de separarse de la realidad en beneficio de los fantasmas puede conducirlas a perderse en ensoñaciones novelescas, en proyectos poco realistas, en fijaciones amorosas sin esperanza, como Madame Bovary, la heroína de Flaubert, que se hunde en las ansias de una exaltación romántica que sólo encuentra salida en la muerte. Para Green (2006), "la histérica se refugia en una expresión personal sobre lo afectivo, lo indecible, devaluando la iluminación por las representaciones, considerándolas como demasiado abstractas. Ella es lastimada por el conocimiento intelectual, demasiado frío, duro, alejado de la comprensión empática, intuitiva, fusional, carnal, en la que las palabras no tienen la necesidad de emplearse".

En la parte opuesta de este brío se encuentran personas histéricas borradas, tímidas, inhibidas, que exhiben un infantilismo, una dependencia de los demás. El histrionismo es entonces menos marcado. Inmadurez, pesimismo, poca estima de sí mismo y riesgo aumentado de depresión dominan el cuadro clínico (Lempérière, 1968).

La *histeria masculina,* considerada menos frecuente que la femenina, había sido no obstante citada desde la Antigüedad por Galeno y después por Charles Lepoix en 1618, seguido por Sydenham. Fue necesario esperar al siglo XIX para su reconocimiento oficial por Briquet (Trillat, 1986). En esa época Charcot vio que su consulta se llenaba de pacientes masculinos: fue el principio de los accidentes de trabajo y de los obreros del ferrocarril, depauperados, trabajadores expuestos a los traumatismos y a las intoxicaciones. Se reportó un florecimiento de la histeria de guerra en ocasión de las dos guerras mundiales (Gauchet y Swain, 1997), noción que tendría su prolongación con el desarrollo actual de la patología postraumática (véase el capítulo XXI).

booksmedicos.org

De manera clásica, la personalidad histérica del hombre se describe como próxima de la personalidad psicopática, con una posible delincuencia, un gusto por la mistificación, presuntuosidad, ensoñaciones heroicas, tendencia a la pasividad, dependencia, búsqueda pasiva del amor (Escande, 1996). Esta personalidad se puede descubrir por medio de las conductas sociales: inestabilidad profesional, imposibilidad para soportar las relaciones jerárquicas, reivindicaciones sobre el estatus de enfermo. Los fenómenos de conversión serían más raros que en la mujer, de la misma manera que el histrionismo: se observan más bien cóleras imprevisibles que parecen infundadas. Hay que evocar este diagnóstico frente a manifestaciones depresivas durables, resistentes a los tratamientos medicamentosos. Si se manifiesta el lado histriónico, el hombre histérico puede comportarse como Don Juan, multiplicando las conquistas y temiendo, paradójicamente, toda aproximación sexual (Winter, 1998).

XIX.3.2. *Las manifestaciones sintomáticas*

Como lo escribió Sydenham desde 1859, "la afección histérica imita casi todas las enfermedades que le ocurren al género humano", lo que subrayaba ya la propensión de la histeria por el *mimetismo,* la tendencia a apropiarse *(identificación histérica)* tal o cual particularidad de los demás. Las manifestaciones sintomáticas se despliegan en una gama que va de lo más corporal *(conversión somática)* hasta lo más psíquico *(disociación* o *conversión psíquica).*

Síntomas de conversión

Clásicamente se llama "conversión" a todos los trastornos histéricos que conciernen al cuerpo en ausencia de patología orgánica identificable.

Desde hace ya mucho tiempo se constata una rarefacción de las crisis de conversión aguda. Las investigaciones llevadas a cabo por Gladys Swain sobre la obra de Jean-Martin Charcot (Gauchet y Swain, 1997) la llevaron a relativizar la frecuencia de la famosa "gran crisis" en cuatro fases, que no habría merecido más que una publicación entre las muy numerosas lecciones que Charcot dictó en la Salpêtrière, pero que habría impresionado tanto que todavía se cita como un clásico. Se encuentra un ejemplo de manifestación de conversión histérica en la película *Candilejas (Limelight)* de Charles Chaplin: el personaje de Terry, la joven bailarina, sufre de una parálisis histérica de los miembros inferiores.

Los famosos "vapores" (bochornos) de las mujeres del siglo XVIII han cedido el lugar a los equivalentes: espasmofilia, crisis de nervios, síncopes, lo más frecuentemente como reacción a situaciones conflictivas.

Las manifestaciones de conversión pueden ser durables. Entre ellas se encuentran: *a)* los trastornos psicosexuales, que son constantes: impotencia, eyaculación precoz,

booksmedicos.org

frigidez; *b)* las algias, muy frecuentes, susceptibles de provocar una confusión diagnóstica, exceso de exámenes paramédicos y adicciones medicamentosas; *c)* los daños motores: parálisis, afonía, *astasia* (inestabilidad de la posición de pie) y *abasia* (inestabilidad o imposibilidad para la marcha), contracturas: tortícolis, *opistótonos* (contractura de los músculos extensores en los que el cuerpo y la cabeza se retuercen hacia atrás); *d)* afectaciones sensitivas (anestesias, a veces con puntos hiperestésicos); *e)* las afecciones neurovegetativas: espasmo faríngeo, disuria, seudosiesis o embarazo nervioso (excepcional en nuestros días), y *f)* trastornos sensoriales ("ceguera psíquica", diplopía).

Estos trastornos son frecuentemente reactivos, y los rasgos de personalidad histriónica no se encuentran de manera sistemática. Tradicionalmente se llega al diagnóstico por lo atípico de los trastornos, que no respetan la anatomía ni la fisiología, y por el hecho de que parecen representar las creencias y representaciones populares del cuerpo y de sus funciones de relación. El diagnóstico también se guía por ciertos "beneficios" psíquicos. Los *beneficios primarios* (disminución de la angustia) son inconscientes; el síntoma representa simbólicamente un conflicto manteniéndose fuera de la conciencia. La *belle indifférence* mostrada por ciertos enfermos frente a sus síntomas traduce esta ausencia de angustia que puede parecer paradójica, pero que muestra el éxito de la represión (Diatkine, 1968). Los *beneficios secundarios* designan las ventajas obtenidas por el estatus de enfermo, que le permiten protegerse de sus responsabilidades o situaciones conflictivas.

Síntomas de expresión psíquica

La mayor parte de estos trastornos se agrupan dentro de la noción actual de "trastornos disociativos".

Descritos a finales del siglo XIX por Janet, Freud y Breuer, los trastornos disociativos corresponden a importantes escotomizaciones de ciertos sectores de la percepción, de la cognición y de la memoria, sectores siempre ligados de manera significativa con los riesgos de la conflictividad (Roussillon, 2007), así como con las alteraciones más generales de la conciencia, de la vigilia y de la integración de la personalidad. En Francia permanece hasta ahora una cierta ambigüedad respecto del significado del término *disociación:* el término *Spaltung,* tomado de Freud por Eugen Bleuler y empleado en 1911 para describir una disociación mental que consideraba típica de los estados esquizofrénicos, fue traducida al francés con la palabra *dissociation,* que el propio Freud había tomado prestada de Janet. De esta manera, el término "psicosis disociativa" se convirtió en Francia en sinónimo de esquizofrenia, muy próximo de la noción de *discordancia* introducida por Chaslin (1912), contemporáneo de Bleuler. Por el contrario, en los países de lengua inglesa, la "disociación" se entendió en el sentido original de Janet y fue utilizada para la histeria (Garrabé, 2009; Kapsambelis, 2008).

Las *personalidades múltiples* ("trastorno disociativo de la identidad"), descritas

booksmedicos.org

desde el siglo XVIII, se consideran raras a pesar del interés que suscitaron en los Estados Unidos en la década de 1970 (Chenivesse y De Luca, 2009). La *fuga disociativa,* súbita e inesperada del paciente lejos de su domicilio y de su sitio de trabajo, asociada a una incapacidad de recordar su propio pasado, es excepcional; está emparentada con la confusión mental (véase el capítulo XXV). Los trastornos disociativos incluyen también la *despersonalización,* síndrome transnosográfico que se encuentra en numerosos trastornos psiquiátricos, caracterizado por una impresión de extrañeza o de deformación del cuerpo y del pensamiento, aliado con un sentimiento de irrealidad.

Fuera de los trastornos disociativos, los síntomas psíquicos de la histeria pueden adoptar la forma de: *a)* trastornos de la vigilancia: *estados crepusculares* (estado segundo transitorio, del cual el síndrome de Ganser constituye una forma rara observada frecuentemente en el medio penitenciario, caracterizado por trastornos de la memoria y respuestas absurdas), o incluso el *estupor disociativo,* que puede sugerir un estado catatónico o melancólico; *b) dificultades mnésicas parciales y transitorias,* en las que los pacientes son incapaces de relatar tanto la historia de su enfermedad como la de su vida. Las razones de esto se encuentran en la represión y en el significado que tiene para el enfermo la discusión con el médico, investido desde un principio de una manera transferencial (Diatkine, 1968). Se puede asemejar a la inhibición intelectual que pueden sufrir los estudiantes y que incluye la incapacidad para efectuar esfuerzos intelectuales, asociada con un desinvestimento más global de la vida psíquica y de relación (Lempérière, 1965).

XIX.3.3. *Diagnóstico diferencial*

Los rasgos histéricos son muy frecuentes en la *personalidad limítrofe* y se pueden observar deslizamientos en uno y otro sentido (Chabert *et al.,* 1999). La problemática depresiva, las conductas adictivas, las automutilaciones, los pasajes al acto, las *bouffées* delirantes agudas orientan el diagnóstico a favor del estado limítrofe. En estos pacientes la relación es menos erotizada; el sentido grandioso de sí mismo y su sentimiento de prepotencia son particularmente notorios.

La conversión somática de la histeria plantea el problema de los límites con las *afecciones psicosomáticas*. Clásicamente, en la conversión histérica la integridad del órgano está conservada, en tanto que en el trastorno psicosomático la enfermedad está objetivada. En el trastorno histérico el cuerpo es el instrumento, la expresión de un conflicto: el histérico "habla" con su cuerpo. En el trastorno psicosomático, el cuerpo sufre los desfallecimientos de la actividad mental: el funcionamiento psíquico predominante es de tipo *operatorio* (véase también el capítulo XII) (Roussillon, 2007).

La conversión somática también puede plantear una duda sobre el diagnóstico diferencial con la hipocondría neurótica. No obstante, el hipocondriaco interpreta sus sensaciones físicas para convencer a su interlocutor de su mal, frecuentemente es reivindicativo, y sobre todo experimenta una gran angustia, en oposición a la indiferencia

booksmedicos.org

histérica.

Siguiendo la noción de "locura histérica" descrita por los alienistas del siglo XIX, el término de *psicosis histérica* fue retomado por Sven Follin (1992) en la década de 1960. Designa estados delirantes agudos y transitorios, reactivos a un traumatismo, que sobrevienen en un estado onírico, en una personalidad histérica y que se resuelven rápidamente. No hay aquí signos de disociación del pensamiento y la temática del delirio es frecuentemente sexual y persecutoria.

XIX.3.4. *Pronóstico a mediano y largo término*

Después de los 40 o 50 años las manifestaciones de conversión se vuelven raras y no obstante estos enfermos nunca curan, y quedan sujetos a las depresiones. En el individuo anciano la depresión puede estar enmascarada por un cuadro doloroso (cefaleas muy frecuentes, lumbalgias, artralgias). Algunos pacientes quedan fijados en un síntoma preciso y la sedación de la angustia, así obtenida, es de tal magnitud que el riesgo de cronicidad no es nada despreciable. "No obstante, a veces después de los años, puede ocurrir la curación: el síntoma deja de ser necesario" (Lempérière, 1965).

XIX.4. CASOS CLÍNICOS

XIX.4.1. *Un episodio de conversión somática*

La señorita D. es una joven de 21 años de origen portugués que vive con sus padres. Fue transferida al servicio de psiquiatría para observación, tras una estancia en el servicio de urgencias del hospital general, donde fue admitida por una "crisis de nervios" que desembocó en una pérdida parcial de conocimiento con expresiones incoherentes y un deambular errático en los pisos del hospital en estado de embotamiento. Tras un ligero tratamiento sedante recuperó fácilmente el sueño. En las 48 horas siguientes las entrevistas con ella y con sus padres no permitieron poner en evidencia dificultades psicológicas particulares. La señorita D. es descrita como una chica "sin problema", alumna mediocre que no ha obtenido el bachillerato y trabaja desde la edad de 18 años como mesera en diferentes restaurantes. No tiene novio. Tiene un nuevo empleo desde hace algunas semanas, que parece interesarle más que los precedentes. El dueño es de una gran personalidad e impresiona a sus jóvenes empleados: "Habla mucho, con el rostro pegado al tuyo, da miedo, pero no es malo", dice. El tercer día, la señorita D. presenta bruscamente en la mañana una rigidez generalizada de los músculos extensores, quedando en opistótonos: la cabeza hacia atrás, el tronco arqueado, los miembros superiores crispados en posición separada, deambula en una aparente perfecta calma en el corredor del servicio y discute normalmente con el personal médico. Se le aplica una perfusión que asocia un tratamiento ansiolítico miorrelajante (diazepam) y un antidepresivo (paroxetina); las entrevistas exploratorias prosiguen. El opistótonos cede progresivamente al cabo de tres o cuatro días y la paciente abandona el servicio a petición de ella y de sus padres. El tratamiento prosigue

booksmedicos.org

dentro del marco de las entrevistas semanales con una finalidad psicoterapéutica, y sólo de manera progresiva la señorita D. logra hablar de la emoción suscitada en ella por su patrón.

XIX.4.2. *Un hombre histérico*

El señor Z., de 45 años, es visto desde hace seis en un centro médico psicológico por un estado depresivo crónico. Sin antecedentes psiquiátricos hasta entonces, fue víctima hace siete años de una agresión en su sitio de trabajo por uno de sus colegas; este último, un hombre más joven que él, con el cual se entendía bastante bien, le lanzó al rostro una caja de instrumentos en el taller en el que trabajaban uno junto al otro. Esta agresión fue inexplicable para el señor Z.; relata la escena llorando y parece revivirla. Exhibe su brazo izquierdo, que considera paralizado a pesar de los estudios médicos repetidos que han concluido en la ausencia de lesión orgánica. Sostiene su brazo izquierdo con el derecho y se siente impedido de realizar los movimientos de la vida cotidiana. Sólo se desplaza acompañado de su esposa, quien adopta hacia él una actitud comprensiva y tranquilizante. El señor Z. vive de manera replegada en su casa, único sitio donde se siente en seguridad y ya no puede salir solo, temiendo cruzarse con su agresor. Ya no soporta el ruido ni la luz, que le desencadenan cefaleas insoportables. Permanentemente está tenso e irascible, reaccionando de manera desmesurada contra sus hijos adolescentes. Permanentemente se siente deprimido, apático, sin futuro, relata pesadillas en las cuales revive la escena. Los tratamientos antidepresivos han sido poco eficientes; durante las entrevistas su discurso permanece fijo en la agresión, por la cual su colega sufrió una condena, al término de un proceso que el señor Z. ha vivido como una pesadilla, aterrorizado con la idea de ser confrontado con ese hombre. En ocasiones tiene manifestaciones conversivas espectaculares que lo dejan indiferente. Le ocurre escapar de su casa víctima de ideas suicidas. El señor Z. no encuentra cómo salir de esta posición de dependencia pasiva.

XIX.4.3. *Una paciente histérica en la cincuentena*

La señora L., de 48 años, llega por sí misma a consulta en un centro de atención psiquiátrica. De un contacto fácil, voluble, relata con mucho detalle un malestar psicológico que la atenaza desde hace algunas semanas: se siente deprimida, ha perdido el sueño y se desespera por “olvidar” sus sueños, lo que la afecta desmesuradamente porque es artista y sufre por haber perdido la inspiración que toma ordinariamente de su vida onírica. En la calle experimenta un sentimiento de despersonalización y siente que sus piernas escapan. Un desvanecimiento la condujo al servicio de urgencias de un hospital general en el que la exploración orgánica practicada no encontró alguna particularidad.

Durante las entrevistas su labilidad emocional es extrema, vitupera y llora, se enerva al sentirse incomprendida, después se recupera. Existe una separación entre su presentación cuidada, su arreglo detallista, el contacto con la realidad preservado, un pensamiento organizado, y la intensidad enfática de su queja. Su relato es vago, aunque adornado con numerosos detalles que hacen difícil una clara representación de sus dificultades. Acaba de mudarse. Está totalmente perturbada por esa mudanza no obstante prevista desde hacía

booksmedicos.org

tiempo, pero que la contraría: a partir de la separación con su marido ha debido dejar la propiedad en la cual habitaba, sitio apacible y original, propicio para su temperamento de artista. Ese lugar fue vendido y eligió aproximarse al domicilio de su futuro ex marido con el fin de facilitar las relaciones padre-hija. Desamparada, considera que debe obtener urgentemente un alojamiento de artista con un taller pues su inspiración creadora no puede sufrir retardo alguno. Multiplica, pues, las solicitudes al alcalde, al vecindario, a los servicios de trabajo social, denunciando la injusticia que le han hecho, mostrando una dramatización extrema de su situación que llega a tomar una forma casi querellante.

El equipo que se ocupa de ella (dos enfermeras, un interno y un psiquiatra) está dividido: unos están fastidiados por lo que describen como su "infantilismo" y su lado imaginativo, los otros son sensibles a su desgracia y a su compromiso frente a su oficio.

Rápidamente aliviada por las entrevistas asociadas a un tratamiento antidepresivo, la señora Z. recupera un sueño más reparador y recuerda nuevamente sus sueños. Afloran entonces en las entrevistas preocupaciones narcisistas alrededor de su dificultad por sentirse "envejecer y perder su seducción". Habiendo sufrido una menopausia precoz se aflige de que "no la prepararon para ello". Está enojada con sus amigas que no se quejan de eso y no le dijeron a qué debía atenerse: "Es muy injusto, ¡nosotras las mujeres somos el origen del mundo, llevamos en nuestro vientre a los hijos, y para colmo, la menopausia nos cae encima!". Asocia su sexualidad y la intensidad de su deseo sexual frustrado a su menopausia, ocurrida poco después de su parto. Perdió la pasión por su marido tras el nacimiento de su hija. Su embarazo ocurrió en un estado de gran placidez, pero tras el parto la relación con su marido se marchitó. Considera que ha perdido una parte de ella misma con este nacimiento y no soporta estar "alienada" a causa de esta hija a la que, por lo demás, adora y que es "todo para ella". La mejoría permite organizar consultas más espaciadas. Cuando ella regresa algunas semanas más tarde, se encuentra más distendida y quedamos sorprendidos de enterarnos de que, de hecho, su divorcio fue pronunciado algunos días antes del principio de su seguimiento en nuestro centro. Por otro lado, interrumpió el tratamiento antidepresivo, que sólo tuvo un efecto relativo e indujo un módico aumento de peso que ella soportó muy mal. La movilización de su familia y de su ex marido la ayudó a encontrar un lugar donde trabajar, lo que ha resultado útil. Fue mucho más tarde cuando nos habló de su intenso sentimiento de despecho cuando se enteró, poco después de su divorcio, de la relación de su ex marido con una mujer mucho más joven que ella.

XIX.5. Psicopatología

XIX.5.1. *El enfoque psicoanalítico*

La teoría psicoanalítica es actualmente la única que explica la unidad de la histeria a pesar de la diversidad de sus formas clínicas. Las investigaciones dentro del marco de otras teorías, especialmente las cognitivas, siguen siendo marginales.

Las teorías psicopatológicas concernientes a la histeria se remontan a finales del siglo XIX. Están en el origen de la teoría psicoanalítica: fue tratando de comprender científicamente el significado de los recuerdos encontrados por las histéricas bajo hipnosis como Breuer y Freud, y después este último de manera individual, descubrieron las leyes del inconsciente. Freud y Breuer (1895) desanudaron lo que parecía ligado de manera evidente: trastorno corporal y afección somática. La parálisis histérica parecía

booksmedicos.org

“burlarse” de la anatomía: en esa época se reportaron anestesias en polainas, en puño, en manga. La topografía de estas afecciones parecía estar ligada a las ideas que animaban a los pacientes, a temores y preocupaciones de los que ellos o ellas hablaban bajo hipnosis o en un estado segundo, y que parecían haber olvidado en estado de vigilia. De esta manera, era el lenguaje el que “dividía” a la parálisis del brazo o de la pierna (Kahn, 2004). La conversión histérica se desarrollaba, pues, dentro del marco de un cuerpo imaginario. La histeria mostraba que la representación en nuestro cuerpo se construye progresivamente, dentro de la vinculación con los demás, y pasa por el otro y los cuidados del otro (Roussillon, 2007).

Freud buscó inicialmente en la realidad la huella de un acontecimiento traumático (experiencia de seducción infantil por un adulto) como fundamento de los trastornos. Puso en duda este primer modelo al descubrir la importancia de la vida fantasmática inconsciente en los pacientes histéricos, pero también la importancia de la sexualidad infantil, la influencia no lineal del pasado sobre el presente (noción del contragolpe), la bisexualidad psíquica, la transferencia. A partir de estos elementos elaboró una teoría del funcionamiento psíquico generalizable a todos los humanos y que habría de enriquecer y hacer más compleja a lo largo del tiempo en función de las decepciones infligidas por la clínica (Quartier, 2005). Esta teoría permitió comprender al síntoma de conversión como una manifestación semejante a la de los sueños y a la de los fenómenos de la “psicopatología de la vida cotidiana” (olvidos, lapsus, actos fallidos): se trata de la resultante *(compromiso)* de fuerzas antagónicas, que durante mucho tiempo Freud buscó atribuir al conflicto entre las pulsiones libidinales (sexuales) y las exigencias de la realidad (pulsiones de autoconservación, y más tarde el superyó). Para Freud, “los síntomas histéricos no son otra cosa que los fantasmas inconscientes vueltos representables por conversión” (Freud y Breuer, 1895).

El análisis de la psicopatología específica de la histeria pone en evidencia varios puntos.

Fundamentalmente, la histeria se enfrenta con la experiencia de la diferencia de los sexos. Esta cuestión enigmática se plantea de una manera idéntica, cualquiera que sea el sexo del interesado (Schaeffer, 2006). Freud pensó que todo ser humano tenía dentro de sí elementos femeninos y masculinos, revelados en el psicoanálisis por la transferencia *(bisexualidad psíquica)*. La elaboración de la diferencia de los sexos exige un trabajo psíquico diferente según los periodos de la vida. Durante el periodo edípico el concepto de histeria remite a una ambigüedad en la identificación con el padre o la madre. Las tendencias hacia la identificación femenina en el niño, y la identificación masculina en la niña, consecuencia de la angustia de castración, son reprimidas intensamente en los histéricos y permanecen muy activas (Diatkine, 1968). En la pubertad, el adolescente, ya un ser sexuado en el sentido genital, se convierte en hombre o en mujer, y debe realizar el duelo de no ser el otro o ambos. Así, ser una mujer implica integrar la idea de un cuerpo femenino, deseable, abierto, penetrable. En las mujeres histéricas la hiperfemineidad mostrada enmascara el profundo rechazo de ser una mujer. La mujer histérica percibe al hombre como un abusador que ejerce su dominio, que intenta

booksmedicos.org

humillarla y castrarla (Schaeffer, 2006). En el caso del hombre histérico la pregunta es más bien: "¿Cómo ser al mismo tiempo viril y deseante?", estando la noción de "viril" confundida con ser completo, y "deseante" con ser castrado. La angustia de castración del niño pequeño se convierte, en el hombre histérico, en rechazo de la identificación con lo maternal o con lo femenino sexual de la madre, castrado y peligroso, y consecuentemente rechazo de lo femenino de la mujer por angustia de una castración realizable en la penetración, en el orgasmo (Schaeffer, 2006).

En todos los casos el mecanismo de defensa prevaleciente es la *represión*. Orientada esencialmente contra el miedo a la castración, entraña el olvido selectivo de todas las representaciones que amenazan estimular los movimientos pulsionales reprimidos (Diatkine, 1968). De esta manera, el histérico permanece fijado en el conflicto edípico, en la angustia de la diferencia de los sexos, en la de la castración. Debido a este conflicto identificatorio, él / ella duda ser un hombre / una mujer. El mundo se divide para él / ella entre poseedores y desprovistos de pene, potentes e impotentes, lo que conduce a importantes dificultades identificatorias y relacionales.

Para Lacan y sus sucesores, la histeria sólo encuentra su sentido cuando se le contempla como vínculo con los demás. El histérico quiere el deseo del otro. No quiere lo que el otro desea, sino que quiere apropiarse de su deseo transformándose en objeto de su deseo inconsciente. No obstante, al aparecer como deseo para el otro, desaparece como sujeto. Para Nasio (1991), el histérico oscila entre una necesidad sexual excesiva y un rechazo no menos excesivo de la sexualidad. El acento se pone en la importancia de la relación del histérico con el otro. El histérico instala al otro dentro de una relación de poder, después trata de encontrar la falla. Le confiere poder pero después se las ingenia para expulsarlo. Es este vínculo con el otro lo que hace a la histeria. El deseo del histérico es un deseo de insatisfacción.

XIX.5.2. *Psicopatología cognitiva*

Se pueden considerar los trabajos de Pierre Janet los precursores de las teorías cognitivas actuales. En efecto, en la bibliografía de lengua inglesa la noción de disociación continúa desarrollándose a partir de sus concepciones iniciales y se le encuentra en los trastornos disociativos (véase el apartado XIX.1.3), particularmente estudiados a partir del "síndrome de estrés postraumático", reacción consecutiva a una experiencia durante la cual la integridad física o psicológica de una persona ha sido amenazada o efectivamente afectada. Los trabajos relativos a estos desarrollos serán expuestos en el capítulo XXI.

XIX.6. TERAPÉUTICA

Los pacientes histéricos frecuentan con más asiduidad los servicios de medicina general que los de psiquiatría, ya sea en urgencias (desvanecimiento, crisis de nervios), ya sea

booksmedicos.org

por investigaciones somáticas dentro del marco de una errancia diagnóstica (conversión). Los motivos de una frecuentación psiquiátrica son el accidente de conversión prolongada, la depresión, la tentativa de suicidio, los trastornos de conducta y, más rara vez, los trastornos psíquicos agudos. Cualquiera que sea el sitio del encuentro del psiquiatra con un paciente histérico (consultorio privado, psiquiatría de enlace, centro de atención en crisis, centro médico-psicológico, hospital psiquiátrico), hay que tener en mente que estos pacientes tienen tendencia a suscitar contratransferencias negativas: la fuerza de su búsqueda afectiva enmascarada tras la erotización de la relación, el sentimiento de abandono siempre presente, el carácter imposible para satisfacer su demanda, dejan naturalmente al histérico decepcionado en sus expectativas, y a su interlocutor irritado por su sentimiento de impotencia (Braconnier, 2006). Sacudido en su identidad (es uno de los efectos de la transferencia), el psiquiatra puede refugiarse en actitudes de orgullo, de sapiencia, enmascarando el rechazo (Israël, 1978). Muestra de ello son los tratamientos de choque prodigados en el pasado a estos pacientes: curas de Sakel, electrochoques, faradización (aplicación de corriente eléctrica en los músculos paralizados), *weckanalyse*[1] (choque anfetamínico que provoca una explosión emocional).

Hoy en día, se intenta ayudar a estos pacientes mediante un enfoque psiquiátrico y psicoterapéutico integrado que asocia:

a) un *tratamiento quimioterapéutico,* muy frecuentemente utilizado pero que hay que manejar con prudencia: la mayor parte de los psicotrópicos pueden producir reacciones paradójicas en los pacientes histéricos: los tranquilizantes pueden inducir estados de desinhibición o de agitación, el riesgo de sobreconsumo toxicómano y de tentativa de suicidio (Senon *et al.,* 1995). Los antidepresivos están indicados sobre todo en caso de descompensación depresiva, aunque sean utilizados de manera más amplia;
b) un *diálogo psicoterapéutico* específico y personalizado, que tome en cuenta la dimensión inconsciente de los trastornos, es decir, su valor simbólico, así como la transferencia;
c) si es necesario, *hospitalizaciones,* de preferencia breves, a causa de los riesgos iatrogénicos (dependencia);
d) el tomar en cuenta al *entorno* del paciente, frecuentemente puesto a prueba y siempre parte importante de los trastornos.

Las fugas y las amnesias psicógenas pueden tratarse por medio de hipnosis en un primer tiempo, y después con una psicoterapia. La conversión, susceptible de consolidarse, necesita un tratamiento rápido y activo. Para la somatización, el enfoque psiquiátrico permite reducir el exceso de la atención médica y mejorar la calidad de vida de los pacientes, evitando de esta manera multiplicar los estudios médicos y las cirugías invasivas.

booksmedicos.org

Conclusión

A pesar del actual desmembramiento sintomático y sindrómico de la antigua histeria, la clínica comprueba su unicidad, no solamente sobre la base de la comunidad de problemáticas presentadas por estos pacientes, sino también a partir de las similitudes de los mecanismos utilizados en la construcción de los síntomas, a pesar de su gran variabilidad. Esta unicidad se verifica también en los problemas planteados por los enfoques terapéuticos que colocan el envite de la contratransferencia y de las contraactitudes del médico y de los tratantes en el centro de una terapia razonada para estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Braconnier, A. (2006), *Introduction à la psychopathologie,* Masson, París.

Chabert, C., B. Brusset y F. Brelet-Foulard (1999), *Névroses et fonctionnements limites,* Dunod, París. [*Neurosis y funcionamiento límite.* Versión española de Francisco J. Vidarte Fernández, Síntesis, Madrid, 2001.]

Chenivesse, P., y M. de Luca (2009), "De l'hystérie aiguë au trouble dissociatif de l'identité", *Perspectives psychiatriques,* 48, 2, pp. 139-148.

Diatkine, R. (1968), "Amnésies affectives", *International Journal of Neurology,* 7, 1, pp. 60-67.

——— (1968), "L'abord psychanalytique de l'hystérie", *Confrontations psychiatriques,* 1, pp. 85-100.

Escande, M. (1996), "Hystérie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37340-A 10, Elsevier Masson, París.

Follin, S. (1992*), Vivre en délirant,* Les Empêcheurs de Penser en Rond, París.

Freud, S., y J. Breuer (1893-1895) [1895], VI. "Estudios sobre la histeria", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 40-168.

Garrabé, J. (2009), "Le syndrome de Briquet", *Perspectives psychiatriques,* 48, 2, pp. 128-138.

Gauchet, M., y G. Swain (1997), *Le Vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient,* Calmann-Lévy, París.

Green, A. (2000), "Hystérie et états-limite: chiasme", en A. Le Guen, A. Anargyros y C. Janin, *Hystérie,* pp. 139-162, PUF (Monographies de psychanalyse), París.

Israël, L. (1978), *L'Hystérique, le sexe et le médecin,* Masson (Médecine et Psychothérapie), París.

booksmedicos.org

Jeanneau, A. (1985), *L'hystérie, unité et diversité,* Informe al Congreso de Psicoanalistas de la Lengua Francesa (44ª sesión, Lisboa), *Revue française de psychanalyse,* 49, 1, pp. 107-326.
Kahn, L. (2004), *Fiction et vérité freudienne,* Éditions Balland, París.
Kapsambelis, V. (2008), "La dissociation et ses histoires", *Psychanalyse et psychose,* 8, pp. 15-39.
Le Guen, C. (dir.) (2008), *Dictionnaire freudien*, PUF, París.
Lempérière, T. (1965), *Symptômes hystériques et personnalité hystérique,* Informe al Congreso de Psiquiatría y de Neurología de la Lengua Francesa (63ª sesión), t. I, Masson, París.
——— (1968), "La personnalité hystérique", *Confrontations psychiatriques,* 1, pp. 53-66.
Mijolla, A. de, y S. de Mijolla-Mellor (dirs.) (1996), *Psychanalyse*, PUF, París. [*Fundamentos del Psicoanálisis,* Síntesis, Madrid.]
Nasio, J. D. (1991), *L'Hystérie ou l'enfant magnifique de la psychanalyse,* Rivages, París (réédité dans Petite Bibliothèque Payot, 2001). [*El magnífico niño del psicoanálisis,* Gedisa, Barcelona, 1994.]
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Quartier, F. (2005), *Freud clinicien. Pratiques cliniques contemporaines en psychiatrie et en médecine,* Éditions Doin, París.
Roussillon, R. (dir.) (2007*), Manuel de psychologie et psychopathologie clinique,* Masson, París.
Schaeffer, J. (2006), "L'hystérie, une libido en crise face à la différence de sexes", en A. Le Guen, A. Anargyros y C. Janin (dirs.), *Hystérie,* PUF (Monographies de psychanalyse), París, pp. 107-138.
Senon, J.-L., D. Sechter y D. Richard (1995), *Thérapeutique psychiatrique,* Hermann, París.
Spiegel, D. (1994), "Dissociative disorder", en R. E. Hales y S. C. Yudofsky (dirs.), *Textbook of Psychiatry,* American Psychiatric Press, Washington, pp. 633-652.
Trémine, T. (2008), "Les troubles de la personnalité: enjeux contemporains (Persona et société du spectacle)", *Information psychiatrique,* 84, 1, pp. 15-28.
Trillat, E. (1986), *Histoire de l'hystérie,* Éditions Seghers (Médecine et histoire), París.
Winter, J.-P. (1998), *Les Errants de la chair. Études sur l'hystérie masculine,* Calmann-Lévy, París.

booksmedicos.org

[1] Del alemán *wecken*: despertar. [T.]<

booksmedicos.org

XX. NEUROSIS OBSESIVA

(trastorno obsesivo-compulsivo)

XAVIER BONNEMAISON

LOS TRASTORNOS obsesivo-compulsivos se fueron progresivamente separando como entidad clínica en el curso del siglo XIX. Su identificación como neurosis autónoma se debe esencialmente a los trabajos de Freud y Janet. Su autonomía ha sido discutida estos tres últimos decenios, al mismo tiempo que la categoría general de las neurosis, por lo que los trastornos obsesivo-compulsivos se han integrado dentro de los "trastornos ansiosos". No obstante, en el seno de esta clase de patologías siguen estando bien individualizados y su descripción no difiere de la establecida a finales del siglo XIX.

XX.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XX.1.1. *La terminología*

Los términos *obsesión* y *obsesionar* provienen del latín *obsessio* (acción de asediar, bloqueo) y significan desde el siglo XV "asedio", "asediar", tanto en sentido propio como figurado ("obsesionado con el demonio"). Se utilizan en psiquiatría para designar las ideas que "asedian" a la mente y se imponen a ella a pesar suyo de manera repetitiva y a pesar de los esfuerzos para deshacerse de ellas. El término *compulsión* significa "coacción", desde el siglo XIII. En la clínica, designa más particularmente las acciones más o menos repetitivas, coercitivas, que la persona no puede impedirse realizar. En la terminología francesa se relaciona con la parte activa de la clínica obsesiva, siendo su equivalente eidético la obsesión. En la bibliografía alemana, la neurosis obsesiva se llama, a partir de Freud, "neurosis de coacción" *(zwang),* nombre que corresponde al conjunto sintomático que Janet, más o menos por la misma época, llamaba en Francia "psicastenia" ("astenia" significaba debilitamiento). Se utiliza igualmente el adjetivo *anancástico* (del griego *ananké:* necesidad, coacción) para calificar la personalidad obsesiva.

booksmedicos.org

Pinel llamaba *manías razonantes* a estas formas de "locura" que Esquirol (1838) describiría más tarde en su *Tratado* como "monomanías". Reportó una observación típica muy detallada de una señorita F. y mostró el carácter "razonante" de su locura, que se alejaba de la alienación en el sentido psicótico del término. Observó ya la posible evolución hacia la lipemanía (melancolía) así como el parentesco entre la hipocondría y la histeria. Más tarde Falret, y después Legrand du Saulle (1875) con *De la folie du doute* (De la locura de la duda) y Pitres y Régis (1897) con la *Séméiologie des obsessions et des idées fixes (Semiología de las obsesiones y de las ideas fijas),* precisaron y aislaron la patología obsesiva.

A finales del siglo XIX la reflexión francesa sobre estos trastornos estuvo representada por dos corrientes, poniendo una de ellas el acento sobre un punto de vista intelectualista, y la otra, alrededor de Ribot, evolucionó hacia una concepción esencialmente afectiva (Green, 1965). En la teoría intelectualista la idea obsesiva es primaria y el estado emotivo sólo es una reacción contingente frente a ese "parásito". En la visión afectiva, cuyo origen se puede remontar a Morel (*Du délire émotif, névrose du système ganglionnaire viscéral [Del delirio emotivo, neurosis del sistema ganglionar visceral],* 1866), se trata de explicar el amplio campo de la patología neurótica por una disfunción primaria del sistema vegetativo. Pitres y Régis se consideraron sucesores de Morel y sobre todo de Ribot, y con ellos culminará la teoría emocional. Se inspiraron en la teoría periférica de las emociones de James: la fobia generalizada inicial puede especializarse como fobia y secundariamente intelectualizarse como obsesión.

En 1903 Pierre Janet publicó *Les Obsessions et la Psychasthénie (Las obsesiones y la psicastenia),* segunda obra mayor tras el estudio de la histeria en *L'Automatisme psychologique (El automatismo psicológico)* de 1889. Allí describió más de trescientas observaciones de obsesivos. Describió dos grupos de síntomas: *a)* las *ideas obsesivas,* que son endógenas, no reactivas ni influenciables por la sugestión e independientes del encuentro con su objeto electivo. Su contenido temático se relaciona siempre con el temor de una acción que podría mostrarse perjudicial. Es así como el obsesivo hipocondriaco teme más a su propia negligencia que al azar que lo enfermaría. La forma de las obsesiones está primero en su repetitividad, después en el carácter de inacabado que vehiculan. Para Janet las dudas y fobias de impulsión se encuentran situadas antes de su realización actuada; *b)* las *agitaciones forzadas,* que definen actos mentales y motores (escrúpulos, verificaciones, tics, etc.). El fondo mental del psicasténico es el de una *insuficiencia* fisiológica y psicológica. El psicasténico es un abúlico inquieto, escrupuloso por precaución. Las realizaciones intelectuales están perturbadas por una atención insuficiente que, en caso extremo, puede desembocar en un sentimiento de despersonalización.

Mientras que Janet reagrupó las obsesiones y las compulsiones bajo el calificativo de *psicastenia,* Freud (1894) elaboró el concepto de "neurosis de coacción", traducido en francés como *névrose obsessionelle* (neurosis obsesiva), como una segunda gran

booksmedicos.org

"psiconeurosis de defensa" junto a la histeria.

Esta denominación permaneció oficialmente reconocida en la nosografía psiquiátrica hasta la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico* (DSM) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en 1980, donde desapareció con el conjunto de las neurosis para convertirse en "trastorno obsesivo-compulsivo" y formar parte de los "Trastornos ansiosos", lo que la cuarta edición confirmó (1994). La quinta edición de este manual (DSM-5, 2013) separó nuevamente los trastornos obsesivo-compulsivos de los trastornos ansiosos, dándoles una cierta extensión puesto que éstos agrupan ahora: *a)* el trastorno obsesivo-compulsivo, *b)* el "trastorno dismorfia corporal" (la dismorfofobia), *c)* la silogomanía (acumulación compulsiva de objetos e imposibilidad para separarse de ellos), *d)* la tricotilomanía y *e)* la excoriación (tendencia compulsiva a rascar y quitar partes de la piel provocando lesiones cutáneas).

La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (1992) utiliza igualmente la denominación "trastorno obsesivo-compulsivo", como parte de la categoría "trastornos neuróticos, trastornos ligados a factores de estrés y trastornos somatomorfos".

XX.1.3. *Popularización del TOC*

A partir de finales del siglo XIX y principios del XX las patologías neuróticas suscitaron menos interés que las patologías psicóticas en la bibliografía psiquiátrica. Pichot (1996) recuerda que en la séptima edición de su *Tratado de psiquiatría,* en 1903, Kraepelin sólo consagró 130 de sus 1370 páginas a las "Neurosis psicógenas". Más recientemente, Healy (2002) subrayaba que los investigadores sólo dispusieron muy tardíamente de una escala para evaluar la eficacia de la *clomipramina* en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), pues dichos trastornos se consideraban muy raros. Parece que el interés por el TOC, desde la perspectiva de la investigación biomédica, fue relanzado, por una parte, por los diferentes estudios que desde finales de la década de 1960 comenzaron a mostrar la eficacia de la clomipramina en estos trastornos, y por la otra, gracias a ciertas obras de sensibilización, como la de J. Rappoport de 1989, que vendió millones de ejemplares y en la cual se encuentran 20 casos clínicos de neurosis obsesiva, algunos muy graves. De este modo, un público muy amplio pudo tomar conciencia de que este trastorno podía ser tan invalidante como la esquizofrenia. La reformulación de la nosografía de los trastornos ansiosos en el DSM-III en 1980 fue contemporánea de estos cambios y explica el indudable éxito del acrónimo TOC.

En nuestros días, varios filmes exitosos han mostrado a obsesivos en la pantalla. Inicialmente al hombre de negocios norteamericano Howard Hugues, cuya biografía fue llevada al cine por Martin Scorsese en la película *Aviator,* de 2005. También se puede citar a Jack Nicholson en *Mejor... imposible (As Good as It Gets),* de James L. Brooks (1997), que encarna a un obsesivo en una comedia en la que el asunto de su patología es central y cuyo argumento cómico se basa esencialmente en la manera en la que va a

booksmedicos.org

poder dejar de lado sus numerosos rituales y soportar la angustia para vivir finalmente una historia sentimental. Estas dos películas de éxito prueban la auténtica recepción de esta patología psiquiátrica entre el gran público, haciendo posible, sin duda, la identificación de estos pacientes.

XX.2. Datos e investigaciones biomédicos

XX.2.1. *Epidemiología*

La elevada tasa de prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en los estudios poblacionales contradice las intuiciones antiguas. Las diferencias podrían deberse a una definición ampliada del trastorno en las tres últimas ediciones del DSM (1980-2013), o bien al carácter vergonzoso y disimulado de la patología que, por este hecho, podría haber quedado subdiagnosticada. Se reconoce que el trastorno obsesivo-compulsivo está actualmente muy difundido: los estudios en población general en los Estados Unidos muestran que 2 a 3% de los individuos lo presentan en el curso de su vida. La *sex ratio* es de 1.

XX.2.2. *Investigaciones biológicas*

El carácter familiar del TOC se manifiesta en varios trabajos en hasta 10% de los parientes (Chabanne, 2004). Las formas clínicas más frecuentemente implicadas en este agrupamiento familiar son las formas de inicio precoz (antes de los 18 años). Los estudios de gemelos muestran una mayor concordancia del TOC en los monocigotos que en los dicigotos. Los análisis de segregación concluyen que existe un modelo autosómico dominante de penetración variable según el sexo en el síndrome de Gilles de la Tourette asociado al TOC. Los estudios de biología molecular no han logrado encontrar anomalías genéticas específicas. Se han probado especialmente los genes que codifican para varios elementos del sistema serotoninérgico (receptor 5HT2A, promotor del transportador de la serotonina, ¿receptor 5-HTID?), así como los genes implicados en el sistema dopaminérgico.

En estos dos últimos decenios numerosos trabajos han estudiado el TOC con ayuda de la imagenología cerebral (Fadier-Salicé *et al.*, 2005). En la década de 1980, el metabolismo de la glucosa medido por medio del PET-scan mostró una actividad cerebral aumentada en el córtex órbito-frontal y a nivel de los ganglios basales. Estudios más recientes han mostrado que este metabolismo se normaliza después del tratamiento por inhibidores de la recaptura de la serotonina o con terapia cognitivo-conductual. Se ha encontrado una alteración de las funciones ejecutorias en pacientes obsesivos, especialmente procesos de conmutación, inhibición cognitiva y aprendizaje por ensayo-

booksmedicos.org

error, y un enlentecimiento en la realización de cierto número de tareas. Una hipótesis actual vincula estas anomalías con alteraciones en la función de los circuitos córtico-estriado-talámicos e intenta, por medio de estudios de imagenología funcional, identificar lesiones específicas.

XX.2.3. *Comorbilidades*

La más frecuente de las comorbilidades es el *episodio depresivo mayor,* que involucraría de 50 a 80% de los pacientes afectados de trastorno obsesivo en el curso de su evolución. Se explica frecuentemente como secundario a las manifestaciones obsesivas y puede ser grave, con riesgo suicida. La asociación con los *trastornos ansiosos* es igualmente bastante frecuente, especialmente con una fobia social o una ansiedad generalizada. Hollander (1996) informa de 42% de manifestaciones de ansiedad generalizada en la evolución del TOC.

XX.3. CLÍNICA DE LA NEUROSIS OBSESIVA

André Green (1965) brindó una definición muy completa que sigue siendo de actualidad:

> El estado obsesivo es una forma de vida mental en el curso de la cual el individuo, cuya voluntad queda subyugada, observa su conciencia clara y su razón intacta desbordadas, invadidas por una idea o un grupo de ideas, una representación o un grupo de representaciones. Estas manifestaciones están acompañadas o no de afectos y de incitación a la acción que, cuando están presentes, tienen un carácter desagradable y son experimentadas dentro de un clima de tensión. Como quiera que sea, el yo que sufre estas manifestaciones rehúsa adherirse a ellas, las declara extrañas a él y las considera morbosas. Se muestra impotente contra su coerción que suprime la disponibilidad de su pensamiento y experimenta, sobre todo en los periodos que siguen a la aparición de estas manifestaciones, angustia […]. La lucha contra estos fenómenos se emprende por medio de defensas cada vez más elaboradas que tienen por finalidad combatir las manifestaciones obsesivas.

Estas defensas tienen una eficacia parcial y temporal, tienden a complicarse y toman poco a poco el carácter de las obsesiones que combaten, se vuelven a su vez repetitivas, intrusivas y finalmente invasoras; pueden sustituir a las obsesiones iniciales. Estas defensas, que corresponden a las *compulsiones,* son sobre todo motoras, como los rituales, las verificaciones, pero también mentales del tipo de los conjuros y las operaciones mágicas que remiten a una omnipotencia del pensamiento.

booksmedicos.org

La gravedad de los síntomas obsesivos y compulsivos es muy variable. Existen formas particularmente graves, rebeldes a todo tratamiento, que generan un sufrimiento que puede conducir al suicidio.

XX.3.1. *Temas y cuadros clínicos*

Se pueden clasificar las obsesiones en grandes grupos: *a) obsesiones fóbicas,* a saber, un temor específico que aparece fuera del objeto fobógeno correspondiente, como el temor a la enfermedad *(nosofobia); b) obsesiones ideativas,* en torno a una idea abstracta o a una palabra *(onomatomanía),* a una cifra *(aritmomanía),* a una decisión a tomar *(locura de la duda),* y *c) obsesiones impulsivas*, a saber, idea y temor de cometer un acto absurdo, delictivo o lesivo *(fobia de impulsión).*

Los *temas* son numerosos. Se encuentran las obsesiones de *contaminación,* de *duda*, de *aparición de una enfermedad,* de *simetría,* o de temas que tienen que ver con una *falta moral,* como el temor de tener pensamientos agresivos o pensamientos de carácter sexual. Los diferentes tipos de obsesiones y de compulsiones pueden asociarse o sucederse en el tiempo.

El temor de la contaminación se centra en el contacto con los microbios, el ensuciarse con el polvo, las secreciones, los desechos. Las compulsiones que se derivan de esto son incoercibles y se manifiestan por los rituales de lavado, ya sea del cuerpo, ya sea de la casa o de los vestidos. Algunos pacientes pueden presentar heridas extensas en las manos relacionadas con las numerosas horas pasadas en contacto con productos detergentes. El temor a los peligros exteriores se vincula frecuentemente con las compulsiones de verificación. Se trata usualmente de prevención de catástrofes (verificación de la llave del gas, del cerrado de las puertas, de temor a un robo).

En la práctica surgen varios cuadros, a veces popularizados por los propios pacientes. Así, según el tipo de compulsión dominante, se hablará de *lavadores*, *verificadores*, *acumuladores* —en los cuales el temor de deshacerse de objetos alcanza dimensiones patológicas— o *procrastinadores* —caracterizados por dudas y rumiaciones incesantes respecto a las decisiones que deben tomar—.

XX.3.2. *La personalidad obsesiva*

La clínica empírica considera que el TOC se desarrolla casi siempre sobre un terreno de trastorno de la personalidad de tipo obsesivo (personalidad obsesiva-anancástica; véase el capítulo XXXV, "Los trastornos de la personalidad…"). Los rasgos que tienen que ver con estas entidades son muy semejantes: se pueden citar la meticulosidad extrema, la tendencia a los escrúpulos, incluso la rigidez moral, la preocupación por los detalles, el perfeccionismo, la incapacidad para deshacerse de los objetos. Estos rasgos de personalidad están en continuidad con los trabajos psicoanalíticos referentes a las

booksmedicos.org

descripciones del *carácter anal.* Todavía está abierto el debate sobre los vínculos entre la "personalidad obsesivo-compulsiva" y el "trastorno obsesivo-compulsivo" (Cottraux, 2003). Algunos estudios encuentran una tasa importante, de alrededor de 30%, de trastorno de la personalidad en los pacientes que desarrollan los síntomas, en tanto que otros estudios obtienen tasas menores (Fineberg *et al.,* 2007). La asociación sería más frecuente entre los individuos que presentan una falta de inserción psicosocial y un principio de los trastornos más precoz. Los otros trastornos de la personalidad encontrados pertenecen más frecuentemente al "cluster C" del DSM, es decir, las personalidades "evitadora" y "dependiente".

XX.3.3. *Evaluación del TOC*

La escala de Yale-Brown (Y-BOCS) fue propuesta por Goodman *et al.* (1989) y ha sido traducida a varios idiomas. Se utiliza en la bibliografía internacional para medir especialmente los efectos de las terapias propuestas. Mide de 0 a 4 una serie de 10 ítems, como el tiempo ocupado por las obsesiones o los rituales, la incomodidad que les está ligada, el nivel de angustia asociada, la resistencia posible y su posible control. Una calificación de 32 a 40 indica una gravedad extrema, de 24 a 31 una intensidad severa, de 16 a 23 media, de 8 a 15 ligera, y menos de 8 la probable ausencia del diagnóstico.

XX.3.4. *Evolución*

La edad media del inicio del trastorno obsesivo-compulsivo se sitúa la mayoría de las veces entre los 15 y los 20 años. En 30 a 50% de los casos el inicio es súbito y sobreviene tras un acontecimiento de vida significativo, lo que muestra el carácter "defensivo" de la patología. El lapso entre la aparición de los síntomas y el contacto con un profesional sería de alrededor de diez años (Hollander *et al.,* 1996), lo que se explica por la vergüenza ligada a los síntomas, por el sentimiento de ridículo y de absurdo de la sintomatología. La dimensión misma de las compulsiones, que traducen la creencia en un posible control de las obsesiones, permite también comprender el que los pacientes tengan la impresión de poder afrontarlas solos. Entre los sujetos tratados, una tercera parte responderá de manera satisfactoria a los tratamientos, un tercio se estabilizará y otro tercio resistirá a las terapias propuestas.

XX.3.5. *El espectro obsesivo-compulsivo*

Esta noción define una entidad mucho más amplia que intenta englobar síndromes y patologías de diversas pertenencias. Hollander considera como un grupo aparte los

booksmedicos.org

trastornos en los que las obsesiones están ligadas a la imagen o a las percepciones corporales: hipocondría, anorexia mental, despersonalización, dismorfofobia, o los trastornos neurológicos, entre los cuales incluye el autismo y el síndrome de Gilles de la Tourette, al lado de la corea de Sydenham. Se puede separar una tercera categoría reagrupada bajo el término general de *trastorno del control de los impulsos;* se trata especialmente de la tricotilomanía, el juego patológico y la cleptomanía.

Los rasgos obsesivos o las semejanzas con la neurosis obsesiva se encuentran efectivamente en un conjunto muy amplio de síndromes o de patologías. Incluso si el estudio del "espectro obsesivo" se inspira en un enfoque dimensional más que categórico de la sintomatología obsesiva, existe el riesgo de confusión y de pérdida de los límites de una categoría diagnóstica precisa cuya antigüedad parece mostrar por sí misma su estabilidad.

XX.3.6. *Diagnóstico diferencial*

En la práctica habrá que eliminar una *esquizofrenia,* especialmente de las formas llamadas "seudoneuróticas". Aquí faltará especialmente el rechazo por el yo de los fenómenos de pensamientos intrusivos. Por el contrario, la adhesión a ellos será intensa y el interrogatorio habrá de dirigirse hacia la existencia de un síndrome de influencia o de un automatismo mental. De la misma manera, en otras formas de psicosis, como la melancolía y los delirios crónicos, las obsesiones están en relación con un delirio. Son monotemáticas y no tienen la estructura compleja de los pensamientos obsesivos.

En el *trastorno del control de los impulsos* es importante estudiar las características del paso al acto. En la aproximación entre la compulsión y la impulsión se pone el acento en la descarga y el carácter incoercible. Es necesario, empero, tener en mente la visión preponderante de los autores que han mostrado la unicidad de la neurosis obsesiva, la primacía de la obsesión sobre la compulsión con su parte afectiva, el rechazo del pensamiento obsesivo, la angustia generada por la intrusión obsesiva, mostrando el conflicto que enfrenta un "yo vigilante" (Green).

No es fácil la distinción con la *hipocondría.* La crítica de las preocupaciones y el establecimiento de las defensas para combatirlas muestran la especificidad del fenómeno obsesivo. La adhesión profunda a la idea de estar afectado por una enfermedad grave revelará el carácter delirante de la hipocondría. Lo mismo ocurre respecto de la distinción con la dismorfofobia.

El *síndrome de Gilles de la Tourette,* que asocia tics motores y vocales incontrolados, estaría asociado a un auténtico trastorno obsesivo-compulsivo en dos terceras partes de los casos. Esta patología sigue siendo rara: afecta a un niño sobre diez mil, aproximadamente, con una *sex ratio* superior para los chicos. Se inicia más tempranamente que el trastorno obsesivo-compulsivo, de manera clásica hacia los siete años.

booksmedicos.org

XX.4. Caso clínico

La señorita L. consulta desde la edad de 25 años por una neurosis obsesiva grave que se había declarado tras una ruptura sentimental. Inicialmente las obsesiones eran esencialmente ideativas, siendo un tema frecuente la contaminación, especialmente por el virus del sida. Las compulsiones se ejercían bajo la forma de rumiaciones mentales perpetuas con un repliegue en su domicilio y una incapacidad de realizar trámites al exterior. Criticaba sus pensamientos, los que juzgaba absurdos; por ejemplo, cuando veía una mancha roja no podía alejar la idea de la sangre contaminada. Había igualmente suspendido su asistencia al centro de tratamiento, donde había visto un cartel sobre la prevención del sida. La escala de Yale-Brown (YB) fue calificada al principio entre los trastornos más graves y de gran intensidad. Mejoró lentamente con la administración de clomipramina a dosis elevadas. Ha sido hospitalizada en dos ocasiones por episodios depresivos. Encontró a un terapeuta que, aunque era también psicoanalista, le propuso un marco flexible (sesiones cara a cara varias veces por semana, autorización de telefonearle dentro de un marco preciso). Lo consulta ahora desde hace 15 años y juzga que ha sido benéfico. Se mantiene todavía bajo tratamiento con clomipramina a dosis de mantenimiento (100 mg/día). La evolución de esta patología severa puede de todos modos describirse como medianamente satisfactoria dado que, si ella ha reanudado una vida social y considera que su existencia, en general, es más bien agradable, no ha podido tener relaciones de pareja durables ni vida profesional. Los síntomas obsesivos perduran diariamente pero los puede controlar la mayor parte del tiempo; su vida no está totalmente organizada alrededor de ellos.

XX.5. Psicopatología

XX.5.1. *El enfoque psicoanalítico*

La elaboración freudiana de la neurosis obsesiva se realizó en varias etapas (Couvreur, 1993; Le Guen, 2008). Freud comenzó por la descripción de las defensas vinculadas con el fracaso de la represión del traumatismo infantil, habiendo descrito éste como vivido activamente por el niño, contrariamente a la histeria. Posteriormente introdujo la noción de *carácter anal* (Freud, 1908), formación reactiva con tendencia a la rigidez, a los escrúpulos, a los remordimientos. Fue en *El hombre de las ratas* donde subrayó la ambivalencia, las fijaciones anales, la desintricación de las pulsiones eróticas y agresivas a favor de la agresividad, y la regresión del acto al pensamiento. La duda obsesiva corresponde de esta manera a "la percepción de la indecisión que habita al enfermo cada vez que tiene la intención de actuar, debido a la inhibición del amor por el odio" (Freud, 1909). Las hipótesis más tardías conciernen al fracaso, por una parte de la represión, y por la otra, de la constitución de mecanismos de defensa estables que puedan garantizar el desarrollo armonioso del yo. La alteración del yo del que dan fe las modificaciones del carácter fue vista como una consecuencia de la regresión al estadio sádico anal. Esta regresión implica una concurrencia entre mociones libidinales (expresadas vía la

booksmedicos.org

tendencia sádica) y mociones agresivas (preservación del yo) (Freud, 1915). El segundo ítem permitió una descripción dinámica más completa de la lucha entre el *superyó* y el *ello* (Freud, 1926).

Es a Anna Freud (1936) a quien debemos la primera descripción sistemática de los mecanismos de defensa. Entre los preponderantes en la neurosis obsesiva, el *aislamiento* se emparenta con una operación de desconexión mental que permite interrumpir los vínculos asociativos entre los pensamientos, incluso los lazos entre representaciones y afectos. Esta técnica hace posible, pues, aislar un pensamiento de su contexto haciendo desaparecer "mágicamente" *(pensamiento mágico)* los vínculos con él. El *desplazamiento,* mecanismo más general, activo sobre todo en la fobia, completa en ocasiones el aislamiento permitiendo al afecto ligado con una representación pasar hacia otra, menos sensible, o a una serie de otras representaciones, instalando un funcionamiento "en circuito cerrado" que permite dominar —y agotar— la energía del investimento libidinal ligada a la representación inicial. Se pueden obtener secundariamente satisfacciones pulsionales por medio de este procedimiento. La *anulación (retroactividad)* es un mecanismo relacionado con la insuficiencia de los precedentes. Green (1965) la describe como parte de una segunda etapa destinada "a apelar": conjuro, duda patológica, funcionamiento repetitivo con erotización de los propios procesos del pensamiento. La anulación consiste en utilizar un pensamiento, que se torna en este caso obsesivo (o una compulsión del tipo del rito), para hacer de manera que los pensamientos (o palabras, o actos) sean nulos y sin valor. La idea obsesiva o la compulsión elegidas son generalmente de significación opuesta a la representación (o al acto) por anular, teniendo la operación un carácter "mágico".

Green insistió en el carácter *primario* de la analidad, retomando la distinción de Karl Abraham sobre las diferentes etapas del estadio sádico anal (Abraham, 1924, 1925). Según este autor, "la fijación parece marcada aquí por el narcisismo de manera prevalente" (Green, 1993), únicamente la forma tomada por el carácter permite la referencia a la analidad:

> oposición, obstinación, reducción de los intercambios libidinales […] en beneficio de un narcisismo que no puede permitirse derroches alocados […]. Además de la combatividad, la agresividad y el deseo de dominio completan de manera útil la descripción por el lado del sadismo". Siguiendo a Anzieu y su teorización del "yo-piel", señala la rigidez del carácter como una envoltura frágil, una "costra" que mal protege a un yo "en carne viva".

Fain (1993) considera el control mental una limitación nacida de las pulsiones de autoconservación del yo. Es en el desfallecimiento de la paraexcitación materna donde el niño se crea su propio sistema paraexcitante, la "hipermaduración precoz del yo […] que provoca una alteración del desarrollo del animismo del pensamiento en provecho de un control que casi no distingue el origen de la excitación". Este control "tiende a mantener en una cierta confusión las excitaciones exteriores e interiores", siendo el temor de tocar

booksmedicos.org

la imagen extrema de una confusión de los límites entre mundo interno y mundo externo. El pensamiento anímico, que normalmente ya no debería formar parte de la vida mental consciente, deja un "sobrante" de energía libidinal que el pensamiento está obligado a emplear, conduciendo de esta manera a una "sexualización del pensamiento". De allí arranca un sobreinvestimento de las representaciones de palabras en detrimento de las representaciones de las cosas, lo que obstaculiza considerablemente el proceso terapéutico.

XX.5.2. *Psicopatología cognitiva*

El enfoque cognitivo se apoya en la hipótesis general de la normalidad de la existencia de pensamientos intrusivos. Considera las patologías obsesivas como formas de perturbación en la interpretación de esos pensamientos (Bouvard, 2003). El factor determinante sería aquí la "creencia": creencias irracionales, por ejemplo, de origen educativo, vienen a asociarse con pensamientos intrusivos, generando sentimientos de responsabilidad y de peligro potencial. Las compulsiones serían una respuesta al carácter peligroso percibido y alivian la angustia ligada a la interpretación negativa. Esta idea se une a las hipótesis anteriores de la psicología conductual que otorgaba a la idea obsesiva la anterioridad respecto de la compulsión.

La psicología experimental ha mostrado que los individuos obsesivos tienen más pensamientos intrusivos, que éstos duran más tiempo y que tienen más dificultades para expulsarlos de su mente que los individuos no afectados. La explicación sería un sesgo de la atención que estaría focalizada sobre estos pensamientos. Las compulsiones, por su lado, tendrían un efecto paradójico de acrecentamiento de estos pensamientos. Para Rachman (1997) este efecto está ligado a la activación de esquemas cognitivos de culpabilidad y de excesiva responsabilización. Estos esquemas producen, a su vez, sesgos de interpretación reforzando la significación catastrófica.

Los obsesivos llamados "acumuladores" atribuirían un poder bastante particular a los objetos conservados, fuente de apego, de confort y de seguridad ("hipersentimentalidad"; Grisham *et al.,* 2009). Por lo demás, éstos están atentos a los desfallecimientos supuestos o reales de su memoria, como ocurre con los "verificadores" a consecuencia de los defectos de organización y de categorización. El conjunto representaría un verdadero déficit en el tratamiento de la información que se traduciría en una dificultad de la toma de decisiones. Los comportamientos de evitación serían secundarios a la inhibición del propio proceso de decisión.

XX.6. Terapéutica

XX.6.1. *Los tratamientos medicamentosos*

booksmedicos.org

A partir de la evidencia de la acción de la clomipramina sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, otros antidepresivos, especialmente del tipo de los inhibidores específicos de la recaptura de serotonina (ISRS), han mostrado su eficacia en estudios contra placebo y han obtenido la autorización para su venta con esta indicación. Se trata sobre todo de la *paroxetina*, la *fluvoxamina,* la *fluoxetina* y la *sertralina.* Se admite que son necesarias posologías más importantes que en los estados depresivos y que el tiempo para mostrar su acción es de entre cuatro y ocho semanas, con una respuesta máxima hacia la semana 12. Se recomienda prolongar el tratamiento durante más de un año para evitar las recaídas.

Pueden utilizarse otros psicotrópicos, esencialmente los ansiolíticos, en tratamientos cortos y en particular en caso de manifestaciones ansiosas. No se recomienda su utilización prolongada. También podrían tener cierta utilidad los medicamentos neurolépticos (antipsicóticos), especialmente la risperidona y la olanzapina, asociados con un ISRS.

XX.6.2. *Las psicoterapias*

Las terapias cognitivo-conductuales

La modalidad "exposición y prevención de la respuesta" (E / PR) es la técnica psicoterapéutica más validada por la investigación que utiliza la metodología biomédica. Puede practicarse de manera individual o en grupo. Una revisión reciente (Storc *et al.,* 2009) de 12 estudios encuentra 83% de respondedores, y los beneficios se mantienen muy frecuentemente tras la terapia. Comparativamente con una monoterapia con antidepresivos ISRS muestra una eficacia semejante, pero los beneficios terapéuticos se mantendrían después de la suspensión del tratamiento. El número de sesiones es de 12 a 16, practicadas de manera semanal.

Existen igualmente técnicas cognitivo-conductuales llamadas de *autotratamiento* bajo la forma de un programa para ser aplicado por el paciente. Son menos eficaces que una psicoterapia pero conservan un interés como información sobre la enfermedad.

Los tratamientos psicoanalíticos

Las técnicas psicoanalíticas, generalmente ausentes de los estudios con metodología biomédica, siguen siendo muy practicadas en Francia. Han encontrado en la patología obsesiva una obligación para poner en duda los resultados, señalados como muy modestos en su conjunto por numerosos psiquiatras desde la década de 1960. Michel Fain considera incluso que "la aplicación rígida del protocolo analítico entraña el riesgo de servir y de mantener la repetición de los mecanismos que han conducido a la

booksmedicos.org

edificación del trastorno" (Fain, 1993). En efecto, si en la neurosis obsesiva hay una regresión del pensamiento hacia el acto, en el proceso psicoterapéutico habitual, el pasaje al acto está prohibido, el camino debe hacerse desde el pensamiento hacia un "acto sexualizado" que, por supuesto, permanece en el terreno de lo mental y que en un diálogo interior llegará a ser un precioso elemento de introspección. En la neurosis obsesiva severa un pensamiento inicial estará prohibido por el individuo porque tendrá valor de acto. El procedimiento que según Fain permite suprimir esta forma de regresión consiste en acceder a una modalidad más arcaica de funcionamiento, regresando al animismo de las interacciones precoces con el fin de desexualizar, de alguna manera, la relación terapéutica. Esto implica recurrir a la comunicación, preferir las reconstrucciones y reformulaciones a las interpretaciones, es decir, retomar las palabras del paciente o sus actos y proponerle una síntesis que sería coherente con el avance del proceso. Esta técnica permitiría al terapeuta favorecer el retorno de una representación especular (imagen del espejo), si no de sí mismo, de otro "no muy diferente" que reactiva las relaciones con el objeto de apuntalamiento que falló primitivamente. El marco terapéutico permitiría progresivamente al paciente y al terapeuta tratar el resurgimiento de la angustia y reforzar de esta manera progresivamente los sistemas desfallecientes de paraexcitación. Este método autorizaría a los pensamientos a sobrevenir sin ser reprimidos, lo que haría posible su análisis.

XX.6.3. *Psicocirugía y procesos de electro-estimulación profunda*

La Alta Autoridad de Salud de Francia publicó en 2005 unas recomendaciones concernientes al sitio de la psicocirugía en el trastorno obsesivo-compulsivo severo y resistente. Analiza la posibilidad de utilización de la estimulación cerebral profunda, como en la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington y la epilepsia resistente. Son posibles los efectos secundarios, como la hemorragia y la infección.

CONCLUSIÓN

La neurosis obsesiva se ha convertido en un campo de investigación muy activo bajo su terminología de trastorno obsesivo-compulsivo. Un grupo de investigadores dedicados a esta categoría clínica ha incluso propuesto y obtenido, como lo hemos visto, su emancipación de los trastornos ansiosos en el DSM-5 aparecido en 2013 (Phillips *et al.,* 2010). Los clínicos que habían progresivamente individualizado esta patología en el siglo XIX estarían seguramente satisfechos. Pero la categoría de "espectro obsesivo-compulsivo", que englobaría al trastorno obsesivo-compulsivo, no parece todavía explicar la psicopatología común de las patologías reagrupadas, sino más bien una psiquiatría simplemente descriptiva que parece empobrecer la categoría estudiada al eliminarle los ricos trabajos teóricos que se le habían asociado en el siglo XX.

booksmedicos.org

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, K. (1924), *Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur lapsychanalyse des troubles mentaux, Œuvres complètes,* t. II, Payot, París, 1965, pp. 227-263.

——— (1925), *Étude psychanalytique de la formation du caractère, Œuvres complètes,* t. II, Payot, París, 1965, pp. 170-210.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Bouvard, M. (2003*), Les Troubles obsessionnels compulsifs,* Masson, París.

Chabanne, N. (2004), "Facteurs de susceptibilité génétique dans le trouble obsessionnel compulsive", *Annales médico-psychologiques,* 162, pp. 403-410.

Cottraux, J. (2003), "Trouble obsessionnel compulsive", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37370-A-10, Elsevier Masson, París.

Couvreur, C. (1993), "Introduction aux écrits de Freud sur la névrose obsessionnelle", en B. Brusset y C. Couvreur (dirs.), *La Névrose obsessionnelle,* PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París, pp. 19-31.

Esquirol, E. (1838), *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, J.-B. Baillière, París. [*Tratado completo de las enajenaciones mentales, consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal.* Versión española de D. Raimundo de Monasterio y Correa, Imprenta de Colegio de Surdo-Mudos, Madrid, 1847.]

Fadier-Salicé, G., D. Drapier, D. Levoyer y B. Millet (2005), "La cognition dans le trouble obsessionnel compulsif: à l'intersection de la clinique et de la neuro-imagerie", *Psychiatrie, sciences humaines et neurosciences,* 12, 2005.

Fain, M. (1993), "Théorie de la technique de la cure psychanalytique de la névrose obsessionnelle", en B. Brusset y C. Couvreur (dirs.), *La Névrose obsessionnelle,* PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París, pp. 127-142.

Fineberg, N. A., P. Sharma, T. Sivakumaran, B. Sahakian y S. Chamberlain (2007), "Does obsessive-compulsive personality disorder belong within the obsessive compulsive spectrum?", *CNS Spectrum,* 12, 6, pp. 467-482.

Freud, A. (1949), *Les Mécanismes de défense,* PUF, París.

Freud, S. (1894), VII. "La neuropsicosis de defensa. Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas y de cierta psicosis alucinatoria", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 169-177.

——— (1908), XXXVII. "El carácter y el erotismo anal", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1354-1357.

——— (1909), XLI. "Análisis de un caso de neurosis obsesiva ('Caso el hombre de las ratas')", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva,

booksmedicos.org

Madrid, 1973, pp. 1441-1486.
——— (1915), XC. "La represión", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2053-2060.
——— 1925 [1926], CXLV. "Inhibición, síntoma y angustia", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2833-2883.
Goodman, W. K., H. Price, S. Rasmussen, R. Mazure, R. Fleischman y C. Hill (1989), "The Yale Brown obsessive compulsive scale: Part I, development use and reliability", *Archives of General Psychiatry,* 46, pp. 1006-1011.
Green, A. (1965), "Obsessions et psychonévrose obsessionnelle", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* Éditions Techniques, París.
——— (1993), "L'Analité primaire", en B. Brusset y C. Couvreur (dirs.), *La Névrose obsessionnelle,* pp. 61-86, PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París.
Grisham, J. R., R. O. Frost, G. Steketee, H. J. Kim, A. Tarkoff y S. Hood (2009), "Formation of attachment to possessions in compulsive hoarding", *Journal of Anxiety Disorders,* 23, 3, pp. 357-361.
Haute Autorité de Santé (2005), *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants: prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle,* Servicio de Evaluación de Actos Profesionales, mayo de 2005.
Healy, D. (2002), *Le Temps des antidépresseurs,* Les Empêcheurs de Penser en Rond, París.
Hollander, E., D. Stein, J. Broatch, T. Clayton y C. A. Himelein (1996), "Obsessive compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues", *Journal of Clinical Psychiatry,* 1996, 57, supl. 8, pp. 3-6.
Janet, P. (1903), *Les Obsessions et la Psychasthénie,* Alcan, París.
Legrand du Saulle, H. (1875), *De la folie du doute (avec délire du toucher),* Adrien Delahaye, París.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Phillips, K. A., D. J. Stein, S. L. Rauch *et al.* (2010), "Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?", *Depression and Anxiety,* 27, 6, pp. 528-555.
Pichot, P., *Un siglo de psiquiatría,* Triacastela, Madrid, 2011.
Pitres, A., y E. Régis (1897), *Séméiologie des obsessions et idées fixes,* XII Congreso Internacional de Medicina, Sección de Enfermedades Nerviosas y Mentales (Moscú, 1897), Gounouilhou, Burdeos.
Rachman, S. (1997), "A cognitive theory of obsessions", *Behavior Research and Therapy,* 35, 9, pp. 793-802.
Rappoport, J. (1989), *L'Enfant qui n'arrêtait pas de se laver,* Odile Jacob, París.
Storc, E. A., A. Mariaskin y T. K. Murphy (2009), "Psychotherapy for obsessive-

booksmedicos.org

compulsive disorder", *Current Psychiatry Reports,* 11, 4, pp. 296-301.

booksmedicos.org

XXI. PATOLOGÍAS TRAUMÁTICAS Y REACCIONES PATOLÓGICAS A LOS ACONTECIMIENTOS DE VIDA

PASCALE JEANNEAU-TOLILA

LAS PATOLOGÍAS traumáticas constituyen desde hace algunos años un verdadero reto de salud pública. Ya sea que se les denomine neurosis traumática, síndrome psicotraumático o estado de estrés postraumático, describen las consecuencias psicológicas y psiquiátricas vinculadas con la exposición a un acontecimiento traumático. El día de hoy, en que la evolución se dirige hacia una armonización de referencias internacionalmente admitidas y estables, el "estado de estrés postraumático" (EEPT) es autónomo, identificado y reconocido, lo que permite el establecimiento de estrategias terapéuticas específicas frente a las nuevas amenazas que pesan individual o colectivamente sobre una sociedad siempre en movimiento. Seguiremos la evolución de este concepto antes de detenernos en su clínica para finalmente evocar los diferentes modelos etiológicos, sus controversias y las intervenciones terapéuticas que de ella se derivan.

XXI.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXI.1.1. *Historial*

Las primeras descripciones de neurosis traumáticas se remontan a la década de 1870. Desde 1884 el psiquiatra alemán H. Oppenheim individualizó los estados neuróticos particulares secundarios al terror experimentado en ocasión de los accidentes de ferrocarril. Propuso diferenciarlos de la histeria y atribuirles una autonomía nosográfica. Charcot, por su parte, refutó esta tesis de una clínica específica de la neurosis traumática al considerarla como una variedad clínica de la histero-neurastenia.

Los grandes conflictos armados de la segunda mitad del siglo XIX y la primera Guerra Mundial brindaron un gran número de observaciones sobre este tema. En 1896 Kraepelin mencionó una *neurosis de terror* para definir los síntomas neuróticos que aparecían tras un traumatismo, y en 1907 Honigman introdujo la noción de *neurosis de guerra*. Se enfrentaron entonces diferentes teorías patogénicas relativas a estos trastornos, antes de que triunfara finalmente la perspectiva psicoanalítica. En efecto, estas patologías venían a ilustrar de manera concreta la hipótesis de Freud según la cual puede haber traumatismo

booksmedicos.org

psíquico sin traumatismo físico, lo que acercaba la causalidad de la neurosis traumática a la de la histeria.

La segunda Guerra Mundial aportó nuevos datos y permitió afinar los descubrimientos precedentes poniendo de relieve elementos clínicos, patogénicos y terapéuticos originales e innovadores, en particular en los países anglosajones. En 1945 Fenichel admitió la conjunción del acontecimiento y de la personalidad en proporciones variables según la violencia de la agresión y la predisposición individual.

Tras las guerras de Corea (1950-1953) y, sobre todo, de Vietnam (1959-1975), los psiquiatras norteamericanos estudiaron a partir de 1970 las secuelas psíquicas observadas en los veteranos y esas constataciones condujeron en 1980, en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico* de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (ANP) (DSM-III), a la definición del *post traumatic stress disorder* (trastorno de estrés postraumático) (TEPT), en una lógica descriptiva y categórica, insistiendo en el carácter externo del acontecimiento estresante (como amenaza para la integridad del individuo) que puede concernir a todos y cada uno, y no solamente a las personas "vulnerables", adoptando de esta manera la contraparte del enfoque psicoanalítico. No obstante, un número creciente de estudios recientes han puesto en evidencia los factores "predisponentes" que permitirían anticipar la aparición de un TEPT. En Francia, las investigaciones recientes sobre las patologías traumáticas han sido llevadas a cabo esencialmente por psiquiatras militares, en especial L. Crocq y C. Barrois.

XXI.1.2. *Situación nosográfica*

En la CIE-10 (décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud (1992), estos trastornos se clasifican dentro de la subcategoría "Reacciones a un factor de estrés importante y trastornos de la adaptación" de la categoría de los "Trastornos neuróticos, trastornos ligados a factores de estrés y trastornos somatomorfos". En el seno de esta subcategoría se individualizan dos entidades: la "reacción aguda a un factor de estrés", que es un trastorno transitorio, y el "estado de estrés postraumático", que constituye una respuesta diferida o prolongada a la situación de estrés, acontecimiento excepcionalmente amenazante o catastrófico, con una descripción clínica típica de la neurosis traumática. Así, esta clasificación reconoce la entidad "modificación durable de la personalidad tras una experiencia de catástrofe", brindando ejemplos de acontecimientos que pueden generar efectivamente un verdadero traumatismo psíquico, estado que persiste por lo menos dos años y que puede estar precedido por un estado de estrés postraumático como el descrito precedentemente.

En el DSM-5 (quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) de la ANP (2013), las patologías traumáticas se han independizado de los "Trastornos ansiosos" (de los que formaban parte hasta la cuarta edición), ampliándose bajo la denominación "Trastornos relativos a los traumas y a los factores de estrés", con cinco entidades: *a)* "trastorno reactivo del apego" (en los niños), *b)* "trastorno(s):

booksmedicos.org

compromiso social desinhibido" (en los niños), *c)* "estado de estrés postraumático", *d)* "estado de estrés agudo" y *e)* "trastorno de la adaptación". Los estados de estrés agudo y postraumático tienen descripciones clínicas casi idénticas a la CIE-10. El estado de estrés agudo incluye trastornos que duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas; el individuo expuesto al traumatismo puede presentar, incluso, uno o varios síntomas disociativos. El estado de estrés postraumático incluye trastornos que duran más de un mes. Es sensiblemente idéntico en el plano clínico pero sin síntomas disociativos. Puede ser *agudo* (duración de los síntomas de menos de tres meses), *crónico* (duración de los síntomas de tres meses o más) o de aparición *diferida* (el principio de los síntomas aparece por lo menos seis meses después del factor de estrés).

La diferencia más grande entre el DSM-5 y la CIE-10 reside en el hecho de que esta última reconoce la existencia de factores de riesgo individuales premórbidos (rasgos de personalidad o antecedentes de tipo neurótico) que serían favorecedores, pero no suficientes ni necesarios para la aparición de este síndrome.

XXI.2. Datos e investigaciones biomédicos

XXI.2.1. *Epidemiología*

Numerosos acontecimientos pueden estar en el origen de los trastornos psicotraumáticos: las catástrofes naturales (huracanes, inundaciones, terremotos), las guerras, los accidentes graves (aéreos, naufragios, accidentes industriales), las agresiones inter individuales (atentados terroristas, tomas de rehenes, agresiones físicas, violaciones…). Estas agresiones constituyen, en sentido amplio, un traumatismo individual, cualquiera que sea la escala de su repercusión, e incluyen el hecho de haber sido testigo o espectador. Los estudios recientes se han centrado en la prevalencia de la *exposición* de un individuo a un traumatismo a lo largo de la vida (40 a 90%), en la prevalencia del TEPT a lo largo de la vida en la población general (1 a 4%) y en la prevalencia del TEPT en las poblaciones expuestas a los traumatismos (3 a 58%). Los criterios elegidos para definir un acontecimiento traumático son diversos, lo que explica la variabilidad de las estimaciones. Incluso si los hombres corren más riesgo de accidentes que las mujeres, estas últimas presentan dos veces más TEPT que los hombres (prevalencia de 12 contra 6%). No obstante, los diferentes estudios confirman la idea de que solamente una minoría de las personas que se han encontrado en una situación potencialmente traumática desarrollarán un TEPT persistente, pues la mayor parte desarrollan una forma parcial. En efecto, aunque alrededor de 70% de las personas sufren un traumatismo en el curso de su vida, solamente 7% de ellas desarrollarán un TEPT.

A partir de los resultados concernientes a la variación de prevalencia en función del género, se ha realizado un cierto número de estudios sobre los factores de vulnerabilidad individual. Algunos metaanálisis recientes han encontrado un número importante de

booksmedicos.org

variables predictivas para la aparición de un TEPT, poniendo en evidencia que los procesos psicológicos peri o postraumáticos (severidad del traumatismo, ausencia de apoyo social, presencia de un factor de estrés suplementario en el momento del traumatismo) son más predictivos que las variables premórbidas (género, edad, etnia, historia psiquiátrica personal y familiar, CI, clase social, evaluación cognitiva) para el desarrollo de un TEPT (Ceschi y Van der Linden, 2009).

XXI.2.2. *Investigaciones biológicas*

Se ha constatado que en los momentos inmediatamente posteriores a un acontecimiento estresante hay una insuficiencia de producción de cortisol. Ésta estaría en relación con una respuesta exagerada de las catecolaminas y de los neuropéptidos que por sí misma generaría un proceso de memorización anormal del acontecimiento traumático. Esto manifestaría el estado de hipervigilancia y de angustia fijado en el recuerdo del acontecimiento. El estudio de los mecanismos de ajuste al estrés (Thurin, 2008) pone de relieve la intrincación de los sistemas fisiológicos (nervioso, endócrino, inmunitario) y psíquicos, cognitivos y conductuales. Actualmente, la evolución de las técnicas de genética y de neuroimagenología permiten constatar de manera cada vez más fiable que más allá del propio acontecimiento traumático existe, en ciertos individuos, un soporte genético que implica el sistema neurobiológico y susceptible de preparar el lecho del TEPT (y, por regulación serotoninérgica, hiperexcitación noradrenérgica, hiperactivación dopaminérgica), de donde se desprenden investigaciones farmacológicas precisas (Auxéméry, 2012).

XXI.3. LA CLÍNICA

XXI.3.1. *Reacciones agudas a un factor traumático*

La reacción es inmediata o diferida por algunos días y desaparece en algunas horas o en algunos días. Los trastornos son la consecuencia directa de un factor de estrés agudo importante o de un traumatismo persistente sin el cual los trastornos no habrían aparecido. El traumatismo psíquico puede ser un acontecimiento “estresante” o incluso un cambio importante en la vida del individuo. Este trastorno es *transitorio* y sobreviene en un individuo que no presentaba ningún trastorno mental preexistente. No obstante, la aparición y la gravedad del síntoma están influenciadas por factores de vulnerabilidad individual y por la capacidad del sujeto para hacer frente a un traumatismo.

La sintomatología es muy variable. Incluye inicialmente un *estado de embotamiento* caracterizado por un estrechamiento del campo de la conciencia y de la atención, una incapacidad para integrar los estímulos, una desorientación. Este estado puede conducir a

booksmedicos.org

un retraimiento creciente frente al entorno (pudiendo llegar hasta un estupor disociativo) o bien a una agitación con hiperactividad. Siempre están presentes los *síntomas neurovegetativos* de una ansiedad pánica (taquicardia, transpiración, bochornos). También puede presentarse amnesia parcial o completa del episodio.

En función de la gravedad de los trastornos, se pueden distinguir reacciones de expresión neurótica o psicótica.

Síntomas neuróticos

a) reacciones de angustia: un componente somático con disnea, taquicardia, espasmos digestivos, sudores, palidez, temblores, etc.; y un componente psicológico con temor de muerte inminente, búsqueda de ayuda, agitación, huida, conducta suicida…;
b) reacciones histéricas: conversiones, crisis excitatorias-motoras, estado crepuscular o incluso manifestaciones evocadoras de una personalidad histérica (actitudes espectaculares o teatrales, sugestionabilidad, falsificación de la relación con el prójimo para captar la atención…), acentuación o revelación de tal predisposición.

Síntomas de la serie psicótica

a) reacciones confusionales: acceso confusional típico de aparición inmediata o tras un intervalo libre, con obnubilación, desorientación, perplejidad ansiosa y en ocasiones onirismo (véase el capítulo XXV);
b) reacciones delirantes: *bouffée delirante* aguda con temas y mecanismos variados; los trastornos son, en general, efímeros, pero pueden persistir y en este caso revelar un proceso psicótico hasta entonces oculto o incluso compensado.

XXI.3.2. *El "estado de estrés postraumático" (EEPT)*

Se trata de la clínica más típica de la patología traumática, la que fue calificada como *neurosis traumática* por Freud, Ferenczi, Fenichel y, finalmente, más cerca de nosotros, por C. Barrois, quien le consagró una obra entera en la década de 1990, y por L. Crocq *et al*. (1983), quien ha insistido en los síntomas específicos y la reorganización de la personalidad. En la nosografía francesa el término *neurosis traumática* sigue siendo muy empleado y abarca en el plano clínico el estado de estrés postraumático de la bibliografía internacional.

Los trastornos son consecutivos a un *traumatismo psíquico mayor* (acontecimiento estresante de corta o de larga duración, excepcionalmente amenazante o catastrófico) que

booksmedicos.org

ha concernido al individuo o a uno de sus próximos en su integridad. Las descripciones clínicas tienen en común: *a)* el *tiempo de latencia* de la aparición de los síntomas; *b)* el *síndrome de repetición,* signo patognomónico de la neurosis traumática, y *c)* las *conductas de evitación* y otros síntomas no específicos.

El tiempo de latencia

El periodo que separa el traumatismo de la aparición de los síntomas puede variar de algunas semanas a algunos meses. Este silencio clínico, comparable a un "periodo de incubación" corresponde al trabajo de reorganización cuyo objetivo es asegurar una defensa a la búsqueda de un nuevo equilibrio psíquico. Este periodo aparentemente silencioso en el plano clínico puede, no obstante, revelar discretos cambios de conducta, como un ligero repliegue, una tendencia al aislamiento, rumiaciones, distracción o incluso un estado de euforia paradójica.

El síndrome de repetición

Es patognomónico de la neurosis traumática y se manifiesta por una *reviviscencia repetida del acontecimiento traumático,* bajo la forma de *sueños* o *pesadillas de repetición*, en el curso de los cuales el sujeto revive el acontecimiento estresante de manera más o menos arreglada, siempre con una carga emocional intensa y en ocasiones con gritos y agitación. Este síndrome de repetición se manifiesta igualmente por medio de *recuerdos invasores del acontecimiento traumático*, del tipo de los pensamientos impuestos y las rumiaciones mentales *(flashbacks), descargas emotivas,* como las *reacciones de sobresalto,* y por *impulsiones agresivas* que reproducen simbólicamente la escena de violencia e improvisan las escenas de defensa que hubieran hecho falta. Incluso si se otorga a estas reacciones un valor de *catarsis* o una virtud de *abreacción* (Freud, 1916-1917) que tiene por finalidad dominar el acontecimiento reproduciendo el traumatismo, es precisamente esta faceta vanamente reiterada lo que hace para Crocq "la perpetuación de una experiencia no integrada", como si el individuo permaneciera fijado en el traumatismo, sin disponer ya de sus facultades de acción y de representación que le habrían permitido dominarlo.

Los síntomas no específicos y síntomas de superestructura

Aquí también las formas sintomáticas son diversas. Van desde los *síntomas neuróticos* tomados en préstamo, ya sean de tipo histérico (conversiones), obsesivo (compulsiones), fóbico (conductas de evitación) o ansioso (angustia), sin presagiar no obstante la

booksmedicos.org

organización estructural anterior, hasta los *trastornos tímicos depresivos* (aun tentativas de suicidio) o incluso *psicosomáticos* (crisis asmáticas, eczema, hipertensión arterial, calvicie, úlcera gastroduodenal, colitis espasmódica…), pasando por los síntomas más difusos, como la ansiedad, la astenia, los trastornos sexuales y las quejas somáticas hipocondriacas. Aunque no específicas, estas manifestaciones son extremadamente frecuentes y pueden incluso dominar el cuadro, lo que corre el riesgo de dejar de lado su origen traumático. L. Crocq ha utilizado el término de *síntomas de superestructura* para designar este conjunto de trastornos neuróticos no específicos. Pueden resurgir de la experiencia infantil del enfermo o ser sugeridos por los componentes dominantes de su personalidad, pero se trata antes que todo de trastornos inspirados por la situación traumatizante que emergen en esta ocasión.

Para Cordier *et al.* (1994), conviene detenerse en las *conductas de evitación* de los estímulos asociados al traumatismo, las que consisten en esfuerzos para no despertar el recuerdo del acontecimiento (evitación de pensamientos, actividades o situaciones). La *amnesia psicógena* parcial o completa se considera también una evitación involuntaria. Estas conductas se pueden aproximar al embotamiento afectivo, la astenia, la anhedonia y la insensibilidad hacia el entorno descritos en la CIE-10.

La evolución

La evolución de los estados de estrés postraumático puede ser larga si no recibe tratamiento. Si éste se brinda, los síntomas específicos que hemos descrito tienden a espaciarse y a atenuarse con el tiempo, en particular los síntomas de repetición. Por su parte, los síntomas de superestructura pueden reforzarse, pudiendo la *regresión* mantenerse por la actitud del entorno y por los *beneficios secundarios* que se obtienen. Permanecen, pues, en un primer plano, en la mayoría de los casos, acomodos caracteropáticos con un riesgo de *raptus* ansioso o agresivo. Precisamente de este enquistamiento caracteropático pueden emerger la dimensión sinistrósica y las reivindicaciones con el fin de obtener una reparación del perjuicio provocado por el acontecimiento traumático. Si la evolución conduce a la curación en la mayor parte de los casos, los trastornos pueden tender a la cronicidad y, en este caso, provocar una modificación durable de la personalidad.

XXI.3.3. *La modificación durable de la personalidad*

Esta modificación consiste en una reorganización de la personalidad con un cambio manifiesto y persistente de la persona en sus modos de percepción y de pensamiento relativos al entorno y a sí misma. Aparece en ausencia de trastornos previos de personalidad y no corresponde tampoco a una acentuación de rasgos anteriores. Conduce a la identificación de una *personalidad traumático-neurótica.*

booksmedicos.org

La observación de comportamientos regresivos ha sido precisada por Crocq, quien ha puesto en evidencia su ambigüedad: los pacientes muestran al mismo tiempo una actitud de dependencia pasiva respecto del entorno, y conductas de reivindicación agresivas y exigencias de consideración, manteniendo su patología neurótica al mismo tiempo que solicitan la estima de los demás. Existe adicionalmente una inhibición general con reducción de las actividades, abandono de los centros de interés anteriores y disminución o inhibición de la libido.

La CIE-10 describe modificaciones de personalidad muy análogas. El trastorno se caracteriza por una actitud hostil o desconfiada hacia el mundo, retraimiento social, indiferencia, sentimiento de vacío o de desesperanza que pueden estar asociados a una dependencia aumentada respecto de los demás y al humor depresivo de duración prolongada, o incluso a la sensación de estar constantemente "bajo tensión" o amenaza, con tendencia al abuso del alcohol o de tóxicos y un permanente sentimiento de ser diferente a los demás.

XXI.3.4. *La sinistrosis*

Se trata de un estado mental particular definido por el enquistamiento de reivindicaciones concernientes al perjuicio sufrido. El individuo se instala en una ineptitud para el trabajo, justificada por los malestares subjetivos, con una reivindicación nunca satisfecha de indemnización, en una dinámica de cronicidad resistente a todo tratamiento, llegando en ocasiones a revelar los rasgos de la personalidad paranoide, que pueden evolucionar hacia un delirio de reivindicación, que entra dentro del marco de las psicosis pasionales (véase el capítulo XXIX).

XXI.4. Caso clínico

La señora F., de 53 años, no tiene antecedentes particulares pero es una persona más bien ansiosa. Se presenta en el servicio de urgencias llevada por su marido por trastornos respiratorios y afonía que aparecieron bruscamente cuando veía la televisión. La polipnea y la taquicardia acompañan a un sentimiento de malestar general teñido de una fuerte ansiedad, temblores y una cierta agitación que se calma a medida que las enfermeras se ocupan de ella. Los diferentes exámenes somáticos no revelan nada orgánico y se concluye que sufre de una crisis de angustia. La señora F. recupera la voz rápidamente. Al tranquilizarse ya puede explicar el contexto dentro del cual apareció esta crisis. Desde hace un mes se encuentra extremadamente tensa e irritable, particularmente fatigada a causa de unas noches que considera agitadas. Se despierta bruscamente a causa de pesadillas que no logra recordar. Queriendo distenderse al mirar una película, comienza a ahogarse a partir de la primera escena, que muestra la intervención de los bomberos en el sitio de un accidente. Sólo tras un interrogatorio muy preciso sobre los meses pasados ella recuerda "haber creído que había sonado su última hora" en ocasión de un choque banal en auto hace dos meses, en un estacionamiento, con el vehículo de un "señor muy descontento" que

booksmedicos.org

la había amenazado con “romperle la jeta si no reconocía su culpabilidad”. Ella quedó “sin voz”. El agente de seguridad del estacionamiento logró calmar la situación. Muy avergonzada quiso olvidar inmediatamente esta historia. Aquí, a pesar de la aparente benignidad del acontecimiento, se constata cómo constituyó un verdadero traumatismo, pues la señora F. se vio amenazada en su integridad física y psíquica. Un tiempo de latencia de alrededor de un mes precedió el síndrome de repetición con pesadillas, al que se agregaron síntomas neuróticos prestados de tipo histérico.

XXI.5. Psicopatología

XXI.5.1. *El enfoque psicoanalítico*

La neurosis traumática “pura”, determinada únicamente por un acontecimiento exterior estresante sobre una personalidad “sana”, sigue siendo rara. De esta manera se han evocado las nociones de predisposición o de vulnerabilidad en la aparición de estos trastornos. En este caso el carácter de violencia y de excepción del acontecimiento, con la confrontación con la idea de la muerte, son necesarios para que se produzca un trastorno mental.

En un primer tiempo la literatura psicoanalítica describió el reforzamiento de conflictos neuróticos antiguos, con todo lo que esto supone como reacomodo de la economía libidinal. De hecho, el traumatismo psíquico como acontecimiento actual sólo tiene un valor relativo en relación con la historia anterior de la personalidad. En el plano económico el trauma está dotado del doble estatus de acontecimiento actual y de repetición de un traumatismo primario con retorno parcial de lo reprimido. Un acontecimiento que, tomado aisladamente, no sería traumatizante, puede asociativamente inducir una excitación suficiente para hacer fracasar las capacidades de filtración de la paraexcitación y generar una liberación de excitación sexual interna, que desborde las capacidades de elaboración y de “contenedor” del yo.

A partir de la noción de repetición Freud (1920) retomó, en *Más allá del principio del placer,* el tema del traumatismo dándole otra dimensión que la de sus primeros escritos. Freud continuó pensando que la repetición representaba una tentativa para “abreaccionar” el traumatismo, que consiste en hacerlo revivir descargándolo de sus afectos y en “sujetar” su energía. Se trata en definitiva de hacer nacer la angustia propicia para la espera del peligro teniendo como finalidad un dominio retroactivo de esta excitación. No obstante, esta repetición se muestra precisamente ineficaz en las neurosis traumáticas, revelando de esta manera su dimensión de *compulsión de repetición,* tendencia irresistible que no toma en cuenta el principio de placer y que, finalmente, tiene que ver con la tendencia del aparato psíquico a regresar hacia atrás más bien que avanzar en su autoorganización, estando representada la última etapa de ese regreso hacia atrás por el regreso a lo inorgánico. De esta manera se elabora el concepto de la pulsión de

booksmedicos.org

muerte, esa tendencia a la descarga absoluta que va "más allá del principio del placer", siendo entonces el masoquismo su única posibilidad de vinculación y de "libidinización".

XXI.5.2. *El enfoque conductual y cognitivo*

Desde el punto de vista del modelo conductual, el acontecimiento traumático constituye un "estímulo incondicional", en tanto que los elementos externos o internos que recuerdan el acontecimiento son "estímulos condicionantes" que desencadenan la angustia, las reacciones de evitación y el síndrome de repetición. Estos diferentes procesos de condicionamiento secundarios al acontecimiento traumático preparan el terreno de un cuadro de hipervigilancia con un universo personal estrechado e insatisfecho, que puede llegar hasta los afectos depresivos. Del lado cognitivo, estamos frente a "distorsiones cognitivas" caracterizadas por creencias irracionales que implican la activación permanente de estructuras mentales de miedo, con una solución preferencial de las señales de peligro en el entorno.

En un plano cognitivo, estos últimos años se ha desarrollado una rica bibliografía en lengua inglesa alrededor de la noción de disociación (en el sentido que Janet daba a ese término) y de sus relaciones con la patología psicotraumática. Se ha puesto en evidencia una correlación significativa entre el grado de disociación peri-traumática y la severidad de los síntomas del EEPT a largo término, pues la disociación disminuye la posibilidad de codificar los recuerdos y los afectos vinculados con la experiencia traumática, reduciendo las posibilidades de adaptación del individuo al traumatismo. El modelo cognitivo del EEPT desarrollado por el grupo de Oxford (Ehlers y Clark, 2000) explica los tres mecanismos cognitivos que contribuyen al desarrollo de un EEPT persistente. Se trata de evaluaciones cognitivas disfuncionales, creencias negativas, déficits mnésicos y estrategias de evitación conductuales o mentales. Este modelo propone así nuevos métodos cognitivos de intervención.

XXI.6. TERAPÉUTICA

XXI.6.1. *El sitio de los psicotrópicos*

No existe un tratamiento quimioterapéutico específico del trastorno psicotraumático, pues los psicotrópicos intervienen en un plano sintomático.

Se utilizarán, pues, las benzodiacepinas de manera puntual, y más tarde podrán recomendarse los antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina (IRS), por su efecto sobre los síntomas ansiosos y fóbicos, así como los estabilizadores del estado de ánimo en los individuos que presentan una agresividad o una impulsividad particular. Trabajos recientes han mostrado que el *propanolol*, administrado de manera inmediata

booksmedicos.org

tras el acontecimiento traumático, tendría un efecto protector sobre la aparición del EEPT.

XXI.6.2. *Las psicoterapias*

Identificar los trastornos psicotraumáticos en un plano clínico y poder reaccionar a ellos de manera adecuada permiten proteger al individuo de las consecuencias de la evolución de un EEPT en los planos personal, social y profesional.

En el abordaje conductual se utilizan dos tipos de técnicas, frecuentemente de manera conjunta: *a)* las *terapias de exposición,* en las cuales el individuo se coloca en presencia de estímulos aterradores de manera progresiva o masiva y repetida, permaneciendo en una situación de seguridad dentro de la relación terapéutica con el fin de inducir una especie de acostumbramiento tendiente a reducir la ansiedad, y *b)* las *técnicas de administración del estrés,* gracias a las cuales el individuo aprende nuevas conductas para hacer frente a las situaciones ansiógenas.

En el abordaje *cognitivo* el objetivo es favorecer una modificación de la formulación y del tratamiento de la información del individuo, con el fin de darle nuevamente una concepción de la realidad que le permita encontrar un razonable sentimiento de seguridad.

En las *terapias psicodinámicas* el tratamiento pretende, idealmente, obtener la "catarsis" descrita por Freud desde 1895. Al hacer revivir el acontecimiento a través de una descripción muy precisa de su desarrollo y explorar todas las cadenas asociativas vinculadas con él, se intenta obtener una "abreacción" que libere el material inconsciente (representaciones de palabras, y sobre todo representaciones de cosas). La psicoterapia de inspiración analítica se aconseja y se adapta al caso individual en función de la patología psiquiátrica y de la personalidad premórbida. El trabajo terapéutico utiliza el vínculo transferencia-contratransferencia. La *hipnosis,* por su lado, sigue siendo utilizada especialmente por su interés en el proceso de abreacción.

XXI.6.3. *Prevención o intervenciones psicológicas precoces*

Hay que subrayar la elaboración, en estos dos últimos decenios, de *estrategias de prevención,* preconizadas en el lapso *inmediato* al acontecimiento estresante con el fin de prevenir la aparición de un síndrome psicotraumático o de limitar su intensidad.

El *debriefing* (interrogatorio) psicológico es una intervención de urgencia. El modelo norteamericano de Mitchell (1983) está basado en un enfoque cognitivista muy estructurado, en general en una sesión, en tanto que el modelo francés se inspira más bien en la práctica analítica. De esta manera hemos asistido en Francia, en 1995, en ocasión de la ola de atentados terroristas, al desarrollo de *células de urgencia médico-psicológica,* que intervienen de manera paralela a otros tipos de auxilio en los sitios de los acontecimientos catastróficos. Este *debriefing,* llevado a cabo por terapeutas

booksmedicos.org

experimentados en el propio sitio pero dentro de un entorno de seguridad, permite una *verbalización precoz* que logra compartir las emociones experimentadas en el seno de un grupo víctima de la catástrofe. Esta intervención tiene por finalidad disminuir el impacto de los fenómenos de estrés sufridos y además detectar a los individuos en riesgo para orientarlos hacia la atención individual y especializada. Además estas intervenciones se muestran esenciales para ayudar al individuo en una dinámica pluridisciplinaria (atención médico-psicológica, trámites judiciales, indemnizaciones, ayuda de trabajo social) que permitirán disminuir el impacto psíquico de la *victimización* (Fassin y Rechtman, 2007) y por ende minimizar las consecuencias médico-legales. No obstante, desde hace algunos años se asiste a una verdadera polémica concerniente a la eficacia del *debriefing* (Cremniter *et al.*, 2007). Este debate ha conducido, en definitiva, a reconocer la legitimidad de esta intervención precoz, vista la satisfacción de los participantes.

Estas técnicas se utilizan igualmente en prevención primaria: medidas de información, de educación y de entrenamiento puestas en práctica en los países sometidos a riesgos de catástrofes naturales.

XXI.7. Aspectos médico-legales

Más allá de la sinistrosis clásica, el reconocimiento del perjuicio sufrido es solicitado frecuentemente a los expertos con el fin de determinar el vínculo de causalidad entre los trastornos presentados y el traumatismo, siendo la finalidad la evaluación de la responsabilidad y de las posibilidades de indemnización y de reparación jurídica. El papel del psiquiatra será ayudar a su paciente a no esperar que un reconocimiento y una indemnización estén a la medida de la reparación esperada. De esta manera, habrá que insistir en el hecho de que el paciente debe permanecer como actor de su mejoría clínica. Un procedimiento judicial no podrá bastar para reparar el traumatismo sufrido, cualquiera que éste sea, puesto que el individuo guardará "el sentimiento intenso de una enorme pérdida" (Abraham, 1918).

No obstante, a partir de la creación de las células de urgencia médico-psicológica, se insiste en el efecto benéfico de la respuesta ambiental (entorno, autoridades, medios de comunicación) frente al traumatismo. De esta manera, las víctimas, rodeadas por los equipos especializados y sostenidas por un grupo de pares, van a ser mejor ayudadas, lo que contribuirá a disminuir el impacto del traumatismo tanto en un plano psicológico como médico-legal, brindándoles un soporte narcisista nada despreciable.

Conclusiones

Frente al surgimiento de nuevas modalidades de traumatismos colectivos o individuales, el concepto de estado de estrés postraumático nunca mereció su sitio como en estos últimos decenios, con una sintomatología tan variada como lo son los propios

booksmedicos.org

traumatismos. No obstante, el nacimiento de este concepto no se llevó a cabo sin controversias. De la misma manera que las querellas etiológicas nutrieron las primeras interrogaciones de los psiquiatras del siglo XIX y de principios del XX, permanecen varias preguntas exacerbadas por diversos retos jurídicos, morales y sociopolíticos. La importancia de identificar este síndrome toma toda su medida en el hecho de que corre el riesgo de concernir a toda persona sometida a un traumatismo externo, siendo este último un factor necesario, pero no suficiente, para el desencadenamiento de los síntomas. De manera paralela se otorga actualmente un sitio muy amplio a la prevención de su aparición por intervenciones más rápidas, con el fin de limitar la evolución de este síndrome hacia una forma crónica y sus consecuencias tanto psíquicas como sociales o jurídicas.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, K. (1918), *Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre, Œuvres complètes*, t. II, Payot, París, 1965, pp. 56-63.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Auxéméry, Y. (2012), "L'état de stress post traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un événement traumatogène et un contexte social", *L'Encéphale,* 38 (5): 373-380.

Barrois, C. (1988), *Les Névroses traumatiques,* Dunod, París; 2ª ed., 1998.

Ceschi, G., y M. Van Der Linden (2009), "L'état de stress post-traumatique: une perspective cognitive", en M. Van der Linden y G. Ceschi, *Traité de psychopathologie cognitive,* t. II, Éditions Solal, Marsella, 2008, pp. 55-107.

Cordier, B., M. Sylvestre y J. Leyrie (1994), "Pathologies psychiatriques post-traumatiques", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37329-A10, Elsevier Masson, París.

Cremniter, D., J. M. Coq, N. Chidiac y A. Laurent (2007), "Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37113-D10, Elsevier Masson, París.

Crocq, L., M. Sailhan y C. Barrois (1983), "Névroses traumatiques (névroses d'effroi, névroses de guerre)", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37329-A10, Éditions techniques, París.

Ehlers, A., y D. M. Clark (2000), "A cognitive model of posttraumatic stress disorder", *Behavior Research and Therapy,* 38, 4, pp. 319-345.

Fassin, D., y R. Rechtman (2007), *L'Empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime,* Flammarion, París.

Fenichel, O. (1945), *La Théorie psychanalytique des névroses,* PUF, París, 1953.

booksmedicos.org

[*Teoría psicoanalítica de la neurosis.* Versión española de Mario Carlisky, Paidós, Barcelona, 1984.]
Freud, S. (1915-1917), XCVII. "Lecciones introductorias al psicoanálisis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2123-2412.
——— (1920), CX. "Más allá del principio del placer", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2504-2541.
Mitchell, J. T. (1983), "When disaster strikes… The critical incident stress", *JEMS*, 8, 1, pp. 36-39.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Thurin, J.-M. (2007), "Mécanismes d'ajustement au stress", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37400-C20, Elsevier Masson, París.

booksmedicos.org

XXII. HIPOCONDRÍA Y OTROS TRASTORNOS PSÍQUICOS DE EXPRESIÓN CORPORAL

PIERRE BROKMANN

Desde la Antigüedad la hipocondría no ha dejado de agitar la literatura sugiriendo la pregunta de las relaciones entre el psiquismo y el cuerpo. El presente capítulo se ocupará sobre todo de ella al mismo tiempo que identificará —por oposición— las otras patologías psíquicas de expresión corporal.

XXII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXII.1.1. *Historial y evolución de los conceptos*

La hipocondría es definida por Littré (1972) como una "especie de enfermedad nerviosa que, perturbando la inteligencia de los enfermos, les hace creer que están atacados por las enfermedades más diversas, de manera que pasan por enfermos imaginarios, aun sufriendo mucho, y que están sumergidos en una tristeza habitual". De hecho, la patología ya estaba descrita por Hipócrates, quien la diferenciaba de la "sofocación histérica": "Se experimenta en medio de las vísceras como la sensación de una picadura de espina; se encuentra una gran ansiedad. Se huye de la luz y de los hombres". En el siglo I d.C., Galeno fincó las bases de un referente que gozaría de autoridad hasta el siglo XVII: los órganos situados en los hipocondrios engendran un humor ardiente que sube al cerebro "para atacar la sede del pensamiento"; la hipocondría y la melancolía compartirían una misma etiología: la bilis negra, expresándose, respectivamente, en la esfera somática o en la psíquica.

A partir del Renacimiento, los trabajos de disección alentaron a los médicos a localizar la sede de las enfermedades; el surgimiento de lo real alejó las descripciones clínicas de su primera simbología, y el sistema nervioso apareció progresivamente como el elemento mediador de las relaciones somato-psíquicas, en lugar de los antiguos humores. La histeria y la hipocondría formaron entonces las "enfermedades de los nervios". Puesto que el espacio corporal fue a partir de ahí percibido como un conjunto sólido y continuo, su sintomatología heterogénea sólo podía provenir de "la ataxia de los espíritus animales" (Sydenham, citado por Michéa, 1845), ocasionada por un sistema

booksmedicos.org

nervioso irritable y un organismo vuelto poroso. Esta permeabilidad corporal no fue sino una metáfora de la densidad moral, atacada por el vicio, que entrañaba una sanción por la enfermedad (Foucault, 1972). Antiguamente víctima de un determinismo biológico que excluía toda responsabilidad moral, el hipocondriaco aparecía como "un elemento disruptivo del tejido social" (Guedeney *et al*., 1990), ejemplificado por *El enfermo imaginario* (Molière, 1673).

Con el éxito del método anatomo-clínico, la hipocondría se sitúa en el cruce de un triple debate concerniente a su localización (¿digestiva, nerviosa o cerebral?), al proceso en juego (¿orgánico o funcional?) y a su clasificación nosográfica (¿una o varias hipocondrías?). Existen entonces tantas hipocondrías como autores. Al convertirse en un asunto de alienistas, la hipocondría se vuelve vesánica, siguiendo las concepciones de Georget (1820) y Falret (1822). Se disgregó tras los movimientos clasificatorios de la época y perdió progresivamente sus vínculos corporales para volverse, bajo el impulso de Guislain (1852), Cotard (1877), Magnan (1890) y Ballet (1897), solamente un síntoma precursor de las psicosis. En realidad, esta opinión suscitó una protesta general pues hizo de todo hipocondriaco un alienado. Apareció entonces, frente a la *hipocondría mayor* de los alienistas, el término de *hipocondría menor* para los pacientes en los cuales la gravedad de los síntomas parecía menos escandalosa. Este esfuerzo continuo para mantener una dicotomía tranquilizante muestra muy bien la universalidad de la angustia hipocondriaca.

El conjunto de las descripciones clínicas del siglo XIX pone en evidencia a un individuo replegado, alejado del mundo social, lo que no se le escapó a Freud (1914), quien emitió la hipótesis de un estado narcisista caracterizado por un retraimiento de los investimentos del mundo exterior para concentrarlos en el órgano enfermo. Al ampliar el concepto de erogeneidad al conjunto del cuerpo, revolucionó su estatus como conglomerado de órganos y de funciones para convertirlo en un cuerpo pulsional, con una dimensión histórica y subjetiva. La hipocondría se convirtió en la "neurosis actual", prólogo de las psicosis (véase el capítulo XVII).

En el siglo XX la hipocondría se analizó a través de un doble referente surgido del hiato entre neurología y psiquiatría, nutriendo el eterno debate del *cum versus sine materia* (con o sin base material). La hiperespecialización médica, la multiplicación de los exámenes complementarios y la valorización sociológica de la lesión visible entrañaron una plétora de hipótesis orgánicas que condujeron al diagnóstico escéptico de "trastorno funcional", cuando los síntomas quedaban médicamente inexplicados, sin sostener, empero, un origen psicógeno. Ey (1950) amplió la problemática al proponer la hipótesis de un "complejo hipocondriaco inmanente a la naturaleza humana", confirmando su estatus de angustia universal: la hipocondría se convirtió en un *proceso* que solucionaba algunos callejones sin salida del funcionamiento psíquico. En 1975, Maurel propuso una novedosa lectura de ella poniendo en evidencia una proximidad confusa entre los discursos médicos hipocondriacos; la pregunta sobre la identidad médica surge en los escritos sobre la hipocondría (Cottraux, 1974; Delahousse *et al*., 1980). Finalmente citemos la aparición de la Escuela de París de Psicosomática (Marty, 1980), que se

booksmedicos.org

planteó la pregunta de las relaciones somato-psíquicas más allá de la hipocondría (véase el capítulo XII).

XXII.1.2. *Situación nosográfica*

La CIE-10 de la OMS (1992) propone un grupo de "Trastornos somatomorfos", que forma parte del capítulo "Trastornos neuróticos, trastornos ligados a factores de estrés, trastornos somatomorfos". La hipocondría se codea allí con la "somatización", la "disfunción neurovegetativa somatomorfa" y el "síndrome doloroso somatomorfo persistente".

El DSM-5 de la ANP (2013) propone el capítulo "Trastorno: síntomas somáticos y asociados" (antiguamente "Trastornos somatomorfos"), que incluye igualmente las somatizaciones y la histeria de conversión somática ("trastorno conversión"). La hipocondría se refiere aquí como "Trastorno: ansiedad de enfermedad".

XXII.2. DATOS E INVESTIGACIONES BIOMÉDICOS

XXII.2.1. *Epidemiología y factores de riesgo*

La prevalencia varía de 0.8 a 4.5% en la población general entre los pacientes recibidos en estructuras hospitalarias (Magarinos *et al*., 2002) y se sitúa entre 4 y 9% en medicina general (Barsky *et al*., 1990). La *sex ratio* es de 1. El principio es más frecuente en el adulto joven, durante la crisis de la mitad de la vida y después de los 60 años. La errancia diagnóstica de los pacientes, la débil frecuencia del diagnóstico planteado y la ausencia de consenso terapéutico hacen estos datos medianamente fiables. Entre los factores de riesgo se observa la experiencia de una enfermedad marcada por la pasividad y la regresión durante la infancia, la identificación con un pariente enfermo y los antecedentes somáticos graves (Koupernik, 1974).

XXII.2.3. *Comorbilidades*

La hipocondría está frecuentemente asociada a trastornos ansiosos, afectivos o de la personalidad. En este último caso, las personalidades obsesivo-compulsivas y evitativas se le asocian de manera significativa (Sakai, 2010). Por lo demás, no es raro observar el desarrollo de una toxicofilia, diferente de la toxicomanía clásica en la que el paciente se sitúa todavía dentro de una dialéctica interrogante respecto del médico.

booksmedicos.org

XXII.3. La clínica

XXII.3.1. *La actitud hipocondriaca*

Un sufrimiento inefable

El hipocondriaco expresa una inquietud que puede concernir a todas las partes del cuerpo, tanto en la superficie como en profundidad, pero permanece clásicamente localizada en un mismo sitio. Si su discurso —incansablemente fijo y repetitivo— toma rápidamente las características de cantinela, el hipocondriaco está al acecho: vigila sin cansarse su organismo y capta toda sensación que emane de él para interpretarla peyorativamente. En el curso de un novelón que nada parece perturbar, el paciente inviste sus opiniones de una convicción casi diagnóstica. No obstante, este esfuerzo de denominación siempre resulta incompleto a los ojos del paciente, quien aparece como la "víctima de un sufrimiento que busca en vano un lenguaje" (Pedinielli *et al.,* 1988), desquitándose con una empresa de cuantificación cuya finalidad es cartografiar al cuerpo: las limitaciones cifrables (dietas, diagramas, consultas, exámenes complementarios…) proliferan según una verdadera "empresa aritmomaniaca" (Maurel, 1975).

La convocatoria de un tercero

El órgano no deja de expresarse, el individuo lo escucha febrilmente pero por supuesto no se entienden. El hipocondriaco convoca entonces a un tercero con el fin de legitimar sus trastornos. Pero a la menor tentativa de distanciamiento del interlocutor, la sintomatología se agrava y las exigencias se afirman. Los próximos se encuentran, pues, rápidamente tiranizados y no es raro que el paciente consulte cuando queda agotado su primer auditorio.

¿Este encuentro está destinado al fracaso? Si el médico y el enfermo parten confiados a la búsqueda de la lesión, el resultado de los exámenes complementarios conduce a la frase asesina: "Usted no tiene nada", signo de incomprensión (puesto que el paciente sabe que por supuesto tiene algo), y la relación tiende a convertirse en sadomasoquista hasta que el paciente huye o el médico lo dirige, con mayor o menor elegancia, a otro colega. Éste es el principio de la carrera médica del hipocondriaco, con características desesperadamente repetitivas: peregrinaje tapizado de médicos de los que ninguno cumplió sus promesas de curación. El paciente llega a deplorar la ausencia de una afección claramente descriptible, la cual, si surge, disminuye frecuentemente las preocupaciones.

Ocurre que el hipocondriaco se encuentra siempre en un *tiempo suspendido,* en una interminable *actualidad* de sus trastornos. Separado de toda temporalidad, como en el

booksmedicos.org

síndrome de Cotard, no puede ni curar ni morir. Su existencia se rige, no obstante, según dos paradojas: alrededor del órgano, alterna sin cesar entre una liberación de su molestia y el retorno a una concentración dolorosa; alrededor del interlocutor, convoca al saber médico para desafiarlo mejor de manera secundaria (Delahousse, 1996).

La reconversión en médico imaginario

El discurso médico necesita, por definición, excluir la subjetividad para concentrarse mejor sobre el organismo: la medicina podría, en resumen, pretender "un cuerpo biológico, que una vez extirpado el mal, estaría completo, silencioso y sin historia" (Delahousse *et al.,* 1980). Esto es lo que busca el hipocondriaco que contempla al arte médico como un saber absoluto. Así, al socaire de las consultas y de sus propias investigaciones, el enfermo imaginario se convierte en médico imaginario. Pero si utiliza este discurso, al mismo tiempo lo denuncia, porque la aceptación de la integralidad de la empresa médica equivale a una desposesión de la enfermedad; ahora bien, el médico no es convocado aquí como un actor, sino más bien como espectador del órgano que se convierte en "objeto de colección" (Tatossian, 1997). Si el encuentro entre el paciente y el médico somático incluye desde su base un malentendido, el encuentro con el psiquiatra es vivido frecuentemente como un error de orientación, pues el paciente permanece en la negación del hecho psíquico. Frente a este doble, la confrontación se vuelve amenazante para la identidad del clínico (Cottraux, 1974). La dificultad de clasificación nosográfica aparece entonces como un avatar de esta confusión de papeles: el juego de espejos que forman los discursos médico e hipocondriaco hace imposible el distanciamiento necesario para toda tentativa de circunscripción médica y la hipocondría queda destinada, pues, a escamotearse de manera esencial.

Es en este contexto donde aparecen los riesgos iatrogénicos (coloscopías, laparotomías exploradoras…), que pueden terminar por "lograr" el paso de una *hypocondria sine materia* a una *hypocondria cum materia:* una vez franqueado este punto sin retorno, el tratamiento se vuelve, por lo menos, delicado.

XXII.3.2. *Las posibles evoluciones*

Clásicamente se distinguen tres evoluciones mayores: la descompensación paranoide (el cuerpo médico y sus prescripciones son consideradas responsables del mal indescriptible), la descompensación esquizofrénica (la desorganización del órgano enfermo se generaliza al conjunto del sujeto) y la descompensación melancólica del tipo del síndrome de Cotard (la destrucción se extiende a todo el cuerpo y al mundo exterior). A esta triada sindrómica se pueden agregar tres tipos de pasaje al acto: la automutilación (encontrada en los delirios hipocondriacos paranoides, pero también en las intervenciones quirúrgicas exigidas bajo la cobertura de una coartada médica), el suicidio y muy rara vez

booksmedicos.org

el homicidio (el médico perseguidor remplaza al órgano alterado como objeto a eliminar). Finalmente, hay que reservar un sitio particular a la descompensación somática, que mejora frecuentemente al paciente quitándole la carga del trabajo psíquico pero a expensas de la salud orgánica.

XXII.3.3. *Las formas clínicas*

La confrontación con la clínica nos compromete a contemplar a la hipocondría como una angustia que se muestra —de manera más o menos completa— sobre diferentes telones de fondo. De esta manera atraviesa el conjunto de la nosografía psiquiátrica y abre, pues, el debate —permanente y nunca resuelto— del diagnóstico diferencial.

La hipocondría neurótica, llamada "menor"

Frecuentemente está teñida de la organización subyacente y se habla entonces del hipocondriaco ansioso, obsesivo o histérico, aunque la clínica se presenta frecuentemente amalgamada. El ansioso está, por así decirlo, llevado por su destino más natural a la hipocondría, tema de inquietud "al alcance de la mano", "verdadero instrumento del suplicio que se inflige" (Ey, 1950). Para el sujeto obsesivo, la preocupación obsesiva de poder estar afectado de una enfermedad engendra todo el ceremonial compulsivo de protección y de lucha contra esta obsesión, reconocida como tal pero incoercible. Se plantea entonces la pregunta de la diferencia con la nosofobia; pero en esta última se trata del temor de la posibilidad de contraer una enfermedad en el futuro, y no la certeza actual de estar afectado por ella. Finalmente, puede encontrarse una hipocondría histérica cuando el mecanismo conversivo se muestra finalmente incompleto y una parte de la angustia que subsiste genera una "hipocondría ostentadora" (Codet, 1939), correspondiente a una "histeria sobrepasada": "sólo le queda al histérico callarse y exhibir, en lugar de su grito, su cuerpo dañado" (Israël, 1976).

La hipocondría delirante, llamada "mayor"

En este estadio ya nadie duda de la realidad de la enfermedad, orgánica para el paciente, psiquiátrica para el médico: "el divorcio, pues, se ha consumado, lo que permite dar de baja a la pareja enfermo / cuerpo médico, hostil, amurallada en su incomprensión recíproca" (Sichel, 1989). En la preocupación hipocondriaca de tipo paranoico el individuo se siente perseguido por su entorno y los médicos, y se lanza hacia una verdadera encuesta policiaca en búsqueda de pruebas irrefutables contra sus supuestos enemigos. Todo es considerado en el sentido del delirio que se construye y se desarrolla

booksmedicos.org

como un sistema inquebrantable pero penetrable, a diferencia de las psicosis disociativas.

Hipocondría, melancolía y depresión

El dolor moral del melancólico toma la forma del dolor físico en el hipocondriaco: "Experiencia de la culpabilidad para uno, experiencia de un cuerpo sufriente para el otro" (Brusset, 1998). Lo que en el primero es autoacusación en el segundo es queja acusadora, lo que en el primero es deseo de morir en el segundo es el deseo de encontrar al médico salvador. El síndrome de Cotard es, por lo demás, un ejemplo de las conexiones que existen entre estas dos patologías (véase el capítulo XXXI). Muy diferente es la queja hipocondriaca de los síndromes depresivos, de los que constituye a veces la única manifestación. En estas formas enmascaradas, el órgano enfermo sustituye al objeto perdido permitiendo al individuo evitar un derrumbe depresivo.

La evolución hipocondriaca de una enfermedad somática conocida y tratada

La atención está entonces dividida entre la culpabilidad de pasar de lado frente a una manifestación orgánica y el deseo de limitar los actos iatrogénicos, tanto más que "la lógica hipocondriaca utiliza la situación, las rivalidades, las situaciones de prestancia del narcisismo médico, herido por su fracaso metódico" (Brusset, 1998).

XXII.3.4. *Los otros trastornos psíquicos de expresión o preocupación corporales*

Son numerosos y constituyen otros tantos diagnósticos diferenciales para la hipocondría, fuera, por supuesto, de una afección médica, que es el primer diagnóstico diferencial que se debe eliminar, incluso si puede provocar la cristalización de una angustia hipocondriaca.

La histeria de conversión puede discutirse, pero el histérico permanece próximo a su historia, su discurso es vívido, hiperexpresivo, al contrario del hipocondriaco, que permanece fuera de alcance y encierra al terapeuta "en el fracaso de la frustración elaborada" (Pragier, 1995). La *somatización* (antiguo síndrome de Briquet) es una patología polisintomática y dolorosa que aparece antes de los treinta años de edad y persiste largo tiempo, frecuentemente presentada de manera dramática, en el curso de una anamnesis médica complicada, que ya hizo evocar numerosos diagnósticos orgánicos. La *neurastenia,* que la CIE-10 conserva entre los trastornos neuróticos, fue descrita por Beard en 1868; difiere de la hipocondría en que está caracterizada por una astenia tanto psíquica (dificultades de concentración) como física (sentimiento de

booksmedicos.org

agotamiento). Se le asocia una gran cantidad de síntomas variados (dispepsia, cefalea, impotencia…) que contribuyeron a su éxito en ese tiempo puesto que representaban "un paliativo popular" para disimular lo que podía ser una "tara" (Abadie, 1930). Freud (1895) redefinió sus límites nosográficos entre las neurosis actuales, frente a la psiconeurosis de defensa o "neurosis obsesiva".

El dolor psicógeno *(trastorno doloroso)* consiste en una queja álgida que invade el discurso y puede estar asociada tanto a factores psicológicos como a una afección somática. Sobreviene de manera brusca, aumenta en algunas semanas o meses y persiste durante varios años, antes de las primeras consultas. Posteriormente engendra un sobreconsumo médico y un estatus de inválido sinistrósico con su cortejo de beneficios secundarios. El "trastorno doloroso" conoce actualmente una difusión considerable en razón de la dimensión subjetiva del dolor asociado a los progresos efectuados en materia de terapéutica antálgica.

En la *dismorfofobia* (temor de una dismorfia corporal), la preocupación del individuo se limita a un defecto más o menos imaginario de la apariencia física. Estos pacientes pasan un tiempo considerable examinando su defecto y se entregan sin cesar a los cuidados del cuerpo —llegando hasta el acto quirúrgico—, cuya finalidad es enmascarar el aspecto poco agraciado, o a las estrategias de evitación que los conducen a un importante aislamiento. "La idea de la fealdad y de la imposibilidad de ser amado está ligada a la idea de una malformación congénita, de un nacimiento traumático, o a una vivencia infantil de abandono, de desamparo, de indiferencia […] La solicitud es la de una reparación narcisista y la de un amor incondicional" (Brusset, 1998). La dismorfofobia remite, pues, al pasado. Por oposición se evoca la *anorexia mental,* que se define por una anticipación: se trata de un temor de perder el control de un cuerpo que engordaría desmesuradamente, y esto vinculado con la aparición de una pubertad percibida como amenazante. Aferrada a su ideal ascético, nadie está autorizado a interponerse en el proceso del modelaje corporal: el encuentro con el médico es vivido frecuentemente como una limitación.

En la *despersonalización*, el individuo se queja de una alteración cualitativa de su actividad mental o de su propio cuerpo, siendo éstos percibidos como irreales, lejanos o exteriores a él. Más que de una distorsión se trata de una verdadera vivencia de pérdida de la unidad corporal y psíquica: "El individuo no se reconoce a sí mismo como una personalidad" (Schilder, 1935). La referencia de la imagen de sí mismo, sobre la cual el individuo basa su identidad, está amenazada, pudiendo provocar la aparición de una temática delirante frente al riesgo de disociación, y de pasajes al acto auto o heteroagresivos, destinados a luchar contra la angustia de anonadamiento. No obstante, "el despersonalizado no abandona la realidad, por el contrario, se sujeta a ella" (Bouvet, 1972): si el hipocondriaco afirma la realidad de su sufrimiento físico, el despersonalizado duda y analiza ese sentimiento de irrealidad que se apodera de él. Más allá de la despersonalización puede producirse una desrealización: "los enfermos continúan teniendo la sensación y la percepción del mundo exterior, pero han perdido el sentimiento de 'realidad' que generalmente es inseparable de estas percepciones" (Janet, 1903). Se

booksmedicos.org

encuentran estos dos tipos de experiencia en los trastornos esquizofrénicos, depresivos, fóbicos u obsesivo-compulsivos.

El término *somatización* se utiliza aquí para designar la aparición de una verdadera lesión orgánica. En el enfoque psicosomático (Marty, 1980), está ligada a una carencia de mentalización, es decir, a un defecto de representación psíquica y de simbolización en el que el cuerpo se convierte en un relevo que expresa un sufrimiento físico. Se encuentra una pobreza de la vida fantasmática, una alexitimia (dificultad para expresar los afectos) y un pensamiento llamado "operatorio", centrado en lo concreto y lo actual (véase el capítulo XII).

XXII.4. Caso clínico

El señor F., de 41 años de edad y sin empleo desde hace dos, vive con su pareja. Consulta en urgencias a causa de ideas suicidas y de insomnio asociado a la angustia, que apareció hace algunos meses a consecuencia de dolores abdominales. Con un buen contacto nos comunica su gran inquietud concerniente a su salud física, a pesar de las múltiples consultas médicas que han descartado todas ellas un origen orgánico de su mal. Eterno incomprendido, pretende terminar con esta situación. El acceso a su propia historia se revela imposible en este paciente que inunda la conversación con sus quejas somáticas, relatadas con múltiples detalles, y el tribunal que levanta contra todos los médicos precedentemente consultados dicta un juicio severo, a pesar de una sólida fe en la "ciencia médica": "Con todo esto no he tenido el tiempo de buscar un trabajo y continúo sufriendo". Le proponemos un tratamiento hipnótico y ansiolítico, que acepta, y lo volvemos a ver la semana siguiente, acompañado de su esposa. Nos enteramos entonces de que su padre falleció a la edad de 42 años por un cáncer pancreático cuyo diagnóstico fue establecido tardíamente. Por lo demás, al señor F. se le diagnosticó recientemente una hipercolesterolemia, como a su madre, fallecida por un infarto al miocardio el año anterior. Se ha vuelto irritable, replegado sobre sí mismo e inactivo en su búsqueda de empleo en una agencia desde hace algunos meses. El paciente tiene la amenaza de una separación conyugal, que no ha ocurrido porque está enfermo. La reciente pérdida de su madre, la anomalía de los lípidos que le recuerda lo finito de la existencia y la amenazante cercanía de los 42 años imponen al paciente un cambio en sus investimentos en este periodo de duelo. El señor F. permanece, no obstante, ausente de su propia historia, y el órgano hipocondriaco, que condensa el conjunto de su problemática, señala una imposible mentalización que podría conducirlo a un estado melancólico. Después de haber asistido irregularmente a algunas consultas, acepta escépticamente comprometerse con una psicoterapia, prosiguiendo, no obstante, su recorrido en los servicios hospitalarios somáticos. En poco tiempo, gracias al tratamiento antidepresivo por ISR difícilmente aceptado, las preocupaciones hipocondriacas disminuyen y el señor F. parece haber retomado su estado previo, aunque continúa diariamente auscultando su vientre.

XXII.5. Psicopatología

booksmedicos.org

XXII.5.1. *El modelo de la neurosis actual*

Freud (1914) siempre consideró la hipocondría la tercera neurosis actual, junto a la neurastenia y la neurosis de angustia. Este grupo nosográfico estaba caracterizado por una descarga "inadaptada" de la excitación sexual (ya sea por masturbación o por abstinencia), que hacía imposible el vínculo con las representaciones psíquicas y que se expresaba en síntomas somáticos. Su mecanismo de formación no era, pues, simbólico, puesto que la excitación no había sido "psiquisizada", contrariamente a los síntomas psiconeuróticos surgidos de los procesos de represión, condensación o desplazamiento. "No se encuentra en ellas la actualización de una cuestión históricamente determinada, sino solamente la actualidad de una cuestión somática que no se puede connotar por contenidos significativos o por sobredeterminaciones inconscientes" (Perrier, 1959): el hipocondriaco nos entrega claramente un discurso radicalmente separado de su propia historia.

Freud (1914) inserta la hipocondría dentro de una economía narcisista: "El hipocondriaco retira interés y libido del mundo exterior y concentra ambos sobre el órgano que lo ocupa". Al introducir la oposición libido de objeto-libido narcisista, considera la hipocondría secundaria a una falta de elaboración de una libido destinada al yo, desbordada por ese "repliegue" pulsional que el aparato psíquico no pudo tratar. La "estasis libidinal" ocasionada exagera la erogeneidad de un órgano, de la misma manera que los órganos genitales en estado de excitación, y explica las sensaciones físicas experimentadas por el paciente. La hipocondría sería la marca de una angustia en relación con un estado de peligro de la esfera narcisista, diferente de la angustia neurótica.

Para Freud (1916), "el síntoma de la neurosis actual constituye frecuentemente el núcleo y la fase preliminar del síntoma psiconeurótico". De esta manera, la hipocondría corresponde a las psiconeurosis narcisistas (psicosis) que pueden representar su consecuencia: en esta ocasión el yo es investido como objeto, pero al precio de un tratamiento patológico de la sobrecarga de excitación pulsional: el delirio de grandeza es una forma de elaboración psíquica que permite al individuo evitar la angustia correlativa a la estasis libidinal.

XXII.5.2. *La hipótesis de una hipocondría psiconeurótica*

El modelo de neurosis actual permanece, no obstante, inestable y la excitación pulsional busca una vía de descarga más adecuada, es decir, una vinculación con las representaciones psíquicas (Kapsambelis y Legrand, 1995). Se puede entonces formular la hipótesis de una "hipocondría psiconeurótica", más mentalizada: el proceso hipocondriaco envuelve en este caso al conjunto de las organizaciones y se encuentra fraccionado dentro del campo nosográfico. Las preocupaciones hipocondriacas del paciente esquizofrénico son frecuentes y se traducen en el "lenguaje de órgano" (Freud,

booksmedicos.org

1915): “La retracción de los investimentos conduce a una relación con los órganos del cuerpo en primer plano […] El lenguaje de órgano señala una tentativa de reconquista del objeto pasando por el investimento de las representaciones de palabra”, que pueden condensar toda una línea de pensamiento. La hipocondría se considera entonces una defensa contra una desorganización más general y señala un esbozo de curación, incluso si continúa siendo un callejón sin salida. En el individuo paranoico el mecanismo proyectivo sobre el objeto tiene como función aligerar al aparato psíquico de una excitación que no puede procesar. Hecho esto, el “hallazgo del objeto” (Tausk, 1919) permite preservar una integridad del yo. Cuando los mecanismos de proyección se vuelven insuficientes como modo de defensa, el yo es atacado desde el interior y el órgano enfermo se convierte en perseguidor designado. Si en la melancolía “la sombra del objeto cae sobre el yo” (Freud, 1917), en la hipocondría melancoliforme “cae sobre el cuerpo” (Gibeault, 1995): el órgano se identifica con el objeto perdido y se enfrenta con la ambivalencia. Al realizar esto la hipocondría puede considerarse un proceso defensivo que evita al sujeto desaparecer con el objeto.

XXII.6. Terapéutica

XXII.6.1. *Los enfoques psicoterapéuticos*

Para que pueda surgir una relación terapéutica, parece inevitable una cierta renuncia a la actitud médica clásica: el paciente tiene la necesidad de experimentar que su queja dolorosa es reconocida como necesaria para continuar existiendo, y que el médico no está poseído por un deseo de curación que se emparenta, en realidad, con un deseo de sustracción de la relación. La psicoterapia implica un largo trabajo de re-historización, que se enfrenta a resistencias que se expresan bajo la forma de exacerbación de los dolores y de reanudación de las consultas médicas exteriores. Progresivamente emerge la posibilidad de una transferencia, e inicialmente de una transferencia que idealiza la medicina o la institución hospitalaria. “La adscripción médica de la queja implica la referencia al poder del médico, la que remite a la imago parental idealizada” (Brusset, 1998). Sólo progresivamente se realizará la transición de una pasión casi religiosa por la medicina a una palabra dirigida al médico y que vehicula una dimensión transferencial.

XXII.6.2. *Tratamientos medicamentosos*

No siempre son necesarios, tanto más que pueden ser incriminados muy pronto como responsables de los síntomas físicos. Su prescripción debe facilitar el enfoque psicoterapéutico y ciertos estados ansiosos o depresivos deben respetarse porque son, en ocasiones, una etapa necesaria en la terapia. Los antidepresivos del tipo de los ISR están

booksmedicos.org

indicados en la sintomatología hipocondriaca del sujeto neurótico debido a la proximidad entre hipocondría y trastornos ansiosos. Los tricíclicos parecen tener una buena eficacia en los episodios depresivos del individuo psicótico (Fernando, 1998). No obstante, no es raro que los efectos secundarios induzcan una fijación hipocondriaca. Los neurolépticos, como la risperidona, el sulpiride y el pimozide, ocupan un lugar de elección en el tratamiento de la melancolía de tonalidad hipocondriaca o las preocupaciones hipocondriacas en los pacientes psicóticos, a pesar de que sus efectos secundarios puedan brindar el terreno de un investimento corporal de tipo hipocondriaco. En cuanto a los ansiolíticos, éstos permitirán pasar el mal trago cuando la angustia sobrepase al paciente, a pesar de que existe el riesgo de sobreconsumo. De esta manera, la quimioterapia parece estar indicada según un enfoque más sindrómico o estructural, confirmando la idea de una angustia hipocondriaca transnosográfica.

Conclusión

Dentro de un movimiento social actual en el que la salud ha ganado un sitio prominente, no es sorprendente que el cuerpo, fraccionable y cartografiable, se exprese más que antes, en lugar de un sufrimiento psíquico. Se trata entonces de saber cómo preservar una sensibilidad para lo simbólico a pesar de la omnipotencia de lo real.

BIBLIOGRAFÍA

Abadie, A. (1930), *Discours inaugural*, Acta del Congreso de médicos especialistas y neurólogos de Francia y países de lengua francesa (34ª sesión, Lille), Masson, París.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Ballet, G. (1897), "Huitième leçon. L'hypocondrie", en *Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses,* Éditions Doin, París.

Barsky, A. J., G. Wyshak, G. L. Klerman y K. S. Latham (1990), "The prevalence of hypochondriacs in medical outpatients", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 25, pp. 89-94.

Bouvet, M. (1972), "Dépersonnalisation et relations d'objet", en M. Bouvet, *La relation d'objet —Névrose obsessionnelle— Dépersonnalisation,* Payot, París.

Brusset, B. (1998), *L'Hypocondrie*, PUF, París.

Codet, H. (1939), "Les deux hypocondries", en E. Pichon (dir.), *Mélanges offerts à Monsieur Pierre Janet (famille et amis),* Éd. d'Artrey, París, pp. 43-54.

Cotard, J. (1877), "Hypocondrie", en A. Dechambre (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* 4ª serie, F-K, Asselin & Houzeau, París.

booksmedicos.org

Cottraux, J. (1974), "Narcissisme, pensée médicale et pensée psychotique", *Évolution psychiatrique,* 39, 1, pp. 29-39.
Delahousse, J. (1996), "Le temps et l'espace dans le discours hypocondriaque", *Champpsychosomatique,* 5, pp. 139-151.
Delahousse, J. y B. Hitter-Spinelli (1980), "Discours hypocondriaque et discours medical", *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale,* 22, 1, pp. 43-52.
Ey, H. (1950), "Étude no 17 : Hypocondrie", en *Études psychiatriques,* t. II: *Aspects sémiologiques,* Desclée de Brouwer, París, 2006, pp. 453-482. [*Estudios psiquiátricos,* vol. I. Versión española de Humberto Casarotti, Polemos, Buenos Aires, 2008.]
Falret, J.-P. (1822), *De l'hypocondrie et du suicide,* Éd. Croullebois, París.
Fernando, N. (1998), "Monosymptomatic hypocondriasis treated with a tricyclic antidepressant", *British Journal of Psychiatry,* 152, pp. 851-852.
Foucault, M. (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique,* Gallimard, París. [*Historia de la locura en la época clásica.* Versión española de Juan José Utrilla, Fondo de Cultura Económica, México, 1976.]
Freud, S. (1895), IX. "Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de 'neurosis de angustia' ", en "La neurastenia y la neurosis de angustia", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 183-198.
——— (1914), LXXXVI. "Introducción al narcisismo", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2017-2033.
Freud, S. (1915), XCI. "Lo inconsciente", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2061-2082.
——— (1915-1917), XXIV. "El estado neurótico corriente", en "Lecciones introductorias al psicoanálisis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2358-2366.
——— (1917) [1915], XCIII. "Duelo y melancholia", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2091-2100.
Galeno, C. (siglo II a.C.), "Des Lieux Affectés, Livre III", en C. Galien, *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien,* vol. 2, J.-B. Baillière, París, 1854-1856. [*Sobre la localización de las enfermedades.* Versión española de Salud Andrés Aparicio, Gredos, Madrid, 2002.]
Georget, E. J. (1820), *De la folie. Considérations sur cette maladie,* Éd. Crevot, París.
Gibeault, A. (1995), "La solution hypocondriaque", en M. Aisenstein, A. Fine y G. Pragier (dirs.), *Monographie de la Revue française de psychanalyse, L'Hypocondrie,* PUF, París, pp. 99-111.
Guedeney, C., y C. Weisbrot (1990), "L'hypocondrie au fil des siècles", en *Les Cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie: Hypocondrie,* 21, ed. de la Asociación de Salud Mental del 13° Distrito de París, París, pp. 1-17.
Guislain, J. (1852), "Cinquième leçon. Exposé des phénomènes propres à la mélancolie,

booksmedicos.org

2e partie, Mélancolies spéciales, Un sujet atteint d'hypocondrie mentale", en *Leçons orales sur les phrénopathies, ou Traité théorique et pratique des maladies mentales: cours donné à la Clinique des établissements d'aliénés à Gand,* Éd. Hebbelynck, Gante. [*Lecciones orales sobre las frenopatías: tratado teórico-práctico de las enfermedades mentales*. Versión española de M. Carreras Sanchis y J. Torres Fabregat, Imprenta de Enrique Teodoro, Madrid, 1881.]

Hipócrates (siglo V a.C.), "Des maladies, livre II", en *Hippocrate, Œuvres complètes,* vol. 7, trad. E. Littré, J.-B. Baillière, París, 1851. [*Tratados hipocráticos*. Vol. VI. *Enfermedades*. Versión española de Assela Alamillo Sanz y María Dolores Lara Nava, Gredos, Madrid, 1990.]

Israël, L. (1976), *L'Hystérique, le sexe et le médecin*, Masson, París. [*La histeria, el sexo y el médico,* Toray-Masson, Barcelona, 1979.]

Janet, P. (1903), *Les Obsessions et la Psychasthénie,* Alcan, París.

Kapsambelis, V., y A. Legrand (1995), "Les voies de la somatization", *Revue international de psychopathologie,* 20, pp. 533-558.

Koupernick, C. (1974), "Les racines de l'hypocondrie chez l'enfant", en *L'Enfant dans la famille*, t. 2, *L'Enfant devant la maladie et la mort* Masson, París, pp. 70-80.

Littré, E. (1872), "Hypocondrie", en *Dictionnaire de la langue française,* Hachette, París.

Magarinos, M., U. Zafar, K. Nissenson y C. Blanco (2002), "Epidemiology and treatment of hypochondriasis", *CNS Drugs*, 16, pp. 9-22.

Magnan, V. (1890), "Troisième leçon", en V. Magnan, *Leçons cliniques sur le délire chronique à évolution systématique,* L'Harmattan, 1998, París.

Marty, P., *El orden psicosomático,* Promolibro, Valencia, 1995.

Maurel, H. (1975), *Actualité de l'hypocondrie,* Acta del Congreso de Psiquiatría y Neurología de la Lengua Francesa (73ª sesión, Nimes), Masson, París.

Michéa, C. F. (1845), *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypocondrie,* Éd. Labé, París.

Molière (1673), *Le Malade imaginaire*, Librio, París, 2002. [*El enfermo imaginario*. Versión español de Francisco Castaño, Alianza Editorial, Madrid, 2013.]

Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]

Pedinielli, J.-L., P. Bertagne y J. Delahousse (1988), "Religion et médecine: la 'passion' de l'hypocondriaque", *Psychologie médicale,* 20, 5, p. 715-719. [*Introducción a la psicología clínica*. Versión española de Sofía Vidaurrazaga, Biblioteca Nueva, Madrid, 1996.]

Perrier, F. (1959), "Psychanalyse de l'hypocondriaque", en *La chaussée d'Antin. Oeuvre psychanalytique* II Albin Michel, París, 2008, pp. 281-299.

Pragier, G. (1995), "Enjeux métapsychologiques de l'hypocondrie", en *L'Hypocondrie,* PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París, pp. 73-90.

booksmedicos.org

Sakai (2010), “The prevalence of personnality disorders in hypochondriasis”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 71, pp. 41-47.
Schilder, P. (1935), *L’Image du corps*, Gallimard, París, 1968. [*Imagen y apariencia del cuerpo humano. Estudio sobre las energías constructivas de la psique*. Versión española de Eduardo Loedel, Paidós, Barcelona, 1958.]
Sichel, J.-P. (1989), “La plainte de l’hypocondriaque”, *Psychologie médicale*, 21, 3, pp. 295-297.
Tatossian, A. (1997), “Phénoménologie de l’hypocondrie”, en *Psychiatrie phénoménologique,* Éd. Acanthe, París, pp. 155-165.
Tausk, V. (1919), “De la genèse de «l’appareil à influencer» au cours de la schizophrénie”, en V. Tausk, *Œuvres psychanalytiques,* Payot & Rivages, París, 2000, pp. 177-217. [*Trabajos Psicoanalíticos*. Versión española de Hugo Acevedo, Gedisa, México, 1983.]

booksmedicos.org

booksmedicos.org

PARTE 2
Psicosis

XXIII. INTRODUCCIÓN A LAS PATOLOGÍAS PSICÓTICAS

VASSILIS KAPSAMBELIS

Las patologías que actualmente llamamos psicosis constituyeron durante mucho tiempo el campo esencial de la psiquiatría; son sinónimo de "alienación mental". Agudas o crónicas, representan el prototipo de la situación en la cual el sujeto humano pierde el contacto íntimo consigo mismo, deja de pertenecerse, se vuelve desconocido y como extraño a sí mismo y a sus allegados, al mismo tiempo que sus relaciones con su mundo sufren una profunda transformación.

XXIII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXIII.1.1. *Historial y terminología*

Las psicosis, trastornos mentales por excelencia, se han conocido y descrito desde la Antigüedad bajo términos como demencia, locura o manía. No obstante, durante largo tiempo sus formas agudas fueron más prominentes que las formas crónicas e insidiosas, las que con frecuencia fueron confundidas con el debilitamiento intelectual o la idiocia. La dimensión de "trastorno mental", de un "extravío" que conducían a actos incomprensibles o violentos, prevaleció frecuentemente sobre otros aspectos de su clínica, como la perturbación o la declinación de la vida emocional y afectiva. Los alienistas se interesaron inicialmente en el trastorno mental en cuanto a su contenido ("ideas falsas", es decir, delirantes, o ideas y creencias erróneas que el sujeto reconocía como tales, que llegarían a ser las actuales fobias e ideas obsesivas). Después se pusieron a estudiar al trastorno mental en cuanto a su estructura, para señalar los trastornos del pensamiento y del lenguaje, al mismo tiempo que descubrían que las esferas afectiva, motivacional y relacional estaban afectadas por la misma desestructuración o debilitamiento. La historia de esta evolución se confunde con la introducción de términos específicos.

El término *psicosis* apareció bajo la pluma del psiquiatra vienés Ernst von

booksmedicos.org

Feuchtersleben en 1845. Es simétrico del de *neurosis,* introducido por el médico escocés William Cullen en 1769, el cual agrupa, como su nombre lo indica, las enfermedades "de los nervios", del sistema nervioso (histeria, epilepsia, corea, enfermedad de Parkinson…) (véase el capítulo XVII). Debido a esto el término de neurosis sería utilizado frecuentemente en el curso del siglo XIX para designar las actuales psicosis, especialmente por la corriente que hacía del sistema nervioso central y del cerebro la sede de todas las patologías psiquiátricas: "Toda psicosis es al mismo tiempo una neurosis porque, sin la intervención de la vía nerviosa, no se manifiesta ninguna modificación del psiquismo; pero no toda neurosis es igualmente una psicosis" (Garrabé, 1977). En esta concepción el término psicosis expresa la parte no neurológica de los trastornos mentales: su sintomatología psíquica. No obstante, estará asociado frecuentemente, a todo lo largo del siglo XIX, a una enfermedad "de esencia puramente psíquica". No fue sino a partir de principios del siglo XX, cuando las neurosis se constituyeron y se separaron de las patologías neurológicas, cuando el término adquirió su contenido actual.

En el curso del siglo XIX la escuela francesa de alienismo se ocupó en analizar las ideas delirantes y en separarlas de las obsesiones y las fobias. Ese trabajo condujo, por una parte, a la definición de un criterio discriminador (la conciencia del carácter patológico de los trastornos), y, por otra parte, a la individualización de un cierto número de entidades clínicas de patologías delirantes. Expondremos brevemente esta evolución en el apartado XXIX.1.1.

El término *paranoia* (del griego *para:* a un lado, y *noos:* mente, entendimiento) fue utilizado por Hipócrates para designar el extravío mental en general; Littré lo tradujo como "delirio". Se introdujo en la literatura psiquiátrica de lengua alemana a finales del siglo XVIII y a lo largo del siglo XIX tomó progresivamente el sentido de un trastorno delirante, lo más frecuentemente persecutorio, sin desorganización de la personalidad o déficit intelectual. Se presenta, pues, un ejemplo de *psicosis* en el sentido de un trastorno que no es "nervioso". El término *parafrenia* proviene del griego *para:* a un lado, y *fren,* que designa al diafragma y por extensión el centro de las pasiones y también la mente. Apareció en Alemania en el curso del siglo XIX (véase también el capítulo XXIX).

Las patologías del adolescente y del adulto joven que se acompañan de una desorganización de la personalidad (debilitamiento intelectual progresivo a partir de la pubertad, disgregación del pensamiento y del lenguaje, extrañeza e inadaptación de las conductas, retraimiento relacional, pensamientos extraños, delirantes, persecutorios o imaginativos, mal argumentados) fueron descritos por diversos autores en el curso de la segunda mitad del siglo XIX. Bénédict Augustin Morel (1853) describió en Francia a pacientes jóvenes afectados de "idiotismo" que precozmente se volvían "dementes" debido a una "profunda desorganización de sus facultades", a un "caos indigesto de razonamientos erróneos, de apreciaciones estrafalarias, de apreciaciones y razonamientos que encontramos en la mayoría de los individuos afectados de delirio sistematizado cuando es inminente la transición a la demencia". Karl Kahlbaum describió en Alemania, a principios de la década de 1860, la *parafrenia hebética,* la que su alumno E. Hecker (1871), siguiendo sus indicaciones, aisló como *hebefrenia* (del griego *hébé:* pubertad, y

booksmedicos.org

fren), forma de grave desorganización del pensamiento, del lenguaje y de la inteligencia, observada en personas jóvenes. El mismo Kahlbaum describió en 1874 la *catatonia* (del griego *cata,* prefijo que significa un abatimiento, y *tonus*), un estado de inmovilización psicomotora con mutismo y rechazo de contacto, entrecortado por estereotipias, manierismos, *raptus* y trastornos del pensamiento.

La síntesis de estas diferentes descripciones fue realizada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin en la sexta edición de su *Tratado,* en 1899. Agrupó bajo el nombre de *demencia precoz* las tres entidades de la hebefrenia, la catatonia y la demencia paranoide, surgida esta última de la paranoia, es decir, las diversas formas de delirios crónicos. El argumento fundamental de tal reagrupamiento es que estas diferentes patologías, que comenzaban a una edad temprana *(precoz),* aunque muy distintas entre sí al inicio, compartían una terminación común de debilitamiento intelectual *(demencia)*. Muchos autores, especialmente franceses, protestaron contra esta generalización, por lo que Kraepelin admitió, a partir de 1912, que algunas formas delirantes de evolución crónica y de naturaleza sistematizada no alcanzaban la evolución deficitaria terminal de la forma paranoide de la demencia precoz. Creó entonces para ellas un grupo autónomo, el de las *parafrenias*, término que llegó a remplazar al de paranoia cuando éste designó un delirio crónico sistematizado de carácter persecutorio.

El término *esquizofrenia* apareció en 1911 y fue introducido por el psiquiatra de Zúrich Eugen Bleuler. Bajo la influencia, en gran parte, de la teoría psicoanalítica, Bleuler intentó descubrir un elemento clínico, patognomónico, común a las patologías que Kraepelin llamó demencia precoz. "Llamo a la demencia precoz *esquizofrenia* porque, como espero mostrarlo, la escisión de las funciones psíquicas más diversas es una de las características más importantes" (Bleuler, 1911). El término utiliza todavía el sufijo *fren*, así como el verbo griego *schizein* (dividir, hendir, separar, disgregar). Para Bleuler, este mecanismo de escisión (para el cual adoptó el término freudiano *Spaltung*, el cual proviene de la noción de *dissociation* de Janet) es primario, en tanto que ciertos síntomas, a pesar de ser fundamentales (alucinaciones, ideas delirantes) son secundarios. Bleuler construyó igualmente el neologismo de *autismo* (por contracción de la noción freudiana de *autoerotismo*) para explicar la tendencia al retraimiento y al repliegue sobre sí mismo de estos pacientes (véase el capítulo XXVII). Desde el punto de vista de los delirios crónicos (psicosis crónicas sistematizadas de la escuela francesa), la noción de esquizofrenia es un retroceso en relación con la posición que Kraepelin se apresuró a adoptar en la misma época, en la medida en la que prácticamente toda la antigua paranoia fue nuevamente integrada dentro de la forma paranoide de la esquizofrenia.

Actualmente los términos *psicosis* y *esquizofrenia* tienden a ser utilizados como sinónimos en la literatura psiquiátrica internacional. Sólo la escuela francesa conserva un sitio importante para las "psicosis crónicas sistematizadas", en el seno de las cuales la paranoia es la entidad más emblemática (véanse el apartado XXIII.3.2 y el capítulo XXIX).

XXIII.1.2. *Situación nosográfica*

booksmedicos.org

Tanto la CIE-10 (1992) como el DSM-5 (2013) consagran un capítulo especial a los trastornos psicóticos.

En la CIE-10, este capítulo se titula "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos delirantes", e incluye seis grupos: *1)* esquizofrenia (y sus diferentes formas), *2)* trastorno esquizotípico, *3)* trastornos delirantes persistentes (que corresponden a los delirios crónicos no esquizofrénicos, entre los que se encuentra la paranoia), *4)* trastornos psicóticos agudos y transitorios, *5)* trastorno delirante inducido y *6)* trastornos esquizoafectivos.

En el DSM-5 este capítulo se titula "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" e incluye seis categorías principales: *1)* trastorno delirante (incluye los delirios crónicos, entre ellos la paranoia), *2)* trastorno psicótico breve, *3)* trastorno esquizofreniforme, *4)* esquizofrenia, *5)* trastorno esquizoafectivo, y *6)* trastorno psicótico (debido a un estado médico o a una ingesta de sustancias), a lo que se agrega la personalidad esquizotípica.

Veremos de manera más detallada estas diferentes clasificaciones en los capítulos siguientes.

XXIII.2. Datos e investigaciones biomédicos

Los datos e investigaciones presentados a continuación tratan sobre la esquizofrenia en el sentido más amplio del término e incluyen casi la totalidad de los trastornos psicóticos crónicos. Se pueden referir también al apartado XXVI.2.

XXIII.2.1. *Epidemiología general*

La esquizofrenia es una enfermedad difundida; concierne a entre 0.4 y 0.7% de la población general, con una incidencia anual (nuevos casos por año) de uno a tres por 10 000. La edad de principio es antes de los 23 años en la mitad de los casos. La noción clásica según la cual estas tasas no variaban dependiendo del país y las culturas ha sido rectificada estos últimos años. Algunas poblaciones presentan un riesgo más elevado (por ejemplo, inmigrantes, personas expuestas a factores de estrés ligados a la situación socioeconómica o a la vida urbana). Los hombres tendrían una incidencia 40% superior a la de las mujeres (McGrath *et al.,* 2008).

XXIII.2.2. *Mortalidad y suicidio*

La mortalidad por suicidio es elevada en la esquizofrenia; se estima en más de 10% de los pacientes, es decir, es 10 veces superior a la de la población general. No obstante,

booksmedicos.org

trabajos más recientes estiman esta tasa en 4 a 5% de los pacientes, dada la baja de la mortalidad por suicidio tras los primeros años de la enfermedad. Los problemas sociales, asociados a factores de personalidad más generales (impulsividad, agresividad), pueden determinar las conductas suicidas en mayor grado que las manifestaciones psicóticas más típicas (ideas delirantes y alucinaciones). Los factores de riesgo clínicos son el primer periodo de la enfermedad (especialmente el primer año), los primeros tiempos después del egreso del hospital, la coexistencia de una depresión o de adicciones (especialmente alcohol y cannabis), la conciencia de la enfermedad y, tal vez, el principio de la enfermedad a una edad más tardía. Los factores biosociales de riesgo son el sexo masculino, los antecedentes familiares de suicidio y un elevado nivel intelectual y educativo (Carlborg *et al.,* 2010).

XXIII.2.3. *Factores de riesgo*

Las diferentes investigaciones epidemiológicas han identificado un gran número de factores de riesgo en la esquizofrenia, sin que sea posible, por el momento, llegar a un modelo unificado (Messias *et al*., 2007). Estos factores pueden situarse de la siguiente manera: *a)* factores de lugar y momento de nacimiento (riesgo más elevado para las personas nacidas en invierno y en medio urbano); *b)* infecciones pre y perinatales (por ejemplo, gripe); *c)* factores prenatales (hambruna, catástrofes naturales, hijo no deseado, depresión materna); *d)* factores obstétricos (incompatibilidad Rhesus, hipoxia, lesiones cerebrales, bajo peso al nacimiento, eclampsia); *e)* historia familiar (migración, padres añosos, pérdidas y duelos), y *f)* consumo de cannabis.

XXIII.2.4. *Comorbilidades*

Las comorbilidades son numerosas e importantes en la esquizofrenia. En cuanto a prevalencia, los "ataques de pánico" son experimentados en 15% de los pacientes; 29% desarrollan un síndrome de estrés postraumático; 50% estados depresivos, y 47% abuso de sustancias tóxicas. La asociación con los trastornos obsesivo-compulsivos ha sido estudiada particularmente estos últimos años. La cuestión de las comorbilidades en la esquizofrenia plantea el problema de la posible existencia de fenotipos diferentes del padecimiento (Buckley *et al*., 2009).

XXIII.2.5. *Neurolépticos y neurotransmisores*

El descubrimiento de los neurolépticos en 1952 y su eficacia sobre los síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones) fecundó la investigación con hipótesis

booksmedicos.org

bioquímicas de la esquizofrenia, tanto más que, por ese tiempo, algunos neuromoduladores cerebrales con los cuales entran en interacción los neurolépticos ni siquiera eran todavía conocidos. Las primeras hipótesis, basadas en la constatación de que los neurolépticos generaban un importante parkinsonismo, pareció validar la idea según la cual la esquizofrenia estaría en relación con anomalías subcorticales. La identificación de la dopamina como neuromodulador condujo, en los años ochenta, a la hipótesis de una hiperactividad dopaminérgica para los síntomas positivos (y una posible hipoactividad en el caso de los síntomas negativos). Todos los medicamentos activos sobre los síntomas psicóticos tienen en común el bloquear los receptores dopaminérgicos D2.

XXIII.2.6. *Investigaciones genéticas*

Los estudios sobre la incidencia familiar de la esquizofrenia se remontan a los años treinta, y sus resultados han sido globalmente confirmados por los estudios más recientes. De esta manera, si el riesgo de padecer esquizofrenia es de menos de 1% en la población general, asciende a 9-10% entre hermanos y hermanas de un paciente esquizofrénico (15% si se trata de gemelos dicigotos) y a 13% en sus hijos. Los estudios de niños adoptados han tratado de eliminar el factor ambiental en la medida del riesgo de padecer esquizofrenia. Esos estudios han mostrado que los niños adoptados de dos padres biológicos esquizofrénicos presentan un índice de esquizofrenia de 5.6%, contra 0.9 % de los niños adoptados de padres no esquizofrénicos y 46% de aquellos criados por sus padres esquizofrénicos. Los estudios de gemelos monocigotos de los que uno es esquizofrénico muestran una tasa de concordancia (presencia de la enfermedad en los dos hermanos o hermanas) del orden de 40 a 70%. Estos resultados miden tanto la importancia de los factores genéticos como la de los factores no genéticos, puesto que la tasa teórica, si la patología fuera genética, debería ser de 100% (Sullivan, 2005).

Actualmente no hay un gen identificado como causante de la esquizofrenia, tanto más que, contrariamente a los trastornos bipolares, la prevalencia de las formas familiares de la enfermedad es más bien débil (10%). La investigación genética en la esquizofrenia se centra en la de *vulnerabilidad:* se trataría de una "herencia poligénica y multifactorial con efecto de umbral, que permite integrar los factores ambientales dentro de la etiología de la enfermedad" (Thibault, 2007).

XXIII.2.7. *Las hipótesis del neurodesarrollo*

La elaboración de hipótesis sobre el neurodesarrollo en la esquizofrenia tiene la ventaja de integrar un gran número de datos provenientes de diversos orígenes (imagenología cerebral, estudios genéticos, factores neurotróficos, observación directa de niños que han desarrollado posteriormente la enfermedad). Múltiples datos ponen en evidencia

booksmedicos.org

anomalías cerebrales de las que algunas parecen preexistir a la enfermedad, e incluso pueden encontrarse en miembros no enfermos de la misma familia: anomalías del volumen del hipocampo y de los ventrículos, deterioro del funcionamiento del lóbulo prefrontal, reducción de la densidad de la materia gris en ciertos lóbulos temporales (Gur *et al.,* 2007). Señalemos que las neurotrofinas constituyen una familia heteróclita de moléculas que se encuentran implicadas en la proliferación celular, la diferenciación neuronal, la regulación sináptica. Se encuentran bajo la influencia de factores genéticos y ambientales. Por un lado, las observaciones en niños han permitido poner en evidencia varios trastornos no específicos (anomalías posturales y psicomotoras, trastornos del sueño y de la alimentación, déficits de la memoria verbal, trastornos de la atención…), así como anomalías relacionales precoces, siendo considerados ambos grupos de trastornos como predictivos de la esquizofrenia en la edad adulta (Welham *et al.,* 2009).

La riqueza sin precedente de las investigaciones biológicas y neurocientíficas sobre la esquizofrenia conducen en nuestros días a concebir esta patología como una compleja intrincación de un gran número de factores. Se puede concluir que el fenotipo sintomático corresponde a anomalías biológicas subyacentes que parecen constituir una *vulnerabilidad* más que una certeza para el desarrollo de la enfermedad, en el sentido de que pueden expresarse o no según el número de factores presentes, incluyendo estos últimos todo tipo de determinaciones parciales que van del genotipo hasta las experiencias relacionales precoces en el seno de un entorno desfavorable o patógeno (Daléry y d'Amato, 1995).

XXIII.3. Lógicas de la clínica de los estados psicóticos

XXIII.3.1. *La clínica de las psicosis*

La organización de la clínica de los estados psicóticos ha obedecido, en el curso de los decenios, a diferentes modelos que frecuentemente coexisten en la clínica actual, aunque remiten a diferentes "lógicas". Las cuatro principales son las que se mencionan a continuación.

La "pérdida de la realidad"

Se trata de la idea más antigua y la más común concerniente a los estados psicóticos; corresponde en gran parte a la noción de alienación mental, y todavía es ésta la que se impone en primer lugar, en la práctica cotidiana, frente a un paciente esquizofrénico o delirante. Por ello nunca ha sido fácil transformar este conocimiento empírico en modelo teórico. Para los autores del siglo XIX, esta "pérdida de la realidad" podía estar en relación, ya sea con la violencia de las pasiones (por ejemplo, el delirio de celos y el

booksmedicos.org

idealismo apasionado), ya sea con una proliferación inhabitual de la imaginación (planteando delicados problemas de diferenciación con la creatividad o con la fabulación), ya sea, finalmente, con una hipótesis demencial o deficitaria (llegando así al modelo que examinaremos inmediatamente). La fenomenología ha descrito, con Minkowski (1927), la "pérdida del contacto vital con la realidad" en la esquizofrenia como pérdida del contacto con ese "flujo móvil que nos envuelve por todos lados y que constituye el medio sin el cual no podríamos vivir". Freud (1914, 1924a, 1924b) definió igualmente las psicosis como una "pérdida de la realidad", pero describió el proceso en dos etapas que no dejan de recordar al modelo "negativo-positivo" que examinaremos más adelante: la primera etapa está constituida por la negación de la realidad (que es vecina de la noción de alucinación negativa), y la segunda es un mecanismo de reconstitución de la realidad ("neo-realidad"), que encuentra su realización en la alucinación propiamente dicha y el delirio.

El déficit

La concepción de Kraepelin de las psicosis como demencias precoces es, evidentemente, el ejemplo más evocador de este modelo. No obstante, hay que moderarlo teniendo en cuenta el hecho de que Kraepelin, quien por lo demás conocía los trabajos sobre las demencias de la edad provecta (Alzheimer había sido su asistente en la Facultad de Medicina de Heidelberg, y después en Múnich), utilizó un término que en ese tiempo remitía también a la locura (como todavía hoy, por ejemplo, en expresiones como "un acto demencial"). Así, Kraepelin tuvo cuidado en diferenciar la demencia precoz, incluso en el estadio terminal, de las demencias de las personas ancianas o del idiotismo de la infancia, subrayando el deterioro de la emotividad y sobre todo la conservación de la memoria (Kraepelin, 1905). Este autor tenía, en especial, una idea sobre la patología orgánica, y propuso la hipótesis de que la demencia precoz consistía en un "trastorno de la abstracción" que correspondería a una lesión o disfunción corticales. Señalemos igualmente que Bleuler, aunque definió la esquizofrenia de manera muy diferente a Kraepelin, otorgó un lugar central al autismo, que contiene en sí mismo una noción deficitaria. Henri Ey (1958) escribió que la esquizofrenia "es por definición una forma de delirio crónico que conduce progresivamente a un déficit automático, a una especie de regresión lenta de la vida psíquica que se sumerge en el fondo de sí misma en lugar de expandirse hacia el universo exterior y el mundo de la coexistencia". Dide y Guiraud propusieron en 1922 el neologismo de *atimhormia juvenil* (de *a* privativa; *timia*: afectividad, y *hormé:* impulso) para designar "un doblegamiento primitivo y precoz de las *fuentes instintivas de la vida mental,* surgidas directamente de la actividad de la región centro-encefálica, sede del psiquismo primordial" (Guiraud, 1956). La hipótesis deficitaria se argumenta actualmente a partir del concepto de "déficit primario" (Carpenter *et al.,* 1988) que aísla, en el seno de los síntomas llamados "negativos", un núcleo que sería primitivo (retraimiento emocional y afectivo, pobreza del discurso,

booksmedicos.org

disminución del sentido social y de las iniciativas), es decir, independiente de la evolución de la enfermedad y de sus discapacidades secundarias. Este síndrome de cimiento orgánico separaría en dos grupos las esquizofrenias: las formas deficitarias y las no deficitarias.

La desorganización

Varios autores antes de Bleuler ya habían llamado la atención sobre el trastorno psíquico particular que caracteriza a la vida psíquica esquizofrénica: "ataxia intrapsíquica" (Stransky), "disarmonía intrapsíquica" (Urstein) e incluso "pérdida de la unidad interior" de Kraepelin, quien hablaba de "orquesta sin director". Pero fue Bleuler (1911) quien erigió en modelo psicopatológico la desorganización, al elegir el neologismo de esquizofrenia y colocar en el centro de su psicopatología la disociación *(Spaltung):* "una escisión más o menos neta de las funciones psíquicas", "una alteración del pensamiento, del sentimiento y de las relaciones con el mundo exterior". Para él, la disociación es antes que todo un trastorno del pensamiento que se caracteriza por la ruptura de las asociaciones y que se traduce en los trastornos característicos del lenguaje en la esquizofrenia. Esta dislocación interna se expresa también en la ambivalencia, y finalmente en esta ruptura con el entorno que es el autismo. Por la misma época, Chaslin (1912) describió en Francia la "discordancia", una "incoherencia (disarmonía) entre los diferentes signos de la afección", y nombró a las esquizofrenias "locuras discordantes". Bleuler (1926) dijo que no habría creado el término esquizofrenia si hubiera conocido esta noción en el momento en el que redactaba su monografía. Se verá más tarde que, para la escuela francesa, la disociación (la desorganización psíquica) sigue siendo un criterio que discrimina entre esquizofrenias y psicosis no esquizofrénicas (psicosis crónicas sistematizadas).

La distinción negativo / positivo

La descripción de la clínica en los términos *positivo* y *negativo* se remonta al neurólogo inglés de finales del siglo XIX Hughlings Jackson, quien propuso distinguir, en la expresión clínica de las enfermedades neurológicas centrales, los síntomas negativos que traducen una lesión que conduce a una pérdida de un cierto nivel, y los síntomas positivos que expresan la actividad de un nivel inferior, que normalmente está inhibido por el nivel superior lesionado, y que a partir de ahí se manifiesta de una manera más o menos incontrolable y anárquica. Henri Ey utilizó esta intuición en su concepción del órgano-dinamismo.[1] Se encuentra esta idea, a pesar de que no fue explotada en el plano teórico, en la distinción que Bleuler estableció entre síntomas fundamentales (disociación, ambivalencia, autismo) y síntomas accesorios (alucinaciones e ideas delirantes). En la

booksmedicos.org

década de 1970 Racamier (1993) propuso distinguir en la esquizofrenia una "vertiente caliente" (violencia intrusiva de los afectos, sintomatología delirante y expansiva, evolución caótica) y una "vertiente fría" (defensa "refrigerante" contra los afectos, distancia rígida, estereotipias, evolución más lineal). En los años ochenta los trabajos del equipo de Nancy Andreasen (Andreasen y Olsen, 1982) aislaron dos dimensiones de la clínica esquizofrénica, potencialmente presentes en grados variables en cada paciente; una, positiva (alucinaciones, ideas delirantes, extrañezas de la conducta, trastornos del pensamiento formal), y la otra, negativa (retraimiento afectivo, alogia, defecto de la volición y apatía, anhedonia y retraimiento social, trastornos de la atención). La evolución de este enfoque condujo a un modelo de tres dimensiones: la dimensión *psicótica* (que extrae de la dimensión positiva las ideas delirantes y las alucinaciones); la dimensión de *desorganización* (que agrupa las manifestaciones propias de la incoherencia y de la dislocación del pensamiento, del discurso y de las conductas), y la dimensión *negativa*. Este modelo tridimensional condiciona actualmente un gran número de investigaciones biológicas.

XXIII.3.2. *Las clasificaciones empíricas de los estados psicóticos*

Las clasificaciones de los estados psicóticos han sufrido numerosos reacomodos y han sido objeto de debates apasionados en el curso del periodo de establecimiento de la nosografía tal como la conocemos actualmente. Todavía hoy continúa atravesando el lenguaje corriente de los clínicos a pesar de la existencia de sistemas clasificatorios internacionales. Estas clasificaciones se presentan como una serie de oposiciones:

La oposición psicosis orgánicas / psicosis funcionales

Esta clasificación, actualmente caída en desuso, se presentaba como un cuadro de doble entrada: por un lado, los estados psicóticos agudos o crónicos; por el otro, las psicosis orgánicas o funcionales. Por ejemplo, según este modelo, la confusión mental era un estado psicótico agudo, orgánico, en tanto que la *bouffée délirante* era funcional. Asimismo, la esquizofrenia era un estado psicótico crónico, funcional; las demencias seniles y preseniles, un estado orgánico. Aunque tal taxonomía ya no tiene uso, es interesante subrayar que, por ejemplo, tanto las *bouffées délirantes* agudas como los estados confusionales tienen en común una buena parte de su clínica (alucinaciones e ideas delirantes) y que, por lo demás, responden favorablemente al mismo tratamiento (neurolépticos), de la misma manera que las psicosis crónicas y las demencias comparten hasta cierto punto una experiencia de profunda perturbación de las relaciones del sujeto con su universo y de desestructuración de su yo.

booksmedicos.org

La oposición esquizofrenias / psicosis crónicas sistematizadas

La escuela francesa permanece vinculada con esta dicotomía, basada en el trabajo prínceps de Bleuler (1911) sobre la esquizofrenia y la disociación, tal y como éstas fueron elaboradas por Henri Ey, utilizando al mismo tiempo el trabajo de clasificación de los alienistas del siglo XIX, la descripción específica de la paranoia y los desarrollos de Chaslin sobre la discordancia. Según esta oposición, la desagregación de la personalidad (expresada en términos como *disociación, discordancia, dislocación, incoherencia, disolución*...) separa los estados psicóticos crónicos en dos grupos: las esquizofrenias y las psicosis crónicas sistematizadas. Las ideas delirantes y sobre todo las alucinaciones no constituyen, por este hecho, un elemento esencial del diagnóstico de la esquizofrenia: éstas son discretas o están ausentes en las formas clínicas, como la catatonia y la hebefrenia, y cuando dominan el cuadro clínico, como en la forma paranoide, están caracterizadas sobre todo por su incoherencia, su indeterminación y su discordancia (ausencia de congruencia con el afecto o la voluntad). Por el contrario, las psicosis crónicas sistematizadas están organizadas alrededor del delirio, cuya convicción, bastante más afirmada, determina de manera coherente sus afectos y sus acciones. La comparación entre esquizofrenias y psicosis crónicas sistematizadas aparece en el cuadro XXIII.1.

booksmedicos.org

CUADRO XXIII.1. *Comparación entre esquizofrenias y psicosis crónicas sistematizadas en la clínica empírica francesa*

	Esquizofrenias	*Psicosis crónicas sistematizadas*
Edad de iniciación	15-30 años	A partir de la cuarta década de la vida
Funciones cognitivas	Alteradas, noción de déficit	Conservadas
Afectividad	Embotada o discordante o excesiva, invasora, extrema	Conservada, coherente, explosiva según los temas del delirio y la participación pasional
Voluntad, capacidad de actuar	Incoherente, inconstante, apragmatismo	Conservada, coherente con las preocupaciones del individuo
Inserción relacional, social, profesional	Gravemente alterada	Largo tiempo conservada
Aspecto general del yo	Desorganización, "dislocación de la personalidad"-noción de "ruptura"	Conservación de la cohesión y de la unidad del yo-noción de continuidad con la personalidad anterior a los trastornos
Evolución	Muy diversa, entre formas gravemente deficitarias y remisión de buena calidad-frecuencia de suicidio	Frecuentemente culmina en uno o varios momentos fecundos con pasaje al acto —dimensión médico-legal—. Apaciguamiento posible con alejamiento del delirio tras algunos años de tratamiento
Las ideas delirantes		
Temas	Diversos. Los más frecuentes: persecución, megalomanía, sexualidad, misticismo, transformación corporal. Dos o tres temas pueden alternar o coexistir en el mismo paciente	Un solo tema (persecución o erotomanía o celos, etc.) para cada entidad clínica de este grupo

booksmedicos.org

Mecanismos	Coexisten dos o tres en el mismo paciente (interpretaciones, alucinaciones, automatismo mental)	Un solo mecanismo prevalente, más raramente dos, para cada entidad clínica de este grupo
Grado de sistematización	Ideas delirantes mal sistematizadas, vagas, incoherentes (que reflejan la disociación y la discordancia)	Buena sistematización (delirio construido como "novela")
Grado de adhesión	Inconsistente, variable según los momentos de la evolución	"Convicción inquebrantable"
Participación afectiva	Paradójica (*discordante* con el contenido del delirio) o ausente *(embotamiento afectivo)*	Intensa y *congruente* con el contenido de las ideas delirantes
Trastornos de conducta asociados	Aleatorios, paradójicos, impulsivos, imprevisibles, "discordantes"	Frecuentes, previsibles, coherentes con el contenido de las ideas delirantes. Potencial de peligrosidad

Es útil recordar aquí que la monografía de Bleuler (1911) sobre la esquizofrenia, aun colocando efectivamente la disociación en el centro del proceso, integraba casi la totalidad de las psicosis crónicas sistematizadas dentro de la esquizofrenia paranoide, dejando un lugar reducido a la paranoia. Además, el propio Bleuler revisó sus concepciones en los años siguientes. Por lo demás, merecen ser señalados dos hechos de la experiencia clínica. Por una parte, existe una diferencia de edad de inicio entre los dos grupos (las esquizofrenias sobrevienen más tempranamente), lo que podría significar que la desorganización aparece más bien en el primer plano cuando el proceso psicótico afecta a los sujetos jóvenes, cuya personalidad y sitio en el mundo todavía no están suficientemente afirmados. Por otra parte, existe un *continuum* entre esquizofrenias paranoides y psicosis sistematizadas, como por lo demás entre trastornos esquizoafectivos y trastornos bipolares, y ese *continuum* se verifica no solamente al examinar a un grupo de pacientes, sino también en ciertos enfermos a lo largo de su evolución (pasaje progresivo de una clínica paranoide a una clínica más típicamente paranoica o alucinatoria crónica, de una distimia a una bipolaridad). En este sentido se puede decir que la concepción francesa de la esquizofrenia hace intervenir más bien un "factor de desorganización" que concerniría a casi la totalidad de las otras patologías mentales: la esquizofrenia es "paranoide" en el sentido de una psicosis paranoica o delirante crónica desorganizada; "distímica" (trastorno esquizoafectivo) en el sentido de un trastorno bipolar desorganizado; "seudoneurótica" (trastorno esquizotípico) en el sentido de una neurosis desorganizada; "seudopsicopática" en el sentido de una

booksmedicos.org

sociopatía desorganizada, etc. (Kapsambelis, 2000).

La oposición trastornos del pensamiento / trastorno del afecto (humor)

La base de la nosografía de Kraepelin reposa en la dicotomía entre trastornos del pensamiento y trastornos afectivos (véase el apartado XXX.1.1). En esta concepción, la demencia precoz, la futura esquizofrenia, está caracterizada por los trastornos cognitivos; la enfermedad maniaco-depresiva está caracterizada, simétricamente, por los trastornos tímicos. No obstante, esta dicotomía fue rechazada por Bleuler aunque sólo fuera por el concepto de *ambivalencia,* que introdujo en el centro de las manifestaciones tímicas la característica principal de la esquizofrenia (la disociación). Así, desde 1933 J. Kasanin introdujo el término *esquizo-afectivo* para caracterizar las sintomatologías agudas, asociando elementos paranoides, de desorganización y afectivos que correspondían a lo que, en Francia, Claude había ya aislado bajo el término *esquizomanía* (Demily y Franck, 2010). La nosografía francesa ha integrado progresivamente la forma "*distímica*" entre las formas clínicas de la esquizofrenia, en tanto que las grandes clasificaciones internacionales (CIE-10, DSM) aíslan los "*trastornos esquizoafectivos*" como una entidad que no pertenece a las formas clínicas de la esquizofrenia, sino al conjunto de los trastornos psicóticos. Actualmente continúan los debates sobre estos trastornos, y más generalmente sobre las formas de transición entre la esquizofrenia y los trastornos bipolares, estando consciente el clínico, como ya lo señalaba Bleuler (1924), de que la pregunta que se plantea muy frecuentemente es la de las combinaciones: "¿Hasta qué punto es enfermedad maniaco-depresiva y hasta qué punto esquizofrenia?"

XXIII.4. Casos clínicos

XXIII.4.1. *El sentimiento de existir según Jean-Paul Sartre*

> Me levanto sobresaltado; si por lo menos pudiera dejar de pensar, ya sería mejor. Los pensamientos son lo más insulso que hay. Más insulso aún que la carne. Son una cosa que se estira interminablemente, y dejan un gusto raro. Y además dentro de los pensamientos están las palabras, las palabras inconclusas, las frases esbozadas que retornan sin interrupción: "Tengo que termi… Yo ex… Muerto… M. de Roll ha muerto… No soy… Yo ex…" Sigue, sigue, y no termina nunca. Es peor que lo otro, porque me siento responsable y cómplice. Por ejemplo, yo alimento esta especie de rumia dolorosa: *existo.* Yo. El cuerpo, una vez que ha empezado, vive solo. Pero soy *yo* quien continúa, quien desenvuelve el pensamiento. Existo. Pienso que existo. ¡Oh qué larga serpentina es esa sensación de existir! Y la desenvuelvo muy despacito… ¡Si pudiera dejar de pensar! Intento, lo consigo: me parece que la cabeza se me llena de humo… y vuelve a empezar: "Humo… no pensar… No quiero pensar. No tengo que pensar que no quiero pensar. Porque es un pensamiento".

booksmedicos.org

¿Entonces no se acabará nunca?

Yo soy mi pensamiento, por eso no puedo detenerme. Existo porque pienso… y no puedo dejar de pensar. En este mismo momento —es atroz— si existo es porque me horroriza existir. Yo, *yo* me saco de la nada a la que aspiro; el odio, el asco de existir son otras tantas maneras de *hacerme* existir, de hundirme en la existencia. Los pensamientos nacen a mis espaldas, como un vértigo, los siento nacer detrás de mi cabeza… si cedo se situarán aquí delante, entre mis ojos, y sigo cediendo, y el pensamiento crece, crece, y ahora, inmenso, me llena por entero y renueva mi existencia.

Mi saliva está azucarada, mi cuerpo tibio; me siento insulso. Mi cortaplumas está sobre la mesa. Lo abro. ¿Por qué no? De todos modos, así introduciría algún cambio. Apoyo la mano izquierda en el anotador y me asesto un buen navajazo en la palma. El movimiento fue demasiado nervioso; la hoja se ha deslizado, la herida es superficial. Sangra. ¿Y qué? ¿Qué es lo que ha cambiado? Sin embargo, miro con satisfacción en la hoja blanca, a través de las líneas que tracé hace un rato, ese charquito de sangre que por fin ha cesado de ser yo [Jean-Paul Sartre, *La Nausée,* Gallimard, 1938 (*La náusea,* trad. de Aurora Bernárdez)].

XXIII.4.2. *Jean-Jacques Rousseau a propósito de su "Tercer diálogo"*

Me había ocupado durante cuatro años del otro Diálogo "a pesar de que no dejaba de apretarme el corazón cuando trabajaba; y llegaba al final de esta dolorosa tarea sin saber, ni imaginar, de qué manera poder usarlo y sin resolver al menos qué intentar para ello. Había en veinte años aprendido qué rectitud y fidelidad podía esperar de los que me rodeaban bajo el nombre de amigos. Herido sobre todo por la duplicidad de Duclos, que había estimado hasta el punto de confiarle mis "Confesiones" y que sólo había hecho del más sagrado depósito de la amistad un instrumento de impostura y traición, ¿qué podía esperar de la gente que habían puesto desde entonces a mi alrededor y cuyas maniobras anunciaban tan claramente sus intenciones? Confiarles mi manuscrito no era sino querer entregarlo yo mismo a mis perseguidores; y la manera en que estaba enlazado no me dejaba manera de llevar a cabo mi proyecto.

En esta situación equívoca en todas mis elecciones y encontrando en los seres humanos sólo perfidia y falsedad, mi alma, exaltada por el sentimiento de su inocencia y por el de su iniquidad, llegaba a elevarse hasta donde se sitúa todo orden y toda verdad para buscar allá los recursos que ya no tenía en este mundo.

No pudiendo ya fiarme de ningún ser humano que no me traicionase, decidí confiar sólo en la Providencia y recurrir sólo a ella para depositar lo que quería confiar en manos seguras. Imaginé para ello hacer un copia clara de este escrito y depositarlo en el altar de una iglesia, y para dar la mayor solemnidad a este trámite escogí el altar mayor de la iglesia de Notre-Dame, pensando que en todos los otros lugares sería mi depósito más fácilmente ocultado o desviado por los curas y los frailes, y que caería infaliblemente entre las manos de mis enemigos […] Mientras trabajaba en la transcripción de mi manuscrito meditaba sobre la manera de llevar a cabo mi proyecto, tarea nada fácil sobre todo para un ser tan tímido como yo. Pensaba que un sábado, día en que todas las semanas se canta ante el altar de Notre-Dame un motete, dejando libre el coro, sería el día en que me sería más fácil entrar, llegar hasta el altar y depositarlo allí. Para planear mejor mi tarea fui varias veces de tarde a examinar cómo estaban las cosas y la disposición del coro y de sus alrededores, ya que lo más que debía temer era que me retuvieran cuando pasase, lo que de seguro llevaría al fracaso de mi proyecto […]

Hecho esto cogí conmigo mi paquete y el sábado 24 de febrero de 1776, hacia las dos de

booksmedicos.org

la tarde, fui a Notre-Dame con la intención de presentar ese mismo día mi oferta.

Quería entonces entrar por una de las puertas laterales por las que contaba penetrar en el coro. Sorprendido de encontrarla cerrada fui a pasar por otra de las puertas laterales que dan a la nave. Al entrar me sorprendió ver una verja que nunca había notado y que separa esta parte de la nave de los laterales que rodean el coro. Estaba cerrada esta verja, de manera que esta parte de la nave de la que acabo de hablar estaba vacía y era imposible penetrar en ella. En el momento en que vi esta verja tuve un vértigo como el de un hombre que cae en apoplejía, y a este vértigo siguió un derrumbamiento de todo mi ser, tal como no recuerdo nunca haber jamás sufrido otro semejante. Los espacios de la iglesia habían cambiado por completo de aspecto, aspecto que me hacía dudar de si me encontraba en Notre-Dame, intentando reconocerme y discernir mejor lo que me rodeaba. Desde hace 36 años que estoy en París he venido muchas veces y en distintos momentos; siempre he visto abierto y libre el pasaje alrededor del coro e incluso no he notado nunca ni verja ni puerta, según puedo recordar. Tanto más sorprendido de este obstáculo imprevisto que de no haber hablado a nadie de mi proyecto, creí, en un primer momento, que el mismo cielo concurría a la obra de inequidad de los hombres; sólo quien supiera ponerse en mi lugar podría entenderlo y sólo quien supiera leer en el fondo de los corazones, excusarlo.

Salí rápidamente de la iglesia, resuelto a no volver a entrar en ella en mi vida; y entregándome a mi agitación corrí todo resto del día, errando por todas partes, sin saber ni dónde estaba ni a dónde iba, hasta que no pudiendo más, la lasitud y la noche me forzaron a volver a casa, rendido de cansancio y casi embrutecido de dolor [Jean-Jacques Rousseau, *Dialogues,* 1772-1776].

XXIII.5. Psicopatología

XXIII.5.1. *Enfoques psicoanalíticos*

No se encuentra en Freud un enfoque sistemático de los trastornos psicóticos semejante al de sus elaboraciones sobre las neurosis. Sin embargo su obra está sembrada de muy numerosos desarrollos sobre los procesos psicóticos, que han dado nacimiento a conceptos que son todavía la base de las elaboraciones actuales. Examinaremos en seguida estas nociones, así como sus prolongaciones entre sus epígonos (Azoulay *et al*., 2002; Chabert *et al*., 2010; Kapsambelis, 2007).

En un primer momento, Freud se apoyó en las aproximaciones entre los sueños y la psicosis, ya conocidas a partir de los trabajos de Moreau de Tours, para mostrar los mecanismos que actuaban en los estados delirantes: desorganización del primer tópico (consciente, preconsciente, inconsciente) bajo el peso de pensamientos rechazados por la conciencia, después regresión del funcionamiento mental de manera que estos pensamientos se convierten en imágenes visuales y auditivas, lo que se traduce clínicamente en las alucinaciones y las ideas delirantes (Freud, 1908). Este modelo sigue siendo válido para las psicosis agudas, y en parte para los momentos fecundos de las psicosis crónicas.

Tras el encuentro con Jung y Bleuler, que trabajaban por esa época en una nueva concepción de la esquizofrenia, pero también para responder a preguntas planteadas por

booksmedicos.org

la evolución de su teoría, Freud introdujo el concepto de narcisismo (Freud, 1914). Este término representaba, a la vez, un estadio evolutivo precoz de la evolución psicosexual (narcisismo primario), en el curso del cual el yo y el objeto están unidos (modelo de la vida intrauterina), y que concentra el conjunto de los investimentos libidinales del yo futuro, y un mecanismo de retraimiento de los investimentos dirigidos hacia el objeto (narcisismo secundario), activo particularmente en las psicosis. Estas patologías se desarrollan, pues, en dos etapas. La primera está marcada por este retraimiento de los investimentos, que entraña "pérdida de realidad" (Freud, 1924) y "desobjetalización" (Green, 1993); la segunda consiste en un reinvestimento de la realidad, pero de una realidad construida por el propio sujeto: la "neo-realidad" de las alucinaciones y de las ideas delirantes (Nacht y Racamier, 1958). Fue en este sentido en el que Freud pudo escribir que el delirio y las alucinaciones representan una "tentativa de curación" respecto del trastorno inicial de retraimiento.

Al mismo tiempo Freud trabajó para poner en evidencia los mecanismos de defensa específicos para la psicosis. Al estudiar la paranoia mostró un mecanismo de "rechazo" de ciertas mociones pulsionales (en este caso, de la homosexualidad) y su proyección hacia el exterior, sobre otra persona (véase también el apartado XXIX.5). Este mecanismo difiere, por una parte, de la represión neurótica, en el sentido de que las representaciones y afectos inaceptables no son rechazados hacia el inconsciente, sino más radicalmente suprimidos del psiquismo del paciente; por otra parte, del desplazamiento fóbico, en el sentido de que la proyección sobre una persona exterior no concierne un objeto del sujeto, sino una parte de su "yo" o de su propia vida pulsional. Estas elaboraciones condujeron a la noción de *negación:* negación de una realidad interna (una moción pulsional) o de una realidad externa (un elemento perceptivo: pérdida de la realidad propiamente dicha), pero también a la noción de "forclusión", desarrollada por Lacan, y a la de identificación proyectiva, desarrollada por Klein.

Poco después, Freud (1915) regresó a la aproximación psicosis-sueños: al estudiar el lenguaje de los pacientes esquizofrénicos, observó que éste no parece pasar de las representaciones de la palabra (representaciones verbales, terreno preconsciente) a las representaciones de la cosa (imágenes visuales y otras sensaciones, terreno inconsciente), como en un movimiento regresivo clásico como el observado en los sueños, las psicosis agudas, los estados confusionales, etc., sino, por el contrario, se fija en las representaciones de la palabra y las trata como "cosas"; Freud se refirió entonces al "lenguaje de órgano" en la esquizofrenia, señal del carácter desobjetalizado de este funcionamiento mental.

Al estudiar el fetichismo, Freud (1927) puso en evidencia un nuevo mecanismo propio de las psicosis, la escisión o disociación *(Spaltung)*. Frente a una realidad inaceptable, el yo no reacciona rehusando percibirla, retirando de ella sus investimentos y construyendo, finalmente, una nueva realidad (negación que conduce a las alucinaciones y al delirio), sino dividiéndose en dos, aceptando una parte esta realidad y funcionando la otra como si ella fuese nula y sin valor. De la misma manera que el rechazo, la proyección y la negación *(Verleugnung)* son los equivalentes psicóticos de la represión,

booksmedicos.org

del desplazamiento y de la denegación *(Verneinung),* respectivamente. La escisión corresponde al conflicto psíquico, con la salvedad, en este caso, de que aunque el psiquismo esté dividido en dos, no hay conflicto, puesto que ambas partes del yo se ignoran completamente entre sí.

Finalmente, con la última parte de su obra, marcada por la introducción de su segunda teoría de las pulsiones (pulsiones de vida-pulsiones de muerte), Freud propuso nuevos instrumentos conceptuales para la comprensión de las psicosis (destructividad, masoquismo primario), que serían más bien explorados por sus sucesores. La desobjetalización (Green, 1993) se convierte, especialmente para la escuela francesa, en una característica central de los funcionamientos psicóticos, siendo el vínculo con el objeto uno de los primeros efectos de la "desvinculación" propia de la acción de la pulsión de muerte, de conformidad con las elaboraciones de Bion (1967) sobre el "ataque de los vínculos" en los procesos psicóticos.

Al continuar los trabajos sobre el narcisismo y el yo en la esquizofrenia (Federn, 1952), varios autores describieron esta patología como un proceso de hemorragia narcisista; el contacto con el objeto, especialmente bajo el impacto de la genitalidad en el curso de la adolescencia, provocaba una "implosión" con pérdida de los límites y difusión, incluso dilución, hacia el mundo que lo rodea. Este enfoque tuvo el interés de explicar un gran número de manifestaciones clínicas de la esquizofrenia, como la indeterminación yo / no-yo, los trastornos del pensamiento (fracaso de las funciones del yo), la proyección de fragmentos del mundo interno hacia el entorno (ideas de influencia y de referencia), el retraimiento como defensa contra la objetalidad. Varios autores (Rosen, Sechehaye, Searles, Pankow, Anzieu, Aulagnier, Benedetti…) exploraron estas nociones al trabajar sobre el "yo" sujeto *(moi)* como representación corporal, sobre el "yo" pronombre *(je),* sobre la "transferencia simbiótica", etc. En Francia, Racamier (1993) utilizó estas elaboraciones como punto de partida de una obra considerable que aportaría numerosas innovaciones dentro de la teoría de la esquizofrenia (pensamiento paradójico, negación de los orígenes, delirio de autoengendramiento).

Por el contrario, otros enfoques continuaron los descubrimientos de Freud sobre la sexualidad infantil intentando situar la esquizofrenia dentro de los muy primeros estadios de la evolución psicosexual. Basándose en los trabajos de Abraham, Melanie Klein elaboró un enfoque original alrededor de la noción de *posición esquizo-paranoide,* que designa, al mismo tiempo, la primera etapa de la construcción del psiquismo y el punto de partida de las patologías psicóticas. Klein (1947) utilizaría de manera extensa ciertos conceptos freudianos, como la identificación, la escisión y la pulsión de muerte, que describió como pulsión de destructividad (sádica). Para ella, si el yo y el objeto no se distinguen claramente desde el comienzo, las relaciones de objeto están presentes desde un principio y la posición esquizo-paranoide se caracteriza por la escisión y la proyección de las partes más destructivas del yo hacia el objeto (identificación proyectiva), lo que convierte a este último en perseguidor (ideas de persecución). La fragmentación y la desorganización son la consecuencia de estas escisiones precoces, y tienen un valor defensivo, en el sentido de que tienden a preservar el yo contra las tendencias

booksmedicos.org

destructoras que reinan en su interior, por su proyección sobre el objeto.

Lacan (1959) estudió particularmente la paranoia, pero su análisis del *caso Schreber* (véase el apartado XXIX.5) le permitió poner el acento sobre el mecanismo de rechazo, del que dedujo el concepto de *forclusión*. Esta operación se realiza en el orden simbólico (siendo su significante fundamental el Nombre-del-Padre) y caracteriza una estructura psicótica que puede permanecer paucisintomática[2] gracias a diversas suplencias (conformidad con las reglas sociales), o incluso evolucionar como psicosis clínica tras un encuentro "accidental" (primeras relaciones sexuales, promoción social, paternidad o maternidad…) que revela el "orificio en el significado" consecutivo a la forclusión del significante fundamental. La perturbación que de aquí nace encuentra una nueva estabilización significante-significado en la elaboración delirante. Este modelo, que vale para el conjunto de las psicosis, se completa en la esquizofrenia con una hipótesis sobre la falta de "especularidad", siendo para Lacan el "estadio del espejo" el momento en el que, por identificación con el otro, el sujeto se forja la representación de su "yo" como unidad.

XXIII.5.2. *Enfoques cognitivos*

Las investigaciones de psicología cognitiva en el terreno de las psicosis han adquirido una considerable expansión, siendo considerada la propia esquizofrenia un trastorno esencialmente cognitivo. Si actualmente se admite la heterogeneidad de los trastornos cognitivos en este padecimiento, permanece abierta la pregunta de si éstos conciernen a una disminución general de las funciones o a lesiones cognitivas más específicas, como las de la memoria de trabajo (Joyce y Roiser, 2007).

Las alucinaciones

Los primeros trabajos de psicopatología cognitiva de la esquizofrenia, que datan de la década de 1960, utilizaron dos conceptos, el de la *imaginería cerebral* (en el sentido de la aptitud del cerebro para producir imágenes) y el del *tratamiento de la realidad*. Los diferentes dispositivos experimentales pusieron en evidencia que los pacientes esquizofrénicos, especialmente aquellos que presentaban alucinaciones, tenían, por una parte, una capacidad de imaginería voluntaria más vívida que los sujetos testigo, y por otra, en condiciones de mezcla de estímulos auditivos propuestos, tenían tendencia a sobrevalorar la exactitud de sus respuestas. Un tratamiento desfalleciente de la realidad se asociaría, pues, en este caso, a una particular vivacidad de la imaginería espontánea para producir las alucinaciones. A partir de estas investigaciones se llegó a la hipótesis de un "control central" desfalleciente: Heilbrun (1980) mostró que las alucinaciones son acontecimientos internos (productos de la imaginería) atribuidos de manera errónea a una

booksmedicos.org

fuente externa. Al explorar la naturaleza de este desfallecimiento, este mismo autor elaboró el concepto de "intolerancia a la ambigüedad": confrontados con mensajes mezclados, los pacientes esquizofrénicos tenderían a "adivinar" demasiado rápidamente el contenido exacto de los estímulos.

Los años ochenta, estuvieron marcados por dos grandes corrientes de investigación, una iniciada por Christopher Frith, que considera la alucinación un trastorno del control de la intención de actuar, y la otra por Ralf Hoffman, que hizo de ella un trastorno de la planificación del discurso.

Según Frith (1992), la acción (todo lo que el individuo piensa y actúa) está generada, ya sea en respuesta a un estímulo proveniente del entorno, ya sea de manera espontánea, iniciada por sí mismo, que necesita una intención de actuar (acción autogenerada). La acción pasa por un control central, un "monitor central" que es informado de la intención de actuar. Frith supone que la esquizofrenia está caracterizada por una incapacidad para producir acciones autogeneradas, asociada a un déficit del control central de la acción y de la intención. La incapacidad para producir acciones autogeneradas se comprueba por la clínica: pobreza del discurso, apragmatismo, y en el plano experimental por la repetición de la respuesta anterior, perseveración y respuestas estereotipadas. La anomalía del "*monitoring* central" se traduce en el fracaso en el reconocimiento de que una acción es autogenerada, lo que conduce a la atribución a un agente exterior de los pensamientos, intenciones, actos propios del sujeto: "Si no hay percepción del esfuerzo necesario para el pensamiento, éste parece extraño" (Frith, 1992). Este trastorno se acompaña de una dificultad para tomar conciencia de las intenciones de los demás (por ejemplo, dificultad para el paciente esquizofrénico de comprender las proposiciones en las cuales existe un desfase entre el sentido literal y el sentido intencional). Para Frith, la esquizofrenia es un trastorno de la conciencia de sí mismo. Posteriormente estas concepciones han continuado con los experimentos referentes a la capacidad del paciente esquizofrénico para reconocer las intenciones de los demás, y a atribuir las acciones, permitiendo suponer que la esquizofrenia no se caracteriza solamente por un trastorno de la conciencia de sí mismo, sino también por un trastorno de la conciencia del psiquismo (de la "mente") de los demás.

Hoffman (1986) considera que la producción del discurso necesita una planificación rigurosa, subyacente a su desarrollo, que permite, por ejemplo, separar poco a poco las ideas concurrentes, incidentes o interferentes. El paciente esquizofrénico presentaría rupturas en la planificación del discurso (desorganización), teniendo como consecuencia que ciertas unidades (palabras, fragmentos de frases) escapen de la subordinación jerárquica que necesita el desarrollo del discurso, y por ello de la intención del individuo; estas imágenes verbales auditivas involuntarias tienden a manifestarse de manera autónoma, tropiezan con los objetivos conscientes del discurso del sujeto y son interpretadas finalmente como provenientes de una fuente externa. En este modelo, las alucinaciones acústico-verbales están en relación con la desorganización ideo-verbal (disociación en el sentido de Bleuler), y si no lo están, es porque el discurso es, ya sea demasiado pobre (las esquizofrenias con fuerte componente deficitario tienen pocas

booksmedicos.org

alucinaciones), ya sea demasiado estereotipado. Posteriormente Hoffman ha afinado su modelo suponiendo la aparición de un foco parásito ("memorias verbales parásitas") en el circuito neuronal responsable de la producción del discurso, brindando palabras o frases de manera estereotipada, interpretadas por el sujeto como provenientes de un agente exterior. Algunas observaciones sostienen esta hipótesis: las alucinaciones verbales, del mismo modo que el lenguaje interior habitual, están acompañadas de una activación de la musculatura bucal, detectable por el electromiograma; la presencia de alucinaciones verbales es un factor predictivo de la producción de interrupciones en el proceso del lenguaje.

Partiendo de la hipótesis de que las alucinaciones son acontecimientos internos y autogenerados resultantes de una perturbación del control de estos acontecimientos, asociada a su atribución errónea a una fuente externa, varios investigadores se han dirigido, estos últimos años, hacia una mejor caracterización de estos pensamientos o imágenes mentales "intrusivas" que son objeto de una "externalización" bajo forma alucinatoria. Se ha mostrado que estas intrusiones son "egodistónicas", es decir, en desacuerdo con los pensamientos y las creencias del sujeto, ansiógenas ("estresantes"), generadoras de afectos y de emociones desagradables. También pueden chocar con ciertas "creencias metacognitivas", por ejemplo, la convicción de que todos nuestros pensamientos o imágenes mentales son intencionales y controlables. De esta manera los procesos de atribución errónea podrían tener una función autoprotectora (Laroi y Woodward, 2007), lo que aproximaría este modelo a las concepciones psicoanalíticas de los mecanismos de defensa.

El déficit

Los trabajos que intentan precisar los tipos de déficit cognitivo constatados en la esquizofrenia son muy abundantes. Algunos datos parecen bien establecidos: los pacientes esquizofrénicos presentan sobre todo trastornos de la memoria episódica, es decir, de esa parte de la memoria explícita (declarativa) que concierne a los recuerdos conscientes, como los acontecimientos sobresalientes o los datos biográficos, pero también anomalías en las funciones ejecutivas, la vigilancia, la rapidez motriz y la fluidez verbal (Laroi *et al.,* 2008). Algunas anomalías cognitivas, como los déficits en la memoria de trabajo (el conjunto de las representaciones activadas en un momento dado), la rapidez del tratamiento de las informaciones y los malos resultados en las pruebas de vigilancia (capacidad para mantener una atención sostenida), parecen correlacionadas con las dificultades de la vida cotidiana de los pacientes esquizofrénicos y su pobre grado de inserción socioprofesional.

XXIII.5.3. *Enfoques sistémicos*

booksmedicos.org

El interés de la teoría de sistemas para la psicopatología se remonta a los años cincuenta (véase el capítulo X), y la esquizofrenia ha sido un terreno de predilección para las hipótesis teóricas y las aplicaciones terapéuticas (Miermont, 2004).

El concepto *double bind* (doble vínculo) propuesto por Gregory Bateson describe los efectos de dos órdenes, dadas simultáneamente, de las que cada una conduce a la exclusión de la otra. Aunque el fenómeno haya sido reducido a un trastorno interactivo en la comunicación padres-hijos, susceptible de favorecer trastornos esquizofrénicos, Bateson concebía la doble coerción como el signo más notorio de una perturbación más amplia, que incluía factores genéticos, ambientales y de aprendizaje, que afectaban a la familia como sistema. En esta hipótesis el paciente esquizofrénico aparece como el producto de una "designación" relativamente arbitraria en el seno del sistema; constituye su síntoma, y el interés de la intervención terapéutica en el seno de la familia reside en el hecho de que los efectos de esta designación se reducen progresivamente cuando el conjunto del sistema comienza a funcionar y a comunicarse mejor.

Otros autores, como Murray Bowen, han desarrollado enfoques sistémicos diacrónicos, interesándose en los fenómenos de indiferenciación del *Self* y de incapacidad de autonomía en el seno de las familias de pacientes esquizofrénicos en dos o más generaciones. Estos trabajos han desembocado en prácticas terapéuticas que utilizan el "genograma" y en trabajos que exploran las "transmisiones intergeneracionales" y las "lealtades invisibles" que pueden vincular al paciente con un miembro de la familia excluido de su historia, etc. El estudio de los vínculos familiares, así como de los vínculos con las instancias sociales, condujo a Lyman Wynne a proponer, a finales de los años cincuenta, los conceptos de *seudomutualidad* y *seudohostilidad,* que serían utilizados por varios clínicos en Francia (Benoît, Miermont, Kannas) para establecer formas de encuentro familiar, en el seno de los cuales la familia se convierte en un participante activo de la terapéutica. De esta manera, los modelos sistémicos han pasado de un enfoque teórico de tipo etiológico, juzgado "culpabilizante" para la familia, a enfoques prácticos participativos, tomando prestados, en ciertos casos, elementos provenientes de los enfoques educativos y cognitivos, intentando hacer surgir, en el seno del grupo familiar, una verdadera contribución a la terapia del miembro enfermo.

XXIII.6. Terapéutica

Las psicosis crónicas, y más particularmente las esquizofrenias, se encuentran entre las patologías mentales más graves; veremos, no obstante, en los capítulos siguientes, que un porcentaje no desdeñable de pacientes obtienen remisiones completamente satisfactorias.

El destino de estas patologías fue perturbado por la introducción de los medicamentos neurolépticos (antipsicóticos) a partir de los años cincuenta. La revolución neuroléptica fue concomitante con la de la "contestación"[3] del asilo (psicoterapia institucional, psiquiatría comunitaria). Estos cambios han conducido, sesenta años más tarde, a terapéuticas complejas, pluridisciplinarias, diferentes según el paciente y según el

booksmedicos.org

momento de su evolución. No obstante, parecen establecerse los principios que siguen:

1. El tratamiento neuroléptico (antipsicótico) aporta una mejoría básica de la sintomatología que ninguna otra terapéutica puede igualar. Debe proseguirse durante numerosos años, de ahí el interés de ciertas actitudes terapéuticas, comunes a todos los estados psicóticos: buscar la molécula mejor adaptada a cada paciente, pues los neurolépticos poseen matices de acción (y de diferencias de efectos secundarios) que varían de un paciente al otro; disminuir las posologías de manera que los efectos secundarios sean lo menos perturbadores posibles; consagrar el tiempo necesario para que la utilidad del tratamiento sea bien comprendida por el paciente y que su adhesión sea completa. ¿Se trata de un tratamiento "de por vida"? Nadie puede responder con certeza a esta pregunta y todavía menos predecir la evolución. No es raro que con los años el paciente se equilibre con un tratamiento mínimo, por debajo de las dosis terapéuticas admitidas teóricamente, o incluso pueda suspender el tratamiento para retomarlo puntualmente, según una buena anticipación de sus estados.

2. Las medidas de acompañamiento psicosocial son de una importancia capital para el buen pronóstico de los estados psicóticos, y más particularmente de las esquizofrenias. Los pacientes psicóticos son, en su gran mayoría, individuos jóvenes en el momento del inicio de la enfermedad, y esta última puede reducir considerablemente su dinámica de desarrollo personal y relacional. La reinserción-rehabilitación comienza desde el primer periodo, como lo señalaba Paul Sivadon, y todos los medios de los que disponemos (acompañamiento, medidas de ayuda material, formaciones específicas y medidas adaptativas en el plano profesional) deben ser puestas a su disposición para limitar la "discapacidad social" ligada a la enfermedad. Se le agregan numerosas técnicas cognitivas y educativas específicas, que intentan limitar los efectos deletéreos de la patología sobre las funciones intelectuales y (o) desarrollar, en los pacientes, estrategias para hacer frente a su patología *(coping)*.

3. Las psicosis, y en particular la esquizofrenia, son patologías que plantean con una extraordinaria agudeza preguntas fundamentales de la existencia humana, la de su sentido, la de la realidad y los contornos del yo y de sus relaciones con los demás. Más allá de las convicciones religiosas o filosóficas individuales, el pensamiento psicoanalítico del psiquismo humano es probablemente el único en proponer un modelo coherente e integrado del psiquismo en sus terrenos cognitivo y afectivo, en sus dimensiones histórica y actual, y en sus relaciones consigo mismo y con los demás. Su utilización es irremplazable para la comprensión y el acompañamiento relacional del paciente psicótico, independientemente de toda técnica psicoanalítica específica, cuyas indicaciones son relativamente limitadas en el campo de las psicosis.

4. La duración y la complejidad de la atención en el terreno de las psicosis implican terapéuticas llevadas a cabo, muy frecuentemente, no por un solo médico, sino por equipos pluridisciplinarios que utilizan tratamientos individuales o institucionales, sucesiva o simultáneamente, y plantean problemas de coherencia, temporalidad, coordinación y confianza recíproca. La buena administración y la resolución de estos problemas forman parte integral del tratamiento de los pacientes psicóticos y contribuyen a la optimización

booksmedicos.org

de los resultados terapéuticos.

Conclusión

Los estados psicóticos, enfermedades psiquiátricas por excelencia, se han vuelto minoritarias entre las "filas activas" de los equipos de sector y de la práctica psiquiátrica privada, pero no por ello dejan de absorber una buena parte de las energías y de los medios establecidos. Su polimorfismo y la multiplicidad de los problemas teóricos y clínicos que plantean hacen de ellas un asunto mayor del pensamiento psicopatológico.

BIBLIOGRAFÍA

Andreasen, N. C., y S. Olsen (1982), "Negative versus positive schizophrenia: definition and validation", *Archives of General Psychiatry,* 39, pp. 789-794.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Azoulay, C., C. Chabert, J. Gortais y P. Jeammet (2002*), Processus de la schizophrénie,* Dunod, París.

Bion, W. E. (1967), *Réflexion faite*, PUF, París, 1983.

Bleuler, E. (1911), *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies,* EPEL-GREC, París, 1993. [*Dementia praecox o el grupo de la esquizofrenias.* Versión española de Juan Carlos Stagnaro, Polemos, Buenos Aires, 2011.]

——— (1924), *Textbook of Psychiatry*, Arno Press, Nueva York, 1976. [*Tratado de psiquiatría*. Versión española de Alfredo Guera Miralles, Espasa-Calpe, Madrid, 1971.]

——— (1926), *La Schizophrénie,* Acta de psiquiatría al Congreso de Médicos Especialistas y Neurólogos de Francia y Países de Lengua Francesa (30ª sesión), Masson, París.

Buckley, P. F., B. J. Miller, D. S. Lehrer y D. J. Castle (2009), "Psychiatric comorbidities and schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin,* 35, 2, pp. 383-402.

Carlborg, A., K. Winnerbäck, E. G. Jönsson, J. Jokinen y P. Nordström (2010), "Suicide in schizophrenia", *Expert Review of Neurotherapeutics,* 10, 7, pp. 1153-1164.

Carpenter, W. T., R. E. Heinrichs y A. M. I. Wagman (1988), "Deficit and non deficit forms of schizophrenia: the concept", *American Journal of Psychiatry,* 145, 5, pp. 578-583.

Chabert, C. (dir.) (2010), *Traité de psychopathologie de l'adulte. Les psychoses,* Dunod, París.

booksmedicos.org

Chaslin, P. (1912), *Éléments de sémiologie et clinique mentales,* Asselin & Houzeau, París. [*Elementos de la semiología y clínica mentales,* tomo I. Versión española de Natalia d'Aquino y Alicia Peyró, Polemos, Buenos Aires, 2010.]
Daléry, J., T. d'Amato y M. Saoud (2012), *Pathologies schizophréniques,* Lavoisier, París.
Demily, C. y N. Franck (2010), "Trouble schizoaffectif", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37820-B57, Elsevier Masson, París.
Ey, H. (1958), "Les problèmes cliniques des schizophrénies", *Évolution psychiatrique,* 23, 2, pp. 149-211, reed. en H. Ey, *Schizophrénie, études cliniques et psychopathologiques,* Les Empêcheurs de Penser en Rond, París, 1996, pp. 365-412.
Federn, P. (1952), *La Psychologie du moi et les Psychoses*, PUF, París, 1979. [*La psicología del yo y las psicosis.* Versión española de Leandro Wolfson, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.]
Freud, S. (1906) [1907], XXIII. "El delirio y los sueños en la 'Gradiva', de W. Jensen", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1285-1336.
——— (1914), LXXXVI. "Introducción al narcisismo", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2017-2033.
——— (1915), XCI. "Lo inconsciente", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2061-2082.
——— (1924a), CXXVII. "Neurosis y psicosis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2742-2744.
——— (1924b), CXXVIII. "La pérdida de la realidad en las neurosis y en las psicosis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2745-2747.
——— (1927), CLV. "Fetichismo", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2993-2996.
Frith, C. (1992), *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie,* PUF, París, 1999. [*La esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo.* Versión española de A. M. Rubio, Barcelona, Ariel, 1995.]
Garrabé, J. (1977), *Le Concept de psychose,* informe al Congreso de Psiquiatría y de Neurología de Lengua Francesa (75ª sesión), Masson, París.
Green, A. (1993), *Le Travail du négatif,* Minuit, París. [*El trabajo de lo negativo.* Versión española de I. Agoff, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1995.]
Guiraud, P. (1956), *Psychiatrie clinique,* 3ª ed., Le François, París.
Hecker, E. (1871), "L'hébéphrénie. Contribution à la psychiatrie Clinique", *Évolution psychiatrique,* 50, 2, 1985, pp. 325-355.
Heilbrun, A. B. (1980), "Impaired recognition of self-expressed thought in patients with auditory hallucinations", *Journal of Abnormal Psychology,* 89, pp. 728-736.
Hoffman, R. E. (1986), "Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia", *Behavioral & Brain Sciences,* 9, pp. 503-517.

booksmedicos.org

Joyce, E. M., y J. P. Roiser (2007), "Cognitive heterogeneity in schizophrenia", *Current Opinion in Psychiatry,* 20, 3, pp. 268-272.
Kapsambelis, V. (2000), "Généalogie de la désorganisation", *Information psychiatrique,* 76, 4, pp. 407-415.
——— (2007), "Les fonctionnements psychotiques: une psychopathologie psychanalytique", *Psychologie clinique et projective,* 13, pp. 9-33.
Klein, M. (1947), *Essais de psychanalyse 1921-1945*, Payot, París, 1968.
Kraepelin, E. (1905), *Introduction à la psychiatrie clinique,* Navarin Éditeur (Bibliothèque des Analytica), París, 1984 (reed. de la edición francesa de 1907).
Lacan, J. (1959), "D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose", *La Psychanalyse,* IV, p. 1-50, reed. en J. Lacan, *Écrits,* Seuil, París, 1966, pp. 531-583. [*Escritos 1*. Versión española de Tomás Segovia, Siglo XXI, México, 2003.]
Laroi, F., M. van der Linden y M. N. Levaux (2008), "Une approche cognitive de la schizophrénie", en M. van der Linden y G. Ceschi (dirs.), *Traité de psychopathologie cognitive,* t. II, *États psychopathologiques,* Éditions Solal, Marsella, pp. 225-248.
Laroi, F. y T. S. Woodward (2007), "Hallucinations from a cognitive perspective", *Harvard Review of Psychiatry,* 15, pp. 109-117.
McGrath, J., S. Saha, D. Chant y J. Welham (2008), "Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality", *Epidemiologic Reviews,* 30, pp. 67-76.
Messias, E., C. Y. Chen y W. W. Eaton (2007), "Epidemiology of schizophrenia: Review of findings and myths", *Psychiatric Clinics of North America,* 30, 3, pp. 323-338.
Miermont, J. (2004), "Thérapies familiales et schizophrénie", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37295-D10, Elsevier Masson, París.
Minkowski, E. (1927), *La Schizophrénie*, Payot, París. [*La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos.* Versión española de Eliane Cazenave Tapie Isoard, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.]
Morel, B. A. (1853), *Études cliniques,* Nancy, Masson & Baillière, París.
Nacht, S., y P.-C. Racamier (1958), "La théorie psychanalytique du délire", *Revue française de psychanalyse,* 22, 4-5, pp. 417-574, reed. en S. Nacht, *Guérir avec Freud*, Payot, París, 1971, pp. 80-188.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, 1993, París. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Racamier, P.-C. (1993), *Cortège conceptuel,* Apsygée Éditions, París.
Saha, S., D. Chant y J. McGrath (2007), "A systematic review of mortality in schizophrenia", *Archives of General Psychiatry,* 64, 10, pp. 1123-1131.
Sullivan, P. F. (2005), "The genetics of schizophrenia", *PloS Medicine*, 2, 7, e212.
Thibault, F. (2007), "Données génétiques de la schizophrénie", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37285-A16, Elsevier Masson, París.

booksmedicos.org

Welham, J., M. Matti Isohanni, P. Jones y J. McGrath (2009), "The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies", *Schizophrenia Bulletin,* 35, 3, pp. 603-623.

booksmedicos.org

[1] *Cf*. J. Garrabé: *Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo*, trad. de Héctor Pérez-Rincón, FCE, México, 2002 (Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis).

[2] Del latín *pauci,* "poco numeroso", y el griego *symptoma,* "síntoma": "que da lugar a escasos síntomas".

[3] "Polémica, oposición o protesta, a veces violenta, contra lo establecido" (Diccionario de la Real Academia Española).

booksmedicos.org

XXIV. PSICOSIS AGUDAS

SOPHIE KECSKEMÉTI

Las psicosis agudas, o psicosis delirantes agudas, o *bouffées délirantes* agudas polimorfas, constituyen un grupo sindrómico algo aparte dentro de la nosografía psiquiátrica. Se trata de un concepto surgido de los trabajos de Valentin Magnan (1893) a finales del siglo XIX, que será progresivamente relegado a un segundo plano en razón del impacto de los trabajos de Kraepelin y Bleuler, para volver a surgir en la década de 1930, y más tarde de manera consensual en los años cincuenta, tanto en Francia gracias a los trabajos de Henri Ey (1954), como del otro lado del Rin con Jaspers (1913) y en los países de lengua inglesa (noción de "esquizofrenia aguda"). Ésta es, sin duda, la paradoja de una entidad sindrómica ampliamente utilizada en nuestros días en la práctica psiquiátrica, pero que en sí misma no es específica de una enfermedad mental caracterizada, lo que explica esta evolución fluctuante desde hace más de un siglo: "Los psiquiatras nunca han podido salir del embarazo en el cual los colocó una caótica yuxtaposición de síntomas" (Ey, 1954).

Las psicosis agudas se caracterizan por una eclosión súbita de síntomas no específicos: delirio polimorfo de temas y de mecanismos fluctuantes, más o menos acompañado de alucinaciones auditivas o visuales, angustia intensa, pero también exaltación e incluso éxtasis, con una nota confusional y modificación del afecto y de las conductas en relación con la actividad delirante, en un sujeto hasta entonces indemne de todo antecedente, y que evolucionan hacia la restitución *ad integrum* en algunos días o algunas semanas. Es, pues, la evolución después de algunos años lo que permite validar *a posteriori* este diagnóstico, pudiendo evidentemente evolucionar hacia una esquizofrenia o hacia una enfermedad maniaco-depresiva.

XXIV.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXIV.1.1. *Historial y terminología*

En la década de 1890, la noción de *bouffée délirante* se impuso en el seno de la escuela francesa de psiquiatría con Magnan. En esa época se trataba de distinguir una afección caracterizada por un "delirio sin consecuencias si no es que sin mañana" de las crisis

booksmedicos.org

maniaco-depresivas, de las psicosis confusionales y de los delirios crónicos con evolución sistemática. El debate fue tanto más intenso cuanto que el análisis clínico se intrincaba con la noción de degeneración proveniente de los trabajos de Morel (1852), noción entendida de manera diferente según los autores. Así, para Magnan, el proceso de degeneración era "una verdadera creación de tipo mórbido" en sujetos predispuestos, en tanto que Morel colocaba las degeneraciones intelectuales dentro de las alienaciones hereditarias. Olvidada por un cierto tiempo, la *bouffée délirante* volvió a adquirir interés para los psiquiatras franceses en la década de 1930 para ser restaurada definitivamente por Henri Ey y tomar su lugar dentro de las clasificaciones internacionales más allá de la teoría del órgano-dinamismo, bajo la denominación de "trastornos psicóticos agudos y transitorios".

En Alemania, el destino de la psicosis delirante aguda siguió un camino algo diferente: ignorada tanto por Kraepelin en las diferentes ediciones de su *Tratado* como por Bleuler (el primero la aproximaba a la crisis maniaca y melancólica y el segundo a la esquizofrenia), fue integrada dentro del campo de la nosografía psiquiátrica con los trabajos de Jaspers (1913) bajo la forma de *experiencia delirante primaria.*

XXIV.1.2. *Situación nosográfica*

La CIE-10 de la OMS y el DSM-5 de la ANP tienen en común, en la caracterización de los trastornos psicóticos agudos, la distinción según la presencia o ausencia de síntomas esquizofrénicos (síntomas de buen pronóstico según el DSM-5). Por el contrario, ambas clasificaciones se distinguen según su integración de la duración del episodio: criterio ausente de la CIE-10, criterio mayor en el DSM-5: un episodio psicótico breve tiene una evolución inferior a un mes; un trastorno esquizofreniforme tiene una duración comprendida entre uno y seis meses.

El DSM-5 contiene, pues, dos entidades: "trastorno psicótico breve" y "trastorno esquizofreniforme", en tanto que la CIE-10 propone cuatro entidades: los "trastornos psicóticos agudos polimorfos" con y sin síntomas psicóticos, los "trastornos psicóticos agudos de tipo esquizofrénico" y los "trastornos psicóticos agudos esencialmente delirantes".

XXIV.2. Datos e investigaciones biomédicos

XXIV.2.1. *Epidemiología*

Las psicosis agudas son patologías del adulto joven, de 15 a 35 años. No existen datos epidemiológicos precisos sobre la prevalencia y la incidencia de estos episodios, pero los estudios prospectivos están en proceso de elaboración y tienden a precisar sus vínculos

booksmedicos.org

con la esquizofrenia y las psicosis distímicas (Weiber y Metzger, 2005).

XXIV.2.2. *Factores de riesgo*

La "degeneración" de los primeros autores ha sido confirmada como "predisposición", "terreno específico" vinculado con un cierto número de factores precipitantes (experiencia de pérdida o de separación, traumatismos corporales, cambios de ambiente o de modo de vida…); sobre todo son dos los factores que llaman la atención de los autores estos últimos años: por una parte la adolescencia, periodo de vulnerabilidad propicio para la eclosión de diversos trastornos psíquicos, en el seno de los cuales la *bouffée délirante* ocupa un sitio particular (Petitjean y Marie-Cardine, 2003); por otra el consumo de tóxicos, en particular de cannabis (Krebs *et al.,* 2003).

La adolescencia, periodo de reacomodo psíquico por excelencia "tras la fase de latencia en la que la estructuración estaba congelada, pero impregnada de vectores de fuerza esperando actuar" (Corcos y Jeammet, 2002), se caracteriza por la pluralidad de los modos de funcionamiento observados, incluida la potencialidad psicótica. La aparición de síntomas psicóticos agudos en esta "organización psíquica en devenir, pero susceptible de fijarse y de organizarse", plantea la interrogación sobre una evolución potencial hacia la esquizofrenia, tanto más que múltiples autores preconizan un diagnóstico y un tratamiento precoces para mejorar el pronóstico. Por otro lado, el consumo de tóxicos se conoce desde hace mucho tiempo como favorecedor de la eclosión de trastornos psicóticos. De Moreau de Tours (1845) a las *farmacopsicosis* de Deniker, los autores están de acuerdo en señalar la frecuencia del consumo de productos psicoactivos observada en ciertos periodos agudos, siendo el papel de la cannabis particularmente incriminado.

Se puede decir, pues, que adolescentes y adultos jóvenes conjugan a la vez una fragilidad que se puede llamar estructural y una notoria apetencia por los tóxicos, aumentando el riesgo de eclosión de un episodio delirante agudo.

XXIV.2.3. *Investigaciones biológicas*

Los estudios genéticos actuales que privilegian la detección de marcadores respectivos de la esquizofrenia y de las psicosis afectivas, no han generado trabajos específicamente consagrados a las psicosis delirantes como cuadro autónomo. De la misma manera, los estudios neurocognitivos se ocupan únicamente de la esquizofrenia y los trastornos bipolares. Por lo contrario, los datos de neuroimagenología son más ricos, pero existen pocos datos fiables específicos de un episodio agudo: algunos estudios muestran una dilatación de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo (Elkis *et al.,* 1995; Wood *et al.,* 2001); otros, una disminución significativa de la materia gris (Zipursky *et al.,* 1998), y finalmente otros implican al hipocampo (Philips *et al.,* 2002). Los estudios actuales

booksmedicos.org

parecen orientarse hacia la distinción entre psicosis afectivas y psicosis no afectivas.

Los trabajos son raros en el plano neurobiológico y no brindan una respuesta concluyente: hiperdopaminergia, hiporreactividad serotoninérgica, etcétera.

Finalmente, los estudios neurofisiológicos (estudio de la onda P300 auditiva, prosecución ocular lenta) realizados durante un primer episodio psicótico agudo son raros y más bien centrados en el descubrimiento de rasgos esquizofrénicos.

XXIV.3. La clínica

XXIV.3.1. *El principio y la fase de estado*

"Golpe del rayo en un cielo sereno", a veces precedido de algunas nubes (insomnio, inquietud sin objeto, conductas insólitas), el delirio "brota violentamente con la instantaneidad de una inspiración" (Magnan, 1893) en un adolescente o un adulto joven hasta entonces indemne de todo antecedente. Se trata de un delirio polimorfo, es decir, que sus temas son múltiples y variables (grandeza, transformación corporal, obsesión, influencia, persecución…), se encadenan y se tropiezan sin ninguna sistematización. Los mecanismos son cambiantes y se intrincan entre ellos (intuiciones, interpretaciones…) y se acompañan de alucinaciones psicosensoriales, principalmente acústico-verbales, así como de automatismo mental. El paciente vive una experiencia de metamorfosis, de advenimiento, incluso de apocalipsis:

> El choque fue tal que el señor Goliadkin se detuvo, lanzó un grito, quiso decir algo […]No sabría decir cuánto tiempo duró la perplejidad del señor Goliadkin, y permaneció largo tiempo sentado sobre la orilla de la banqueta. Pero finalmente retomó su aliento y corrió sin voltear, a toda la velocidad de la que era capaz […] Su situación en ese momento era semejante a la de un hombre que llega al borde de un terrible precipicio y bajo su paso la tierra se desmorona, se resquebraja, y se hunde en el abismo, en tanto que el desdichado no tiene la fuerza ni la voluntad de dar un paso hacia atrás, de arrancar sus miradas al precipicio: el abismo lo jala hacia él […] No obstante corría y corría siempre […] Era incapaz de pensar aunque sus pensamientos se engancharan a todo como una zarza […] Sentía que sus cabellos se erizaban sobre su cabeza y se dejó caer sobre una silla, casi desvanecido de espanto. Y a decir verdad, tenía por qué […] El señor Goliadkin había reconocido completamente a su compañero nocturno. Su compañero nocturno no era otro que él mismo […] En una palabra, lo que se llama su doble en todos los aspectos [Dostoievski, *El doble,* 1846].

booksmedicos.org

La actitud del paciente es consecuencia de esta inmersión súbita en un mundo que se transforma de manera radical: estupefacción, actitudes de éxtasis o de fuga, agitación ansiosa o eufórica, expresión verbal prolija o incomunicabilidad de la experiencia vivida. Si no existe confusión en el sentido estricto del término, la intensidad de la desestructuración de la conciencia (Ey, 1954), la vivencia oniroide puede ser tomada por un trastorno de la vigilancia y plantear una pregunta de diagnóstico diferencial con una confusión mental (véase el capítulo XXV). Pueden ocurrir pasajes al acto bruscos, en ruptura con la personalidad del sujeto, generalmente de carácter anodino, pero a veces de consecuencias graves (fuga con vagabundeo, gesto suicida).

La angustia es constante, perceptible, vinculada con la experiencia de despersonalización que vive el paciente:

> Cuando Gregorio Samsa se despertó una mañana después de un sueño intranquilo, se encontró sobre su cama convertido en un monstruoso insecto. Estaba tumbado sobre su espalda dura, y en forma de caparazón […] "¿Qué me ha ocurrido?", pensó […] Sintió sobre el vientre un leve picor […]. Y quiso palpar esa parte con una pata, pero inmediatamente la retiró, porque el roce le producía escalofríos [Kafka, *La metamorfosis,* 1915].

El afecto siempre está alterado, ligado con las fluctuaciones delirantes y la confusión de las ideas, oscilando entre fases de expansión y de exaltación, y fases de abatimiento y de anonadamiento. Euforia y desesperanza pueden, por lo demás, existir, conduciendo entonces a un verdadero estado mixto.

XXIV.3.2. *Diagnóstico diferencial*

Se hará inicialmente con la confusión mental: "Estas crisis de estados oniroides así desencadenadas espontáneamente plantean el problema siempre delicado y temible de las relaciones con las *psicosis agudas sintomáticas,* es decir, con la *confusión mental*" (Ey, 1954). Resulta, pues, imperativo eliminar toda causa orgánica antes de plantear semejante diagnóstico: debe hacerse un interrogatorio sobre los antecedentes médicos, la ingesta eventual de tóxicos, la existencia previa de signos infecciosos; deben practicarse un examen clínico incluso superficial y ciertas investigaciones biológicas (biometría hemática, particularmente).

Pero lo que se plantea principalmente es la pregunta sobre el diagnóstico de la esquizofrenia (fase procesal aguda inaugural) y del trastorno maniaco. Pregunta tanto más decisiva en los adolescentes y adultos jóvenes cuanto que condiciona no solamente el tratamiento inmediato, sino también las medidas a tomar en el desarrollo del episodio agudo. Es así como algunos (Marcelli *et al.,* 2002) han llegado a considerar la aparición de un primer episodio delirante en el adolescente una respuesta psíquica frente a la

booksmedicos.org

amenaza de un derrumbe afectivo, y a preconizar la utilización preferencial de estabilizadores del estado de ánimo y de antidepresivos. Ésta es sin duda una manera de responder al engolosinamiento actual con el diagnóstico precoz de esquizofrenia (Petitjean y Marie-Cardine, 2003), cuyo efecto de anuncio posiblemente iatrogénico debe evaluarse.

XXIV.3.3. *Pronóstico*

Son posibles tres modalidades evolutivas: episodio único en la vida del individuo (alrededor de un tercio de los casos); recaídas semejantes con remisión completa, y finalmente la evolución hacia una psicosis crónica esquizofrénica (alrededor de 15% de los casos) o afectiva (proporción variable según los estudios).

Los factores pronósticos identificados desde la década de 1950 (Laboucarie, 1958) siguen siendo válidos hasta ahora; de esta manera la noción de un factor desencadenante claramente identificado, la brusquedad del principio, la ausencia de trastorno de personalidad premórbido, la existencia de trastornos afectivos francos, la riqueza del delirio, son considerados de buen pronóstico, en tanto que un principio más larvado, una sintomatología menos escandalosa, una personalidad premórbida de tipo esquizoide son de muy mal pronóstico. Para el DSM-5, los factores de buen pronóstico son el principio del episodio en la proximidad de un cambio notable en el funcionamiento del individuo, los elementos de confusión y de perplejidad, la buena adaptación premórbida y la ausencia de embotamiento afectivo.

XXIV.4. Caso clínico

La señorita R., joven de 20 años, es hospitalizada en el contexto de una perturbación de su manera de ser: presenta desde hace algunos días un insomnio casi total y una angustia intensa; interrumpe de manera brusca sus estudios de literatura, muestra un sentimiento de amenaza y abandona el domicilio paterno para refugiarse con una amiga. La angustia va en aumento y expresa contenidos incoherentes. Llevada por sus familiares al servicio de urgencias, se decide hospitalizarla en un servicio de psiquiatría, de donde se fuga para regresar al domicilio de su amiga, rehusando el contacto con su familia. Es entonces hospitalizada de nuevo, esta vez bajo medidas de contención. La angustia y las expresiones incoherentes se intensifican, las tentativas de intercambio en la visita parecen ser vividas dentro de un clima persecutorio que la hace replegarse sobre sí misma. Se instaura un tratamiento neuroléptico con risperidona (8 mg por día) con 200 mg de ciamemazina debido a la gravedad de la angustia y de los trastornos del sueño, acompañado de una vigilancia en servicio cerrado.

Tras algunos días se pudo establecer un diálogo y se pudo comprender que había sido invadida de manera súbita por una duda concerniente a sus orígenes, duda que había adquirido un valor de certeza (“Mis padres no son mis padres”). Le fue imperativo entonces abandonar el domicilio familiar, al tiempo que estaba atormentada por el tema de una tarea sobre el cual había trabajado durante varias horas antes de vivir la perturbación que la

booksmedicos.org

condujo al hospital —tarea en la que había trabajado día y noche estos últimos tiempos— y que parecía repetir de manera circular, como lo muestran algunas frases del periodo inmediatamente anterior a la irrupción de los síntomas delirantes.

Las entrevistas concertadas con los padres permitieron trazar su biografía y sobre todo comprender la existencia de un clima familiar particular, bajo el sello de una personalidad materna que hizo plantear rápidamente la hipótesis de la psicosis (vida entregada a la religión en el seno de una secta, ausencia de intercambios cotidianos, incluso en el momento de las comidas, que la madre toma sola en la cocina, ausencia de todo contacto con los miembros de la familia materna…). La señorita R. es más bien una buena alumna que ha obtenido su bachillerato sin dificultades y ha iniciado estudios superiores. Consume cannabis desde la edad de 16 años (es decir, desde su entrada a la preparatoria), consumo que se ha vuelto cotidiano a lo largo de los años, y cocaína desde hace algunos meses.

La evolución fue rápidamente favorable y la paciente pudo abandonar el servicio de hospitalización tras cinco semanas, habiéndose beneficiado de varios permisos para ir a su domicilio y habiendo retomado contacto con el responsable de su curso universitario y obtenido un arreglo de su empleo del tiempo. A la salida sólo toma un tratamiento de 4 mg por día de risperidona. Se le propone una consulta regular durante los siguientes meses que permitirá la baja progresiva y después la suspensión del tratamiento, y la confirmación de la buena evolución ulterior.

XXIV.5. Psicopatología

No existen estudios cognitivos sobre los episodios delirantes agudos. Los estudios cognitivos concernientes a la esquizofrenia y a los trastornos bipolares son analizados en el capítulo introductorio de las psicosis (capítulo XXIII) y de los trastornos del humor (capítulo XXX).

Si los trabajos psicoanalíticos se desarrollaron considerablemente alrededor de las psicosis crónicas, han abordado, por el contrario, mucho menos la psicosis aguda, con la notable excepción del texto clásico de Freud (1907) *Delirio y sueños en la "Gradiva" de Jensen*, análisis ejemplar de una situación de psicosis aguda a partir de una novela. Freud trata allí la psicosis aguda como un soñar despierto, y no pone en evidencia de manera explícita ninguno de los mecanismos específicos de las psicosis que serán separados en el resto de su obra. El acento se coloca sobre todo en la perturbación del primer tópico (derrumbe de la separación entre percepción-conciencia e inconsciente, regresión de las representaciones de la palabra hacia las representaciones de la cosa, y por ello transformación de los pensamientos en percepciones, invasión de la actividad del sujeto por un "actuar" que traduce directamente el acceso pulsional). Este análisis aproxima el episodio con lo que será llamado "psicosis histérica" por Follin (1992) a principio de la década de 1960.

Fueron sobre todo los estudios fenomenológicos los que permitieron una síntesis de la multiplicidad de las formas agudas del delirio, dándoles un sentido e integrándolas dentro del campo de las patologías de la conciencia. "La psiquiatría, que penaba en la nosografía alrededor de los estados agudos donde se dividían sin orden las perturbaciones afectivas, el delirio y la confusión, no podía dejar de interesarse en la teoría de Henri Ey"

booksmedicos.org

(Jeanneau, 1990). Se trataba de relacionar con un mismo trastorno las experiencias delirantes de despersonalización, los estados agudos de automatismo mental, las experiencias delirantes oniroides, distinguiéndolas de la esquizofrenia, de la psicosis maniaco-depresiva y de la confusión. Con H. Ey, "las *bouffées délirantes* encuentran su verdadero sentido y su exacta posición dentro del desarrollo del proceso de desestructuración de la conciencia. Corresponden a esta fase intermedia de la descomposición del campo de la conciencia donde se desorganiza la 'representación' del orden espacialmente vivido de la experiencia sensible actual" (Jeanneau, 1990).

Dentro de esta misma perspectiva se sitúan los trabajos de Laboucarie (1958), que además fue pionero en la realización de un estudio de seguimiento de una importante cohorte de pacientes (200 pacientes seguidos durante una decena de años), cuyos resultados son congruentes con los de algunos estudios contemporáneos, y quien puso en evidencia factores de buen y de mal pronóstico que siguen siendo válidos hasta ahora. Follin (1958) propuso una lectura psicopatológica vinculando la desorganización de la conciencia con la desestructuración del yo.

Es sobre este aspecto de desestructuración que convergen los trabajos psicoanalíticos concernientes a las psicosis agudas, que se interrogan sobre el vínculo entre esta perturbación temporal y la desorganización fundamental de la esquizofrenia: "el yo dispone su descompensación bajo un modo crítico que lo salva de una desorganización que, por ser menos masiva y menos inmediatamente alienante, es todavía más peligrosa puesto que no constituye una señal de alarma pero muestra el establecimiento de una relación insidiosa definitiva de nuevas relaciones con el mundo bajo una forma menos aparente pero más continuamente patológica" (Green, 1961). De manera que fue principalmente al referirse al ataque del pensamiento (Bion colocó a los trastornos del pensamiento en el primer plano de las desorganizaciones producidas por la psicosis), a la desvinculación, a las manifestaciones de la pulsión de muerte, a los avatares del comercio con el objeto (Kapsambelis, 2006), a la forclusión y a la dificultad de la inscripción simbólica del ser para el enfoque lacaniano, como pudieron aprehenderse los episodios delirantes. Algunos se han interrogado (Jeanneau, 1990) sobre el mecanismo mismo de la aparición de un delirio agudo y proponen un desbordamiento pulsional permitido por una dehiscencia[1] en el aparato psíquico, constituido por "el exceso a nivel de la percepción y el déficit en el pensamiento" como si el inconsciente ya no fuera capaz de permitir un trabajo psíquico que colocaría la percepción dentro de un mundo interior organizado; habría aquí un "retorno del trabajo preconsciente por aplicación exterior".

XXIV.6. Terapéutica

XXIV.6.1. *Tratamiento inicial*

La hospitalización es ampliamente preconizada, generalmente posible sin medidas de

booksmedicos.org

limitación legal. Es necesaria la introducción de un tratamiento neuroléptico, lo más frecuentemente un neuroléptico de nueva generación (risperidona, 8-10 mg/día; amisulpiride, 400-600 mg/día) que se asociará o no a una benzodiacepina según la intensidad de la angustia. Es posible igualmente recurrir a las fenotiacinas sedantes (ciamemazina). En caso de agitación y de agresividad se recurrirá a los neurolépticos más tradicionales que tienen efectos masivos, como las butirofenonas (haloperidol, 10-20 mg/día), o la loxapina, 200-400 mg/día.

Hay que vigilar el sueño del paciente, su alimentación y sobre todo su rehidratación, mantener una cierta calidad de diálogo dando orientaciones precisas, especialmente en el ámbito espacio-temporal. Todos éstos son elementos esenciales de la atención en ese momento de tensión psíquica extrema que vive el paciente. Hay que tener en mente que habrá *a fortiori* un tiempo "tras la crisis" y que se trata de limitar tanto como se pueda el efecto traumático de la vivencia de la fractura psíquica, un posible sentimiento de vergüenza o la angustia del temor de una recidiva durante la mejoría del episodio.

La angustia y los trastornos asociados a ella (agitación, insomnio, etc.) ceden generalmente en pocos días. Las alucinaciones responden frecuentemente al tratamiento con gran rapidez, en tanto que las ideas delirantes y la desorganización se corrigen más lentamente, en dos a cuatro semanas en promedio.

XXIV.6.2. *La mejoría del episodio agudo*

Es indispensable un seguimiento ambulatorio con el fin de adaptar el tratamiento medicamentoso (cuya duración estará comprendida entre seis y 18 meses según el caso) y vigilar la evolución. Las entrevistas regulares (con una periodicidad variable) tienen como función sostener al paciente (e implicar a la familia cuando se trate de un adolescente), sacar a la luz un posible consumo de tóxicos, el cual es frecuentemente negado, y tratar de interesar y familiarizar al paciente en su funcionamiento mental; se trata, al mismo tiempo, de no subestimar el impacto traumático de un episodio delirante agudo y de prevenir una recidiva.

CONCLUSIÓN

Los episodios psicóticos agudos, manifestaciones psicopatológicas que se presentan con relativa frecuencia en la edad juvenil, se han vuelto más comunes en los últimos años, probablemente ligadas al aumento creciente de productos tóxicos, especialmente en los jóvenes. Su tratamiento es relativamente fácil, pero conviene no banalizar el episodio, por una parte debido a los peligros que corre el sujeto en el momento de la fase aguda (situación de peligro para sí mismo, accidente), por la otra debido al riesgo evolutivo, que necesita el mantenimiento de una relación terapéutica frecuentemente más allá del término del tratamiento medicamentoso.

booksmedicos.org

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Corcos, M., y P. Jeammet (2002), "Expression névrotique. États-limite. Fonctionnement psychotique à l'adolescence", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37-215-B-20, Elsevier Masson, París.

Elkis, H., L. Friedman, A. Wise y H. Y. Meltzer (1995), "Meta analyses of ventricular enlargment and cortical sulcal prominence in mood disorders", *Archives of General Psychiatry,* 52, pp. 737-746.

Ey, H. (1954), "Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience, Étude nº 23", *Études psychiatriques,* t. III, p. 201-324, Desclée de Brouwer, París. [*Estudios Psiquiátricos,* vol. I. Versión española de Humberto Casarotti, Polemos, Buenos Aires, 2008.]

Follin, S. (1958), "Sur la psychopathologie du processus schizophrénique", *Évolution psychiatrique,* XXIII, 2, pp. 213-275, reed. en S. Follin, *Vivre en délirant,* Nervure et Les Empêcheurs de Penser en Rond, París, 1992, pp. 83-131.

——— (1992), *Vivre en délirant,* Nervure et Les Empêcheurs de Penser en Rond, París.

Freud, S. (1906) [1907], XXIII. "El delirio y los sueños en la 'Gradiva', de W. Jensen", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1285-1336.

Green, A. (1961), "Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés par lescomparaisons des techniques chimiothérapiques et psychothérapiques et leur association en thérapeutique psychiatrique)", *L'Encéphale,* 50, 1, pp. 29-101.

Jaspers, K. (1913), *Psychopathologie générale,* París, Alcan, 1946; Bibliothèque des introuvables, 2000. [*Psicopatología general*. Versión española de Roberto O. Saubidet y Diego A. Santillán, Fondo de Cultura Económica, México, 1993.]

Jeanneau, A. (1990), "L'expérience délirante aiguë", en *Les Délires non psychotiques,* PUF, París, pp. 29-80.

Kapsambelis, V. (2006), "Le 'délirer' en tant qu'activité psychique", *Psychanalyse et psychose,* 6, pp. 153-168.

Krebs, O. (2003), "Est-il possible d'établir un lien de causalité entre abus de substances psycho-actives et schizophrénie débutante?", en F. Petitjean y M. Marie-Cardine (dirs.*), Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques,* John Libbey Eutotext, París, pp. 159-174.

Laboucarie, J. (1958), "Les 'schizophrénies aiguës'. Types d'expériences delirantes schizophréniques transitoires", *Évolution psychiatrique,* XXIII, 3, pp. 549-574.

Magnan, V. (1893), *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte Anne)*, Louis Battaille, París.

booksmedicos.org

Marcelli, D., H. Rose-Reinhardt, H. Fahs y M.-A. Kasolter-Pere (2002), "Épisode psychotique aigu de l'adolescent et du jeune adulte. Questions diagnostiques, thérapeutiques et éthiques", *Annales médico-psychologiques,* 160, pp. 386-395.

Morel, B. A. (1852*), Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales,* Masson, Nancy/París.

Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]

Petitjean, F., y M. Marie-Cardine (2003), *Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques,* Conferencia de consenso, John Libbey Eurotext, París.

Philips, L. J., D. Velakoulis, C. Pantelis *et al.* (2002), "Non reduction in hippocampal volume is associated with higher risk of psychosis", *Schizophrenia Research,* 58, pp. 145-158.

Weibel, H., y J.-Y. Metzger (2005), "Psychoses délirantes aiguës", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37230-A20, Elsevier Masson, París.

Zipursky, R., E. K. Lambe, S. Kapur y D. J. Mikulis (1998), "Cerebral gray matters deficit in first episode psychosis", *Archives of General Psychiatry,* 55, pp. 540-546.

booksmedicos.org

[1] Dehiscencia: apertura natural o espontánea de un órgano. Acción de abrirse naturalmente las anteras de una flor o el pericarpio de un fruto, para dar salida al polen o a la semilla *(DRAE)*.

booksmedicos.org

XXV. CONFUSIONES MENTALES Y *DELIRIUM TREMENS*

MYRIAM ZAKS

Las confusiones mentales, llamadas anteriormente psicosis confusionales y que forman parte de las "psicosis orgánicas", designan los trastornos delirantes y alucinatorios agudos y reversibles de origen orgánico. Se trata de una entidad sindrómica caracterizada clínicamente por una obnubilación de la conciencia, una desorientación témporo-espacial y un delirio onírico, asociada a una etiología lo más frecuentemente tóxica o infecciosa, así como a una predisposición de terreno. El *delirium tremens* es un delirio alcohólico agudo, una forma de confusión mental que sobreviene tras una abstinencia brusca.

XXV.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXV.1.1. *Historial y terminología*

La epistemología de la confusión mental traduce la antigua voluntad de la medicina de separar los trastornos mentales de origen orgánico y la locura propiamente dicha. Se encuentran así, desde la Antigüedad, entidades clínicas que asocian un trastorno mental agudo con una fiebre y un factor exógeno. Hipócrates distinguía, por una parte, la *frenitis* (estado de agitación y de excitación del cuerpo y de la mente que se conoce ahora con el vocablo *frenesí*) y la *letargia* (del griego *leté:* olvido, y *argia:* reposo), estado de somnolencia y de inercia, y, por la otra parte, la manía y la melancolía.

El término *delirium* (del latín *delirare:* salirse del surco) data de Celso (siglo I) y designa un síndrome referido a la alternancia entre frenitis y letargia. Su contemporáneo Areteo de Capadocia distinguió el *delirium* de un cuadro vecino, la *dementia continua.*

El síndrome de confusión mental fue aislado por los alienistas franceses del siglo XIX con diferentes nombres: *idiocia* (Pinel, 1805), *estupidez* (Georget, 1820), *demencia aguda* (Esquirol, 1835), *melancolía con estupor* (Baillarger, 1852). Todas estas denominaciones intentaron definir los contornos de la entidad que Delasiauve fue el primero en llamar *confusión mental* (del latín *confondere:* mezclar) en 1851. En 1892, Chaslin reunió todos los estados psicóticos agudos no ligados a trastornos mentales con el nombre de "confusión mental primitiva". Régis y sus alumnos, en Burdeos, afinaron la descripción de este nuevo síndrome y precisaron, por una parte, la etiología tóxico-

booksmedicos.org

infecciosa casi constante, y por la otra la modalidad *onírica* de la experiencia delirante (Azorin *et al.,* 1992).

XXV.1.2. *Situación nosográfica*

En Francia y en Alemania todavía se utiliza el término *confusión mental* (*Verwirrung* en alemán), en tanto que *delirium* está reservado únicamente al *delirium tremens* de origen alcohólico. Por el contrario, la CIE-10 y el DSM-5 han adoptado *delirium* para el conjunto de estas patologías.

En todos los casos, los criterios diagnósticos son los mismos. Se trata de la aparición rápida de una alteración de la conciencia y de la vigilancia, acompañada de trastornos del sueño y de la atención, de una alteración del conjunto de las funciones cognitivas, desde el pensamiento hasta las percepciones (ilusiones, alucinaciones), incluyendo el lenguaje, la memoria y la orientación témporo-espacial; existen trastornos psicomotores (agitación o estupor, que remiten a las dos vertientes históricas del "frenesí" y de la "letargia") que reflejan los trastornos emocionales vividos por el paciente (ansiedad, miedo, apatía, euforia, perplejidad ansiosa). El conjunto del cuadro puede deberse a una afección médica.

XXV.2. DATOS BIOMÉDICOS

XXV.2.1. *Epidemiología*

La prevalencia del síndrome confusional se estima en alrededor de 0.4% de la población general de más de 18 años, y de 1.1% para los mayores de 55 años. Es de 10 a 30% entre los pacientes hospitalizados, pudiendo llegar a 60% entre las personas de la tercera edad (Sellal y Dick, 2003).

XXV.2.2. *Fisiopatología*

La tendencia actual de las investigaciones es hacia la diferenciación entre dos tipos de confusión mental, las formas *hipoactivas* (hipovigilantes) y las formas *hiperactivas* (hipervigilantes) y a su correlación con parámetros fisiológicos, como el metabolismo cerebral, el débito sanguíneo cerebral, la actividad eléctrica en el EEG y los sistemas de neurotransmisión, o incluso con las etiologías específicas (Sellal y Dick, 2003). Los resultados son divergentes y paradójicos, y no permiten por el momento establecer una fisiopatología propia de cada forma. En el plano anatomo-funcional la confusión mental

booksmedicos.org

corresponde a una desorganización global del funcionamiento del córtex cerebral con enlentecimiento difuso del EEG y disminución general del metabolismo.

XXV.2.3. *Etiologías de la confusión mental*

Son numerosas e incluyen, en primer lugar, las causas medicamentosas y tóxicas, entre ellas las sustancias psicotrópicas y el alcohol, así como su abstinencia. Las otras causas son metabólicas (hepáticas, pulmonares, renales, endócrinas, hidroelectrolíticas), infecciosas (intracraneales y generales), vasculares, neurológicas (traumáticas, tumorales, ligadas a la epilepsia), así como otras patologías generales y factores físicos, como la hipo y la hipertermia.

La confusión mental puede igualmente complicar algunos episodios psiquiátricos, como los estados psicóticos agudos y los estados maniacos.

XXV.3. LA CLÍNICA

XXV.3.1. *Fase prodrómica*

Es inconstante, se instala progresivamente, clásicamente al despertar o al caer la noche, y dura algunos días. En el primer plano del cuadro se puede encontrar una cefalea de aparición brusca, intensa, "intolerable" (Régis), astenia, inapetencia, trastornos del sueño. Pueden existir igualmente trastornos de la afectividad, más o menos preexistentes, que van de la irritabilidad a la excitación, ansiedad, intolerancia a la luz y al ruido, distorsiones perceptivas, sueños desagradables y dificultades progresivas para organizar los pensamientos. El conjunto de los signos presentes entraña una ruptura con el estado anterior y una extrañeza del comportamiento y de las ideas que pueden alertar al entorno.

Esta fase de invasión deja frecuentemente su lugar a un modo de iniciación agudo. Se asiste entonces a estados de desestructuración inmediata de la conciencia, de tonalidad afectiva o delirante más o menos marcada.

XXV.3.2. *Fase de estado*

En ésta se asocian típicamente tres signos: el síndrome confusional propiamente dicho, el delirio onírico y signos de sufrimiento orgánico, con una fluctuación diurna y agravación nocturna.

booksmedicos.org

El síndrome confusional propiamente dicho

La alteración de la conciencia es el síntoma cardinal (Ey *et al.,* 1989): los trastornos cognitivos traducen una desestructuración psíquica profunda, así como una "pérdida de la unidad y del orden en la masa de las ideas y de las percepciones" (Ey). Este ataque al funcionamiento global se traduce en diferentes niveles.

La *presentación* es característica, con un aire de embotamiento y de extravío casi patognomónico, la mímica inadaptada, una mirada azorada, despavorida y vaga. El paciente está como "ausente de la situación presente". Su vestimenta está desaliñada, descuidada. En el plano *psicomotor* es víctima tanto de una agitación estéril como de un torpor, con una fluctuación entre ambos estados. Le falta iniciativa y pierde su autonomía para los actos más elementales; los movimientos son torpes y dubitativos, salpicados a veces de estereotipias de orden profesional. Despliega por momentos un esfuerzo perplejo para salir de su turbación y regresar a la situación real.

La *obnubilación de la conciencia* es una de las claves sintomáticas del síndrome, y actúa como un "velo de neblina" sobre los procesos de pensamiento en sus diferentes aspectos, hasta el estupor. El pensamiento está profundamente desorganizado, fragmentado, incoherente. Se traduce en una expresión verbal enlentecida, dubitativa, "pastosa", mal articulada, con la aparición impulsiva de algunos automatismos. El diálogo con un paciente ya sea mutista o escandaloso es casi imposible, tanto más que el déficit de la atención (distraimiento) es notorio. La *desorientación témporo-espacial* es variable. La desorientación temporal aparece habitualmente primero y se mantiene más largo tiempo. En ocasiones la desorientación no es evidente; será necesario descubrirla por un interrogatorio que se realizará con tacto con el fin de evitar provocar en el paciente una reacción ansiosa.

Los *trastornos de memoria* son constantes, con una *amnesia anterógrada* (de fijación). También se constata una *amnesia retrógrada* (de evocación) para los hechos antiguos, y más rara vez *ecmesias* (reviviscencias del pasado) y fenómenos de *déjà-vu* y de *jamais-vu.* Éstos pueden persistir, tras el final del episodio, en la forma de amnesia lacunar del episodio crítico, y las producciones oníricas permanecen ancladas en la memoria. Se llama *idea fija postonírica* la persistencia, tras el episodio, de una convicción concerniente a un elemento del episodio confusional, del cual el sujeto sostiene la realidad con tenacidad y perseverancia a pesar del buen sentido y de la toma de conciencia del carácter patológico del episodio por el que atravesó. Las *alteraciones perceptivas* dependen del nivel de vigilia. En un cierto grado de somnolencia la percepción está disminuida, incluso abolida; y de manera opuesta, en el *delirium tremens* hay clásicamente una hipersensibilidad a los estímulos. Estas alteraciones contribuyen a interpretaciones que se intrincan con los fenómenos alucinatorios. Los trastornos de la memoria agregados contribuyen a la aparición de falsos reconocimientos.

El *afecto* dominante es la ansiedad. Se encuentra una tonalidad depresiva en 40% de los casos (Lipowski, en Léger y Garoux, 1982), con una fluctuación nictameral. La coloración afectiva general está ligada en parte con la etiología: la ansiedad está más bien

booksmedicos.org

ligada al *delirium tremens,* y la euforia a la encefalopatía hepática. La *perplejidad ansiosa,* característica, explica la toma de conciencia fluctuante que el paciente tiene de su estado, pues el juicio y la autocrítica persisten atrás de la neblina de la obnubilación.

El *ciclo vigilia-sueño* siempre está perturbado con una somnolencia diurna casi continua y un insomnio más o menos agitado durante la noche. Puede encontrarse totalmente invertido; la actividad onírica formada por pesadillas y sueños angustiantes se mezcla con la actividad alucinatoria.

El delirio onírico u onirismo

Se trata de la experiencia delirante y alucinatoria típica del síndrome confusional que, por este hecho, se aproxima a los sueños, de la misma manera que la obnubilación se aproxima al dormir (Ey *et al*., 1989). El *onirismo* se constituye en un acceso más o menos brusco que evoluciona en olas sucesivas, fluctuante, para acrecentarse a la caída de la noche. El cuadro completo sólo se encuentra en 40 a 70% de los casos, y es más frecuente en los individuos ancianos. Su mecanismo es esencialmente alucinatorio, está hecho de visiones dolorosas, terroríficas, movibles, que desfilan ya sea en una serie de imágenes discontinuas, una especie de caleidoscopio, ya sea en un encadenamiento escénico, sobre una temática profesional, zoópsica, a veces mística o erótica (Léger y Garoux, 1982). Es frecuente el delirio de preocupación profesional. El mecanismo alucinatorio del onirismo puede ser igualmente auditivo, kinestésico (experiencia de caída), cenestésico (fenómenos autoscópicos), incluso táctil (delirio cocaínico). En todos los casos el delirio mezcla detalles de la realidad distorsionados y dramatizados.

La participación afectiva es intensa y la adhesión total. El confuso vive y actúa su soñar *(delirio de sueños y de acción):* grita, se debate, huye, con un riesgo de pasaje al acto auto o heteroagresivo (agresión, defenestración). Más rara vez es contemplativo, fascinado por sus escenas oníricas, que pueden tener una tonalidad agradable y exaltante.

El síndrome somático

Los signos de sufrimiento orgánico son constantes. Hay que diferenciar la parte ligada a la etiología de aquella que lo está a la participación del sistema nervioso autónomo / simpático (taquicardia, sudoración, palidez, hipertensión arterial, temblores, midriasis, etc.); estos signos pueden también estar en relación con la ingesta de anticolinérgicos y la abstinencia alcohólica.

El *síndrome somático general* está constituido por fiebre, hipotensión arterial, deshidratación (favorecida por la hipersudoración y la sitiofobia[1]). El *síndrome neurológico* incluye cefaleas, temblores, reflejos osteotendinosos intensos (abolidos en el síndrome de Korsakoff), anomalías pupilares (midriasis), trastornos tónicos que pueden

booksmedicos.org

llegar a la catalepsia. El *síndrome biológico* traduce la deshidratación: hipertonía plasmática, hiperproteinemia; se debe buscar si no existe uremia. Se encuentran igualmente trastornos hidroelectrolíticos: acidoacetosis, hipokalemia, retención de sodio. Todas estas anomalías agravan el síndrome confusional y la agitación e influyen en el pronóstico.

XXV.3.3. *Diagnóstico, evolución y pronóstico*

El diagnóstico de las confusiones mentales es generalmente fácil, dado que el cuadro clínico es muy característico. La búsqueda de una causa orgánica es fundamental y necesita un examen clínico completo, exámenes paraclínicos e interrogatorio minucioso del entorno en búsqueda de antecedentes, de la ingestión de tratamientos o de tóxicos, de exposición a un riesgo profesional, de un traumatismo reciente. El diagnóstico diferencial incluye las *bouffées délirantes,* los estados maniacos y los estados melancólicos (que pueden incluir una dimensión confusional), así como los episodios de conversión psíquica histérica (trastornos disociativos; véase el apartado XIX.3.2), de los que algunos corresponden a la noción de "confusión mental psicógena".

La confusión mental es, por definición, un trastorno transitorio, que evoluciona favorablemente en tres a ocho días, a veces varias semanas, rara vez más. El pronóstico está en función del proceso causal así como de la vulnerabilidad del individuo (la que aumenta en las edades extremas de la vida). En medicina interna, la mortalidad es de alrededor de 12%. La aparición de un síndrome confusional en el curso de una afección somática constituye un criterio de gravedad y un índice de complicación. La clínica sigue siendo el principal criterio evolutivo. No obstante, existen escalas de evaluación, como el *Mini Mental Test* (MMT) de Folstein (Azorin *et al.*, 1992).

Fuera de las situaciones particulares que comprometen el pronóstico vital, como las patologías cancerosas, se encuentran varias modalidades evolutivas. La evolución favorable, la más frecuente, es sin secuelas, progresiva o brusca, generalmente con una amnesia lacunar del episodio. A veces pueden observarse secuelas, como la persistencia de *ideas fijas postoníricas* de tipo delirante. El carácter recidivante cíclico evoca para algunas escuelas (especialmente alemanas) la psicosis maniaco-depresiva. El paso de la confusión a la demencia está marcado por la evolución crónica de los trastornos cognitivos y un enfriamiento del cuadro clínico general.

XXV.3.4. *Formas clínicas*

De manera clásica se oponen las formas estuporosas, que llegan hasta la catatonia confusional y el coma, a las formas agitadas con un onirismo en el primer plano. Las primeras obligan a buscar como causa una lesión; las segundas, las causas tóxicas (por ejemplo, el *delirium tremens*).

booksmedicos.org

El delirium tremens

Estos estados confuso-oníricos observados en el alcohólico crónico se desencadenan por la abstinencia o la reducción de un consumo considerable de alcohol; no obstante, la responsabilidad directa del etanol no está claramente establecida. El *delirium tremens* se define por un estado confuso onírico que sobreviene habitualmente en la semana posterior al cese o la reducción de un consumo importante de alcohol, y por trastornos neurovegetativos intensos (temblores, taquicardia, sudoración abundante y nauseabunda, disartria).

El cuadro se inicia generalmente al caer la noche, por un extravío y una ruptura con el estado anterior. Se constituye en pocas horas, teniendo en un primer plano un onirismo clásico (participación intensa en escenas imaginarias, con frecuentes zoopsias). La participación ansiosa es intensa, el paciente actúa su delirio, intentando huir o defenderse. El *examen somático,* difícil debido a la oposición y a la agitación, permite encontrar un síndrome cerebeloso, reflejos osteotendinosos intensos, trastornos neurovegetativos importantes. Todo otro signo neurológico (signo de Babinski, afectación motora) debe hacer evocar una afección asociada: un hematoma intracraneal ligado a una caída, por ejemplo. Se observan a veces fiebre y signos de deshidratación (sequedad de la lengua).

La evolución espontánea compromete el pronóstico vital por colapso vascular en ausencia de tratamiento. Los *delirium tremens* se han vuelto, no obstante, muy raros debido al desarrollo de medidas preventivas.

El delirio agudo

El delirio agudo o *encefalitis psicótica aguda azoémica* (uremia) designa una forma sobreaguda y maligna de confusión mental, caracterizada por una confusión profunda o un delirio onírico intenso, con agitación violenta. En el plano somático se observa una alteración grave del estado general con adelgazamiento, incluso con una verdadera destrucción muscular, así como la tríada deshidratación, hipertermia (41° C), uremia (superior a 1 g/l). La evolución es fatal en ausencia de tratamiento y deja clásicamente secuelas mentales. Esta forma se ha vuelto excepcional en nuestros días a partir de la utilización de psicotrópicos y del progreso de la reanimación.

El síndrome de Korsakoff

Se trata de una entidad clínica descrita por Korsakoff en 1887 bajo el nombre de *cerebropatía psíquica toxémica,* caracterizada por una amnesia de fijación (anterógrada, definida por un olvido progresivo), verdadera evaporación de la memoria, que es el síntoma clave. Se encuentran igualmente los falsos reconocimientos y una fabulación a

booksmedicos.org

veces muy amplia, asociados con una polineuritis de los miembros inferiores.

El estado confusional es a veces discreto, reducido a un aumento de la distracción, a una dispersión mental, así como a una desorientación témporo-espacial. El trastorno de la percepción se sitúa al nivel en el que ésta se integra a la conciencia del tiempo; se trata, pues, de un trastorno de la *temporalización de la percepción* (Henri Ey). El enfermo ya no puede fijar un recuerdo, de ahí la amnesia de fijación. La memoria de los hechos antiguos puede persistir intacta, sembrada no obstante de fabulaciones y falsos reconocimientos con impresión de *déjà-vu*.

La fabulación es un modo de pensamiento de tendencia automática y asociativa, compensadora de la amnesia y de la desorientación, vecina en ocasiones del delirio onírico. Permanece congruente con la personalidad y la historia del individuo, lo que da una cierta verosimilitud, y es provocada frecuentemente por las preguntas o sugerencias del interlocutor. Está emparentada con la ensoñación normal y con el delirio onírico. En el plano de los afectos se observa una euforia pueril y una indiferencia vinculada con la anosognosia.

La polineuritis de los miembros inferiores, característica aunque inconstante del síndrome de Korsakoff, se manifiesta por algias (espontáneas o por presión de las masas musculares de la pantorrilla), parestesias, atrofia muscular, impotencia funcional con trastornos de la marcha de tipo *steppage,*[2] así como una disminución, e incluso una abolición, de los reflejos rotulianos y del tendón de Aquiles.

La evolución puede conducir rápidamente hacia la caquexia fatal, o hacia un estado subagudo o crónico con instalación progresiva de una demencia. No obstante, la evolución se realiza de una manera aguda, lo más frecuentemente con mejoría rápida y curación.

La causa más frecuente del síndrome de Korsakoff es una carencia en tiamina (vitamina B1), esencialmente en el curso del alcoholismo crónico. Las otras causas son tóxicas (óxido de carbono), infecciosas (tuberculosis), gravídicas y lesionales (trauma craneal, tumor de la base y del tronco cerebral).

XXV.4. Caso clínico

El señor F., de 76 años, vive con su esposa en un asilo. Presenta una hipertensión arterial antigua estabilizada con tratamiento diurético, diabetes no insulinodependiente tratada, y asma antigua no tratada. Al día siguiente de las fiestas de Navidad, tras una comida de mariscos acompañada de una ligera ingestión de vino, su mujer lo encuentra en la noche con un aspecto azorado, desaliñado. Trata de comunicarse con él pero sólo obtiene fragmentos incoherentes e inadaptados. En el único fragmento inteligible dice tener miedo de que el padre de Georgette no la deje ir al baile con él, y confunde a su esposa con una "empleada del correo-teléfono-telégrafo". Le pide que la llame y su perplejidad se mezcla entonces con la de su mujer, que nunca había oído hablar de Georgette. Cuando ella le pide explicaciones, él parece perdido, amenazando a un personaje imaginario con enseñarle "de qué madera él está hecho" si éste no lo deja tranquilo.

booksmedicos.org

Una vez admitido en el servicio de urgencias, deambula, se golpea contra la base de los tripiés para perfusión, manifiestamente bajo el efecto de alucinaciones visuales terroríficas. El interrogatorio es imposible, además no reconoce a su mujer y asegura ya no frecuentar mujeres a partir de que la suya, Georgette, falleció. Su esposa afirma que es la primera vez que lo ve llorar. El examen clínico demuestra una hipertensión arterial asociada a febrícula, signos de deshidratación e hipoglicemia. Se descubre la toma esporádica de antiinflamatorios para sus dolores artrósicos.

El señor F. es hospitalizado y se instaura un tratamiento con el fin de corregir la glicemia, los trastornos hidroelectrolíticos y la tensión arterial, y asegurar una vigilancia regular. Habida cuenta de la agitación y de la actividad delirante, es necesario iniciar este tratamiento con la administración de risperidona intramuscular, cuya dosis deberá reevaluarse cotidianamente.

Al cabo de algunos días sale de su estado confusional, retomando rápidamente el ritmo de las disputas con su esposa. Sin embargo, nunca aceptará precisar quién era "Georgette".

XXV.5. Psicopatología

El estudio psicopatológico del onirismo se remonta a Moreau de Tours en sus estudios sobre las relaciones entre el soñar, la locura y la cannabis (1845). En Freud, las primeras formulaciones concernientes a los mecanismos específicos de las psicosis se asocian a los paralelismos con los sueños y a los ejemplos clínicos de psicosis agudas, como muestra su ensayo a partir de la novela de Jensen, *Gradiva* (Freud, 1908), y sus numerosas referencias a la *amencia,* una confusión alucinatoria aguda aislada por T. Meynert en la época en la que la escuela francesa describía la confusión mental. Para Freud, los sueños y la psicosis compartían ciertos puntos en común, como la regresión, el no tomar en consideración el mundo exterior, la creación "autocrática" de un nuevo mundo y el reino del deseo inconsciente. Posteriormente, los trabajos de los psicoanalistas (y del propio Freud en algunos de sus textos) pusieron en duda esa aproximación entre los sueños y la psicosis, mostrando, por el contrario, que los mecanismos de regresión fracasaban en las psicosis crónicas, contrariamente a lo que ocurre en el caso del onirismo, y que el estatus de la alucinación en esas patologías no se emparenta con un "soñar despierto", sino, por el contrario, con una realidad traumática totalmente extraña a la vida psíquica del sujeto (Racamier, 1976). Habría, pues, al lado del delirio psicótico, "delirios no psicóticos" que mostrarían la tendencia a "conservar el objeto cerca de sí", incluso en condiciones en las que "la organización interior de las instancias psíquicas no logra ya negociar el acondicionamiento de la vida pulsional y el equilibrio de las fuerzas" (Jeanneau, 1990). Por lo anterior, la parte de onirismo en los estados psicóticos agudos y crónicos indicaría las capacidades del individuo para utilizar la experiencia psicótica con el fin de reencontrar los caminos de un comercio objetal que se ha vuelto difícil o imposible en su vida actual (Kapsambelis, 2006).

De manera más general, el onirismo, vinculado con la alteración de la conciencia, la baja del nivel de vigilia y la aparición de procesos inconscientes, presenta relaciones estrechas no solamente con los sueños, sino también con la ensoñación y la actividad

booksmedicos.org

creadora de la imaginación. Desde este punto de vista, el onirismo como experiencia psíquica sobrepasa los límites de un simple accidente de origen orgánico, o incluso de una patología psicótica, y plantea la pregunta de su articulación con la vida consciente. René Angelergues (1994) llamó la atención sobre la participación discreta del onirismo en el trabajo psíquico de la vida cotidiana, perceptible, por ejemplo, en situaciones de fatiga, de somnolencia, de ebriedad recreativa y en convivio, o en cualquier otro estado que induzca movimientos de regresión, que permitan relanzar el intercambio consciente-inconsciente y, por ello, la renovación y el enriquecimiento del trabajo psíquico. "El paciente que practica un trabajo onírico —y más generalmente todo ser humano— lo hace hacia un objeto *por descubrir,* ya se trate de la vida nocturna, del soñar diurno, de la imaginación artística o del onirismo psiquiátricamente definido"; el destiempo del onirismo ocurre en una reinvención de los "objetos de la realidad" a través de una transformación psíquica profunda y un reacomodo de los investimentos. Angelergues subrayó el vínculo entre la pérdida del objeto y el onirismo que "se caracteriza paradójicamente por un acrecentamiento de objetos, una multitud", "la virtud defensiva del onirismo [puede] ejercerse tanto hacia el restablecimiento de una capacidad de intercambio objetal como en una colaboración eficaz para la construcción de un delirio". De esta manera, si Freud hizo a los sueños "los guardianes del sueño", el onirismo podría ser considerado una especie de "guardián de la vida".

XXV.6. *Terapéutica*

El tratamiento debe aplicarse en un medio hospitalario. De su precocidad depende el pronóstico. Debe ser al mismo tiempo sintomático y etiológico, acompañado de una vigilancia clínica y paraclínica regular. El tratamiento etiológico consiste en investigar y tratar la causa del estado confusional. Será necesario igualmente velar por el establecimiento de una ventana terapéutica para los tratamientos potencialmente confusógenos.

El *tratamiento sedante* es el principal tratamiento sintomático. Requiere medidas de reaseguramiento y tratamiento de enfermería, en particular durante la noche, que permitan el mantenimiento del paciente en un ambiente calmado e iluminado de día y de noche, la presencia de algunos próximos e incluso de objetos familiares, estimulación sensorial apropiada y el mantenimiento de referencias temporales (reloj).

En el plano medicamentoso, los tratamientos se administrarán por vía parenteral, con un cambio hacia la administración oral en un segundo tiempo. Los neurolépticos son preconizados como primera intención, especialmente el *haloperidol* a dosis fragmentadas cada hora, de 15 a 30 mg/día hasta la obtención de la sedación. Se utilizan igualmente la *risperidona* y la *loxapina,* en aplicaciones intramusculares renovables, en una amplia gama terapéutica (en las formas agitadas). Eventualmente pueden asociarse las benzodiacepinas, especialmente en el paciente alcohólico (preferentemente el lorazepam o el oxazepam en el paciente con insuficiencia hepática). En la bibliografía se encuentran

booksmedicos.org

reportes en los que se ha recurrido a la sismoterapia en los casos gravísimos.

De manera paralela hay que velar para corregir los trastornos hidroelectrolíticos que acompañan al estado confusional por medio de una rehidratación masiva, de cuatro a seis litros de bebidas por día, azucaradas y ricas en sales minerales (jugos de frutas, caldos, etc.) *per os* en tanto que sea posible, acompañados en el paciente alcohólico por un aporte de vitamina B1 (1 g/día) y vitamina B6 (500 mg/día en perfusión o intramuscular).

Conclusión

Las confusiones mentales provocan estados delirantes y alucinatorios agudos en relación, lo más frecuentemente, con un trastorno o traumatismo somáticos. En este sentido constituyen una urgencia tanto médica como psiquiátrica. Al mismo tiempo representan un modelo de estado psicótico agudo que es interesante poner en paralelo con las otras patologías del mismo tipo, pues sus similitudes y diferencias psicopatológicas son ricas en enseñanza sobre los funcionamientos psicóticos.

BIBLIOGRAFÍA

Angelergues, R. (1994), "Éloge de l'incertitude. Sur le problème de l'onirisme en psychopathologie", *Évolution psychiatrique,* 59, 1, pp. 89-99.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Azorin, J.-M., D. Dassa, V. Tramoni, P. Peretti y A. Donnet (1992), "Confusion mentale", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37124-A10, Éditions Techniques, París.

Chaslin, P. (1895), *La Confusion mentale primitive. Stupidité, démence aiguë, stupeur primitive,* Asselin & Houzeau, París.

Ey, H., P. Bernard y C. Brisset (1989), "Les psychoses confusionnelles", en H. Ey, P. Bernard y C. Brisset, *Manuel de psychiatrie*, Masson, París, pp. 234-254. [*Tratado de psiquiatría.* Versión española de Ruiz Ogara, Masson, Barcelona, 1994.]

Freud, S. (1906) [1907], XXIII. "El delirio y los sueños en la 'Gradiva', de W. Jensen", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1285-1336.

Jeanneau, A. (1990), *Les Délires non psychotiques*, PUF, París.

Kapsambelis, V. (2006), "Le 'délirer' en tant qu'activité psychique", *Psychanalyse et psychose,* 6, pp. 153-168.

Moreau, J. (de Tours) (1845), *Du hachisch et de l'aliénation mentale,* Fortin, Masson

booksmedicos.org

et Cie, París.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Racamier, P.-C. (1976), "Rêve et psychose: rêve ou psychose", *Revue française de psychanalyse,* 60, 1, pp. 173-193.
Sellal, F., y M. Dick (2003), "Syndrome confusionnel", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Neurologie,* 17023-A40, Elsevier Masson, París.

booksmedicos.org

[1] Se define como un persistente, anormal e injustificado miedo a comer y beber.

[2] La marcha equina o estepante *(steppage)* se caracteriza por que el paciente muestra una dificultad para realizar la flexión dorsal del pie (pie caído o pie pendular), por lo que, para no arrastrarlo durante la marcha, levanta exageradamente la rodilla y al apoyar el pie lo hace tocando primero el suelo con la punta.

booksmedicos.org

XXVI. LAS ESQUIZOFRENIAS DEBUTANTES

SOPHIE KECSKEMÉTI

LA ESQUIZOFRENIA, afección mental grave que produce una modificación profunda y durable de la personalidad, es una enfermedad del adolescente y del adulto joven. Con la aparición de los tratamientos neurolépticos, el aspecto ineluctable de la evolución hacia un estado morboso constituido se ha modificado, y la esquizofrenia puede actualmente comprenderse como "la potencialidad de una tendencia evolutiva". Si las formas de inicio de la esquizofrenia se han estudiado desde hace mucho tiempo, en la década de 1990 apareció un cambio de "tono" marcado por la investigación de "signos prodrómicos", cuya idea es la de intervenir con un tratamiento apropiado incluso antes de la declaración de la enfermedad. Así surgieron las nociones de "psicosis emergente", "fase prodrómica", "factores predictivos", "vulnerabilidad", "individuo con riesgo de evolución hacia la psicosis", nociones que aunque forman parte de la más pura tradición médica, se exponen, no obstante, al riesgo de perder de vista los conocimientos surgidos de la psicopatología psicodinámica.

XXVI.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXVI.1.1. *Historial de los estudios sobre la esquizofrenia debutante*

El origen de los términos esquizofrenia y psicosis se presenta en el apartado XXIII.1.1. Aquí analizaremos algunos conceptos propios de las esquizofrenias debutantes.

Es interesante subrayar la similitud entre los conceptos actuales de vulnerabilidad, fase prodrómica y estado mental de riesgo con las nociones desarrolladas por los autores desde principios del siglo XX en los términos *predisposición* y *preesquizofrenia*.

De este modo, la noción de vulnerabilidad para la aparición de trastornos esquizofrénicos de las investigaciones contemporáneas (es decir, la intrincación de factores ambientales y genéticos en las fases precoces del desarrollo cerebral, y de factores sociales en los estadios más tardíos del desarrollo), se superpone a la noción de "predisposición" desarrollada por los autores más antiguos. La Escuela de Tubinga, con Kretschmer (1921), por ejemplo, planteó la hipótesis de un biotipo específico (con base en investigaciones realizadas en un grupo de 171 esquizofrénicos), en su mayoría

booksmedicos.org

"leptosómico", que la hipótesis buscaba vincular con un "psicotipo" correspondiente: esquizotimia de Bleuler (1911), carácter introvertido de Jung (1921) y esquizoidia (tendencia a la introversión y al aislamiento, dificultades de adaptación social, racionalismo morboso).

De la misma manera, el papel de la transmisión genética se investiga desde los principios del siglo XX. Como se ha visto en el capítulo XXIII, el factor hereditario pareció desde un principio indiscutible en la medida en la que: *a)* la tasa de la esquizofrenia entre la población general se encuentra de manera concordante entre 0.85 y 1%, lo que da un nuevo caso en alrededor de uno por 10 000 individuos, *b)* la tasa de concordancia entre gemelos homocigotos oscila entre 40 y 75%, según los estudios de la época (efectuados principalmente entre 1930 y 1950 en los países escandinavos), y es sorprendente que los estudios actuales lleguen a las mismas cifras (concordancia de 50%), *c)* finalmente, se observa una incidencia más elevada de la enfermedad cuando uno de los parientes está enfermo (10% para los parientes de primer grado). Pero ya los primeros autores subrayaron la influencia de la interacción entre genética y entorno, noción que se encuentra actualmente con el concepto de la expresión genética facilitada por ciertos factores ambientales.

Igualmente, los factores psicosociales analizados desde los años cuarenta son semejantes a los factores de riesgo ambiental postulados en nuestros días: la urbanización (Devereux, 1939) y "el hecho de crecer en medio urbano" (Petitjean y Marie Cardine, 2003), la emigración (estudios norteamericanos, como los de Opler, en particular, en 1959), el paso de una cultura colectiva a una cultura individual (Collomb, 1968) y el aislamiento social (Boydell *et al.,* 2004).

Finalmente, los factores neurobiológicos anatómicos, biológicos y humorales se han explorado desde principios del siglo XX. Si Henri Ey podía escribir en su célebre *Tratado* que "se puede concluir de muy numerosos trabajos histopatológicos […] que la investigación de las lesiones centrales específicas de la esquizofrenia ha fracasado", no por ello dejaba de afirmar que "ha sido posible desde hace algunos años apreciar más correctamente las modificaciones finas de la fisiología cerebral, y la metodología de estas investigaciones se encuentra mejor definida a partir de que se ha renunciado a localizar 'la causa' de la esquizofrenia". Esta afirmación sigue siendo válida en nuestros días: los actuales estudios neuroanatómicos por resonancia magnética nuclear, neurofisiológicos (estudio de la onda P300 en los potenciales evocados visuales y de la onda P50 en ocasión de la estimulación auditiva) y cognitivos no han permitido aún llegar a conclusiones y sus resultados son frecuentemente contradictorios, de manera que si "estas técnicas hacen posible diagnosticar una vulnerabilidad en los individuos de alto riesgo, son poco útiles para ayudar a diagnosticar o a tratar una esquizofrenia debutante" (Petitjean y Marie Cardine, 2003).

Es importante subrayar un aspecto de la evolución en la comprensión de la génesis de la esquizofrenia: la hipótesis es la de una fase prodrómica (constituida por signos precursores del primer episodio del proceso), y por ello se definió, naturalmente, una fase premórbida, asintomática, y como resultado los autores llegaron a interrogarse sobre el

booksmedicos.org

desarrollo cerebral precoz y perinatal. Se consideraron así factores de riesgo perinatales ciertas infecciones virales de tropismo cerebral, como la rubeola (Brown *et al.,* 1998), las complicaciones obstétricas (que tenían por consecuencia una anoxia o una hipoxia cerebral [Mc Grath y Murray, 1995]), las carencias nutricionales durante el primer trimestre del embarazo, etcétera.

XXVI.1.2. *Terminología y situación nosográfica*

Desde las descripciones iniciales de Kraepelin y Bleuler, se distinguen dos modos de iniciación de la esquizofrenia: un principio insidioso, tórpido, o una entrada brusca, explosiva, en la enfermedad. Si anteriormente se consideraba que ambas formas de principio se encontraban con una frecuencia equivalente, hoy se sabe que las formas de inicio insidioso son ampliamente mayoritarias, en la medida en la que una mejor evaluación y un descubrimiento precoz permiten encontrar signos de inicio tórpido en la mayoría de los casos de inicio brusco.

Las formas tórpidas y progresivas descritas por los autores clásicos con los términos *preesquizofrenia, esquizoidia, esquizofrenia incipiente, esquizosis* (Claude, 1926), pueden encontrarse reagrupadas actualmente con varios nombres:

- *personalidad premórbida,* que se presenta en la CIE-10 y en el DSM-5 con términos como personalidad esquizoide y personalidad esquizotípica (DSM-5);
- *fase prodrómica de la esquizofrenia,* cuyos criterios estaban presentes en la tercera edición del DSM (1980), pero desaparecieron en la cuarta y la quinta ediciones debido a su falta de especificidad. Nunca aparecieron en la clasificación de la OMS. Fue esta ausencia de signos prodrómicos fiables de la esquizofrenia lo que originó estudios retrospectivos y después prospectivos realizados a través del mundo, en particular en Alemania, Estados Unidos, Australia…
- *estado mental de riesgo,* noción desarrollada por el equipo de Yung y Mc Gorry, en Melbourne (Yung y Mac Gorry, 1996; Yung y Philips, 2003), para designar a los pacientes que presentan un aumento del riesgo de desarrollo ulterior de psicosis. Los criterios de riesgo son recolectados con la ayuda de una entrevista semiestructurada, la CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State). Esta entrevista posee siete dimensiones clínicas (síntomas positivos, cambios cognitivos en la atención y la concentración, perturbación emocional, síntomas negativos, cambios conductuales, cambios físicos y motores, y psicopatología general) y define tres grupos según la intensidad de los criterios encontrados: vulnerabilidad, psicosis atenuada y psicosis evidente.

De esta manera, actualmente se concede una importancia considerable al descubrimiento precoz de la esquizofrenia y está lejos de concluir el debate entre los partidarios de una intervención precoz que asocie medicación neuroléptica y enfoque

booksmedicos.org

psicosocial, y aquellos partidarios de una actitud más prudente, que arguyen que "no existen actualmente signos prodrómicos de la esquizofrenia suficientemente fiables como para justificar por sí solos este diagnóstico y el tratamiento, en particular neuroléptico, que podría prescribirse a partir de él" (Jeammet, 2000).

XXVI.2. Datos e investigaciones biomédicos

Hemos visto precedentemente los principales datos epidemiológicos. El capítulo XXIII presenta igualmente elementos surgidos de diferentes investigaciones biomédicas sobre la esquizofrenia.

Si la existencia de un componente genético en la esquizofrenia ya no es tema de debate, por el contrario quedan por descubrirse las modalidades de transmisión: si se admite que están implicados varios genes ("teniendo cada uno de los diferentes genes un efecto menor"), los resultados de los estudios de biología molecular son contradictorios y "han sido implicadas numerosas regiones cromosómicas, pero ninguno de los resultados obtenidos alcanza un nivel de significación suficiente y frecuentemente estos resultados no son reproducidos" (Leboyer y Schürhoff, 2003). Pero podrían surgir datos significativos en los próximos años a partir de las investigaciones sobre los endofenotipos, es decir, sobre los rasgos cuantitativos subclínicos del fenotipo. Actualmente se han puesto en evidencia tres tipos de endofenotipos: *a)* las anomalías del seguimiento ocular (anomalías que conciernen a los movimientos oculares rápidos); *b)* en lo electrofisiológico, las anomalías de la onda P50 (ausencia de disminución de la onda P50 tras la presentación de dos estímulos visuales sucesivos idénticos), y *c)* en el plano cognitivo, las anomalías de las funciones ejecutivas en el test de Wisconsin. Todas estas anomalías son, por una parte, estables a lo largo del tiempo y, por la otra, se encuentran entre los parientes de los esquizofrénicos.

En cuanto a los factores de riesgo, hay que distinguir dos aspectos: por una parte los factores de riesgo ambientales (biológico, psicológico y social) asociados al desarrollo de una patología esquizofrénica; por otra parte la identificación de los sujetos de alto riesgo de evolución hacia la esquizofrenia gracias a los estudios epidemiológicos prospectivos (trabajos de Mac Gorry citados precedentemente).

Los *factores de riesgo ambientales* incluyen principalmente, además de los factores psicosociales y perinatales ya citados, la cuestión del abuso de sustancias psicoactivas. Si clásicamente se considera que el consumo de sustancias psicoactivas constituye un riesgo para el surgimiento de un episodio delirante agudo, y si los estudios en la población general han mostrado una mayor incidencia del consumo de tóxicos en los individuos esquizofrénicos que en los testigos, es más difícil, por el contrario, determinar si el consumo de tóxicos constituye por sí mismo un factor de riesgo para la esquizofrenia. Los resultados de los estudios de cohorte son por el momento contradictorios: algunos muestran que la cannabis es un factor de riesgo independiente para la aparición de una patología psicótica (Van Os *et al*., 2003); otros, que la cannabis sólo desempeña un papel

booksmedicos.org

agravante en los individuos que presentan una vulnerabilidad psicótica (Verdoux y Tournier, 2004).

XXVI.3. La clínica

A pesar del interés puesto estos últimos años en el descubrimiento precoz de la esquizofrenia, son las descripciones de los autores clásicos las que siguen siendo más descriptivas. Entonces a partir de éstas será propuesto un vínculo con la nomenclatura actual. Se distinguen principalmente las siguientes dos formas:

1) Las formas de principio insidioso que se caracterizan por un cambio progresivo tanto en las conductas cotidianas como en las relaciones interpersonales: tendencia al retraimiento, al repliegue sobre sí mismo y a la indiferencia afectiva, y desinterés por las actividades anteriormente bien investidas (de ahí el acento en la caída de los resultados escolares, considerada un síntoma que debe alertar al entorno). Frecuentemente se asocia con un entusiasmo súbito por la filosofía, las ciencias esotéricas, etc., pero que es particularmente difícil de distinguir de la tendencia natural de los adolescentes a intentar dar sentido al mundo que los rodea, búsqueda que se superpone a su oposición a su entorno. Pueden presentarse una cierta incuria, extrañezas, abulia.

La invasión delirante progresiva, lo más frecuentemente no expresada, más o menos acompañada de alucinaciones acústico-verbales, puede explicar la sintomatología descrita, pero es necesario poder tener acceso a ella. En ocasiones ya es completamente evidente el racionalismo morboso descrito por Minkowski (1927) (tendencia a la racionalización sistemática y fría de los acontecimientos y de las relaciones interhumanas).

2) Las formas de principio agudo semejantes a la *bouffée délirante* aguda (véase el capítulo XXIV). La *bouffée délirante* evoluciona en aproximadamente 50% de los casos hacia una psicosis crónica, de los que un tercio lo hacen hacia la esquizofrenia; el riesgo de aparición de una esquizofrenia en el curso de un episodio delirante agudo es de 15 por ciento.

En casos raros son los comportamientos médico-legales, impulsivos, auto o heteroagresivos los que señalarán la entrada en la enfermedad: tentativa de suicidio, autocastración, fuga, agresión y, de manera más excepcional y dramática, el crimen inmotivado: asesinato del padre o de la madre, o incluso de un desconocido.

XXVI.4. Casos clínicos

XXVI.4.1. *Un extranjero*

[…] Pero toda una playa vibrante de sol apretábase detrás de mí. Di algunos pasos

booksmedicos.org

hacia el manantial. El árabe no se movió. A pesar de todo, estaba todavía bastante lejos. Parecía reírse, quizá por el efecto de las sombras sobre el rostro. Esperé. El ardor del sol me llegaba hasta las mejillas y sentí las gotas de sudor amontonárseme en las cejas. Era el mismo sol del día en que había enterrado a mamá y, como entonces, sobre todo me dolían la frente y todas las venas juntas bajo la piel. Impelido por este ardor que no podía soportar más, hice un movimiento hacia adelante. Sabía que era estúpido, que no iba a librarme del sol desplazándome un paso. Pero di un paso, un solo paso hacia adelante. Y esta vez, sin levantarse, el árabe sacó el cuchillo y me lo mostró bajo el sol. La luz se inyectó en el acero y era como una larga hoja centelleante que me alcanzara en la frente. En el mismo instante el sudor amontonado en las cejas corrió de golpe sobre mis párpados y los recubrió con un velo tibio y espeso. Tenía los ojos ciegos detrás de esta cortina de lágrimas y de sal. No sentía más que los címbalos del sol sobre la frente e, indiscutiblemente, la refulgente lámina surgida del cuchillo, siempre delante de mí. La espada ardiente me roía las cejas y me penetraba en los ojos doloridos. Entonces todo vaciló. El mar cargó un soplo espeso y ardiente. Me pareció que el cielo se abría en toda su extensión para dejar que lloviera fuego. Todo mi ser se distendió y crispé la mano sobre el revólver. El gatillo cedió, toqué el vientre pulido de la culata y allí, con el ruido seco y ensordecedor, todo comenzó. Sacudí el sudor y el sol. Comprendí que había destruido el equilibrio del día, el silencio excepcional de una playa en la que había sido feliz. Entonces, tiré aún cuatro veces sobre un cuerpo inerte en el que las balas se hundían sin que se notara. Y era como cuatro breves golpes que daba en la puerta de la desgracia [Albert Camus, *El extranjero*, 1942].

XXVI.4.2. *Caso clínico*

Un joven de 24 años, sin antecedentes psiquiátricos, es hospitalizado de manera forzada por un episodio maniaco de apariencia atípica: alumno del último año de una gran institución, alertó a sus maestros por un adelgazamiento masivo, un repliegue sobre sí mismo y la tendencia compulsiva a practicar *jogging* (varias horas por día) hasta el agotamiento. La medida de hospitalización bajo coacción se hizo necesaria por la intensidad de la repercusión somática y la negación que la acompañaba. El paciente no pedía nada y casi no parecía comprender la inquietud de su entorno. En su internamiento se muestra relativamente pasivo, se abre poco al equipo tratante, solicitando solamente salir lo más rápidamente posible, pero sin gran convicción, apareciendo como poco habitado por sí mismo. Se instauró un tratamiento neuroléptico con *amisulpiride* y se solicitaron permisos para visitar su domicilio, que su entorno familiar vive con una cierta inquietud, pues el paciente permanece muy retraído. Hasta el día en el que se le sorprende, escalando el antepecho de su ventana, y apenas atrapado por uno de sus próximos. Este acontecimiento marcó un cambio en el desarrollo de su hospitalización: a partir de ahí el paciente parece aceptar los tratamientos (lo que permitió suprimir la medida de hospitalización bajo

booksmedicos.org

coacción), afirmando que ha perdido sus capacidades de concentración, lo que lo "molesta", sin por ello volverlo triste o suscitar un sentimiento de cólera. Pero las entrevistas siguen siendo pobres y aparece una incuria que se agrava hasta la incontinencia (emisión urinaria y fecal, tanto de día como de noche), de la que el paciente casi no parece darse cuenta. Transcurren dos meses a partir de su admisión. Progresivamente el paciente puede explicar los motivos que lo habían conducido a ejercer una actividad física de tal intensidad: se trataba de sobrepasarse a sí mismo, al mismo tiempo que experimentar sus límites corporales. A partir de ahí asistimos a lo que nos pareció un "despertar", el paciente entra en contacto de manera ciertamente formal pero auténtica, tanto con los miembros del equipo como con los otros pacientes del servicio. Las pruebas psicológicas proyectivas, realizadas después de cuatro meses de hospitalización, mostraron respuestas pobres y contenidos humanos y animales; las representaciones mostraban preferentemente fragmentos, la botánica, los paisajes y la abstracción; una tendencia general a la restricción y a la inhibición; una percepción difusa de los límites corporales y una triangulación edípica poco estructurante. Las pruebas proyectivas, poco practicadas como regla general en el servicio, habían sido propuestas frente al sentimiento compartido de "no saber nada" de este paciente, impresión que las entrevistas familiares, a pesar de haber sido intensas, no habían cambiado. Fue descrito por sus padres como un niño "sin problema, muy buen alumno, con una cierta propensión a la soledad". Entre los once y los doce años se había sometido a un régimen alimentario aberrante a base de cereales y de proteínas de soya, el cual fue más bien banalizado, según parece, con la preocupación de evitar todo conflicto.

Al egreso de su internamiento, el paciente nos decía "haberse reencontrado", y retomó de manera progresiva sus estudios. Pero "reencontrarse" implica que se había perdido, y a la hora de su egreso esta "pérdida de sí mismo" conservó para nosotros un carácter enigmático.

XXVI.5. Psicopatología

Los trabajos en los diferentes campos de la psicopatología concernientes a la psicosis fueron descritos en el apartado XXIII.5. Presentaremos, pues, aquí los trabajos de psicopatología psicoanalítica, dado que son aquellos que ponen un mayor acento sobre el vínculo específico entre la esquizofrenia (en su diferencia con las psicosis crónicas sistematizadas) y el proceso de la adolescencia.

El interrogarse sobre el inicio de las esquizofrenias remite a la psicopatología de la adolescencia; ahora bien, fue necesario esperar hasta los años sesenta y setenta para que la adolescencia fuera considerada "un periodo del desarrollo en el que el niño está en posesión de un organismo adulto del que no sabe muy bien qué hacer" (Kestemberg, 1962), y que fueran señaladas las especificidades de este periodo de la vida, marcado por "un difícil encaminamiento hacia la apropiación de un cuerpo a partir de ahí irremediablemente sexuado y simultáneamente dirigido hacia una conquista identitaria y subjetiva", con "un riesgo permanente, a lo largo de este proceso, de descompensación, de regresión, de ruptura del desarrollo, esencialmente ligado a la fragilización de los cimientos narcisistas bajo el impacto pulsional puberal" (Birraux, 1997). "La adolescencia —escribe André Green (1990)— posee comúnmente un factor al que nombraría, a falta de otro término mejor, *cuasi psicótico* o *"psychotic like",* que puede, ya sea conducir a la actualización de una potencialidad psicótica, ya sea a disolverse progresivamente

booksmedicos.org

dentro de la estructura definitiva (adulta) del individuo". O como escribe Winnicott (1968) dirigiéndose a los padres: "Han sembrado un bebé y cosechado una bomba".

Este interés tardío de los psicoanalistas por la adolescencia está vinculado en parte, sin duda, a su casi completa ausencia de la obra de Freud, incluso si el fundador del psicoanálisis había desarrollado ampliamente la noción de pubertad como momento clave del desarrollo que explicaría las elecciones de objeto ulteriores, y en el que actuarían, a la vez, la renuncia a los objetos de la infancia y el perfeccionamiento del proceso de maduración del yo. Pero "habría que esperar numerosos años para que el campo de la adolescencia encontrara su especificidad y sus pensadores" (Marty, 2003), y, a partir de ahí, enriquecer el campo de comprensión de las esquizofrenias.

De manera algo sistemática se podría postular que actualmente prevalecen dos ejes principales de comprensión:

—El eje longitudinal, particularmente con Jeammet (1990), que propone un *continuum* entre potencialidad psicótica ("mostrando un desfallecimiento de los recursos narcisistas internos que favorecen la posible aparición de un antagonismo entre relación de objeto y salvaguarda narcisista"), funcionamiento psicotígeno ("todo funcionamiento que fragiliza al yo y sus límites y favorece la indiferenciación yo / objeto") y, finalmente, funcionamiento psicótico propiamente dicho ("total intolerancia a la relación objetal").

—El eje transversal, que pone el acento en la fragilidad de los cimientos narcisistas teniendo por corolario la dificultad de renuncia al investimento prevalente de las figuras parentales, y por ende de los objetos de amor incestuosos, o sobre los avatares de la construcción identitaria (Kestemberg) o incluso sobre la desintegración de las funciones del yo, ligada a la amenaza vital que representa el objeto genital (Racamier, 1978).

XXVI.6. Terapéutica

Recordemos la necesidad de "una extrema reserva en cuanto a la utilización de este diagnóstico de manera precoz" (Kapsambelis, 2003), y esto por dos razones: el efecto deletéreo que puede tener semejante anuncio tanto sobre el paciente como sobre sus familiares, por una parte, y sobre todo porque la adolescencia se caracteriza por su movilidad, la riqueza de sus reacomodos, que la convierten en el periodo "donde todo es posible".

Existe un consenso para preconizar un abordaje terapéutico multifocal destinado tanto al paciente (farmacológico, psicoterapéutico, medidas sociales, sostén de la escolaridad) como a sus familiares (Petitjean y Marie Cardine, 2003).

XXVI.6.1. *Las quimioterapias*

booksmedicos.org

Se recomiendan los neurolépticos de última generación, en posologías bajas o medias, en particular la *risperidona*, de 1 a 4 mg por día, y la *olanzapina,* de 5 a 15 mg por día, pero también el *aripiprazol* y la *amisulpirida.*

Algunos preconizan la prescripción de reguladores del afecto, en particular cuando la sintomatología afectiva ocupa el primer plano o cuando se busca un efecto "antiimpulsivo" frente a pasajes al acto repetidos. Se preferirán la *carbamazepina* y el ácido valproico en razón de su relativa buena tolerancia y de su ausencia de efectos secundarios a largo término.

Finalmente subrayemos el interés de los antidepresivos, en particular en las formas en las que dominan el retraimiento, las dificultades de concentración, la aparente pasividad del sujeto. Se utilizarán de manera preferente los antidepresivos serotoninérgicos, notablemente bien tolerados, en general, y que poseen una propiedad psicoestimulante.

XXVI.6.2. *Tratamientos psicoterapéuticos*

Estos dos últimos decenios han visto el desarrollo considerable de las terapias cognitivo-conductuales y es natural que sean preconizadas en el tratamiento de las esquizofrenias que se inician. Se subrayará en particular las que se dirigen más específicamente a la salvaguarda de las capacidades cognitivas del individuo (reestructuración cognitiva).

No por ello las psicoterapias psicoanalíticas codificadas, inspiradas en el enfoque psicoterapéutico de los propios adolescentes y de sus especificidades, dejan de conservar su interés con los ajustes inherentes para esta edad de la vida: psicoterapia clásica y también psicodrama psicoanalítico, desarrollado en Francia desde los años sesenta gracias a Serge Lebovici, René Diatkine y Évelyne Kestemberg, en particular en su forma individual.

XXVI.6.3. *El enfoque familiar*

Los enfoques familiares son necesarios, ya sea bajo las formas codificadas de "terapia familiar" si el contexto se presta a ello, ya sea bajo la forma más general de un sostén a la familia por medio de entrevistas regulares. Este sostén es indispensable debido al impacto que sobre la vida cotidiana del conjunto de su entorno tienen las perturbaciones provocadas por la modificación del paciente en sus relaciones con el mundo.

XXVI.6.4. *Enfoques psicosociales*

Velar por garantizar la escolaridad es un aspecto no desdeñable del tratamiento, no sólo porque su logro condiciona el futuro profesional del paciente (y su inserción laboral), sino

booksmedicos.org

también porque el mantenimiento de los investimentos intelectuales es terapéutico por sí mismo, y favorece la apertura al mundo al mismo tiempo que lucha contra la tendencia a la desorganización, a la fragmentación y al retraimiento autístico. En Francia, los establecimientos permiten la atención a largo término con una prosecución de los estudios que constituyen un dispositivo de cuidados institucionales particularmente adaptado a las necesidades de los pacientes en riesgo de esquizofrenia (Mammar, 2003).

Conclusiones

Actualmente es imposible saber, cuando se encuentra a un paciente joven que presenta síntomas del registro psicótico, si va a desarrollar posteriormente una patología esquizofrénica. De ahí el interés por utilizar tratamientos neurolépticos con una pretensión estrictamente sintomática, explicando claramente al paciente y a sus padres la finalidad del tratamiento, sus límites y, de ser posible, su duración. También es necesario asegurar, a todo lo largo del periodo de tratamiento e incluso más allá, un acompañamiento psicológico con el fin de adaptar las actitudes terapéuticas a la evolución, muy cambiante e imprevisible en este periodo de la vida. Hay que recordar también que la esquizofrenia, como enfermedad, conoce formas más o menos graves, y especialmente evoluciones favorables que son más numerosas que las evoluciones catastróficas.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª éd. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Birraux, A. (1997), "Violence à l'adolescence et clivage du moi", en F. Marty, *L'Illégitime Violence,* pp. 131-144, Érès, Tolosa.

Bleuler, E. (1911), *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*, EPEL GREC, París, 1993. [*Dementia praecox o el grupo de la esquizofrenias.* Versión española de Juan Carlos Stagnaro, Polemos, Buenos Aires, 2011.]

Boydell, J., J. Van Os, K. McKenzie y R. M. Murray (2004), "The association of inequality with the incidence of schizophrenia — an ecological study", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 39, pp. 597-599.

Brown, A. S., E. Susser, P. Cohen y S. Greenwald (1998), "Schizophrenia following prenatal rubella exposure: gestational timing and diagnostic specificity", *Schizophrenia Research,* 29, pp. 17-18.

Claude, H. (1926), *Démence précoce et schizophrénie,* Informe al Congreso de Especialistas y Neurólogos, Lausana.

booksmedicos.org

Collomb, H. (1998), "Le lignage, le groupe et la psychose", *Psychanalyse à l'Université,* 4, pp. 621-638.
Devereux, G. (1939), "A sociological theory of schizophrenia", *Psychoanalytic Review,* 26, pp. 315-342.
Green, A. (1990), "Point de vue du psychanalyste sur les psychoses à l'adolescence", en F. Ladame (dir.), *Psychoses et adolescence,* Masson, París, pp. 231-244.
Jeammet, P. (1990), "Interrogations sur le fonctionnement psychotique", en F. Ladame (dir.), *Psychoses et adolescence,* Masson, París, pp. 27-32.
——— (2000), "Y a-t-il des prémices de la schizophrénie?", en M. De Clercq, J. Peuskens (dirs.), *Les Troubles schizophréniques,* De Boeck Université, Bruselas, pp. 127-144.
Jung, C. G. (1921), *Types psychologiques,* Georg, París, 1997. [*Tipos psicológicos.* Versión española de Ramón de la Serna, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1985.]
Kapsambelis, V. (2003), "Quelles sont les approches psychothérapiques les mieux adaptées au traitement des schizophrénies débutantes?", en F. Petitjean y M. Marie-Cardine (eds.), *Schizophrénies débutantes. Diagnostic et modalités thérapeutiques* Éditions John Libbey Eurotext, París, pp. 275 289.
Kestenberg, E. (1962), "L'identité et identification chez les adolescents", en E. Kestemberg, *L'Adolescence à vif,* PUF, París, pp. 7-96.
Krebs, M. O., M. Kazes y D. Willard (2006), "Validation of the French version of CAARMS in a psychiatric outpatient clinic for emerging psychological disorders (PREPP. Programme)", *Schizophrenia Bulletin,* 86, S80.
Kretschmer, E. (1921), *La Structure du corps et le Caractère,* Payot, París, 1930. [*Constitución y carácter.* Versión española de José Solé Sagarra, Labor, Barcelona, 1967.]
Leboyer, M., y F. Schürhoff (2003), "Quelles sont les données actuelles concernant la génétique des troubles schizophréniques?", en F. Petitjean y M. Marie-Cardine (dirs.), *Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques,* John Libbey Eurotext, París, pp. 111-120.
Mammar, N. (2003), "Quelles sont les approches médico-pédagogiques les mieux adaptées pour le traitement d'un sujet jeune présentant une schizophrénie débutante?", en F. Petitjean y M. Marie-Cardine (dirs.), *Schizophrénies débutante: diagnostic etmodalités thérapeutiques,* John Libbey Eurotext, París, pp. 313-321.
Marty, F. (2003), "Émergence des notions d'adolescence et de puberté dans l'oeuvre de S. Freud (1892-1923)", en F. Marty (dir.), *L'Adolescence dans l'histoire de la psychanalyse,* Press Éditions, París, pp. 97-113.
Mc Grath J., y R. M. Murray (1995), *Risk Factors for Schizophrenia: From Conception to Birth,* en Hirsch S. y D. Weinberger (eds.), *Schizophrenia,* Blackwell, Oxford, pp. 187-205.
Minkowski, E. (1927), *La Schizophrénie,* Payot, París. [*La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos.* Versión española de Eliane

booksmedicos.org

Cazenave Tapie Isoard, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.]
Opler, M. K. (1959*), Culture and Mental Health,* MacMillan, Nueva York.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Petitjean, F. y M. Marie-Cardine (2003), *Schizophrénies débutantes. Diagnostic et modalités thérapeutiques,* John Libbey Eurotext / Federación Francesa de Psiquiatría, París.
Racamier, P.-C. (1978), *Les Schizophrènes,* Payot, París, 1980 ; 3ª ed., 1990.
Van Os, J., M. Bak, M. Hanssen, R. V. Bijl, R. De Graaf y H. Verdoux (2003), "Cannabis and psychosis: a longitudinal population-based study", *American Journal of Epidemiology,* 33, pp. 23-32.
Verdoux, H., y M. Tournier (2004), "Cannabis use and risk of psychosis: an etiological link?", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale,* 13, 2, pp. 113-119.
Winnicott, D. W. (1968), "Concepts actuels du développement de l'adolescent", en D. W. Winnicott, *Jeu et réalité* (1971), Gallimard, París, 1975. [*Realidad y juego.* Versión española de Floreal Mazía, Gedisa, Barcelona, 2008.]
Yung, A. R., y P. D. Mc Gorry (1996), "The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations", *Schizophrenia Bulletin,* 22, pp. 353-370.
Yung, A., y L. J. Philips (2003), "Psychotic prediction: 12-month follow up of a high risk (prodromal) group", *Schizophrenia Research,* 60, pp. 21-32.

booksmedicos.org

XXVII. ESQUIZOFRENIAS DEL PERIODO DE ESTADO

VASSILIS KAPSAMBELIS

HEMOS visto en el capítulo precedente los modos de iniciación de las patologías esquizofrénicas. Aquí vamos a describir su periodo más activo en el plano clínico, que es también el que moviliza las mayores atenciones e intervenciones médicas y paramédicas. Este periodo abarca, según los pacientes, entre 15 y 30 años de evolución, a veces más. En el capítulo siguiente describiremos la evolución de las formas "terminales" de la esquizofrenia, es decir, la clínica presentada y los cuidados necesarios tras una cierta estabilización del curso de la enfermedad.

XXVII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

Estas nociones fueron presentadas en el capítulo de introducción a las patologías psicóticas (capítulo XXIII).

XXVII.2. DATOS E INVESTIGACIONES BIOMÉDICOS

Estas nociones fueron presentadas en el capítulo de introducción a las patologías psicóticas (capítulo XXIII).

XXVII.3. LA CLÍNICA

XXVII.3.1. *Los síntomas característicos según las clasificaciones internacionales*

La décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992) describe la esquizofrenia a partir de nueve grupos de síntomas (cuadro XXVII.1). El diagnóstico se apoya en la presencia de al menos un síntoma de los cuatro primeros grupos o por lo menos dos de los cuatro siguientes, correspondiendo el noveno grupo a la esquizofrenia simple (véase *infra*).

booksmedicos.org

La quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013) describe cinco grupos de síntomas característicos: *a)* las ideas delirantes, *b)* las alucinaciones, *c)* la desorganización del pensamiento y del discurso, *d)* los comportamientos con elementos masivamente desorganizados o catatónicos, y *e)* los síntomas negativos: alogia, abulia, embotamiento afectivo. A estos cinco síntomas se agregan un criterio de adaptación social (disfunción durable en el ámbito del trabajo, de la escolaridad, de las relaciones interpersonales o del cuidado personal) y un criterio de duración (de al menos seis meses).

CUADRO XXVII.1. *Los grupos de síntomas de la esquizofrenia según la CIE-10 (OMS, 1993)*

1. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretos, o percepción delirante.
3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima o de estar en comunicación con seres de otros mundos).

5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
6. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
7. Manifestaciones catatónicas, como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
8. Síntomas "negativos", como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de

booksmedicos.org

objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

XXVII.3.2. *Enfoque empírico de los principales síndromes*

Se intentará en seguida reagrupar las diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad en algunos temas principales poniendo el acento en la clínica empírica, es decir, en la manera en la que los médicos y los terapeutas reciben las manifestaciones sintomáticas de los pacientes esquizofrénicos.

La xenopatía

Este término, que casi no es utilizado actualmente, tiene la ventaja de reagrupar de la manera más general un gran número de manifestaciones clínicas encontradas en la esquizofrenia. Designa el hecho de que el sujeto tiene el sentimiento de padecer, de manera más o menos impotente o pasiva, una voluntad exterior a la suya (*xenos:* extraño, extranjero), a la cual no puede sustraerse. Incluye el sentimiento de *des-pertenencia* propio de estos pacientes, quienes pueden tener la impresión, de manera puntual pero repetitiva, o incluso de manera continua, de que sus pensamientos, sus sentimientos, sus percepciones, sus actos, están más o menos determinados por las acciones de una potencia exterior, un "se" ("se me ve", "se habla de mí", "se me hacen ver cosas"…) que toma múltiples figuras según los azares de su elaboración delirante (vecino, peatón, superior jerárquico, pariente, policía, dios, servicios secretos, poderes maléficos…). El delirio paranoide es su manifestación más característica: el sujeto piensa, "siente", "sabe" que lo vigilan de manera malévola, que se habla a sus espaldas, que se le espía o que se le persigue de una o de otra manera.

El *síndrome de referencia* designa al sentimiento de que los otros, pero también tal o cual elemento de la realidad exterior, se dirigen al sujeto de manera insidiosa pero personal, que tal o cual palabra, frase, pero también acontecimiento, se dirigen hacia él personalmente y son portadores de un mensaje frecuentemente enigmático, pero siempre inquietante; las alucinaciones acústico-verbales pueden venir a apoyar este sentimiento, al que dan un carácter de objetividad ("Escuché muy bien que…").

El *síndrome de influencia* designa de manera más general este sentimiento de que el sujeto está bajo el dominio de otro, a cuyas órdenes debe obedecer hasta proferir palabras o cometer actos que son absurdos, extraños o peligrosos. Los fenómenos telepáticos (pensamiento adivinado, controlado, teleguiado, divulgado) revelan el sentimiento de que el individuo ha perdido el dominio de sí mismo hasta en las manifestaciones más íntimas de su ser. El *automatismo mental* descrito por De Clérambault (véase también el apartado III.3) representa una forma fundamental de esta pérdida del gobierno de sí propio: el individuo se vuelve extraño a sí mismo; sus

booksmedicos.org

pensamientos, sus palabras, sus actos, sus motivaciones e impulsos aparecen como la acción de otro, incluso ordenados por otro.

Disociación, ambivalencia, discordancia

Estos diferentes términos surgieron de la concepción de Bleuler (1911) de la esquizofrenia, tal como fue retomada por Henri Ey (1996) y la escuela francesa, incluyendo los trabajos de Chaslin (1912). En esta concepción constituyen un signo patognomónico de esta patología, separándola de las psicosis delirantes crónicas sistematizadas (véase el apartado XXIII.3). Independientemente de este punto, dichas manifestaciones clínicas son fundamentales en todas las descripciones de la esquizofrenia, cualquiera que sea su definición. Designan una *falta de integración* de las manifestaciones mentales, emocionales y conductuales, y se relacionan con nociones como la desorganización, la dislocación y la fragmentación de la personalidad. En el pensamiento, la *disociación* se manifiesta como un *trastorno del pensamiento* que produce un *relajamiento* o una ruptura de la asociación de las ideas, lo que se traduce clínicamente en suspensiones, bloqueos, incoherencias del curso del pensamiento, y también en neologismos o en la extinción progresiva del desarrollo del pensamiento *(fading mental)*. Estas rupturas del hilo conductor están en relación con los *raptus* ansiosos, las crisis clásticas, los pasajes al acto en una especie de inmediatez y de condición repentina que petrifica al entorno (la ruptura del pensamiento del paciente esquizofrénico es frecuentemente comunicativa, y no es raro, en el curso de la entrevista con él, tener una impresión de "cabeza vacía", de ausencia absoluta de toda idea). El término *ambivalencia,* importado por el psicoanálisis pero utilizado en un sentido diferente, señala la coexistencia de sentimientos contrarios sin que unos moderen la expresión de los otros, es decir, sin una síntesis en una expresión afectiva homogénea y coherente. Describe la rapidez, la brutalidad y la violencia de los sentimientos expresados por estos pacientes (manifestaciones de amor masivo, exclusivo, invasor, coexistiendo o alternando bruscamente con manifestaciones de rechazo, de odio, de agresividad, de miedo), y explica los trastornos de conducta (pasajes al acto súbitos, imprevisibles, extraños). Vecina de la ambivalencia es la noción de *ambitendencia* o *bitendencia,* que traduce la clínica catatónica consistente en echar a andar un gesto, después frenarlo, después iniciarlo nuevamente, y así sucesivamente. El término *discordancia,* introducido por Chaslin (1912), describe otro aspecto de los mismos fenómenos, a saber, una *desarmonía* entre los diferentes sectores de la expresión psíquica y conductual: ideas de persecución sin conductas de miedo, de defensa o de ataque; expresión de ideas tristes sin cambios aparentes del humor; enunciado de proyectos o de iniciativas sin el menor esbozo de realización, etc. La discordancia es perceptible en síntomas como el afecto inapropiado o las conductas excéntricas o estrambóticas. Está igualmente en relación con la noción de *falta de motivación:* risas inmotivadas, palabras inmotivadas, pasajes al acto inmotivados, en los que el adjetivo "inmotivado" remite al hecho de que el interlocutor

booksmedicos.org

no descubre el desarrollo de una cierta sucesión de ideas y de representaciones que expliquen el resultado psicomotor final. Pueden ocurrir actos graves (por ejemplo, suicidio, agresiones, homicidio) de manera "fría", inesperada, sin coherencia con lo que el sujeto pensaba, decía o manifestaba poco tiempo antes.

Retraimiento y negativismo

Hemos visto en el capítulo de introducción a los trastornos psicóticos que esta noción corresponde al término *autismo* elaborado por Bleuler. En ciertas formas clínicas, el retraimiento puede tomar la forma espectacular de un estado catatónico, mostrando una ruptura total de la comunicación con el mundo que rodea al paciente. El retraimiento se manifiesta, lo más frecuentemente, por el *negativismo:* una posición activa de rechazo a la comunicación y de aislamiento, asociada a una frialdad afectiva y que conduce a una tajante restricción de las relaciones sociales. Está acompañado frecuentemente de una inadaptación de las conductas en el curso de la escolaridad, en la familia, el trabajo, y generalmente en situación grupal. Los actos impulsivos, extraños, estrambóticos, inquietantes, pueden manifestar esta situación de alejamiento de la comunidad humana y acentuar su rigor por los mecanismos de rechazo que los favorecen por parte de los otros. El retraimiento, el repliegue sobre sí mismo, la inadaptación a las diferentes situaciones de la vida común y corriente plantean la pregunta de la dimensión deficitaria de la esquizofrenia. Esta dimensión, incluida en la propia definición de la patología según Kraepelin, continúa representando un elemento clínico central de la descripción de la esquizofrenia en los diferentes sistemas clasificatorios internacionales. Engloba un gran número de manifestaciones de retraimiento, que alcanzan la esfera cognitiva (alogia o pobreza del discurso, estereotipias verbales, desinterés), la expresión emocional (embotamiento afectivo, frialdad, anhedonia, *atimhormia*), la psicomotricidad y las actividades sociales (indecisión, abulia, inercia, apatía, apragmatismo).

La regresión

Surgido de los trabajos de Freud, quien lo tomó de la etología y de la teoría de la evolución, este término es ampliamente utilizado en psiquiatría en un sentido bastante diferente del sentido psicoanalítico. Designa comportamientos y conductas que se supone que son ordinarios o habituales en las edades anteriores a la edad presente del sujeto. En la esquizofrenia la regresión puede ser bastante espectacular y alcanzar la esfera instintiva: incontinencia urinaria o fecal, "gatismo esquizofrénico", que se acompañan de manifestaciones catatónicas y de alteraciones de la comunicación (infantilismo, mutismo). Estos cuadros clínicos dramáticos se han vuelto raros actualmente; se les encuentra más bien en los síndromes psiquiátricos del autismo. Una regresión más discreta pero continua recorre de manera más permanente la manera de ser y de vivir de los pacientes

booksmedicos.org

esquizofrénicos: pensamiento en ocasiones prelógico, mágico o, por el contrario, concreto, al que le falta la dimensión simbólica del lenguaje; un sobreinvestimento de las actividades de la esfera oral (polifagia, tabaquismo, propensión a las adicciones) asociado a las conductas de ingesta de alimento correspondientes (glotonería); disociación entre el pensamiento y el acto (pasividad en la organización de las realizaciones concretas, como si perteneciera a las "grandes personas" realizar lo que se ha dicho), o incluso un corto circuito entre pensamiento y acto (pasajes al acto, modalidades explosivas del placer o de la agresividad); una manera exigente de ser con el prójimo, asociada a una búsqueda imperiosa de la satisfacción que desconoce el contexto, las condiciones pragmáticas de su obtención, las etapas por recorrer; una negligencia de sí mismo (higiene corporal, aseo de los espacios personales, seguimiento de sus propios asuntos: pago de facturas, de la renta, etc.). El término regresión es utilizado de manera muy amplia por los equipos tratantes que se codean regularmente y durante un largo periodo con los pacientes esquizofrénicos; remite a la representación de un individuo pasivo y tiránico, más rara vez inquietante, poco autónomo, poco implicado en los asuntos que le conciernen, que necesita una "vigilancia" casi continua para evitar los inconvenientes de las situaciones conflictivas o de desamparo de una vida cotidiana ante la cual parece fundamentalmente extraño o inadaptado.

XXVII.3.3. *Las formas clínicas*

Como hemos visto en el capítulo XXIII, las dos grandes clasificaciones internacionales, la CIE y el DSM-5, distinguen las formas clínicas propiamente dichas de la esquizofrenia de los síndromes que se emparentan con ella (trastornos esquizotípicos, trastornos esquizoafectivos) aunque no formando parte de su descripción clásica. No obstante, en la práctica, el clínico trata estos diferentes síndromes como formas clínicas del grupo de las esquizofrenias, permaneciendo atento a su evolución y a su proximidad evolutiva con otras categorías nosográficas (por ejemplo, los trastornos bipolares). Estas cuestiones también son evocadas en el apartado XXIII.3, "Lógicas de la clínica de los estados psicóticos". Señalemos también que la CIE-10 individualiza siete formas clínicas de la esquizofrenia (paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, depresión postesquizofrénica, residual y simple), que van de acuerdo con la tradición de las descripciones clínicas de esta afección desde Kraepelin y los trabajos que prosiguieron sobre este tema. Por el contrario, el DSM-5 ha suprimido las subdivisiones que había conservado hasta su cuarta edición (formas paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) considerando que su estabilidad diagnóstica es limitada, su fiabilidad débil y su validez poco argumentada. Por el contrario, ha conservado la catatonia como entidad sindrómica que puede asociarse, en cuanto comorbilidad, a la esquizofrenia.

booksmedicos.org

Esquizofrenia paranoide

La forma paranoide de la esquizofrenia es con mucho la más frecuente: más de 50% de los pacientes, según los diferentes estudios. El episodio clásico muestra la exacerbación de una clínica alucinatoria y delirante que puede existir de manera silenciosa y de forma continua: síndrome de referencia (sentimiento de ser vigilado, espiado, ser objeto de movimientos malévolos), síndrome de influencia (el individuo no se siente libre en sus pensamientos, palabras, actos; una voluntad exterior se ha apoderado de la conducción de su vida psíquica y de relación). El automatismo mental, cuando existe, constituye un factor de gravedad. Las alucinaciones son, lo más frecuentemente, acústico-verbales (insinuaciones, amenazas, injurias, frecuentemente de carácter sexual), visuales y cenestésicas. Las alucinaciones psíquicas son igualmente frecuentes. Las ideas delirantes rara vez poseen un escenario completo y coherente, como se puede constatar en las psicosis crónicas sistematizadas (véase el cuadro XXIII.1): su expresión está infiltrada, en diversos grados, por los factores de desorganización que la psiquiatría francesa expresa con el término *disociación*: pensamiento vago, *difluente,* aproximativo, que expresa tanto la cólera como la perplejidad o la turbación. Los temas delirantes son con frecuencia persecutorios, pero también de grandeza, místicos o metafísicos. El tema de la filiación, y más particularmente la *interrogación* perpleja y ansiosa sobre los orígenes ("¿mi padre es mi padre?", "¿mi madre es mi madre?"), sin que sea necesariamente seguido de un verdadero delirio de filiación, es bastante característico de las patologías paranoides. Los grandes trastornos del pensamiento (bloqueos, jergonofasia) se han vuelto más raros estos últimos decenios. El episodio agudo puede incluir trastornos del comportamiento (extrañezas e incongruencias en la vía pública, agresividad) que pueden tener una dimensión médico-legal (golpes y heridas, ataques a la propiedad privada, homicidio).

Hebefrenia

Esta forma, llamada *esquizofrenia desorganizada* en las diferentes ediciones del DSM hasta 2013, fue descrita por Kahlbaum y su alumno Hecker (1871), y forma parte, con la catatonia y la forma paranoide, de la tríada que compone el primer reagrupamiento del conjunto de las esquizofrenias propuesto por Kraepelin en 1899 con el nombre de demencia precoz. Sigue siendo muy minoritaria. En su forma clásica concierne a individuos adolescentes y se presenta desde un principio como un empobrecimiento de la vida emocional, un estrechamiento progresivo de toda veleidad, deseo o movimiento pulsional; los afectos, cuando se expresan, aparecen como superficiales ("bobería psicótica") y se acompañan de risas y sonrisas discordantes, así como de actitudes manieristas y estereotipadas. El pensamiento y el discurso son desorganizados, incoherentes, fragmentados. Las ideas delirantes son raras, fugaces, inesperadas. Las conductas imprevisibles, a veces peligrosas, pueden aparecer de manera súbita, fuera de

booksmedicos.org

contexto, y vienen a romper un apragmatismo frecuentemente total.

Catatonia

La catatonia, tercera forma de la tríada inicial de Kraepelin, describe sobre todo un síndrome psicomotor, igualmente aislado por Kahlbaum (1874), que incluye más rara vez experiencias alucinatorias intensas. Se descubren sus signos discretos en los gestos indecisos, indeterminados, automáticos, esbozados y que después quedan en suspenso, expresando la ambivalencia *(ambitendencia)*. Se agregan a éstos diversas estereotipias motoras (balanceos, frotamientos…), *paramimias* (expresiones mímicas faciales insólitas, sonrisas inmotivadas), impulsos motores inesperados que pueden llegar hasta los grandes estados de agitación incoercible con auto y heteroagresividad, y *negativismo* psicomotor (signo del "rechazo de la mano tendida"). En otros casos el paciente puede presentar estados de catalepsia, forma de ruptura radical con el mundo ambiental, en la que el cuerpo mantiene una hipertonía de oposición o, por el contrario, se presta pasivamente a las manipulaciones de los demás ("flexibilidad cérea"). Como la hebefrenia, a la cual se asociaba frecuentemente (se hablaba de *síndrome hebefreno-catatónico*), la catatonia se ha vuelto rara, por lo menos en los países industrializados.

Esquizofrenia distímica (trastornos esquizoafectivos)

Hemos visto en el apartado XXIII.3.2 que la identidad de esta forma clínica sigue siendo indeterminada. Las grandes clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-5) no la colocan entre las formas clínicas propiamente dichas de la esquizofrenia, sino en un grupo aparte, en el seno de los trastornos esquizofrénicos y delirantes, llamado *trastornos esquizoafectivos*. La clínica longitudinal muestra una bipolaridad *atípica*. Los episodios maniacos son frecuentemente muy hiperactivos, incluso agitados, asociados a ideas delirantes que pueden ser de grandeza, pero también persecutorias o místicas; las alucinaciones están constantemente presentes, en ocasiones típicas de un síndrome paranoide (síndrome de referencia, incluso un síndrome de influencia). El afecto es frecuentemente incongruente con el contenido del pensamiento; en todo caso nunca se encontrará la franca euforia que caracteriza a ciertos estados maniacos; es inestable, morosa, *disfórica,* huraña, agresiva; son frecuentes los trastornos de conducta. Los episodios depresivos son igualmente atípicos, con ideas delirantes no sólo de ruina o de castigo, sino también más francamente persecutorias, asociadas a las alucinaciones acústico-verbales amenazantes o injuriosas, incluso con fenómenos de automatismo mental (adivinación o divulgación del pensamiento). El humor puede ser típicamente triste, con gran riesgo de pasaje al acto suicida, pero igualmente moroso o agresivo. Son frecuentes los episodios mixtos. La evolución a largo plazo se realiza en numerosos casos hacia una progresiva organización de la patología con un modelo bipolar más típico; sin

booksmedicos.org

duda está favorecida por las quimioterapias utilizadas que asocian lo más frecuentemente medicaciones antipsicóticas y estabilizadoras del estado de ánimo.

Esquizofrenia simple

Esta forma fue descrita por Bleuler en su estudio inicial (1911). Todavía se encuentra dentro de las formas clínicas de la esquizofrenia según la CIE-10. Describe un estado de progresiva "desconexión", sin motivo real y sin trastorno del humor, que conduce al individuo a la falta de socialización y al aislamiento. Están ausentes los signos "positivos" de la esquizofrenia, pero se observa una forma de originalidad improductiva y pobre, asociada a extrañezas de las conductas, a frialdad afectiva, y una profunda inadaptación a las exigencias más elementales de la vida en sociedad; sin ideas delirantes o alucinaciones, el individuo parece encontrarse en la imposibilidad de elaborar proyectos y desarrollar actividades, así como de compartir su existencia con alguien. Se trata evidentemente de un diagnóstico difícil, frecuentemente discutido (fue utilizado a menudo en la antigua Unión Soviética para la discriminación de los disidentes), y actualmente está fuera de uso porque se le asocia mucho con las "normas" de sociedades más homogéneas que las actuales.

El trastorno esquizotípico

La CIE-10 agrupa dentro de esta categoría varias formas inciertas del grupo de las esquizofrenias. Estas formas corresponden a entidades descritas por diferentes autores en diversos contextos. Ahí se encuentran: la esquizofrenia seudoneurótica, la esquizofrenia prodrómica, la esquizofrenia seudopsicopática, la heboidofrenia, la esquizofrenia latente, la esquizofrenia *borderline* y la esquizofrenia prepsicótica.

La descripción clínica incluye, según la CIE-10, anomalías del pensamiento y de los afectos, y comportamientos excéntricos semejantes a los de la esquizofrenia, pero sin que estos signos sean suficientemente claros como para plantear un diagnóstico de esquizofrenia según alguna de sus formas clínicas. Se encuentran aquí extrañezas del comportamiento, frialdad o discordancia de los afectos, retraimiento social, creencias mágicas sin que se pertenezca a un grupo cultural definido, desconfianza, rumiación de tipo obsesivo y un pensamiento particular marcado por un carácter vago, que racionaliza de manera extraña, oscura, sin ser francamente incoherente.

Depresión postesquizofrénica

La CIE-10 ha decidido distinguir los episodios depresivos que se presentan en el curso del

booksmedicos.org

tratamiento de un episodio agudo de esquizofrenia. Esta distinción es tanto más importante cuanto que sabemos que la mayor parte de los pacientes esquizofrénicos que se suicidan no pasan al acto en el momento de la crisis, sino con posterioridad a ella. El episodio depresivo postesquizofrénico conserva algunos elementos de la sintomatología esquizofrénica (síndrome de referencia, actividad alucinatoria atenuada), presentando al mismo tiempo un cuadro en el que los elementos típicamente depresivos (afecto triste, culpabilidad, pesimismo, sentimiento de ausencia de perspectivas) se mezclan con los síntomas que podrían pertenecer a la sintomatología negativa (retraimiento, anhedonia, abulia, embotamiento afectivo) y a otros que podrían estar en relación con los efectos psíquicos secundarios al tratamiento neuroléptico (enlentecimiento, clinofilia, indiferencia afectiva).

Esquizofrenia residual

La CIE-10 utiliza esta categoría para individualizar el estado crónico de la enfermedad esquizofrénica, cuando los episodios agudos, y especialmente las ideas delirantes y las alucinaciones, tienden a diluirse en beneficio de un perfil general a base de los síntomas "negativos". Examinaremos más en detalle las formas terminales de la esquizofrenia en el capítulo capítulo XXVIII.

Otras entidades clínicas del grupo de las esquizofrenias

La CIE-10 describe una forma clínica *indiferenciada* que incluye los principales síntomas esquizofrénicos, sin que el cuadro clínico cumpla los criterios de una de las tres formas clásicas de la esquizofrenia. Por otra parte, el DSM-5 describe un *trastorno esquizofreniforme* que incluye los mismos síntomas pero con una duración inferior a seis meses.

XXVII.3.4. *El curso de la enfermedad*

Los diferentes sistemas clasificatorios proponen caracterizar a la patología esquizofrénica no sólo según la forma clínica, sino también según el tipo de evolución a que responde cada episodio de la enfermedad. Examinaremos esta cuestión en el capítulo XXVIII ("Evolución y formas terminales de las esquizofrenias").

XXVII.4. CASOS CLÍNICOS

booksmedicos.org

XXVII.4.1. *Un caso de esquizofrenia paranoide*

El equipo del centro médico psicológico está inquieto por el señor S.: no ha venido a aplicarse su inyección del neuroléptico retard (50 mg de risperidona cada dos semanas) y ya no va al hospital de día. El señor S., de 42 años, es conocido en su sector desde hace 20 años. Presentó, al final de la adolescencia, un inicio de esquizofrenia bastante típico: sentimiento de robo del pensamiento, actividad alucinatoria esporádica de carácter persecutorio, voces que le hablaban dentro de la cabeza, brusquedad y extrañeza en sus relaciones con su familia, interrupción de la escolaridad. Entre los 21 y los 29 años de edad su estado necesitó numerosas hospitalizaciones, siempre bajo coacción, por agresiones en la vía pública (golpeaba a desconocidos de los que decía que hacían comentarios groseros a sus espaldas) o pasajes al acto violentos sobre sus padres. La aceptación de la enfermedad y del tratamiento siempre ha sido mediocre, tanto más que las diferentes medicaciones propuestas sólo han provocado una mejoría muy parcial de la sintomatología productiva; en particular, el automatismo mental permanece todavía activo. En el curso de los últimos 10 años ha tenido una ligera mejoría. Comenzó a frecuentar el hospital de día una vez sobrepasada la decepción por no poder reanudar los estudios y encontrar empleo; ha establecido algunas relaciones tanto con los otros pacientes como con el personal tratante, lo que le ha permitido suavizar algo la opresión de la desconfianza y del distanciamiento de los demás que le eran familiares. Hace ocho años sus padres le ayudaron a encontrar un pequeño departamento donde vive solo, en un ambiente de gran desorden que rehúsa que se toque. Aceptó, después de algunos años, un tratamiento antipsicótico de inyecciones de acción prolongada, aunque ha sido necesario por periodos negociarlo con él. Tras discutirlo con el psiquiatra, se decide una visita domiciliaria en la cual participan un enfermero del hospital de día, un enfermero del centro médico psicológico y el psiquiatra. Los tres conocen desde hace tiempo al señor S. Éste abre la puerta tras alguna dubitación. Se establece una gran discusión; S., con excesiva vehemencia se queja de sus vecinos que le impiden dormir en la noche, pero también de los peatones; los enfermeros le recuerdan que esos problemas se resuelven cuando él sigue su tratamiento y viene a verlos regularmente; el psiquiatra subraya que el régimen de atención psiquiátrica a solicitud de un tercero, sin hospitalización, del que goza el paciente, se acordó a condición de que aceptara su tratamiento. Finalmente, el señor S., resignado, dice que “quiere la inyección inmediatamente”. El psiquiatra rehúsa y le pide reflexionar 24 a 48 horas y que, cuando se decida, venga a recibir su inyección al centro médico psicológico, como de costumbre. Este manejo técnico tiene como objeto no dejar al paciente con un sentimiento de sumisión pasiva (además, en su propio espacio privado), sino brindarle un margen de aceptación más personal de tratamiento. El señor S. viene al día siguiente para recibir su inyección y, dice su enfermero, que lo conoce bien, “salimos después a dar una vuelta”.

XXVII.4.2. *Un caso de esquizofrenia distímica*

Un hospital alejado varias centenas de kilómetros nos previene de la hospitalización en urgencias del señor L., de 34 años, en un gran estado de excitación con relación del afecto, agresividad y expresiones megalomaniacas. Dice haber venido a esta ciudad para organizar un amplio proyecto turístico que deberá transformar el rostro de la pequeña localidad marítima, donde es aprehendido por los bomberos. El señor L. es atendido en nuestro sector desde la edad de 17 años; fue hospitalizado en esa época por un estado depresivo

booksmedicos.org

grave y atípico, mostrando un cuasi mutismo, ideas de condenación mal explicitadas, incuria que duraba desde hacía varias semanas y una suspensión total de la escolaridad. Bajo tratamiento antidepresivo presentó inicialmente una ligera mejoría, y después un brusco estado esquizomaniaco que requirió tres meses de hospitalización y un tratamiento neuroléptico y sedante a dosis elevadas. Fue dirigido hacia un establecimiento de atención para estudiantes. Fracasó dos veces en el bachillerato y después intentó sin éxito estudios universitarios de derecho que le permitieran obtener una capacitación. L. es el mayor de una fratría de tres. El padre es comerciante y la madre secretaria. Su infancia y el principio de la adolescencia se desarrollaron, según sus padres, sin problema particular; era buen alumno y tenía previsto ingresar a una clase preparatoria para los estudios comerciales. Tras su fracaso en el bachillerato, sufrió de un muy largo periodo de apragmatismo y de repliegue sobre sí mismo, enclaustrado en casa de sus padres. Asistió regularmente al hospital de día, donde recibió un prudente tratamiento antidepresivo así como un enfoque psicoterapéutico de inspiración psicoanalítica, lo que le permitió salir progresivamente de sus rumiaciones pesimistas sobre sus fracasos, dar vuelta a la página y aceptar interesarse en nuevos proyectos para el futuro. Hacia la edad de 25 años, el proyecto de vivir solo al obtener una pensión para adultos con deterioro y la búsqueda de una formación profesional adaptada a sus deseos y a su estado le brindaron un cierto impulso. A pesar de un nuevo episodio de manía delirante y disociada, pudo finalmente adaptarse a su departamento y gozó de un periodo de motivación y de actividades. No obstante, la formación profesional que logró no le permitió encontrar un empleo y progresivamente se instaló en un estado de desocupación apragmática, pasando sus días mirando la televisión y fumando cannabis; rehusaba regresar al hospital de día pues esa actividad ya no correspondía, según él, a sus ambiciones. De tiempo en tiempo expresaba proyectos irreales relativos a una posible carrera brillante en el turismo, salpicados de opiniones más o menos paranoides sobre “las trabas” que no le permitían su florecimiento. Gracias a un acompañamiento muy regular, el equipo tratante extrahospitalario lo convenció de postularse para un puesto en un establecimiento médico social de trabajo protegido. Fue la víspera de su admisión cuando presentó el episodio delirante y maniaco que lo condujo a la hospitalización lejos del lugar en que habitaba. Tras su transferencia a nuestro hospital, pudo consultar a su psicoterapeuta y reponerse de ese episodio, “último acto de resistencia”, según dijo, antes de aceptar el trabajo protegido…

XXVII.5. Psicopatología

Los diferentes enfoques psicopatológicos de la esquizofrenia se presentan en el capítulo de introducción a las patologías psicóticas (capítulo XXIII).

XXVII.6. Terapéutica

La esquizofrenia es una enfermedad bastante difundida, puesto que afecta a un poco menos de 1% de la población, lo que corresponde a alrededor de 500 000 pacientes en un país como Francia. Más de la mitad de esta población es tratada cada año en los servicios de psiquiatría de sector, dispositivo que domina, con mucho, el sistema de la atención psiquiátrica en Francia. La otra mitad conoce situaciones diversas. Una parte importante ha adquirido una estabilización suficiente para vivir sin atención psiquiátrica

booksmedicos.org

fuera de un eventual tratamiento neuroléptico a dosis bajas, prescrito por el médico general, ya sea en un alojamiento propio, ya sea en el seno de su familia, ya sea, muy frecuentemente, en casas de reposo. Otra parte, menos importante, corresponde a las remisiones completas, tras veinte a treinta años de evolución, y todavía otra parte presenta formas probablemente menos graves de la enfermedad, compatibles con un seguimiento esencialmente ambulatorio, que utiliza eventualmente estancias hospitalarias, más escasas, en establecimientos privados, públicos no sectorizados o pertenecientes a asociaciones.

El tratamiento del periodo que nos interesa en el presente capítulo, el periodo de estado, corresponde al acmé de la enfermedad, es decir, a los diez o veinte primeros años de evolución (Kapsambelis, 1996). Este periodo, el más denso en tratamientos, difícilmente puede prescindir de un equipo pluridisciplinario (psiquiatras, enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales, etc.), de una variedad de sitios de atención (hospital, hospital de día, hogares protegidos y otros lugares de albergue, establecimientos de ayuda para el trabajo) y de una serie de medidas de atención y de acompañamiento (pensiones para adultos discapacitados, medidas de protección de los bienes y posiblemente hospitalizaciones por coacción). Al término de este periodo de tratamientos relativamente intensivos, su éxito, a saber, la salida menos incapacitante posible, depende de numerosos factores: presencia, paciencia y reactividad del equipo tratante; observancia del tratamiento medicamentoso y calidad de respuesta a éste; ofrecimiento suficientemente diversificado de tratamientos para multiplicar las oportunidades de adhesión terapéutica; organización de un acompañamiento psicosocial capaz de detener o atenuar las manifestaciones de decadencia personal y de falta de inserción social; sostén y colaboración del entorno familiar y social. Muchos de estos factores están relacionados con la capacidad del psiquiatra y de su equipo para ganar la confianza de su paciente y de su familia, tanto que, en definitiva, es sobre la calidad de la relación terapéutica *(alianza terapéutica)* donde reposa el éxito del tratamiento.

XXVII.6.1. *El tratamiento hospitalario*

El tratamiento de la esquizofrenia es esencialmente ambulatorio, individual o institucional. La continuidad del tratamiento sigue siendo una condición importante de la evolución favorable, dado que se opone al principio mismo de la esquizofrenia, es decir, la desorganización y la ruptura (Chiland y Bécquart, 1974). Las hospitalizaciones son relativamente frecuentes (momentos evolutivos, a menudo favorecidos por la suspensión del tratamiento, periodos de degradación de la vida del paciente, etc.). Pueden tener lugar bajo medidas de coacción (atención por solicitud de un tercero, frecuentemente de la familia, o, más excepcionalmente, atención por decisión del representante del Estado, en caso de trastornos graves del orden público que pongan en peligro la seguridad de las personas).

Las hospitalizaciones son, las más de las veces, cortas, frente a un estado agudo.

booksmedicos.org

Pueden ser "secuenciales" (por ejemplo, todos los fines de semana o una semana por mes, etc.) para pacientes esquizofrénicos difíciles, para los cuales sus terapeutas ofrecen un esfuerzo particular para mantenerlos en su domicilio. Los centros o unidades de recepción y de urgencia, implantados en el interior del área geográfica del sector, asumen una respuesta inmediata y en ocasiones una acogida de algunos días, como prevención de la hospitalización. Las hospitalizaciones prolongadas se han vuelto raras; corresponden a pacientes que no están en condiciones de asumir un mínimo de autonomía y de inserción sociofamiliar, que presentan graves trastornos de conducta, o en quienes las hospitalizaciones cortas han fracasado de manera repetitiva para estabilizar la sintomatología y preservar la inserción socioprofesional y familiar. En este último caso, es preferible una admisión en hogares de readaptación cuando esta modalidad de acogida esté disponible. Las modalidades de trabajo terapéutico en estos internamientos prolongados asocian los principios de psicoterapia institucional y las acciones de readaptación-rehabilitación (véanse los capítulos LVI y LVII). La cuestión de los internamientos terapéuticos prolongados para los pacientes esquizofrénicos que los requieran, en una época en la que las hospitalizaciones son, por definición, cortas, constituye un reto mayor para la continuidad de la atención (Kapsambelis, 2012).

Recordemos también que los pacientes esquizofrénicos necesitan, al mismo tiempo, cuidados somáticos, tanto más que puede fallar la atención que dan, por sí mismos, a sus problemas de salud y a la preocupación por su estado general (Maj, 2009). El equipo psiquiátrico debe, pues, velar por que el paciente tenga "un médico tratante", y debe permanecer en contacto con él.

XXVII.6.2. *Los tratamientos biológicos*

Los tratamientos biológicos de la esquizofrenia están actualmente bien codificados gracias a las múltiples conferencias de consensos (Kovess y Caroli, 1994; Petitjean y Marie-Cardine, 2003) y las instrucciones *(guidelines)* establecidas por diversos grupos de especialistas.

La elección de la molécula está, frecuentemente, en función de los hábitos de los prescriptores y de las respuestas del paciente. No obstante, se dará la preferencia a las moléculas más recientes, que tengan menos efectos neurológicos secundarios, aunque estén frecuentemente asociadas a la ganancia de peso: *risperidona*, 4 a 8 mg/día; *olanzapina*, 5 a 20 mg/día; *amisulpiride,* 100 a 400 mg/día (las posologías indicadas son para los tratamientos de mantenimiento). Las moléculas más antiguas siguen siendo eficaces: *haloperidol,* 3 a 10 mg/día; *clorpromacina,* 25 a 200 mg/día; *loxapina*, 50 a 200 mg/día. Se puede recurrir a un neuroléptico de acción prolongada, ya sea inyectable (haldol, risperdal, piportil…) o por vía oral: el *penfluridol*, una a tres inyecciones por semana, es eficaz, bien tolerado y permite un contacto semanal con el paciente (por ejemplo, proponiendo su administración en el centro médico psicológico). La *clozapina* está reservada a las esquizofrenias que responden a los criterios de "esquizofrenia

booksmedicos.org

resistente". Las reglas de prescripción implican que hay que preferir la monoterapia. Según la forma de la esquizofrenia y el momento evolutivo, pueden prescribirse otras moléculas (antidepresivos, tranquilizantes, estabilizadores del estado de ánimo).

XXVII.6.3. *Los tratamientos psicológicos*

Psicoanálisis y tratamientos psicoanalíticos

Los tratamientos psicoanalíticos, habitualmente frente a frente, conciernen a una minoría de pacientes esquizofrénicos; algunas técnicas están más indicadas, como el psicodrama psicoanalítico (Gibeault y Roux, 1999). Están indicadas sobre todo en pacientes capaces de integrar las necesidades del cuadro terapéutico, interesados en su funcionamiento mental, suficientemente disponibles en el plano emocional como para poder compartir la singularidad de su experiencia e interrogarse sobre ella. De manera más general, el pensamiento psicoanalítico resulta precioso para la comprensión de los movimientos psíquicos de estos pacientes en la consulta psiquiátrica y en las instituciones; representa la principal herramienta de mantenimiento de la relación terapéutica. Brinda su especificidad psiquiátrica a los elementos comunes de la relación médico-paciente en general (información, "educación para la salud", etcétera.).

Terapias cognitivo-conductuales

Las técnicas históricas de los tratamientos conductuales ya no se utilizan en la terapéutica de los pacientes esquizofrénicos. No obstante, no hay que subestimar la parte de conductismo "espontáneo" que contienen las actitudes terapéuticas, especialmente en los seguimientos de largo curso y en las estructuras de estancia prolongada (hospitales psiquiátricos, hogares protegidos), a saber, todo el juego complejo de gratificaciones y de prohibiciones que incluye, generalmente a propósito, el acompañamiento prolongado de estos pacientes. Más que toda otra patología psiquiátrica, la esquizofrenia moviliza en los médicos y los terapeutas gestos y actitudes parentales, que no dejan, por lo demás, de entrar en conflicto en ocasiones con los gestos y las actitudes de los propios parientes del paciente, y que contienen toda la parte "conductista" incluida en la propia noción de educación.

Fuera de estas aplicaciones espontáneas, se han propuesto actualmente un gran número de tratamientos cognitivos en la esquizofrenia, con resultados validados por estudios controlados (Franck *et al.,* 2008): técnicas conductuales de entrenamiento para las competencias sociales, técnicas cognitivas aplicadas a las creencias disfuncionales en relación con los trastornos psicóticos, especialmente productivos. Están disponibles actualmente varios programas de "restauración cognitiva" (Levaux *et al.,* 2009).

booksmedicos.org

Terapias familiares

Introducidas en los años setenta y ochenta, las terapias familiares han perdido velocidad actualmente. No obstante, desempeñaron un papel decisivo en la "reconciliación" de las familias de los pacientes esquizofrénicos con los equipos psiquiátricos, pues ellas se mostraban demasiado proclives hacia un rechazo frente a ellos, bajo la doble influencia de las corrientes antipsiquiátricas de los años sesenta y de una lectura demasiado esquemática y dogmática de las elaboraciones psicoanalíticas sobre la esquizofrenia. Actualmente reciben un gran interés por medio de los programas de movilización y de "educación" del conjunto de la familia alrededor del miembro enfermo mental, pero también dentro de un contexto en el cual la psiquiatría pública ya no puede, por razones tanto éticas como económicas, pretender "tomar a su cuidado" de manera exclusiva, durable y total al paciente psicótico. Las terapias familiares se presentan en el capítulo LVI, apartado LV.3.

XXVII.6.4. *Los tratamientos psicosociales*

El conjunto de medidas de carácter psicosocial tiene una incidencia decisiva sobre la evolución prolongada de la esquizofrenia; incluso se trata tal vez del factor más determinante fuera de la aceptación y la buena respuesta al tratamiento antipsicótico. Estas medidas varían según el país por su aparato legislativo (Bonnet *et, al.,* 2010), su concepción de la rehabilitación (Liberman, 2008), el sitio que cada sociedad concede a las necesidades de alojamiento y de trabajo de las personas a las que se les reconoce alguna discapacidad (Arveiller y Bonnet, 1994). Estos últimos años las empresas de rehabilitación se han beneficiado por la aportación de las técnicas cognitivo-conductuales, además del indispensable acompañamiento personalizado de un equipo tratante que permanece próximo al paciente.

Conclusión

El periodo de acmé de la esquizofrenia, que se sitúa en el curso de los diez a veinte años que siguen al inicio de la enfermedad, es el que solicita la mayor movilización de los medios terapéuticos más variables posibles. Es también en el curso de este periodo cuando los elementos fundamentales del tratamiento deben consolidarse y formar parte de la experiencia del paciente: aceptación de la medicación, establecimiento de relaciones terapéuticas de confianza, mantenimiento de las capacidades cognitivas y orientación del tratamiento dirigido resueltamente hacia la reinserción social, a pesar de los fracasos y los retrocesos. La experiencia muestra que, cuando lo más difícil de la enfermedad ha quedado tras nosotros (y tras el paciente), los esfuerzos realizados en estos diferentes

booksmedicos.org

terrenos, incluso si pudieron dar la impresión de ser ineficaces, aportan más tarde su fruto, el paciente esquizofrénico frecuentemente los recuerda y puede apoyarse en ellos.

BIBLIOGRAFÍA

Arveiller, J.-P., y C. Bonnet (1994), *L'Insertion du malade mental. Une place pour chacun ou chacun à sa place?*, Érès, Tolosa.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Bleuler, E. (1911), *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies,* EPEL-GREC, París, 1993. [*Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Versión española de Juan Carlos Stagnaro, Polemos, Buenos Aires, 2011.]

Bonnet, C., J.-P. Arveiller y F. Laugier (2008), "Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. Législations récentes", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37295-E10, Elsevier Masson, París.

Chaslin, P. (1912), *Éléments de sémiologie et clinique mentales,* Asselin & Houzeau, París. [*Elementos de la semiología y clínica mentales*, tomo I. Versión española de Natalia d' Aquino y Alicia Peyró, Polemos, Buenos Aires, 2010.]

Chiland, C., y P. Béquart (dirs.) (1974), *Traitement au long cours des états psychotiques,* Privat, Tolosa.

Ey, H. (1996), *Schizophrénie, études cliniques et psychopathologiques,* Les Empêcheurs de Penser en Rond, París.

Franck, N. (2014), "Remédiation cognitive dans la schizophrénie", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37820-A55, Elsevier Masson, París.

Franck, N., O. Chambon y M. Marie-Cardine (2008), "Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37295-D50, Elsevier Masson, París.

Gibeault, A., y M. L. Roux (1999), "Finalités et fins des traitements des patients psychotiques", en J. Chambrier, R. Perron y V. Souffir, *Psychoses. Aux frontières de la clinique et de la théorie,* t. II, PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París, pp. 65-74.

Hecker, E. (1871), "L'hébéphrénie. Contribution à la psychiatrie clinique*", Évolution psychiatrique,* 50, 2, 1985, pp. 325-355.

Kahlbaum, K. (1890), "De l'héboïdophrénie", *Revue internationale d'histoire de la psychiatrie,* 2, 1, 1984, pp. 44-65.

Kapsambelis, V. (dir.) (2012), *Le besoin d'asile. Des lieux pour les psychoses*, Éditions Doin, París.

Kapsambelis, V. y D. Ginestet (1996), "Évolution et traitement au long cours des schizophrénies", en D. Ginestet y V. Kapsambelis (dirs.), *Thérapeutique*

booksmedicos.org

médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte, Flammarion, París, cap. 17, pp. 254-280.
Kovess, V., y F. Caroli (dirs.) (1994), *Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques,* Conferencia de consenso, Frison-Roche, París.
Liberman, R. P. (2008), *Recovery from Disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation,* American Psychiatric Publishing, Washington.
Maj, M. (2009), "Santé somatique et soins somatiques des personnes atteintes de schizophrénie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37650-A10, Elsevier Masson, París.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Petitjean, F., y M. Marie-Cardine (dirs.) (2003), *Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques,* Conferencia de consenso, John Libbey Eurotext, París.

booksmedicos.org

XXVIII. EVOLUCIÓN Y FORMAS TERMINALES DE LAS ESQUIZOFRENIAS

VASSILIS KAPSAMBELIS

TRAS HABER visto las características generales de los estados psicóticos (capítulo XXIII), las formas de inicio de la esquizofrenia (capítulo XXVI) y el periodo de estado de esta enfermedad (capítulo XXVII), examinaremos en el presente capítulo la clínica y los reagrupamientos sindrómicos encontrados después de dos a cuatro decenios de evolución de la esquizofrenia. Según su evolución, los pacientes olvidados en este capítulo pueden ya no recibir atención psiquiátrica, pueden ser todavía seguidos en los servicios de psiquiatría de sector o en consultas públicas o privadas; puede uno encontrarlos igualmente en colectividades (casas de reposo, hogares protegidos), a las que se llamará al psiquiatra para atenderlos en un momento de desestabilización de su estado. Una minoría, la más gravemente discapacitada por la enfermedad, vive siempre en asilos y presenta formas sintomáticas activas.

XXVIII.1. SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

Las grandes clasificaciones internacionales toman en cuenta la clínica presentada a lo largo del tiempo en los pacientes esquizofrénicos. La CIE-10 de la OMS (1992) considera las cinco modalidades evolutivas que se mencionan a continuación.

1. Evolución episódica con déficit progresivo. El curso de la enfermedad está marcado por episodios más o menos agudos, a la salida de los cuales el paciente recupera un nivel de funcionamiento psíquico y de relaciones inferior al que mostraba previamente. Estas evoluciones están marcadas, pues, por un elemento de *deterioro progresivo* de las capacidades cognitivas, de la vida emocional, de las habilidades relacionales, profesionales o sociales. Con el aumento de la edad el déficit puede estabilizarse, alrededor de la sexta o séptima década de la vida, dejando al individuo en un estado de deterioro psíquico más o menos grave; en casos mucho más raros el déficit continúa su progreso hasta llegar al cuadro de "demencia" descrito inicialmente por Kraepelin.

2. Evolución episódica con déficit estable. Los episodios fecundos marcan el curso de la enfermedad a todo lo largo de la vida, a veces con una tendencia a la atenuación de la intensidad de los síntomas o un espaciamiento de los episodios. No obstante, tras los primeros episodios, que entrañan una baja del nivel de funcionamiento del sujeto, las

booksmedicos.org

manifestaciones negativas entre dos episodios agudos se estabilizan. Por ejemplo, los inicios de la enfermedad pueden conducir al fracaso de los estudios o a la pérdida de un empleo más exigente, pero si el paciente encuentra posteriormente otro empleo menos calificado, tiene la posibilidad de conservarlo a lo largo del tiempo. Ocurre lo mismo con las amistades o un cierto círculo social, establecidos tras los primeros años de la enfermedad y que serán globalmente preservados a lo largo del tiempo; es decir, que el paciente no conocerá el estrechamiento continuo de su perímetro relacional casi hasta la extinción de toda relación con los demás.

3. Evolución episódica remitente. Esta evolución es semejante a la de una "enfermedad por crisis" con restablecimiento completo entre dos episodios. Se asemeja, pues, a la evolución de ciertas enfermedades maniaco-depresivas, y algunos trabajos han emitido la hipótesis de que los neurolépticos, al actuar rápidamente sobre los episodios agudos, conducen a una "fragmentación" del curso de las esquizofrenias (Deniker *et al.*, 1979). Hemos visto en el apartado XXIII.3.2 la discusión de la diferenciación entre trastornos esquizofrénicos y trastornos de la afectividad. Según esta concepción, la repetición de episodios agudos rápidamente controlados por los neurolépticos y que conducen a periodos subdepresivos bajo el efecto de ese mismo tratamiento, tendría como consecuencia una multiplicación de las formas distímicas de la esquizofrenia, como si el curso de la enfermedad a largo plazo fuera "modelado", de alguna manera, por el tipo de tratamiento disponible. Sin embargo, se observan también evoluciones que no toman este aspecto afectivo y que corresponden claramente a una evolución episódica remitente: pacientes que presentan regularmente episodios de ideas paranoides con actividad alucinatoria de carácter amenazante, que han aprendido a reaccionar inmediatamente a esta situación reconocida como "recaída" (aumento de la posología de los neurolépticos, consulta de urgencia), y que recuperan muy rápidamente su nivel de funcionamiento habitual (trabajo, a veces vida familiar) sin perturbación para su inserción a largo plazo.

4. Remisión incompleta. En este caso el paciente presenta algunos episodios al principio de la enfermedad, por ejemplo, en el curso de los cinco o 10 primeros años, los cuales provocan un cierto número de pérdidas en el ámbito de la inserción relacional social o profesional, así como una desconfianza durable en los contactos sociales: persistencia de una cierta *paranoidia* en las relaciones con los demás, así como un cierto retraimiento en relación con el entorno. No obstante, ya no hay nuevos episodios agudos o subagudos; el tratamiento neuroléptico, si se mantiene, puede requerir de posologías bajas a largo plazo, que frecuentemente el propio paciente modula. De esta manera, si se puede considerar que la trayectoria de la vida del individuo fue afectada por la declaración de la enfermedad en el curso de la tercera década de su vida, esta influencia parece ahora confundirse con un tipo de personalidad, o un modo y un estilo de vida que no corresponden ya a los criterios de una enfermedad todavía activa y evolutiva.

5. Remisión completa. Estas evoluciones son semejantes a las precedentes salvo porque nada, en la vida actual del individuo, parece poder imputarse a la patología pasada. Aquí la pregunta que se plantea frecuentemente *a posteriori* es la de la validez

booksmedicos.org

del diagnóstico inicial: finalmente, ¿este paciente era "verdaderamente" esquizofrénico? No obstante, hay que tener en mente que en ausencia de signos paraclínicos, la esquizofrenia se define por un cierto número de criterios clínicos (acompañados de una noción de duración en el tiempo), tanto, que si éstos han sido cuidadosamente recolectados el diagnóstico no es discutible. Estas evoluciones plantean evidentemente el problema de las fronteras de la esquizofrenia con otras patologías (por ejemplo los estados limítrofes), o incluso la influencia de los productos tóxicos (por ejemplo la cannabis) ingeridos largo tiempo a partir de la adolescencia: no es raro encontrar individuos que han atravesado un periodo de auténticos trastornos esquizofrénicos, muy frecuentemente acompañados del consumo de tóxicos, entre el final de la adolescencia y la mitad de la tercera década de la vida, y quienes, al aproximarse a la treintena, no presentan otros elementos clínicos que aquellos relativos a las consecuencias de las "ocasiones fallidas" a causa de la enfermedad, es decir, las consecuencias de todo aquello que no pudieron hacer como habrían podido en el momento en el que debieron hacerlo (por ejemplo, estudios, formación profesional, red social).

XXVIII.2. Los estudios de evolución a largo plazo

Existe actualmente una rica bibliografía relativa a la evolución a largo plazo de los pacientes esquizofrénicos, a pesar de las múltiples dificultades metodológicas de este tipo de investigaciones (las adecuaciones de las clasificaciones hacen problemática la utilización de diagnósticos planteados 30 o 40 años antes: hay dificultad para encontrar a los pacientes tras un lapso prolongado de tiempo).

XXVIII.2.1. *Los estudios epidemiológicos*

Los primeros estudios de este tipo fueron realizados por el hijo de Bleuler, Manfred (Bleuler, 1972), en el mismo hospital, el Burghölzli de Zúrich, donde su padre había inventado la esquizofrenia. Según esta encuesta, 53% de los pacientes presentaban, al cabo de 23 años de evolución, una remisión total o una mejoría clínica significativa, y 46% presentaban poca o ninguna disfunción social. En el estudio de Ciompi y Muller (1980) en Lausana, que comprendió a esquizofrénicos con una edad promedio de 75 años en el momento de la encuesta, 27% se encontraban restablecidos en el plano conductual, ocupacional y social; 22% presentaban ligeras disfunciones en esos tres registros; 24% presentaban una evolución moderadamente grave, 18% una evolución severa y 9% fueron considerados inciertos. Los estudios estadunidenses, realizados en general sobre periodos más largos, confirmaron globalmente estos resultados (Simonnot *et al.,* 2007). El gran estudio de la Organización Mundial de la Salud (Harrison *et al.,* 2001), entre 1975 y 1990, dio resultados bastante semejantes. Resumiendo el conjunto de estos datos, se puede considerar que:

booksmedicos.org

- de un cuarto a un tercio de los esquizofrénicos presentan una evolución muy favorable, que puede llegar hasta la remisión completa al cabo de 20 a 40 años de evolución;
- aproximadamente la mitad de los esquizofrénicos presentan una mejoría parcial que incluye una atenuación sin desaparición de la sintomatología o una alteración variable de las habilidades cognitivas, relacionales y socioprofesionales;
- de un cuarto a un tercio de los esquizofrénicos sólo presentan una mejoría muy modesta y precaria, una estabilización poco satisfactoria, incluso un agravamiento, y necesita un importante acompañamiento intra o extrahospitalario de largo plazo (Chiland y Béquart, 1974). Algunos de estos esquizofrénicos (alrededor de 5 a 10% del total) evolucionarán hacia un estado que no deja de recordar las evoluciones demenciales descritas por Kraepelin (véase el caso clínico XXIX.4.1). Necesitan estancias prolongadas en medio protegido y plantean el problema de las formas "resistentes" de la esquizofrenia (Vannelle y Brochier, 1994).

XXVIII.2.2. *Los criterios de remisión*

Las dificultades epidemiológicas para evaluar la evolución a largo plazo de las esquizofrenias han conducido a enfoques dimensionales: la cuestión ya no es evaluar globalmente el destino de los pacientes esquizofrénicos, sino descubrir un cierto número de dimensiones que pueden ir de la clínica neuropsicológica (por ejemplo, la discapacidad como trastorno sustentado por mecanismos neurocognitivos precisos) hasta la inserción socioprofesional. Se han estudiado varios criterios de registros diferentes, por ejemplo, la disminución de las ideas delirantes, el grado de conciencia del trastorno (nosognosia) y el tiempo pasado sin hospitalización. De esta manera, un grupo de trabajo surgido de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana ha trabajado sobre una definición consensual de los "criterios de remisión" (Andreasen *et al.,* 2005). Ha propuesto tomar en consideración: *a)* una dimensión sintomática, *b)* una dimensión funcional (actividades cotidianas, relaciones sociales, empleo, calidad de vida) y *c)* una dimensión cognitiva. La dimensión sintomática incluye tres grupos: *a)* el "psicotismo" (ideas delirantes y alucinaciones), *b)* la desorganización (lenguaje, trastornos del pensamiento, conducta extraña) y *c)* los síntomas negativos (embotamiento afectivo, falta de volición y apatía, anhedonia, alogia).

XXVIII.3. Clínica de las formas terminales

Dada la extrema variabilidad de la evolución a largo término de las esquizofrenias, sería imposible describir una clínica homogénea de sus formas terminales. Presentaremos, pues, aquí una mezcla de cuadros clínicos y de dimensiones psicopatológicas. Recordemos que un número no desdeñable de pacientes (6 a 10% según los estudios)

booksmedicos.org

morirán por suicidio, y que la mortalidad no suicida de estos pacientes es netamente superior a la de la población general debido a la negligencia de los cuidados somáticos y a su mala higiene de vida.

XXVIII.3.1. *Las evoluciones de fuerte deterioro*

Aunque sólo representan de 5 a 10% del conjunto de las esquizofrenias, los pacientes que sufren estas evoluciones necesitan una atención particular, por una parte porque requieren un esfuerzo terapéutico sostenido a pesar de los numerosos años de tratamiento, y por otra porque su situación, en el contexto actual, se ha vuelto frágil por la disminución drástica del número de camas de hospitalización (Kapsambelis, 2012).

En el plano clínico se caracterizan por la gravedad y la persistencia de la patología inicial. La sintomatología se traduce constantemente en las relaciones con el ambiente, en particular el agravamiento de la destructividad, que prohíbe toda vida "en el exterior"; se trata de una destructividad pasiva (negligencia, olvidos, indiferencia) que puede achacarse a los múltiples déficits, pero también una destructividad "activa" (ruptura de objetos usuales, ruptura de la comunicación, conductas auto y heteroagresivas…). La sintomatología productiva permanece activa en parte (paranoidia), en tanto que persiste la desorganización (especialmente del pensamiento). Existen pocos apoyos para la autonomía en el exterior del hospital, ya sea porque estos pacientes se encuentran en situaciones llamadas "simbióticas" con su familia, ya sea porque la enfermedad se inició demasiado tempranamente como para que la persona haya tenido el tiempo de comenzar a construir su vida adulta, y en todos los casos a causa de la gravedad de la sintomatología. La respuesta a los diferentes tratamientos, incluidos los medicamentosos, se muestra siempre mediocre: eficacia relativa sobre los síntomas no específicos (agitación, impulsividad…), al precio de posologías a veces invalidantes, e ineficacia sobre los síntomas más típicamente esquizofrénicos.

XXVIII.3.2. *Devenir de la clínica psicótica*

Sólo nos interesaremos aquí en aproximadamente el tercio de pacientes esquizofrénicos que obtienen una mejoría muy reducida; su clínica permanece, tras treinta o 40 años de evolución, bastante semejante a la del periodo de acmé, tal como fue descrita en el capítulo XXVII. Por el contrario, los dos tercios de pacientes esquizofrénicos que evolucionan de manera favorable, desde una mejoría modesta a una remisión total, presentan ciertas transformaciones sintomáticas que podemos describir a partir de la clínica básica del periodo de acmé (apartado XXVII.3.2).

—La *xenopatía* (ideas paranoides, síndrome de referencia, síndrome de influencia,

booksmedicos.org

actividad alucinatoria) se reduce considerablemente. En cuanto concerniente a una cierta relación con los demás, se fundirá dentro de otras modalidades de relación. De esta manera, algunos pacientes vivirán reduciendo considerablemente su perímetro relacional, llevando existencias semejantes a las de una personalidad esquizoide. Otros, por el contrario, desarrollarán reorganizaciones del carácter como las descritas en el apartado XXXIV.3. Las relaciones con los demás estarán teñidas, pues, de una cierta brusquedad, de una cierta exigencia o tiranía, de un *dominio* que no deja de evocar las conductas perversas en el sentido más amplio del término (Roux, 1991), es decir, en el sentido de una tendencia a "utilizar" a los otros según sus propias necesidades y deseos, teniendo muy poco en cuenta su alteridad. Pueden persistir a todo lo largo de la vida una actividad alucinatoria esporádica y una tendencia interpretativa; el individuo aprende a tomar distancia en relación con estas manifestaciones y a no prestarles atención de manera destructora para él y para su prójimo.

—La *desorganización* (disociación, ambivalencia, discordancia) es el conjunto sindrómico que mejora más con el avance de la edad y los tratamientos antipsicóticos, particularmente eficaces para un efecto de "reorganización psíquica" (Kapsambelis, 2003). Después de los 40 años pocos pacientes esquizofrénicos permaneces disociados y desorganizados de manera pronunciada, y las evoluciones observadas son las que hemos descrito precedentemente (apartado XXVIII.1, así como en el apartado XXIII.3.2, donde hemos abordado la diferencia entre esquizofrenias y psicosis crónicas sistematizadas. De esta manera, y bajo el efecto "psicorreorganizador" del tratamiento y de las medicaciones, una esquizofrenia de la edad juvenil puede evolucionar hacia un trastorno bipolar bastante típico, hacia una psicosis alucinatoria crónica o incluso hacia una paranoia. Tenemos, pues, aquí, persistencia de la sintomatología con atenuación o desaparición del factor "desorganización". Observemos el desarrollo relativamente frecuente de una sintomatología obsesivo-compulsiva que pareciera sustituir a la desorganización inicial y que a veces puede volverse bastante invalidante.

—El *retraimiento* y el *negativismo* persisten de manera más o menos discreta. Varios pacientes esquizofrénicos, sintomáticos en el sentido de los síntomas más notorios, llevan existencias solitarias, evitan los contactos con los demás y parecen listos para desarrollar ideas paranoides cuando las solicitudes relacionales se tornan más insistentes. No obstante, aunque este "núcleo autístico" (en el sentido de Bleuler) persiste, estos pacientes no son insensibles a la relación con los demás, a condición de que ésta esté condicionada según sus particularidades. Así, si los pacientes esquizofrénicos "estabilizados" por largo tiempo parecen aprovechar poco la vida social común (por ejemplo, los dispositivos de ocio organizados por la municipalidad), son capaces de integrarse a los *grupos de ayuda mutua* que se han desarrollado estos últimos años y obtienen un claro placer en participar en las actividades propuestas.

—La *regresión* mejora en sus formas más notorias descritas en el apartado XXVII.3.2,

booksmedicos.org

pero que de todas maneras se han vuelto muy raras actualmente. Por el contrario, las formas de regresión persisten en la esfera oral, por ejemplo, el tabaquismo de gran amplitud y la polifagia, favorecidas más o menos por los tratamientos neurolépticos; se observan en ocasiones conductas de polidipsia. El alcoholismo es igualmente muy frecuente, del mismo modo que el consumo de otros tóxicos, como la cannabis.

XXVIII.4. Casos clínicos

XXVIII.4.1. *Una evolución "catastrófica"*

El señor D., de 57 años de edad, fue aceptado desde hace algunos años en un servicio de estancia tipo hogar establecido en el interior de su hospital psiquiátrico de sector, tras haber permanecido sin interrupción en ese mismo hospital durante una veintena de años. Su patología comenzó hacia la edad de 17 años con un delirio paranoide de instalación progresiva (sentimiento de hostilidad por parte del entorno escolar y familiar, actividad alucinatoria de carácter injurioso), asociado a una desorganización del pensamiento y del lenguaje, hasta volverse totalmente incomprensibles por momentos. Las terapias siempre fueron muy difíciles: los neurolépticos de la primera generación utilizados en esa época (haldol), y después los que siguieron (risperdal y más tarde leponex), fueron poco activos sobre la desorganización del pensamiento, la actividad alucinatoria y la agresividad impulsiva, aportando sólo una atenuación de la sintomatología, la que no obstante permaneció incompatible con la vida en el exterior del hospital. El paciente ha tenido numerosos internamientos hospitalarios entre los 17 y los 30 años, entrecortados con retornos al domicilio y un seguimiento cotidiano en el hospital de día. A pesar de estos esfuerzos el estado clínico permanece severo y la situación familiar, explosiva. A la edad de 32 años, a consecuencias de un vivo altercado, el paciente hirió gravemente a su padre con un arma blanca. Estuvo internado mucho tiempo en una unidad para enfermos difíciles antes de ser readmitido a su hospital de sector. La cuestión del retorno al domicilio ya no se plantea y se establecieron dos proyectos de egreso hacia un hogar psiquiátrico, los que fracasaron frente a la gravedad de la desorganización del paciente y la impulsividad de sus trastornos de conducta agresiva. D. permaneció, pues, en el hospital hasta el momento en el que se benefició con ese traslado a la unidad de media estancia creada en el interior mismo del hospital, donde logró adaptarse a su manera, a pesar de la ampliación de su perímetro de autonomía que implica este internamiento. D. asiste voluntariamente a las entrevistas, en las que los intercambios son difícilmente comprensibles debido a sus rupturas asociativas, a la actividad alucinatoria acústico-verbal y a los desbordamientos delirantes ("Ayer comí con el presidente de la República… ¿Y usted, se encuentra bien? Yo soy el doctor Lacan. ¿Cuándo regreso a mi casa? Tengo una mujer e hijos"). Los enfermeros sufren para mantener a D. en un estado de relativa limpieza: su ropa, aunque lavada regularmente, da una impresión de total incuria algunas horas solamente después de ponérsela; los zapatos no tienen agujetas, las camisas están destrozadas bajo el suéter, la higiene corporal necesita largas negociaciones. Por el contrario, los gestos heteroagresivos impulsivos casi han desaparecido, y el paciente parece tomar cierto gusto en participar en las actividades institucionales propuestas (grupos de escucha musical, egresos para caminatas a pie). No obstante permanece muy poco autónomo y los enfermeros deben administrar su consumo de cigarrillos de manera cotidiana (si se le confía su paquete puede fumárselo en dos

booksmedicos.org

horas), y debe ser acompañado en sus salidas para la compra de ropa y artículos usuales, etc., pues no tiene ningún sentido del valor del dinero.

XXVIII.4.2. *Una evolución de relativa estabilización*

El señor P. es un hombre de 54 años, soltero, sin hijos, que trabaja como empleado de la alcaldía desde hace 27 años. Sufrió su primera hospitalización a la edad de 18 por una *bouffée délirante* que se mostró resistente a los tratamientos neurolépticos usuales y requirió un internamiento hospitalario de varios meses. Las observaciones clínicas evocaban un estado de manía atípica que cedió muy lentamente con los neurolépticos para dejar el lugar a una desorganización durable del pensamiento y del discurso, así como a un sentimiento de inseguridad frente a los demás: el paciente describía la impresión de que su pensamiento era tal vez "captado" por las personas que lo rodeaban, incluso los desconocidos, que él mismo estaba como "conectado" con ellos o incluso que la gente hacía frecuentemente comentarios sobre él "a sus espaldas". Egresó del hospital suficientemente mejorado como para permitir de manera confiada una consulta regular y realizar algunas tentativas de retomar sus estudios. Habiendo fracasado en dos ocasiones en el bachillerato, cuando era un buen alumno antes de su episodio se resolvió a presentar su candidatura a su empleo actual, que describe como aburrido; no obstante, se ha beneficiado de un entorno profesional que lo sostiene y lo protege. Su recorrido está sembrado por otras seis hospitalizaciones, frecuentemente durante el verano, con estados clínicos que han sido calificados como paranoides y esquizo-maniacos. En cada ocasión la desorganización ha sido muy importante ("Todo cambiaba a mi alrededor… estaba en un mundo paralelo"), seguida de trastornos de la conducta (vagabundeo, riñas en la vía pública).

Fuera de estos episodios el señor P. lleva una existencia muy restringida y ritualizada: vive en un pequeño departamento que mantiene muy bien en el plano de la limpieza, pero a condición de que los objetos se encuentren exactamente en el lugar que ocupan desde hace varios años, y en el cual no recibe nunca a nadie, incluso a los miembros de su familia; no tiene amigos, nunca sale fuera de su trabajo, no toma vacaciones y utiliza su tiempo libre en leer, generalmente las mismas novelas desde su adolescencia; desde hace algunos años ha desarrollado una cierta apetencia por los juegos de aventura en línea, en internet, y cuenta con cierta fascinación que juega con personas que viven a veces en países muy lejanos "sin saber nada de ellos ni ellos de mí". Su tratamiento es a base de litio y de olanzapina (20 mg/día). Afirma que los toma sin fallar, incluso hasta la víspera de sus episodios agudos, lo que pudo verificarse por lo menos en una ocasión (litemia inmediatamente después de su admisión). Desde hace algunos años los episodios parecen haberse espaciado y sólo ha presentado dos después de los 40 años.

XXVIII.4.3. *Una evolución favorable*

Aurora L. es una mujer de 52 años, casada, que tiene dos hijos de 16 y 13 años y que trabaja en una gran compañía de seguros desde hace 20 años.

Sus trastornos se remontan al final de la adolescencia: hacia la edad de 17 años se retiró

booksmedicos.org

progresivamente en su habitación, interrumpió su escolaridad, no respondía a las preguntas e inquietudes de sus padres, no tenía actividad aparente, hasta el momento en el que, algunos meses más tarde, un episodio agudo (se tornó bruscamente muy agresiva frente a su padre, acusándolo de frases de carácter sexual dirigidos a ella y de violación) requirió la intervención de los bomberos y su internamiento en su hospital de sector. El tratamiento a base de neurolépticos y de tranquilizantes aportó una mejoría de bastante buena calidad y la paciente egresó rápidamente para reiniciar sus estudios, al mismo tiempo que fue seguida regularmente en el centro médico psicológico. Se instauraron igualmente entrevistas familiares. No obstante, los estudios resultaron mal. Aurora atribuyó a los neurolépticos sus dificultades de concentración y su sentimiento de falta de motivación; el psiquiatra intentó disminuir progresivamente las posologías, pero al mismo tiempo las relaciones con los padres, y especialmente con el padre, se volvieron tensas, teñidas de una dificultad inexplicable que no se corresponde con su benévola personalidad habitual, marcada a veces con palabras brutales, extrañas, fuera de contexto, que desconciertan el entorno familiar.

Dos años más tarde Aurora fracasa en el bachillerato, interrumpe todo tratamiento y realiza una fuga de varios días; fue rehospitalizada algunos días más tarde, desnutrida y confundida, en un estado de completa desorganización, asociada a una intensa actividad alucinatoria y delirante de carácter persecutorio. Este segundo internamiento duró varios meses y necesitó una importante movilización del equipo médico y terapéutico (entrevistas médicas y de enfermería varias veces por semana, actividades de ergoterapia, participación en grupos…). Finalmente, el equipo formuló la hipótesis de que no era posible para Aurora renunciar a los estudios y que era, pues, necesario sostenerla dentro de lo posible en esta dirección, a falta de lo cual no podría establecerse ninguna alianza terapéutica. Se preparó entonces un expediente para una clínica de la Fundación Salud de los Estudiantes de Francia, que acoge a jóvenes que desean proseguir sus estudios y que presentan dificultades psiquiátricas.

Aurora permaneció tres años en este establecimiento, conservando su consulta y a su psiquiatra de sector. Obtuvo inicialmente su bachillerato, lo que fue marcado por un breve episodio delirante que, por primera vez, fue de tonalidad más bien megalomaniaca que persecutoria, y después obtuvo un diploma de estudios universitarios generales en administración. Encontró igualmente a un joven hospitalizado por una neurosis obsesiva, y la relación amorosa que se estableció los condujo a instalarse juntos a su salida del hospital; Aurora tenía entonces 24 años y su compañero 25. Ambos jóvenes prosiguieron sus estudios gracias a la ayuda de sus padres, completada por una pensión de adultos con discapacidad, y entraron en la vida activa poco antes de los 30 años. Los dos asisten a una consulta psiquiátrica regular y a una psicoterapia psicoanalítica en el sector privado. Aurora tenía entonces un tratamiento a base de amisulpiride (600 mg/día). Obtuvo su empleo actual hacia la edad de 30 años.

Al nacimiento de su primer hijo, Aurora presentó un grave episodio de desorganización semejante al de 10 años atrás y fue hospitalizada. No obstante, egresó del hospital al cabo de tres meses, aparentemente bien restablecida y recuperó a su familia y su trabajo. Este episodio sería el último de su recorrido, por lo menos hasta el día de hoy. Atravesó su segundo embarazo sin problema particular; su compañero permanece con una gran solidez, muy presente en la educación de los hijos, con mucha paciencia y apoyo hacia ella, a pesar de que Aurora, frecuentemente más atrasada, puede mostrarse demasiado brusca e incluso tiránica con él. Por lo demás, ella prosigue todavía su psicoterapia, y su tratamiento medicamentoso es de 50 a 100 miligramos de amisulpiride por día. Ella dice que “habrá que parar un día, ahora que estoy totalmente curada”, pero al final de cada consulta con su psiquiatra, actualmente semestral, solicita la renovación de su receta: “Nunca se sabe…”.

booksmedicos.org

Los diferentes enfoques psicopatológicos de la esquizofrenia han sido expuestos en el apartado XXIV.5.

XXVIII.6. Terapéutica

La variedad de situaciones encontradas no permite presentar las medidas terapéuticas de manera homogénea. No obstante, y si se excluye esa parte de pacientes esquizofrénicos (aproximadamente un tercio) que necesitan siempre varios decenios, tras el principio de sus trastornos, de tratamientos muy semejantes a los del periodo de acmé de la enfermedad, se pueden describir algunas tendencias generales:

El *tratamiento medicamentoso* se prolonga frecuentemente durante largos años, a veces toda la vida. Con frecuencia las posologías son bastante menores y la monoterapia debe ser la regla. La utilización de *neurolépticos de acción prolongada* puede constituir una modalidad de tratamiento que integra a éste dentro de una continuidad, sin que su ingestión señale cotidianamente al paciente el sentimiento de estar "siempre enfermo".

Los *tratamientos institucionales* pueden adoptar varias formas: hospital de día para las formas clínicas más activas, pero también centros de recepción terapéutica de tiempo parcial, incluso formas todavía más distantes (por ejemplo, participación en grupos en el ámbito del centro médico psicológico o en actividades organizadas más o menos bajo la égida del equipo de sector).

El *acompañamiento psicosocial* es fundamental. Puede variar desde una visita a domicilio del terapeuta o de los auxiliares, hasta una tutoría más residencial (hogares de acogida especializados, casas de reposo). La ayuda para el trabajo, las medidas de protección de los bienes (tutela, curatela), los grupos de ayuda mutua, complementan el dispositivo. En este punto todavía falta mucho por hacer. No obstante, el sistema de salud pública francés sigue siendo uno de los más favorables para el seguimiento a largo plazo de los pacientes esquizofrénicos. Andreasen *et al.* (2005) hacían notar la importancia de las medidas de acompañamiento psicosocial de los pacientes esquizofrénicos, subrayando que "la oferta de este tipo de sostén en los Estados Unidos varía mucho de una localidad a otra, y las intervenciones en los planos social y profesional rara vez se aplican conforme a una evolución clínica óptima".

Finalmente, la *atención somática* de los pacientes esquizofrénicos sigue siendo un reto de seguimiento a largo plazo, teniendo en cuenta la importancia de su tasa de mortalidad no suicida. Su propia resistencia a la *atención corporal,* en todas sus dimensiones, no facilita la situación, pero la experiencia muestra que es posible, especialmente dentro del marco de la psiquiatría de sector, establecer colaboraciones estrechas con la medicina general alrededor de este objetivo.

Conclusión

booksmedicos.org

Hace más de un siglo Kraepelin definía el campo de las esquizofrenias actuales por su terminación final en un estado demencial. Los tratamientos medicamentosos, los enfoques psicológicos y sociales cada vez más finos, y una reforma completa del universo asistencial han modificado considerablemente este pronóstico. Se sabe actualmente que una esquizofrenia necesita lo más frecuentemente un trabajo de equipo pluridisciplinario, que movilice medios terapéuticos muy variados, y suficientemente sólido y paciente para hacer frente a los diez a veinte primeros años de la evolución, que son los más difíciles. La calidad de los resultados obtenidos en el curso de este periodo determina de manera decisiva las formas terminales de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Andreasen, N. C., W. T. Carpenter Jr., J. M. Kane, R. A. Lasser, S. R. Marder y D. R. Weinberger (2005), "Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus", *American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 441-449.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Bleuler, M. (1972), *The Schizophrenic Disorders: Long-Term Patient and Family Studies*, Yale University Press, New Haven, 1978.

Chiland, C. ,y P. Béquart (dirs.) (1974), *Traitements au long cours des états psychotiques*, Privat, Tolosa.

Ciompi, L. (1980), "Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics", *Schizophrenia Bulletin*, 6, pp. 606-618.

Deniker, P., L. Colonna, M., L. Cottereau, A. Féline, D. Ginestet, T. Lemperière, H. Lôo y E. Zarifian (1979), P*sychiatrie d'aujourd'hui. Sur les formes modernes de la pathologie mentale*, Congreso Mundial de Psiquiatría (6ª sesión, Honolulú, 1977), Perceval (para el laboratorio Ciba-Geigy), París.

Harrison, G., K. Hopper, T. Craig, E. Laska, C. Siegel, J. Wanderling *et al.* (2001), "Recovery from psychotic illness: a 156 and 25-year international follow-up study", *British Journal of Psychiatry*, 178, pp. 506-517.

Kapsambelis, V. (2003), "Les neuroleptiques entre délire et psychose. À propos des effets cliniques des neuroleptiques", *Psychiatrie française*, 34, 1, pp. 53-64.

Kapsambelis, V. (dir.) (2011), *Besoin d'asile. Les lieux des psychoses chroniques*, Éditions Doin, París.

Kovess, V., y F. Caroli (dirs.) (1994), *Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques*, Conferencia de consenso, Frison-Roche, París.

Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el*

booksmedicos.org

diagnóstico. Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Roux, M., L. (1991), "La psychothérapie psychanalytique des schizophrènes", en M. Reynaud (dir.), *Le Traitement des schizophrènes*, Frison-Roche, París, pp. 115-127.
Simonnot, A. L., N. Gluck-Vanlaer, K. Abe, A. S. Caillat y P. Auby (2007), "Actualité des données sur les modalités évolutives de la schizophrénie", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie*, 37282-A10, Elsevier Masson, París.
Vanelle, J.-M., y T. Brochier (1994), *Les Schizophrénies résistantes. Aspects cliniques et thérapeutiques,* informe al Congreso de Psiquiatría y de Neurología de la Lengua Francesa (92ª sesión, Tolosa, 1994), Masson, París.

booksmedicos.org

XXIX. PARANOIAS Y OTRAS PSICOSIS CRÓNICAS SISTEMATIZADAS

VASSILIS KAPSAMBELIS

EL GRUPO de las psicosis delirantes crónicas sistematizadas se construyó progresivamente en el curso del siglo XIX con los trabajos de descripción y clasificación de los alienistas franceses y alemanes. Reúne a pacientes que desarrollan una actividad delirante que evoluciona a largo plazo, acompañada o no de una actividad alucinatoria relativa al tema principal del delirio, conservando la cohesión de su personalidad y una inserción familiar y socioprofesional variable según los casos, pero generalmente superior a la observada en el grupo de las esquizofrenias. Así como algunos pacientes esquizofrénicos pueden dar una impresión de desvitalización o de una existencia psíquica y de relación gravemente dislocada y opaca debido al proceso patológico, los pacientes de este grupo representan más bien formas de existencia dominadas por un cierto número de ideas mantenidas y defendidas con pasión.

XXIX.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXIX.1.1. *Historial y terminología*

Hemos visto en el apartado XXIII.1.1 la separación progresiva de la noción de psicosis tal como la concebimos actualmente, así como el sentido de los términos *paranoia* y *parafrenia* que encontraremos en el presente capítulo.

El grupo de las psicosis delirantes crónicas sistematizadas comenzó a constituirse a partir de la segunda mitad del siglo XIX en la forma de descripciones aisladas de tal o cual cuadro clínico con tendencia a convertirse en "entidad" de manera completa. Esta evolución marcó la segunda etapa de la constitución del saber psiquiátrico según Lantéri-Laura (1991): tras una primera etapa, marcada especialmente por Pinel, en la que el término *alienación* reagrupaba la totalidad de los trastornos mentales, este periodo se caracterizó por un trabajo de diferenciación de las distintas enfermedades mentales. La noción de delirio crónico provino de manera progresiva a partir del concepto de *monomanía* introducido por Étienne Esquirol (1838), quien describió varias de sus formas (monomanías intelectual, afectiva, razonante, instintiva, erótica, de ebriedad,

booksmedicos.org

incendiaria, homicida), algunas de las cuales constituyeron posteriormente las obsesiones y las fobias, en tanto que otras dieron origen a los futuros delirios crónicos sistematizados. Jean-Pierre Falret (1864) aportó un elemento decisivo a la distinción entre ambos grupos, poniendo el acento en el hecho de que el paciente que delira no tiene *conciencia de su estado:* "Los errores más gruesos de los sentidos y de la mente son mucho menos característicos del delirio que la falta de conciencia de los extravíos, cuya evidencia sorprende a los menos clarividentes. Ni las alucinaciones más estrambóticas, ni los extravíos de imaginación más extraños constituyen el delirio si el sujeto que los experimenta es, no obstante, capaz de rectificar sus sensaciones ilusorias y sus fantásticas concepciones".

A partir de la segunda mitad del siglo XIX la psiquiatría francesa precisó progresivamente los contornos de un conjunto de afecciones delirantes (en el sentido de Falret), que se desarrolló siguiendo un cierto número de fases o periodos y cuyos temas podían ser variables, utilizando cada paciente sólo un tema: delirio de persecución de Legrand du Saulle (1871), delirio de grandeza de Foville (1871), delirio de negaciones de Cotard (1882), delirio de celos de Bombarda (1896) (Lantéri-Laura *et al.,* 1985; Lantéri-Laura y Tevissen, 1996). A finales del siglo XIX los trabajos de Magnan y Sérieux describieron los *delirios crónicos de evolución sistemática*, poniendo ellos también el acento en el carácter previsible de la evolución una vez planteado el diagnóstico, en la medida en la que la enfermedad va a seguir de manera "sistemática" las diferentes fases de su evolución.

Hasta finales del siglo XIX, con los trabajos de Kraepelin, las escuelas francesa y alemana tuvieron un desarrollo bastante paralelo. De esta manera, los autores alemanes, que fueron los primeros en introducir el término de paranoia utilizado por Hipócrates, dieron este nombre a un delirio sistematizado caracterizado por su coherencia interna y su lógica (Krafft-Ebing, 1879); después separaron, gracias a los trabajos realizados por Mendel entre 1881 y 1883, una "paranoia combinatoria", que conserva la integridad de la inteligencia. Westphal nombró "paranoia abortiva" a los trastornos delirantes que, tras una evolución de algunos meses o años, sin otros trastornos de la conciencia o desorganización más general de la personalidad, se corrigen de manera completa (Lantéri-Laura y Tevissen, 1996); esta concepción fue compartida por Kraepelin, quien consideró ciertos delirios paranoicos como "psicógenos", trastornos psicológicos reactivos que no entraban dentro de su concepción de la demencia precoz.

Los dos primeros decenios del siglo XX estuvieron marcados por la separación entre la escuela francesa y la escuela alemana. Kraepelin, con la *demencia precoz,* y después Bleuler con la *esquizofrenia,* crearon conjuntos más amplios dentro de los cuales pudieron encontrar su lugar la gran mayoría de las manifestaciones alucinatorias y delirantes que evolucionan de manera crónica. Por este hecho, la diferencia entre *paranoide* y *paranoico,* propia de la clínica diferencial de las psicosis crónicas en Francia, que separa a las esquizofrenias de los delirios crónicos sistematizados, nunca fue adoptada por la psiquiatría de lengua inglesa, la que, heredera sobre todo de la psiquiatría alemana, utiliza un solo término, *paranoid,* para ambas significaciones. Es esta

booksmedicos.org

concepción la que domina actualmente en las clasificaciones internacionales, aunque con matices que examinaremos más adelante. Señalemos, sin embargo, que Kraepelin, al igual que Bleuler, siempre conservó un lugar, aunque modesto, para los delirios crónicos sistematizados que la psiquiatría alemana llamaba "paranoia" al lado de la demencia precoz. Asi mismo, Kraepelin fue sensible a la crítica de su concepción de la terminación demencial común y admitió, a partir de 1915, que algunos pacientes paranoides no evolucionaban hacia la demencia, sino hacia la elaboración de amplios sistemas delirantes; para estas formas propuso el nombre de *parafrenia* (Kraepelin, 1912).

Como quiera que sea, la psiquiatría francesa, bajo el impulso de Henri Ey (2010), mantuvo no solamente la separación entre esquizofrenias y psicosis crónicas sistematizadas, sino que sobre todo ha otorgado a estas últimas un sitio más amplio que en las clasificaciones surgidas a partir de los trabajos de Kraepelin —o, para ser más precisos, otorga un lugar menos amplio a la esquizofrenia, puesto que hace de la desorganización (de la *disociación* en el sentido de Bleuler y de la discordancia) un elemento prácticamente patognomónico de esta enfermedad (véase el cuadro XXIII.1). La obra de 1909 de Sérieux y Capgras, *Les Folies raisonnantes. Les délires d'interprétation (Las locuras razonantes. Los delirios de interpretación),* ofrece el ejemplo más típico de la descripción francesa de una paranoia sin "demencia", es decir, sin elementos esquizofrénicos, a saber, una afección que conserva las capacidades de razonamiento, que procede por interpretación más que por alucinaciones, y que guarda su coherencia y también su combatividad a todo lo largo de la evolución. Esta concepción introduce la noción de un desarrollo del delirio "en red": las interpretaciones delirantes se extienden progresivamente hasta que todo adquiere un sentido hostil o amenazante. Poco tiempo después, en 1911, Ballet describió la *psicosis alucinatoria crónica,* que se convertiría en el prototipo de una psicosis crónica sistematizada, simétrica al delirio de interpretación, pero caracterizada por una actividad alucinatoria. Otras tres entidades vendrían a unirse a este grupo de psicosis crónicas sistematizadas de la escuela francesa: las *psicosis pasionales* de Gaëtan de Clérambault (1942), formas de delirios monotemáticos que constituyen los delirios de reivindicación, el delirio de celos y la erotomanía, en los cuales es la dimensión pasional la que domina el cuadro clínico y no el tipo de personalidad premórbida, es decir, la personalidad paranoica. Clérambault señaló igualmente la existencia de formas "mixtas", que procedían en grados variables de una estructura de personalidad (la paranoica), de una movilización pasional y de un tercer elemento clínico, el automatismo mental, que sería colocado más bien con posterioridad entre las manifestaciones esquizofrénicas.

XXIX.1.2. *Situación nosográfica*

La forma clásica de la clasificación de las psicosis crónicas sistematizadas según la nosografía francesa aparece en el cuadro XXIX.1. Por lo demás, el cuadro XXIII.1 da una visión del diagnóstico diferencial entre el grupo de las esquizofrenias y el de las psicosis

booksmedicos.org

crónicas sistematizadas según la escuela empírica francesa.

La CIE-10 (1992) propone la categoría *Trastornos delirantes persistentes* dentro del capítulo que reagrupa los trastornos psicóticos. Estos trastornos se caracterizan por una idea delirante única que puede persistir toda la vida y que tiene un solo tema: persecución, hipocondría, grandeza, reivindicación, celos… Los criterios diagnósticos precisan que el trastorno aparece habitualmente en la edad media de la vida que se acompaña frecuentemente de síntomas depresivos; que no debe acompañarse de alucinaciones persistentes o de otras manifestaciones típicas de la esquizofrenia (síndrome de influencia, embotamiento afectivo), y que está caracterizado por la conservación de la calidad de los afectos y del discurso, así como de la coherencia de las conductas.

Tanto la cuarta como la quinta edición del DSM (2013) suprimieron la categoría de *paranoia,* presente hasta su tercera edición. La categoría propuesta, *Trastorno delirante,* es semejante a la de la CIE-10, y los criterios diagnósticos ponen el acento en el carácter "no extravagante" de las ideas delirantes y en la ausencia de alteración marcada del funcionamiento y de singularidades de la conducta. El DSM-5 propone cinco tipos de trastornos delirantes persistentes: erotomaniaco, megalomaniaco ("grandioso"), de celos, de persecución y somático (hipocondriaco).

Observemos finalmente que la CIE-10 conserva en un lugar aparte la *folie à deux (trastorno delirante inducido),* entidad "constituida por un delirio similar, absolutamente idéntico, o más bien el mismo delirio que se observa al mismo tiempo en dos individuos que viven en un contacto íntimo y prolongado" (Régis, 1880). Esta categoría estuvo presente en la cuarta edición del DSM como *trastorno psicótico compartido*.

XXIX.2. Datos e investigaciones biomédicos

No existen estudios biomédicos que se ocupen específicamente de estas patologías psicóticas. Se puede suponer que el enfoque dimensional del conjunto de los trastornos psicóticos, con una dimensión *psicótica* propiamente dicha (ideas delirantes y alucinaciones), una dimensión de *desorganización* (incoherencia y dislocación del pensamiento, del discurso y de las conductas) y una dimensión *negativa* (síntomas deficitarios), acompañado de una hipótesis de mecanismos biológicos individuales, favorecerá las investigaciones en ese sentido. Hay que observar también que el diagnóstico de paranoia en su distinción en relación con la esquizofrenia siempre ha sido "muy raramente planteado y frecuentemente puesto en duda" dentro de la psiquiatría norteamericana, pues "muchos psiquiatras consideran que tal afección no existe" (Arietti, 1977), a pesar de algunos trabajos esporádicos que han tratado de mostrar la validez y el interés del concepto (Kendler, 1980).

booksmedicos.org

CUADRO XXIX.1. *Las psicosis crónicas sistematizadas en la clasificación francesa*

Entidades clínicas	*Mecanismos del delirio*	*Temas del delirio*
I. *Paranoias* Ia. *Delirios de interpretación* Ib. *Delirio de relación de los sensitivos* Ic. *Psicosis pasionales* Ic1. *Erotomanía* Ic2. *Delirio de celos* Ic3. *Delirios de reivindicación*	En el conjunto de este grupo: distorsiones del juicio *(interpretaciones)* con participación posible de mecanismos *intuitivos*	Ia. Persecución Ib. Persecución, auto depreciación Ic1. Convicción de ser amado Ic2. Convicción de infidelidad del cónyuge Ic3. Convicción de perjuicio sufrido, de entuerto por deshacer, etcétera (Por ej., querellador en procesos, idealismo apasionado, invención no reconocida, hipocondría, sinistrosis, filiación…)
II. *Psicosis alucinatorias crónicas*	Alteraciones de las percepciones *(alucinaciones)* con eventual participación de automatismo mental	Persecución, malevolencia, proposición sexual vivida como persecutoria
III. *Parafrenias*	Proliferación de la imaginación (fabulación, confabulación)	Megalomanía en libretos fantásticos de tipo histórico, cósmico, mítico, de filiación, de enormidad

XXIX.3. LA CLÍNICA

XXIX.3.1. *El delirio y sus mecanismos*

En la tradición clínica se examina al delirio según seis criterios: los temas, los mecanismos, el grado de sistematización, el grado de adhesión, la participación afectiva y los trastornos de la conducta asociados (véanse también apartado III.2.3., y el cuadro XXIII.1). Las psicosis crónicas sistematizadas se identifican por su carácter monotemático, hasta el punto de que ciertas entidades clínicas se individualizan sobre la base de su tema (por ejemplo, la erotomanía, el delirio de celos, el delirio de reivindicación). Clásicamente el delirio se construye utilizando uno o dos mecanismos prevalentes: las distorsiones del juicio (interpretaciones) y las intuiciones en las paranoias; las alucinaciones en la psicosis alucinatoria crónica; la proliferación de la imaginación (fabulaciones, confabulaciones) en

booksmedicos.org

las parafrenias. En la práctica no es raro ver que otros mecanismos participan discretamente en la alimentación del delirio, por ejemplo, las manifestaciones alucinatorias puntuales de tipo acústico-verbal en los delirios de interpretación. En general, el delirio está bien sistematizado: obedece a una lógica formal sin falla, se desarrolla según un razonamiento coherente, procede por deducciones consideradas irrefutables; nunca se encuentran en él los trastornos del pensamiento formal propios de la esquizofrenia. El individuo se adhiere totalmente a su delirio (se habla de "convicción inquebrantable") y se ocupa en comunicar su adhesión a los demás: argumenta, razona, aporta pruebas, debate sobre él de manera infatigable. Tirano doméstico, empleado cascarrabias y suspicaz, enamora-do de la justicia que multiplica los procesos, idealista agobiador, víctima inconsolable de todo tipo de siniestros, el individuo es reconocido más frecuentemente como fastidioso que como enfermo. La participación afectiva es plenamente congruente con las ideas delirantes, las acompaña y las ilustra: el pánico y el contraataque del perseguido, el desasosiego y la venganza del alucinado crónico, la aflicción y la rabia del celoso, el despecho y el rencor del erotómano, la exaltación combativa del reivindicativo; la discordancia propia de la esquizofrenia está totalmente ausente, se observa más bien una fuerza en perfecta coherencia con el tema del delirio, que por momentos puede tomar las características de una hipertimia casi maniaca. Debido a esto siempre hay que temer a los trastornos del comportamiento, siendo frecuentemente el pasaje al acto el modo por el cual estos individuos, que pueden durante largo tiempo pasar al lado de los tratamientos, entran en contacto con la psiquiatría.

XXIX.3.2. *La personalidad paranoica*

La existencia de una *personalidad paranoica* premórbida es clásica en numerosos delirios de interpretación, y no es rara en las psicosis pasionales o alucinatorias crónicas. Este tipo de personalidad (véase también el capítulo XXXVI) ha sido bien estudiado a principios del siglo XX y su descripción sigue siendo clásica (Genil-Perrin, 1926). Asocia una "hipertrofia del yo" (orgullo, sobrestimación de sí mismo, suficiencia, sentimiento de ser superior a los otros, de ser incomprendido, de ser autodidacta en todo), una rigidez psicológica (autoritarismo, conductas tiránicas, afectividad sin piedad, monolitismo, terquedad, imposibilidad de dudar de sí mismo), una falsedad de juicio (pensamiento paralógico que nutre numerosas "interpretaciones") y un afecto sombrío y desconfiado (susceptibilidad, tendencia a la suspicacia, reticencia, desconfianza). La agresividad, la intolerancia, el carácter irreconciliable de las posiciones y las decisiones pueden conducir a la pérdida de la inserción familiar y profesional, frecuentemente de buena calidad en un principio.

XXIX.3.3. *Las entidades clínicas*

booksmedicos.org

Describiremos enseguida algunas entidades clínicas de las psicosis crónicas sistematizadas.

Los delirios de interpretación

Estas patologías corresponden muy bien a la paranoia clásica, frecuentemente con una personalidad premórbida de tipo paranoico. Las ideas delirantes se desarrollan en continuidad con esta personalidad y su funcionamiento interpretativo habitual; no obstante, el paciente realiza frecuentemente una "toma de conciencia" frente a una serie de "hechos" que no habían llamado su atención hasta entonces, y que fundan un "postulado" que ordenará posteriormente sus razonamientos y sus interpretaciones. Al reconstruir con el paciente su historia se puede descubrir un periodo de vida decisivo (nuevo empleo, encuentro con un superior jerárquico admirado antes de que se torne perseguidor, nacimiento de un hijo, conflicto con los vecinos, duelo y litigio de sucesión, accidente de salud…) que parece estar en relación con el inicio del delirio. Las interpretaciones se desarrollan según un esquema clásico; se basan en hechos "irrefutables", y la malevolencia de los otros, su mala fe, su voluntad de perjudicar al individuo adquieren progresivamente una evidencia indiscutible. El desarrollo del delirio obedece a una lógica de escalada y de ruptura, siendo la naturaleza de la ruptura la única vía que conduce al tratamiento: renuncia, divorcio, cese de todo contacto con tal o cual rama de la familia, que no tendrán las mismas consecuencias que un pasaje al acto heteroagresivo que implica a las fuerzas del orden y que conducen a una hospitalización con coacción, frecuentemente por decisión del representante del Estado. En algunos pacientes existe una dimensión de peligrosidad real. El riesgo de suicidio es igualmente real, ya sea al momento en el que el paciente se siente acosado por potencias que lo sobrepasan e intentan, según él, quebrarlo, lo más frecuentemente en el curso del episodio de hospitalización, cuando constata la extensión de sus pérdidas y de su "derrota".

El "delirio de relación de los sensitivos"

Se trata de una variante del delirio interpretativo descrita por el psiquiatra alemán Ernst Kretschmer (1918). La paranoia no es aquí "de combate", como la anterior, sino más bien introvertida y resignada. Se desarrolla en un tipo de personalidad particular descrito como *sensitivo*, que asocia la susceptibilidad, la desconfianza y el orgullo del paranoico a las tendencias depresivas y psicasténicas (astenia, dudas, sentimientos de insatisfacción y de fracaso, tendencia a la introspección peyorativa, quejas hipocondriacas). Como en los paranoicos clásicos esta sensibilidad concierne más particularmente a las relaciones sociales, en las cuales estos pacientes se muestran hiperemotivos y vulnerables, fácilmente se sienten humillados, viven con una sensibilidad dolorosa la menor

booksmedicos.org

contrariedad o fracaso. Las ideas delirantes se desarrollan de manera insidiosa a partir de experiencias traumáticas frecuentemente menores (conflicto en el sitio de trabajo, situación de tensión en la vida social) y toman la forma de ideas de referencia: impresión de malevolencia, percepción de las palabras y de las acciones de los otros como otras tantas alusiones irónicas, despreciativas u hostiles. Estos pacientes llegan al tratamiento debido a sus descompensaciones depresivas, que son frecuentes y severas, dominadas por las ideas de autodepreciación y las quejas hipocondriacas.

Los delirios pasionales

Fueron descritos por G. de Clérambault (1942) como contrapunto de los delirios de interpretación, puesto que se desarrollan a partir de una situación "pasional". Por este hecho el delirio posee una carga afectiva particularmente violenta (erotomanía, celos, causa idealista, reivindicación hipocondriaca y de reparación [sinistrosis]…), y es vivido en un ambiente de hipertimia que conduce a un estado de energía y a los trastornos de conducta, frecuentemente de tipo médico-legal.

La *erotomanía* (convicción delirante de ser amado), más frecuente en la mujer, fue descrita por De Clérambault según tres fases: *esperanza* de confirmación por parte del objeto del delirio, tanto más que se supone haberse declarado primeramente, aunque de manera alusiva, lo que conduce a comportamientos de hostigamiento; *despecho* frente a la decepción de la espera, y finalmente *rencor* frente al objeto del delirio, con multiplicación de actos agresivos. La hospitalización, frecuentemente por coacción, está en función de la tolerancia del sujeto elegido como objeto del delirio y de la gravedad del hostigamiento y de los pasajes al acto agresivos.

El *delirio de celos* (convicción delirante de infidelidad del cónyuge), más frecuente en el hombre, es un delirio interpretativo bastante clásico en su construcción y su desarrollo. Conduce a actitudes tiránicas frente al cónyuge (interrogatorios, encuestas, vigilancia) y violencias conyugales, y puede ir hasta el crimen pasional. Se favorece por el abuso del alcohol.

Los *delirios de reivindicación* comprenden una gran variedad de temas que tienen en común la manera pasional en la que son vividos por los pacientes. Se trata de individuos pleitistas, idealistas apasionados, inventores no reconocidos o hipocondriacos que se quejan de errores médicos o de tratamientos insatisfactorios, o incluso de individuos que presentan una "sinistrosis delirante" (reivindicación de reparación a consecuencia de un accidente), o que intentan hacer valer una filiación prestigiosa, etc. Como en los otros casos, son los trastornos de conducta y su dimensión médico-legal los que conducen al tratamiento.

La psicosis alucinatoria crónica

booksmedicos.org

Esta entidad típica de la nosografía francesa, individualizada por Gilbert Ballet (1911), se presenta de hecho como una esquizofrenia sin desorganización y sin dimensión negativa pronunciada: una psicosis dominada, pues, por los signos positivos, a saber, una actividad delirante de tipo persecutorio y sobre todo una actividad alucinatoria invasora, frecuentemente rebelde al tratamiento medicamentoso, de una calidad sensorial excepcional. Las alucinaciones son muy frecuentemente acústico-verbales (voces que dialogan, comentan, amenazan, injurian, se burlan, profieren obscenidades), pero también auditivas (sonidos, ruidos, silbidos, chirridos, silbatazos…), táctiles y cenestésicas (tocamientos de carácter sexual, sensaciones de algias o de irritaciones, parestesias, etc.), olfativas (olores desagradables), mucho más rara vez visuales. Se puede observar igualmente un automatismo mental, lo que contrasta con la presentación de estos individuos, frecuentemente mujeres solteras de edad mediana que llevan existencias generalmente bien ordenadas aunque restringidas, que tienen o han tenido una actividad profesional donde se han distinguido por su puntualidad, su falta de fantasía y su ausencia de sociabilidad. La evolución es larga y los tratamientos tardíos, lo que explica tal vez la mediocridad de la respuesta terapéutica: los pacientes sufren largo tiempo en silencio las agresiones de las que se sienten víctimas, antes de acudir al ministerio público o a la policía (de los que pueden volverse, posteriormente, visitantes regulares), o antes de pasar al acto contra el vecino identificado como el origen de sus molestias. Es también posible un pasaje al acto suicida.

Las parafrenias

Hemos visto que estas psicosis delirantes crónicas fueron introducidas por Kraepelin para explicar la evolución a largo término de ciertos pacientes con demencia precoz (esquizofrénicos): en lugar del debilitamiento intelectual terminal, estos pacientes desarrollaban más bien, tras veinte o treinta años de evolución, un delirio en general rico, de una temática imaginativa desbordante, vecina de lo que Dupré y Logre (Dupré, 1925) habían descrito en Francia como delirio de imaginación. Para Kraepelin las parafrenias tenían cuatro formas: la expansiva, la confabulante, la sistemática y la fantástica. Estas psicosis crónicas se han vuelto relativamente raras: sin duda estos pacientes son mejor tolerados en su entorno habitual —dado que permanecen por lo demás bastante bien insertados, como en todo estado psicótico sin desorganización—; también, sin duda, hay menos pacientes parafrénicos en cuanto evolución de una esquizofrenia de la edad juvenil, pues los tratamientos neurolépticos son actualmente prescritos de manera general, precoz y continua.

XXIX.3.4. *Aspectos evolutivos*

Las evoluciones más favorables consisten en una progresiva *toma de distancia* o

booksmedicos.org

enquistamiento de las ideas delirantes; éstas serán más raramente "criticadas", pero serán relativizadas, podrán ser objeto de cierta duda, incluso de cierto desinterés: perderán su carga emocional. Pueden aparecer dos aspectos clínicos con el alejamiento de las ideas delirantes: *a) reacciones depresivas,* que son frecuentes, en ocasiones graves (con riesgo real de suicidio), y plantean difíciles problemas psicopatológicos (¿reacción psicológica a la "pérdida" del delirio? ¿Efecto "depresógeno" de los neurolépticos?), y *b)* una *clínica de aspecto neurótico,* con ansiedad, inhibición, manifestaciones histeriformes más o menos favorecidas por el tratamiento neuroléptico, y sobre todo reacciones y actitudes *fóbicas,* especialmente en relación con los lugares de contacto social (por ejemplo, agorafobia). Siempre son posibles las *reactivaciones delirantes,* ya sea cuando el paciente se encuentre nuevamente en situaciones ansiógenas o conflictivas, ya sea a causa de la suspensión del tratamiento cuyas posologías eran, no obstante, tan débiles que daban la impresión de ser sobre todo "simbólicas".

XXIX.4. Casos clínicos

XXIX.4.1. *Un caso de paranoia*

El señor M., de 37 años de edad, es hospitalizado por decisión del representante del Estado tras un nuevo altercado con su mujer, quien llamó a la policía: amenazaba con matarla y matar a su hijo de cuatro años, antes de procurarse la muerte. Una vez internado se derrumba: explica que se bate desde hace varios años por hacer triunfar la justicia, y que ya no puede más.

M. es funcionario en una importante multinacional a la que ingresó tras sus estudios de comercio; ahí encontró a su futura mujer, que trabajaba como secretaria. Sus primeros años de carrera se desarrollaron de manera satisfactoria pues M. estaba animado por una gran ambición, pero tenía frecuentemente la impresión de que "le colocaban obstáculos", que era necesario "batirse en un ambiente de asesinos", aunque albergaba el sentimiento de progresar normalmente.

Las cosas cambiaron hace tres años. Todo comenzó por un correo electrónico de un importante funcionario de la dirección, que era el balance de una nueva operación y que llegó por error a su dirección electrónica. Este hombre se disculpó del envío pero M. tuvo tiempo de leerlo y de adquirir inmediatamente la convicción de que la maniobra no tenía nada que ver con el azar: "Se trata de una trampa […] él es quien supervisa el trabajo de mi sección. El balance que establece no tenía nada de halagüeño, a pesar de las apariencias. Yo sé que él pensaba que la operación estaba destinada al fracaso a causa de mí. A pesar de todo yo he alertado frecuentemente a mi superior directo, quien mantuvo las opciones estratégicas. Querían echarme la culpa de todo". A pesar de que esta operación comercial se realizó sin problemas, al igual que las que siguieron, M. permaneció persuadido de que "fue su rápida reacción la que hizo fracasar el complot". A partir de ahí se volvió vigilante, multiplicando las medidas de protección: contraseñas cotidianas para su computadora, ocultación de datos, y finalmente frecuentes cambios de teléfono celular, pues el paciente estaba convencido de que la dirección tenía los medios para escuchar sus comunicaciones. Estas medidas crearon progresivamente un ambiente deletéreo alrededor de él en su sitio de trabajo.

booksmedicos.org

La situación empeoró un año antes de la hospitalización: su superior jerárquico obtuvo una promoción, “prueba de que estaba coludido con los peces gordos”, y, para coronarlo todo, no le otorgaron a M. el puesto que quedó vacante. Después se ha convencido de que “la dirección reúne los elementos para despedirlo por alguna falta”. Permanecía entonces hasta muy tarde en la oficina, después pasaba ahí toda la noche y asistía de manera inopinada los fines de semana; comía solo en la cafetería de la empresa, pensaba que hablaban a sus espaldas, observaba “las sonrisas sobrentendidas y otras vejaciones que padecía cuando se cruzaba con los peces gordos en los pasillos”. Su mujer dice: “Se convirtió en ‘el’ caso del lugar […] me venían a hablar de él, todo el mundo estaba inquieto, pero yo no sabía qué hacer […] él no es de los que escuchan lo que se les dice […] desde hace algunas semanas comencé a tratarlo con él, y lo tomó a mal, decía que yo estaba coludida con ellos… estaba a ratos agresivo, a ratos deprimido”.

M. permaneció dos meses en el hospital bajo un tratamiento que aceptó tras una larga negociación (olanzapina, 20 mg/día). A pesar de todo estableció una relación de confianza con su psiquiatra al que continuó viendo en una consulta bimensual, y después mensual, tras su alta. Renunció a su trabajo y rápidamente encontró un empleo en otra empresa. El tratamiento disminuyó progresivamente y se suspendió al cabo de un año y medio. Dos años después de la suspensión del tratamiento el paciente solicitó por sí mismo reanudarlo: “Tengo la impresión de que esto vuelve a presentarse como ocurrió antes en mi trabajo […] entonces, es mejor prevenir que lamentar, prefiero retomar el tratamiento, y así no los veo y sea lo que ha de ser”. El tratamiento se suspendió 15 días más tarde. Cinco años después el paciente trabaja todavía en la misma empresa y sigue bajo supervisión; cada doce o dieciocho meses retoma el tratamiento durante dos o tres semanas.

XXIX.4.2. *Un caso de psicosis alucinatoria crónica*

La señorita L. es enviada al centro médico psicológico de su sector por la psicóloga de la comisaría de policía de su distrito. Había asistido ahí en cuatro ocasiones los tres últimos meses para poner una demanda contra un vecino “que le hacía cosas desagradables y cochinadas”.

Es una sesentona, soltera y sin hijos, que vive de una modesta pensión tras varios años de trabajo como empleada de oficina, que ha recibido un diagnóstico de invalidez por artritis anquilosante que la hace sufrir desde hace treinta años. Es originaria de una pequeña ciudad de provincia; vive y trabaja en París, ciudad que “nunca le ha gustado”, desde su mayoría de edad. Cuenta sin reticencia sus problemas. Su vecino de piso, “un joven estudiante, si se puede llamar a eso un estudiante, con todas las chicas que suben y bajan a lo largo del día”, le secretea observaciones desagradables, de carácter sexual, “incluso en la noche durante su sueño”. Se ha quejado con la conserje, quien ha prometido hablar con él, y con quien se lamenta de la mala calidad de la construcción de su inmueble: “Mi cama está justamente al lado de la de él”. La señorita L. había soportado estas agresiones durante dos años —“terminé por no prestarle atención”— hasta que aparecieron nuevos fenómenos: “Allí, ¡ya fue demasiado! Me hace cosas en las partes íntimas, descargas, cosquillas, no sé cómo decirlo, no sé cómo lo logra… pero él sabe de ciencias, tiene internet, es astuto”. En vista de en estas condiciones decide poner una demanda.

L. acepta un ligero tratamiento medicamentoso (risperidona, 2 y después 4 mg/día) que tuvo un efecto bastante positivo durante algunas semanas, pero después los trastornos regresaron aunque con un menor nivel de intensidad. Al mismo tiempo ella establece una relación de confianza con la enfermera del sector y está fascinada con recibirla regularmente en las visitas a domicilio. Se confía un poco a ella para hablarle especialmente de su única

booksmedicos.org

relación amorosa, al principio de su llegada a París, con un joven "que no era de su clase", y que la abandonó "tras haberse aprovechado de ella". Su seguimiento dura desde hace ocho años y la señorita L. proyecta regresar a su ciudad natal a una casa de reposo.

XXIX.5. Psicopatología

El enfoque psicoanalítico de la paranoia está dominado por la monografía de Freud (1911), *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*. Se trata de un largo comentario de un escrito autobiográfico redactado por Daniel Paul Schreber, presidente del Tribunal de Apelación de Sajonia, que relata ahí sus convicciones delirantes, sus internamientos y sus tratamientos. Schreber describe la manera en la que se siente perseguido por Dios, quien, dirigiéndose a él en la "lengua fundamental" de los nervios, en un ambiente de fin del mundo, le pide que se transforme en mujer para dar nacimiento a una nueva raza humana ("sería verdaderamente muy bello ser una mujer sometida a la cópula": Schreber, 1903). Describe igualmente sus relaciones con su psiquiatra, el doctor Flechsig, un "asesino del alma" quien abusó sexualmente de él antes de abandonarlo. A partir de ese texto de una extraordinaria riqueza delirante, Freud construye una teoría de la paranoia basada en los mecanismos de defensa contra los impulsos homosexuales inconscientes: el paciente lucha contra sus emociones homosexuales (que se dirigen definitivamente a su padre, vía el doctor Flechsig y Dios), proyectándolos sobre otro (Dios) e invirtiendo la calidad afectiva (transformación del amor en odio). La proyección ejercida aquí difiere de aquella constatada, por ejemplo, en la fobia, en el sentido de que no es una representación de objeto que se proyecta hacia el mundo exterior, sino una "sensación", una moción pulsional, un elemento que debería haber formado parte del yo del individuo; el elemento objeto de proyección es, pues, "suprimido" en el interior y "rechazado" hacia afuera. Este aspecto sería puesto en evidencia por Lacan (1981) en la elaboración de su noción de *forclusión,* a saber, el rechazo fuera del universo simbólico del individuo de un significante fundamental, el "Nombre-del-Padre".

En la tercera parte de su comentario Freud expone el "mecanismo paranoico" y el papel de la proyección ("la percepción interna, el sentimiento, es remplazado por una percepción proveniente del exterior"), ampliando su propuesta a todas las patologías delirantes: "Las principales formas conocidas de paranoia pueden presentarse todas ellas como siendo contradicciones opuestas a esta sola y única proposición: 'Yo [un hombre], lo amo [a él, un hombre]', e incluso agotan todas las maneras posibles de formular esta contradicción". De esta manera: *a)* el delirio de persecución se formula como: lo amo-no lo amo-lo odio; *b)* la erotomanía: lo amo-no es él a quien amo-es a ella a quien amo-porque ella me ama, y *c)* los celos: lo amo-no soy yo quien ama al hombre-es ella quien lo ama. Freud concluye que, en la defensa contra los impulsos homosexuales inconscientes, "el delirio de celos contradice al individuo; el delirio de persecución, al

booksmedicos.org

verbo; la erotomanía, al objeto".

En la psicopatología psicoanalítica de lengua francesa se han consagrado varios y largos estudios a las paranoias, no sólo al delirio de persecución. Señalemos los numerosos trabajos de Daniel Lagache sobre los celos y la erotomanía, así como el de Jean Kestemberg (1962). Observemos finalmente que Lacan dedicó su tesis a la paranoia (Lacan, 1932). Hizo de la erotomanía una figura central de las problemáticas paranoicas, y entendió estas patologías como el fracaso de la sublimación en las relaciones sociales de los componentes homosexuales de la vida psíquica.

XXIX.6. Terapéutica

La especificidad de la terapéutica de las psicosis delirantes crónicas se debe a la tenacidad de su convicción delirante, lo que determina la dificultad del contacto médico-paciente, el potencial de peligrosidad y la inconstancia de la respuesta a los tratamientos antipsicóticos (Kapsambelis y Ginestet, 1995). El primer contacto puede ser difícil, especialmente cuando ocurre, como es frecuente, tras un pasaje al acto que conduce a los tratamientos impuestos. El arte terapéutico necesita empatía, neutralidad y firmeza. La empatía debe imponerse frente a la importancia del sufrimiento del individuo y no debe dejarse distraer por lo que es una evidencia para el médico, pero no para el paciente, a saber, que este último es el principal autor de sus desgracias. La neutralidad se aplica a los hechos relatados por el paciente (la medicina no juzga, sino que atiende), y debe incluir la afirmación de que el medio hospitalario es un sitio de protección. La firmeza se refiere a los terceros que rigen la relación médico-paciente: una hospitalización por decisión del representante del Estado no es una decisión médica, sino administrativa (o judicial), y los dos protagonistas de la relación, tanto el médico como el paciente, están obligados a respetar la ley.

XXIX.6.1. *La hospitalización*

En un primer momento la hospitalización puede desarrollarse en un ambiente conflictivo y necesitar un tratamiento neuroléptico inyectable, por ejemplo, haloperidol (15 a 20 mg/día), clorpromazina (100 a 300 mg/día) y loxapina (100 a 200 mg/día). El cambio por la vía oral se instalará apenas sea posible, ya sea con las mismas moléculas o bien con otras de nueva generación: risperidona u olanzapina. Pueden asociarse fenotiacinas sedantes, como la ciamemazina, en función de la angustia, la agitación o la vehemencia del paciente. La preocupación por los efectos secundarios y su corrección deberá ser constante. La agresividad inicial, pero también el respeto de la ley, imponen que se tomen todas las medidas para que el paciente permanezca en el hospital (habitación de aislamiento, unidad cerrada) si es objeto de una hospitalización bajo coacción. Este cuadro de contención que se ampliará progresivamente se muestra frecuentemente

booksmedicos.org

tranquilizante, a condición de ser coherente y seguir de cerca la evolución del paciente. Al mismo tiempo deben tomarse medidas para preservar su situación profesional, social o familiar. No hay que olvidar nunca que si se ha hospitalizado por decisión del representante del Estado no es por lo que piensa o dice, sino por lo que ha hecho o amenaza con hacer: es, pues, bajo el criterio de los trastornos de conducta (auto y heteroagresividad) como se puede solicitar un egreso hospitalario. El paso por un periodo de hospitalización libre puede ser útil para consolidar la alianza terapéutica. Recurrir a una *unidad para enfermos difíciles* debe ser excepcional y sólo decidirse frente a la persistencia de la agresividad y la peligrosidad.

XXIX.6.2. *El seguimiento a largo plazo*

La consulta a largo plazo permitirá asegurar un tratamiento quimioterapéutico continuo a dosis reducidas, asistir al paciente en la administración de un cotidiano que descubre a veces destruido por años de crisis larvada o abierta, y continuar un diálogo psicoterapéutico que, de manera prudente, explorará la biografía y propondrá progresivamente vínculos entre acontecimientos y reacciones, entre pasado y presente.

La base de la *quimioterapia* es el tratamiento neuroléptico (antipsicótico), frecuentemente a partir de los medicamentos prescritos en hospitalización. La monoterapia es la regla. Cuando el potencial de peligrosidad permanece, o cuando existen problemas de seguimiento del tratamiento, se impone la práctica de *neurolépticos de acción prolongada*, por ejemplo haloperidol (50 a 150 mg cada tres o cuatro semanas), flufenazina (50 a 125 mg por mes) y risperidona (25 a 50 mg cada 15 días). Las reacciones ansiosas pueden requerir medicaciones tranquilizantes (benzodiacepinas): bromazepam (3 a 12 mg/día); alprazolam (1 a 4 mg/día); lorazepam (2 a 5 mg/día); prazepam (10 a 30 mg/día).

Se deberá estar muy atento al desarrollo de estados depresivos, muy frecuentes en estas patologías en el decurso de un episodio agudo con atención impuesta y tratamiento neuroléptico, y los antidepresivos usuales, sobre todo de la familia de los IERS (inhibidores específicos de la recaptura de serotonina), se utilizarán de manera prudente puesto que estos medicamentos pueden tener un efecto hipertímico. Ocurre frecuentemente que los pacientes delirantes crónicos sean tratados a largo plazo con una asociación, a dosis pequeñas, de neurolépticos y de antidepresivos. En ocasiones el tratamiento ambulatorio debe imponerse dentro del cuadro de una "alta con atención psiquiátrica por decisión del representante del Estado". En efecto, sería ilusorio, en ciertos casos, intentar a todo precio convencer al paciente de nuestra convicción de la necesidad de atención. Es preferible probablemente una oposición bien temperada a una connivencia que podría significar una aproximación intolerable.

El seguimiento a largo plazo, además de su dimensión psicoterapéutica, podría requerir medidas psicosociales, tanto más que el paciente paranoico, a su egreso, puede encontrarse confrontado con situaciones dolorosas (deudas, divorcio, despido, colocación

booksmedicos.org

en jubilación o invalidez, expulsión del domicilio o relaciones difíciles con el vecindario). Este contexto necesita un acompañamiento pluridisciplinario (enfermero, trabajador social, medidas de protección de los bienes, pero también redacción de certificados, testificaciones, etc.). Recurrir a la ley en favor de las personas discapacitadas adultas es menos frecuente que en el caso de los pacientes esquizofrénicos.

Conclusión

Las psicosis crónicas sistematizadas han fascinado largo tiempo a los psiquiatras porque representan el prototipo de una reconstrucción del mundo sobre una base delirante. Su diferenciación con las esquizofrenias, a la que permanece unida la tradición francesa, puede ser discutida desde el punto de vista de un estricto criterio clínico. Esta distinción se muestra pertinente cuando se toma en consideración, en su dimensión existencial y social y en su trayectoria de vida, el conjunto del sujeto enfermo. Sólo es útil en la medida en la que moviliza medios terapéuticos diferentes en relación con aquellos que necesitan los pacientes esquizofrénicos, lo que implica que la noción de tratamiento no se limite solamente al tratamiento medicamentoso, sino que englobe todas las capacidades que ha desarrollado el empirismo terapéutico frente a su especificidad.

BIBLIOGRAFÍA

Arieti, S. (1977), "La paranoïa mineure", *Évolution psychiatrique,* 42, 3/2, pp. 765-776.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Ballet, G. (1911), "La psychose hallucinatoire chronique", *L'Encéphale,* 6, 11, pp. 401-411.

Clérambault, G. de (1942), *Œuvres psychiatriques*, PUF, París.

Dupré, E. (1925), *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité,* Payot, París.

Esquirol, E. (1838), *Des maladies mentales*, J.-B. Baillière, París.

Ey, H. (2010*), Leçons du mercredi sur les délires chroniques et les psychoses paranoïaques,* CREHEY (Círculo de Investigación y de Edición Henri Ey), Perpignan.

Falret, J.-P. (1864), *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés,* J.-B. Baillière, París. [*Las enfermedades mentales y los asilos de alienados.* Versión española de Nora Carbone y Gastón Piazze, De la Campana, Buenos Aires, 2002.]

Freud, S. (1911), XLII. "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides), autobiográficamente descrito (Caso 'Shreber')", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp.

booksmedicos.org

1487-1528.
Genil-Perrin, G. (1926), *Les Paranoïaques,* Maloine, París.
Kapsambelis, V., y D. Ginestet (1996), "Diagnostic et traitement des psychoses delirantes chroniques autres que schizophréniques", en D. Ginestet y V. Kapsambelis, *Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte,* Flammarion, París, pp. 281-300.
Kendler, K. S. (1980), "The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder), A Review", *Archives of General Psychiatry,* 37, 6, pp. 699-706.
Kestemberg, J. (1962), "À propos de la relation érotomaniaque", *Revue française de psychanalyse,* 26, 5, pp. 533-604.
Kraepelin, E. (1912), *Les Paraphrénies*, Navarin, París, 1980. [*La demencia precoz. Parafrenias.* Versión española de Graciela Florido y Alicia Guerra, Polemos, Buenos Aires, 1996.]
Krafft-Ebing, R. (1879), *Traité clinique de psychiatrie,* 5ª ed., Maloine, París, 1897.
Kretschmer, E. (1918), *Paranoïa et sensibilité,* PUF, París, 1962.
Lacan, J. (1932), *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité,* Seuil, París, 1980.
——— (1981), *Le Séminaire. Livre III. Les psychoses,* Seuil, París.
Lantéri-Laura, G. (1991), *Psychiatrie et connaissance,* Sciences en situation, París.
Lantéri-Laura G., L. del Pistoia y H. Bel Habib (1985), "Paranoïa", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37299-D10, Éditions Techniques, París.
Lantéri-Laura, G. y R. Tevissen (1996), "Historique des délires chroniques et de la schizophrénie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37281-C10, Elsevier Masson, París.
Mijolla-Mellor, S. de (2007), *La Paranoïa,* PUF, París.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Régis, E. (1880), *La Folie à deux ou folie simultanée,* J.-B. Baillière, París.
Schreber, D. P. (1903), *Mémoires d'un névropathe,* Seuil, París, 1975. [*Memorias de un enfermo nervioso.* Versión española de Ramón Alcalde, Libros Perfil, Buenos Aires, 1999.]
Sérieux, P., y J. Capgras (1909), *Les Folies raisonnantes. Les délires d'interprétation,* Alcan, París, [*Las locuras razonantes. El delirio de interpretación.* Versión española de Ramón Esteban Arnáiz, Ergón Ediciones (Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga), Madrid, 2007.]

booksmedicos.org

booksmedicos.org

PARTE 3
Trastornos de la afectividad (o del humor)

XXX. INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD (O DEL HUMOR)

VASSILIS KAPSAMBELIS, ALBAN JEANNEAU, ROBIN MALGAT

Los trastornos del humor constituyen un grupo relativamente reciente dentro de la nosografía psiquiátrica. Aparecen tras las conmociones nosográficas de finales del siglo XIX. A partir de ahí su autonomía no ha dejado de confirmarse y los estados depresivos se han convertido en uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente planteados en el mundo. Estos trastornos, llamados igualmente trastornos de la timia o trastornos afectivos, designan variaciones patológicas de los estados afectivos (alegría, júbilo, euforia, tristeza, desesperanza, desánimo…) y, en este sentido, se oponen en el plano conceptual a los trastornos del pensamiento (trastornos mentales propiamente dichos del siglo XIX). La depresión, "enfermedad del siglo", concernirá a una persona sobre 10 en un momento dado (Morin, 2008); más de cinco millones de personas utilizan tratamientos antidepresivos en Francia.

XXX.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXX.1.1. *Historial*

A todo lo largo del siglo XIX los trastornos psiquiátricos fueron sinónimos de "trastornos mentales". El enfermo mental, o "alienado", estaba caracterizado en primer lugar por una perturbación de la mente, y era esta perturbación la que determinaba las reacciones emocionales y conductuales consideradas patológicas. Los trastornos llamados actualmente trastornos del humor o afectivos no fueron por ello descuidados: se observaba, por ejemplo, que la persona que padecía de una culpabilidad delirante (melancolía) era de un humor particularmente sombrío y soñaba con poner fin a sus días, o que la persona habitada por ideas megalomaniacas y de una sobreestimación de sí misma estaba alegre y eufórica, o que la persona que había perdido a un ser querido podía entrar en un estado de imposibilidad para alejar de su pensamiento aquello que

booksmedicos.org

había perdido y que, por ello, se encontraba profundamente triste y desdichada. No obstante, estas variaciones afectivas fueron consideradas concernientes a los trastornos de la mente y no constituyeron una patología autónoma. De esta manera, el término *depresión,* relativamente raro en los tratados y manuales de psiquiatría del siglo XIX, designaba un síntoma en el seno de una entidad nosográfica, y no una entidad en sí misma. Por ejemplo, cuando Esquirol observó un estado clínico caracterizado esencialmente por una tristeza persistente y grave del humor, la melancolía, inventó el término *lipemanía* (del griego *lipé:* tristeza) para colocar a esta patología entre las monomanías, es decir, los delirios "parciales".

La situación nosográfica de los trastornos del humor cambió con la refundición nosográfica propuesta por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, cuyo *Tratado* tuvo varias ediciones sucesivas entre 1883 y 1909-1915. Por una parte, Kraepelin reagrupó la gran mayoría de los trastornos delirantes con el nombre de "demencia precoz" (la futura esquizofrenia), término que ponía el acento en una perturbación terminal de las facultades intelectuales (véase el capítulo XXIII). Por otra parte, y de manera simétrica, creó un conjunto que llamará "enfermedad maniaco-depresiva", cuyo trastorno fundamental no concernía a la esfera intelectual, sino a la afectiva (Kraepelin, 1913). Para hacer esto utilizó los trabajos anteriores que ya habían individualizado una patología que incluía, a largo plazo, episodios depresivos y episodios de excitación: en 1854, Jean-Pierre Falret describió la "locura circular", al mismo tiempo que Jules Baillarger describió la "locura de doble forma", en tanto que los autores alemanes utilizaban más bien el término *psicosis periódica.* Pero Kraepelin fue más lejos. Reagrupó el conjunto de los trastornos del humor con este nombre, estableciendo por este hecho una continuidad entre lo que él llamó la "melancolía simple", la forma más ligera de depresión, y la melancolía clásica grave, delirante o estuporosa.

Kraepelin basó, pues, su nosografía en la gran dicotomía tradicional de la vida psíquica entre pensamiento y sentimientos, intelecto y emociones, representaciones y afectos. Se puede decir que el descubrimiento, cincuenta años más tarde, de dos grandes clases de medicamentos psicotrópicos, los neurolépticos y los antidepresivos, unos activos sobre las psicosis y los otros sobre las depresiones, vino a confirmar de alguna manera la dicotomía de Kraepelin, incluso si todos los psiquiatras están de acuerdo en el hecho de que no hay trastorno del humor sin trastorno del pensamiento, y viceversa: el deprimido no solamente está triste, sino que expresa igualmente una cierta visión pesimista de sí mismo y del mundo, y el delirante no sólo tiene un trastorno del pensamiento, sino que desarrolla también un cierto número de estados afectivos con relación o no a sus ideas.

XXX.1.2. *Terminología*

El término *humor* (del latín *humor:* líquido) proviene de la medicina hipocrática y designa las cuatro sustancias líquidas fundamentales secretadas por los organismos vivientes: la

booksmedicos.org

sangre, la flema (linfa o pituita), la bilis amarilla y la atrabilis (o bilis negra). Para Hipócrates, cuya influencia sobre la medicina occidental se ejerció hasta finales del siglo XVIII, las diferentes enfermedades representan perturbaciones de esos cuatro humores y de sus combinaciones. La melancolía (del griego *melas:* negro, y *colé:* bilis) está determinada por un exceso de bilis negra; se encuentra esta utilización en expresiones como "se le derramó la bilis" o "*se faire un sang d'encre:* quemarse la sangre; preocuparse mucho".

El humor designa actualmente "esta disposición afectiva fundamental enriquecida por todas las instancias emocionales e instintivas que da a cada uno de nuestros estados anímicos una tonalidad agradable o desagradable que oscila entre los dos polos extremos del placer y el dolor. La base de la vida afectiva está hecha de una escala de humores como la base de la vida representativa de una escala de conciencia" (Delay, 1946).

En la terminología psiquiátrica actual, el término *humor* es sinónimo de afectividad o de *timia* (del griego *timos:* soplo). Esta última palabra se encuentra en la composición de un cierto número de términos psiquiátricos relativos al humor. Es así como *normotimia* designa la ausencia de trastornos del humor; *timoanaléptico* es sinónimo de antidepresivo, es decir, un medicamento que sirve para el restablecimiento *(analepsis)* del humor triste; *hipertimia* designa una elación del humor (humor eufórico o más generalmente pasional), y *atimia* un humor "abatido", "embotado", término que se utiliza a veces en la esquizofrenia. Entre los términos creados a partir de *timia* hay dos que continúan figurando en las clasificaciones internacionales de los trastornos afectivos y en el uso empírico.

a) La *ciclotimia* (humor cíclico, circular) es un término inventado por el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum en 1882 y utilizado posteriormente por Kraepelin y Bleuler, así como por los psicoanalistas, para designar la enfermedad maniaco-depresiva, y se aplica generalmente a las personas que tienen una personalidad particular, caracterizada por importantes variaciones afectivas (Jeanneau, 1980). La CIE-10 de la OMS (1992) coloca la ciclotimia entre los trastornos afectivos persistentes, caracterizada por una inestabilidad del humor cuyas fluctuaciones comprenden numerosos periodos de depresión o de elación, ambos de intensidad moderada. El DSM-5 de la ANP (2013) coloca el "trastorno ciclotímico" entre los trastornos bipolares (véase el capítulo XXXIII).

b) La *distimia* es un término que se encuentra en Hipócrates y significa "tristeza", "malestar". En la terminología francesa designa más bien las variaciones patológicas del humor (la esquizofrenia *distímica* presenta periodos de manía y de depresión atípicos). La CIE-10 coloca la distimia entre los trastornos afectivos persistentes. Se trata de una depresión crónica del humor cuya severidad o la duración de los episodios son insuficientes para que la patología integre los trastornos depresivos recurrentes. El término corresponde casi a la noción de "depresión neurótica" o de la neurastenia (véanse los capítulos XVII, XXII y XXXI). El DSM-5 presenta la distimia como sinónimo de "trastorno depresivo persistente" (depresión crónica) y la define sensiblemente de la misma manera.

Finalmente, el sufijo *foria* (del griego *fora*: impulso, y *fero:* comportarse) da los

booksmedicos.org

términos *euforia* y *disforia,* presentes en el griego antiguo. En la tipología alemana de las personalidades (Kurt Schneider), la *disforia* caracteriza a las personalidades *hipotímicas* (tipos ansioso, fóbico, tímido y triste). El término se encuentra en el DSM-5 entre los trastornos depresivos para designar un humor basal depresivo con labilidad y ansiedad, característica del síndrome premenstrual.

XXX.1.3. *Situación nosográfica*

Tanto la CIE-10 como el DSM-5 consagran un capítulo autónomo a los trastornos afectivos (del humor).

En la CIE-10 este capítulo comprende seis grupos: *1) episodio maniaco,* que incluye la hipomanía, la manía sin síntomas psicóticos y la manía con síntomas psicóticos (ideas delirantes y alucinaciones); *2) trastorno afectivo bipolar,* que incluye toda la gama de los episodios maniacos, depresivos o mixtos, cuando el individuo ha presentado por lo menos dos (ya sea alternando los episodios de tipo maniaco o depresivo, ya sea —más rara vez— sólo episodios maniacos); *3) episodio depresivo,* que puede ser ligero, mediano o severo, para cada uno con o sin síndrome somático; el *síndrome somático* incluye anhedonia, falta de reactividad emocional, despertar matinal precoz, enlentecimiento marcado, anorexia con pérdida de peso, pérdida de libido; *4) trastorno depresivo recurrente,* que incluye episodios depresivos repetitivos de cualquier gravedad; *5) trastorno afectivo persistente,* que incluye la ciclotimia y la distimia, y *6)* otros trastornos afectivos (episodio afectivo mixto aislado, trastorno depresivo recurrente breve).

El DSM-5 distingue los "trastornos bipolares y asociados" y los "trastornos depresivos". Los episodios pueden ser "depresivos mayores", "maniacos" o "hipomaniacos". Pueden incluir, o no, "aspectos mixtos" (elementos depresivos en los episodios maniacos o hipomaniacos, elementos maniacos o hipomaniacos en los episodios depresivos).

Los *trastornos bipolares* comprenden: *1)* el trastorno *bipolar I.* Aquí el episodio maniaco es un criterio necesario y suficiente, es decir, que se planteará el diagnóstico de trastorno bipolar I incluso si sólo ha habido un solo episodio maniaco, e incluso si no ha habido episodio depresivo mayor antes o después del episodio maniaco (no obstante, el DSM-5 considera que la gran mayoría de los sujetos que han presentado un episodio maniaco típico tendrán episodios depresivos mayores en su vida); *2)* el trastorno *bipolar II* está constituido por al menos un episodio hipomaniaco y al menos un episodio depresivo mayor; *3)* el trastorno *ciclotímico,* que incluye por lo menos dos años de periodos hipomaniacos y de periodos depresivos que no reúnen los criterios, respectivamente, del episodio hipomaniaco y del episodio depresivo mayor, y *4)* los trastornos bipolares inducidos por sustancias o tratamientos medicamentosos, o determinados por otras condiciones médicas. El DSM-5 describe, además, varias otras formas menores de trastorno bipolar (por ejemplo, episodios hipomaniacos breves y

booksmedicos.org

episodios depresivos mayores, etc.) y propone características que permiten especificar los trastornos bipolares (por ejemplo, el carácter estacional o no de los trastornos, la existencia de ciclos rápidos o de aspectos psicóticos, etc.) (véase también el apartado XXXIII.3.2).

Los *trastornos depresivos* comprenden: *1)* la disregulación disruptiva del humor (una irritabilidad crónica y severa con manifestaciones tímicas y conductuales explosivas); *2)* el trastorno depresivo mayor, que se distingue del *episodio* depresivo mayor de los trastornos bipolares; *3)* el trastorno depresivo persistente (o distimia); *4)* el trastorno disfórico premenstrual, y finalmente *5)* los trastornos depresivos inducidos por sustancias o medicamentos, u otras condiciones médicas.

Aquí también el DSM-5 propone especificar para los trastornos depresivos mayores ciertas *características* que permiten precisar mejor la clínica. Así, los episodios pueden ser ligeros, medianos, medianos-severos o severos, y estar en remisión parcial o completa. Pueden poseer o no *características psicóticas* (ideas delirantes o alucinaciones) que pueden ser *congruentes* o no con el humor: por ejemplo, las ideas de ruina o de condena son congruentes con el humor depresivo; ocurre lo mismo con las ideas de grandeza en los estados maniacos, en tanto que las ideas de persecución, que pueden estar presentes tanto en un estado depresivo mayor como en un estado maniaco, son consideradas no congruentes con el humor, salvo que aparezcan como el justo castigo de la falta cometida. Un estado depresivo mayor puede ser *crónico* cuando su duración excede dos años. Puede incluir características *melancólicas,* como la pérdida del placer *(anhedonia),* ausencia de reactividad a los estímulos habitualmente agradables, una calidad del humor diferente al experimentado tras la muerte de un ser querido, despertar matinal precoz, anorexia con pérdida de peso y culpabilidad. Puede presentar características *catatónicas,* lo que corresponde al estupor melancólico. Puede tener, finalmente, características atípicas (mejoría del humor en caso de acontecimientos positivos, ganancia de peso, hipersomnia…) o tener una evolución estacional.

XXX.2. Datos e investigaciones biomédicos

Estas cuestiones se tratan en los capítulos XXXI, para las depresiones, y XXXIII para la enfermedad maniaco-depresiva.

XXX.3. Lógicas de la clínica de los trastornos del humor

XXX.3.1. *La clínica de los estados depresivos*

Se han propuesto diferentes modelos o "lógicas" para las patologías depresivas, que constituyen otras tantas teorías clínicas de la depresión. Se pueden señalar las tres que se

booksmedicos.org

mencionan a continuación.

La "tristeza patológica"

Según este enfoque, los estados depresivos representan esencialmente un trastorno del humor. La depresión es sinónimo de tristeza, y se habla de "tristeza patológica" para diferenciar la depresión de las variaciones del humor que sobrevienen de manera inevitable en el curso de una vida. Desde este punto de vista, la depresión tiene como prototipo el *duelo* —afecto de tristeza en ocasión de una pérdida—. Los trabajos psicoanalíticos (Freud, 1915) han confirmado y profundizado este punto de vista. No obstante, varios elementos vienen a complicar o a poner en duda este enfoque. Por ejemplo, no es posible diferenciar de manera rigurosa la "tristeza normal" y la "patológica", incluso si el clínico hace más o menos la diferencia de manera empírica. Esta diferenciación utiliza medios que escapan del método criteriológico: la intensidad (pero este criterio permite más bien saber si hay o no tristeza, y no si ésta es "normal" o "patológica"); el carácter comprensible del trastorno (se tiene la tendencia a no calificar de "depresión" una tristeza, incluso profunda, cuando ésta ocurre tras una experiencia dolorosa, por ejemplo, un duelo); la reactividad (se considera que una tristeza "normal" es más sensible a las variaciones del cuidado del entorno); la duración (se tiende a calificar de "depresión" una tristeza "normal" que se prolonga más allá de un cierto periodo, incluso si cada clínico tiene sus propios criterios empíricos para apreciar esta duración). Por otra parte, la tristeza no siempre es el epicentro de la clínica melancólica, que no obstante está considerada, por lo menos históricamente, el prototipo de las depresiones. Ciertos melancólicos manifiestan más bien una *anestesia afectiva* (de la que en ocasiones se quejan); otros, un *dolor moral* que no es exactamente sinónimo de tristeza.

La inhibición y el enlentecimiento

Kraepelin (1913) colocó a la inhibición, la "dificultad para pensar y actuar", entre los primeros síntomas de toda depresión, melancólica o no, y la consideró tan importante, si no es que más, para el diagnóstico, que el trastorno del humor propiamente dicho. Widlöcher (1983) elaboró un modelo de la clínica depresiva en el cual el enlentecimiento ocupa el sitio central. Según este modelo, la depresión se presenta como un trastorno del dinamismo de la vida mental, caracterizado esencialmente por una inhibición de la puesta en actividad de la acción, involucrando ésta no sólo la esfera psicomotriz, sino también la producción de las ideas, la utilización de las representaciones, etc. Se traduce clínicamente por el *enlentecimiento*, que toma la forma de la fatiga, de la dificultad de concentración, de la ausencia de voluntad, de la indecisión, etc. Widlöcher observa que los medicamentos antidepresivos son particularmente activos sobre el enlentecimiento

booksmedicos.org

psicomotor, mientras que varios estados de tristeza calificados como depresivos, pero sin enlentecimiento psicomotor (duelos, situaciones de insatisfacción afectiva, heridas narcisistas…), responden mal a estos medicamentos.

La inseguridad y el desamparo

El término *desamparo (détresse*, *helplessness)* proviene del vocabulario psicoanalítico y designa el estado primitivo del lactante, incapaz de proveer a sus necesidades sin la intervención de una persona (de un "objeto") exterior, sobre el cual se va a apuntalar el desarrollo del individuo ("objeto de apuntalamiento"); para Freud, las pulsiones libidinales mismas se desarrollan por apuntalamiento sobre las pulsiones de autoconservación, y más generalmente sobre las funciones neurofisiológicas que marcan el desarrollo (ingesta de alimento, control de esfínteres). En los años cuarenta los trabajos de René Spitz (1946) describieron las reacciones del lactante que ha perdido a su madre tras algunos meses de relación normal con ella; Spitz llamó esas relaciones *depresión anaclítica* (del griego *anaclisis:* apoyo, base, apuntalamiento). Más tarde, los trabajos de John Bowlby (1969-1980) permitieron el desarrollo de las teorías del apego, que pusieron en evidencia el carácter esencial, para la construcción del individuo, de la existencia de un entorno de seguridad *(secure base),* cuyo prototipo está constituido por los cuidados maternos. Bowlby describió los efectos de la privación materna en términos de angustia, tristeza y duelo. Los trabajos de Donald Winnicott pusieron igualmente el acento en el vínculo clínico entre angustia y depresión; alrededor del concepto de "preocupación materna primaria", Winnicott distinguió una depresión que tenía un "valor" en el desarrollo, y los estados depresivos en relación con las carencias del entorno precoz de la infancia, remitiendo estas últimas a las experiencias de *derrumbe* (véase también el capítulo XXXVI).

Para el clínico, estos trabajos, no obstante ser de orígenes y marcos de observación extremadamente diversos, dibujan un conjunto (y ofrecen un vocabulario) más o menos preciso, pero que no por ello describe menos, bajo diferentes ángulos, una dimensión de los estados depresivos frecuentemente invocada en clínica (derrumbe, desamparo, necesidad de apuntalamiento) que está particularmente presente en los pacientes que sufren estados limítrofes.

XXX.3.2. *Los estados de expansividad tímica*

Se utiliza frecuentemente en clínica el término *expansividad* en oposición al de depresión: así como la depresión describe un hueco, un vacío, un abatimiento (de ahí las expresiones que acompañan la experiencia depresiva: "experimentar un hueco", "estar a un paso del vacío"), la expansividad connota, al contrario, una extensión, una plétora, un agrandamiento del terreno del yo. Por ello la expansividad tímica, a veces caracterizada

booksmedicos.org

como *hipertimia,* se encuentra en múltiples entidades clínicas fuera de los trastornos tímicos propiamente dichos. Esquemáticamente, pueden describirse dos imágenes clínicas:

La expansividad *eufórica* se acompaña de un humor que parece ser el estricto opuesto de la tristeza: volubilidad festiva, desbordamiento de energía, aparente alegría de vivir, irrefrenable felicidad o hilaridad.

La expansividad del humor se produce igualmente por la *energía* que pueden mostrar ciertas patologías psicóticas, más particularmente paranoicas, especialmente en ocasión de sus fases procesuales: movilización infatigable del conjunto de los recursos psíquicos en una búsqueda imperiosa, vindicativa, tiránica, fanática, al servicio de una idea, de una causa o de una reivindicación.

Si en la clínica psicótica está ausente el componente eufórico de la expansividad tímica, por el contrario, el componente de energía, con su corolario de agresividad, se encuentra frecuentemente presente en ella en diversos grados.

XXX.3.3. *Las clasificaciones empíricas de los estados depresivos*

Siguiendo en lo esencial la nosografía de Kraepelin, las grandes clasificaciones internacionales describen, como lo hemos visto, un solo estado depresivo básico, variable en intensidad y completado con diversas características presentes o ausentes según el caso. La práctica clínica, no obstante, continúa pensando las depresiones según ciertas formas clínicas más o menos opuestas que, sin valor etiológico bien establecido y utilizando en ellas una terminología de la práctica diaria, llegan a colocar los episodios depresivos dentro de diferentes clasificaciones empíricas: depresión *reactiva* (consecutiva a ciertos acontecimientos de la vida), depresión *psicógena* (que no es sinónimo de "reactiva", en el sentido de que estaría en relación con los mecanismos psicológicos pero que no depende necesariamente de un acontecimiento externo), depresión *neurótica* (véase también el capítulo XVII), depresión *somática* (ligada a una enfermedad orgánica), depresión *iatrogénica* (en relación con ciertos tratamientos o intervenciones médicos), depresión *enmascarada* (que se expresa por quejas somáticas sin aparente tristeza del humor), "depresión de agotamiento" (situación de *surmenage, burnout*), etc. Veremos en el capítulo XXXI ("Estados depresivos y melancólicos") algunas de estas formas. Recordemos también que el enfoque psicosomático psicoanalítico aisló la *depresión esencial* (Marty, 1968), caracterizada por un desinvestimento particular de la vida psíquica (funcionamiento mental, manifestaciones emocionales) que predispone a los trastornos somáticos (véase el capítulo XII).

Este pensamiento clínico empírico se basa en un cierto número de grandes oposiciones de las que cada una posee su propia lógica; las examinaremos enseguida. Es posible que los criterios clínicos utilizados en estas oposiciones no correspondan solamente a reagrupamientos sintomáticos, sino que integren otros parámetros de la clínica generando de esta manera modelos más complejos.

booksmedicos.org

La oposición melancolía / depresión

Esta oposición tiende a preservar la especificidad de la melancolía en relación con los otros estados depresivos encontrados en la práctica, en cuanto vivencia de aplastamiento del sujeto por el dolor moral, el sentimiento de vacío interior, el odio y la culpabilidad, así como por la idea más o menos delirante de un fin del mundo y de sí mismo. En este sentido la melancolía condensa una de las imágenes mayores de la experiencia humana, la de la muerte invadiendo lo viviente, a la vez aterradora y fascinante, ilustrada con la metáfora del "negro sol de la melancolía" de Gérard de Nerval. Se opone, pues, a toda otra imagen de la depresión en la medida en la que ésta posee un elemento de espera, si no es que de esperanza, aun quede éste decepcionado. Aunque esta oposición melancolía / depresión ya no esté en el primer plano de las clasificaciones actuales, se puede observar, no obstante, que éstas permiten individualizar esta configuración clínica. Como hemos visto, la CIE-10 especifica el "síndrome somático", que retoma los principales elementos clínicos de la melancolía. El DSM-5, por su lado, especifica por una parte la posible existencia de síntomas psicóticos, y por la otra aísla dos imágenes del episodio depresivo mayor que incluye, ya sea características melancólicas, ya sea características catatónicas.

La oposición depresión reactiva / depresión endógena

A partir de la influencia del pensamiento fenomenológico, la noción de reacción desempeña un papel importante en la clínica psiquiátrica. Al lado de otros modelos, como el enfoque psicoanalítico, la *reacción* contribuye a hacer "comprensible" la patología, es decir, permite al clínico y al paciente insertar las manifestaciones clínicas dentro de una *causalidad* a partir de uno o de varios elementos considerados desencadenantes (acontecimiento de la vida, accidente o modificación corporal, cambios en las relaciones, etc.). La causalidad así establecida no constituye una *etiología* en el sentido riguroso del término, y su utilidad reside sobre todo en el hecho de que favorece el trabajo psíquico del paciente y los intercambios médico-enfermo, volviendo inteligibles los trastornos. El duelo es el prototipo de esta depresión reactiva. La noción de trastorno "endógeno" se sitúa en el opuesto de esta concepción. El carácter endógeno remite a lo incontrolable y al misterio de los funcionamientos del cuerpo, al juego incomprensible de los humores hipocráticos. Para el clínico, siempre se acompaña de una noción de gravedad, lo que no se superpone necesariamente a la oposición depresión / melancolía (existen estados melancólicos a consecuencia de acontecimientos precisos, que se consideran "reactivos"). La condición endógena se asocia sobre todo a un sentimiento de inaccesibilidad por los medios psíquicos (sugestión, consejos, psicoterapia), a la impresión de un "más allá" del psiquismo.

booksmedicos.org

La oposición depresión-episodio / depresión-constitución (o temperamento)

La depresión es generalmente un "episodio", es decir, que se manifiesta a partir de un acontecimiento o periodo de la vida, o bien de manera espontánea en un individuo, por lo demás, más o menos indemne a los trastornos de este tipo. Desde el punto de vista de la gran dicotomía médica entre enfermedades agudas y enfermedades crónicas, los estados depresivos, incluso si son muy frecuentemente de aparición progresiva, se colocan más bien entre las patologías agudas, tanto más que en su gran mayoría muestran un principio, un acmé y un final, con o sin tratamiento —el tratamiento sólo asegura una salida más rápida del episodio, así como la prevención de ciertas complicaciones (degradación de la situación relacional del sujeto, suicidio)—. No obstante, en los otros individuos el humor depresivo aparece como una disposición permanente de su vida psíquica, que muestra pocas variaciones en el tiempo, ya sea a consecuencia de un primer episodio depresivo o porque tome las características de un rasgo de carácter. Esta "depresión de temperamento" corresponde a lo que se llama, en ciertas terminologías, la *depresividad*. Será examinada en el capítulo XXXVI en relación con los rasgos de personalidad calificados como *abandónicos* o *anaclíticos,* formando más o menos parte de las patologías limítrofes. La oposición entre depresión-episodio y depresión-constitución se plantea especialmente en relación con otras dos nociones: la depresión *crónica*, y sobre todo de manera más reciente, la depresión *resistente*. Dicha oposición tiene implicaciones terapéuticas: es evidente que caracterizar una depresión como "resistente" conduce a perseverar en el esfuerzo terapéutico, frecuentemente biológico, en detrimento de una consideración más global del funcionamiento psíquico y de la personalidad del individuo, con el riesgo inherente de afán y de estancamiento terapéutico.

XXX.4. CASO CLÍNICO: LA MELANCOLÍA DE TOLSTÓI

Su cuerpo desborda salud y fuerza; pudo tomar como esposa a la joven que deseaba su amor y ella le dio 13 hijos. Las obras de su mano y de su alma son imperecederas y brillan por encima de su época: los campesinos de Iasnaia Poliana se inclinan con veneración cuando el poderoso boyardo pasa al galope frente a ellos y el universo se inclina respetuosamente frente a su gloria clamorosa. Como Job antes de la prueba, ya tampoco León Tolstói tiene nada que desear, y un día escribe en una carta la más temeraria de las palabras humanas: "Soy absolutamente feliz".

De pronto, en una noche, todo esto pierde su sentido, ya no tiene valor. El trabajo le repugna a este trabajador, su mujer se convierte en una extraña, sus hijos le son indiferentes. En la noche se levanta de su cama, completamente perturbado; va y viene como un enfermo sin reposo; durante el día se sienta, apático, la mano adormecida y la mirada fija frente a su mesa de trabajo. En una ocasión sube

booksmedicos.org

rápidamente la escalera para ir a encerrar en el armario su fusil de caza con el fin de no dirigir el arma contra sí mismo; a veces gime como si su pecho estallara, a veces solloza como un niño en una habitación sin luz. Ya no abre ninguna carta, no recibe a ningún amigo. Sus hijos miran con temor y su mujer con desesperación a este hombre bruscamente ensombrecido.

¿Cuál es la causa de este súbito cambio? ¿Un mal secreto corroe su vida? ¿La peste se ha abatido sobre su cuerpo? ¿Le ha ocurrido una desgracia? ¿Qué le ha ocurrido, en verdad, a León Nicoláievich Tolstói, para que él, el más potente de todos, haya quedado súbitamente privado de alegría, para que el más grande hombre de la tierra rusa esté trágicamente desolado? He aquí la respuesta: ¡nada! Nada le ha ocurrido, o, algo más terrible, ¡ha encontrado la *nada*! Tolstói la ha percibido detrás de las cosas. Hay ahora en su alma una ruptura; se ha producido una fisura en él, estrecha y negra, y, a pesar de él, su mirada trastornada mira fijamente en ese vacío la *presencia* extraña, fría, sombría e inasible que existe detrás de nuestra vida, cálida y henchida de sangre —la eterna nada detrás de lo efímero [Stefan Zweig, *Tres poetas de sus vidas,* Éditions Belfond, 1983].

XXX.5. Psicopatología

XXX.5.1. *Enfoques psicoanalíticos*

Los enfoques psicoanalíticos de los estados maniacos y depresivos se ordenan según dos ejes: ya sea a partir de la teoría de la libido y de la evolución psicosexual, ya sea a partir de la noción de objeto. Los dos ejes —que en los textos se combinan— están representados, respectivamente, por los trabajos de Karl Abraham y de Melanie Klein, por un lado, y de Freud por el otro (Nacht, 1963; Nacht y Racamier, 1959; Kapsambelis, 2005).

La melancolía

Abraham escribió un largo estudio sobre el pintor Giovanni Segantini desde 1911, para poner en evidencia el vínculo entre el primer objeto (el objeto de la oralidad) y la patología bipolar, con el fin de explorar el tipo de regresión constatada en estas patologías. Consideró que esta regresión remitía "al estadio más precoz del desarrollo", en el sentido de que traducía un deseo de *incorporación* del objeto, "una tendencia a ingerirlo, a destruirlo" (fantasma oral de canibalismo), cuya sanción es la muerte (Abraham, 1916). La oscilación entre satisfacción y decepción, perceptible en clínica en

booksmedicos.org

los episodios maniacos y depresivos, muestra la profundidad de la regresión, puesto que indica que el sujeto no alcanza una síntesis *(ambivalencia)* entre sentimientos de amor y sentimientos hostiles respecto del objeto.

Melanie Klein, alumna de Abraham, prolongó estas ideas integrando en su conceptualización la segunda teoría de las pulsiones de Freud (oposición entre pulsión de vida y pulsión de muerte, que Klein consideraba oposición entre el amor y el odio). Describió dos etapas de la evolución precoz: la *posición esquizoide-paranoide,* que domina los cuatro primeros meses de la vida, y la *posición depresiva*, que se desprende progresivamente de la precedente alrededor del destete y que se elabora hasta el final del primer año. En tanto que la primera posición corresponde a un estadio de diferenciación confusa entre el yo y el objeto, que permite por este hecho proyecciones e introyecciones según los dos grandes movimientos pulsionales del amor y de la destructividad, la "posición depresiva" se caracteriza por la percepción del objeto como "total", separada del yo, lo que permite la convergencia sobre él de las pulsiones libidinales y agresivas (constitución de la ambivalencia) y el temor consecutivo de pérdida de objeto como consecuencia de los ataques de la fase precedente *(sadismo oral).* De aquí que, en la concepción de Klein, los sentimientos depresivos siempre están en relación con sentimientos agresivos y de odio respecto del objeto (Klein, 1934, 1940). Toda situación de pérdida de objeto despierta, pues, los sentimientos de culpabilidad y el yo se reprocha su incapacidad para proteger al objeto de su destrucción o de su desaparición; desarrolla un "odio" por el ello (un odio contra su propia vida pulsional, y especialmente su componente agresivo y sádico), que se traduce en el suicidio, única solución para "salvar" los objetos. En esta hipótesis los estados maniacos representan formas defensivas, que combinan la omnipotencia (esfuerzo para dominar al objeto) y la negación (minimización o desconocimiento de su importancia).

La particularidad del texto de Freud (1917) sobre *Duelo y melancolía* es que no intenta situar la patología melancólica sobre el eje del desarrollo psicosexual, como lo hizo hasta entonces con las patologías neuróticas (y como lo harán Abraham y Klein), sino que desde un principio pone el acento en el objeto y su pérdida. Al diferenciar la melancolía y el duelo, observa que, en el segundo, el yo retira progresivamente su investimento del objeto perdido para dirigirlo hacia otros objetos, en tanto que en la melancolía este investimento perdura y se muda en autoacusaciones. Freud consideró que estas autoacusaciones eran de hecho acusaciones contra el objeto perdido, lo que significa que el objeto estaba ahora identificado con el yo: el yo se transforma totalmente en el modelo del objeto *(identificación narcisista),* y la pérdida de objeto se convierte en pérdida del yo. Freud utilizó, pues, dos conjuntos de conceptos. Por una parte, la oposición fijación / progresión: el melancólico conserva una fijación particular del objeto de amor, incluso cuando éste se ha perdido; no dispone, pues, de la flexibilidad necesaria para investir nuevos objetos. Por otra parte, la oposición investimento narcisista / investimento objetal: en el melancólico el investimento objetal es poco resistente y puede ser suprimido en beneficio del investimento narcisista. Es la combinación de estos dos mecanismos lo que conduce a la melancolía: la fijación hacia el objeto se mantiene, pero

booksmedicos.org

este investimento es ahora narcisista, pues el yo se ha identificado con el objeto. La patología maniaco-depresiva pertenece así a las patologías no neuróticas dentro de la concepción de Freud, aun diferenciándose de las psicosis: forma parte de las "psiconeurosis narcisistas" (Freud, 1924).

Las depresiones

A partir de estos trabajos los psicoanalistas han explorado las modalidades particulares de la relación del individuo depresivo con su objeto. Han fijado su atención más particularmente sobre la manera en la que el estado depresivo modifica los investimentos de objeto en función de dos grandes componentes pulsionales, el amor por un lado y el conjunto odio-agresividad-destructividad por el otro. Consideran que el factor desencadenante del estado depresivo se relaciona siempre con "la ruptura de un vínculo estrecho y mutuo con un objeto de amor: que el sujeto ya no exista o ya no se sienta amado, o bien que no piense ya amar, o sentirse amado; el punto de partida del estado depresivo es la pérdida de este objeto de amor"; pero la vivencia de *pérdida de objeto* (de amor) abarca para el depresivo "una gama de experiencias que van más allá de la pérdida pura y simple por la muerte o la desaparición" (Nacht y Racamier, 1959). Un simple alejamiento del objeto, en sentido figurado o afectivo, puede también ser experimentado interiormente como una verdadera pérdida. El depresivo no puede tolerar que la distancia afectiva con su objeto de amor sobrepase un límite, más allá del cual se le aparece como irremediablemente perdido. Está, pues, obligado a mantener con el objeto un vínculo afectivo muy estrecho y exclusivamente amante, con el fin de mantener a distancia los sentimientos negativos: se siente, en efecto, amenazado constantemente por la irrupción masiva de una agresividad que se desencadenaría si el objeto llegara a decepcionarlo. Es por esto que el depresivo tiene una *relación de objeto narcisista:* para evitar quedar sumergido por su odio contra el objeto decepcionante, tiene imperativamente la necesidad de que su objeto sea bueno, infalible e inatacable. No ama, pues, al objeto por sí mismo, de alguna manera, ni por lo que él es, sino porque le permite mantener en él un equilibrio pulsional precario entre el amor y el odio. De esta manera, a la menor decepción por parte de este objeto —una persona, pero también un ideal colectivo (por ejemplo la patria), una entidad social o espiritual (por ejemplo el trabajo, la empresa, la religión)— o su desaparición, el sujeto ya no está en capacidad de amar a este objeto desfalleciente, y ve inmediatamente que se quiebra su frágil equilibrio pulsional; se siente amputado de lo que consideraba la mejor parte de sí mismo —su capacidad de amor— y se encuentra de esta manera entregado al desencadenamiento de su agresividad. De esta manera, para los psicoanalistas el estado depresivo corresponde siempre, en el seno de la relación establecida con un objeto de amor, a la *desvinculación del amor y del odio* (habitualmente mezclados de manera armoniosa en lo que se considera una ambivalencia de buena calidad), con el riesgo de la preponderancia de las pulsiones hostiles.

booksmedicos.org

Entre las diferentes depresiones, el enfoque psicoanalítico permite distinguir, según el grado de introyección del objeto y de la interiorización de la relación objetal (Chabert, 2005; Nacht, 1963; Nacht y Racamier, 1959):

—la depresión *melancólica* en la cual la interiorización y la introyección son masivas, máximas en la melancolía estuporosa, y en las cuales el sujeto escapa, durante la fase aguda, de toda tentativa de abordaje psicoterapéutico pues el contacto con el mundo exterior se encuentra gravemente impedido;
—las depresiones neuróticas y reactivas, en las cuales la interiorización y la introyección son menores, preservando un contacto con el mundo exterior y haciendo posible el abordaje psicoterapéutico en la fase aguda.

La manía

La manía necesita un desarrollo particular (Jeanneau, 2002). La psicopatología de la manía se sitúa, para Freud (1917), dentro del mismo "complejo" que la de la melancolía: el yo maniaco triunfa ahí donde el melancólico sucumbe. Plantea como condición económica de la manía el retorno a la disposición del yo de la energía psíquica anteriormente dilapidada en el trabajo inconsciente de la melancolía. Esta energía se torna nuevamente libre "para ser utilizada en descargas de todo tipo". El maniaco se libera así del objeto de su sufrimiento, sobrepasa su pérdida y triunfa sobre ella, de manera que la energía psíquica ligada en el dolor moral se encuentra súbitamente disponible, a diferencia del duelo, en el cual la desvinculación es más progresiva.

Posteriormente, Freud (1921) mostró, desde un punto de vista tópico, cómo en un mismo individuo, un Ideal del yo severo aplasta al yo con su control riguroso en la melancolía; por el contrario, ese mismo Ideal queda súbitamente absorbido por el yo, fundido en él, en el caso de la manía. Al ser el yo y el Ideal del yo uno y el mismo, el individuo, liberado de todo impedimento y de toda crítica experimenta un sentimiento de poder y de satisfacción sin límites.

Dentro de un mismo enfoque, Abraham (1924) describió al maniaco "que se sacude la dominación de su Ideal del yo". Comparó la manía con una orgía de caníbales y evocó la "gula oral acrecentada" del maniaco, que manifiesta una verdadera bulimia de objetos, especie de incorporación acelerada de éstos "seguida de una exoneración igualmente rápida e igualmente placentera de los objetos introyectados". Consideró la manía una considerable aceleración del "metabolismo psicosexual" del individuo.

XXX.5.2. *Enfoques cognitivos*

Las teorías cognitivas parten del principio de que el individuo organiza su percepción de

booksmedicos.org

sí mismo y del mundo exterior a partir de informaciones que conducen a esquemas de pensamiento y de comportamiento establecidos más o menos precozmente en su existencia. La concepción cognitiva de la experiencia depresiva se ordena generalmente según dos ejes: los contenidos cognitivos del pensamiento depresivo y las afectaciones de las funciones cognitivas durante la depresión.

Los contenidos cognitivos del pensamiento depresivo han sido explorados inicialmente por los trabajos de Beck (1976), a partir de los trabajos sobre la "impotencia aprendida" *(learned helplessness)*[1] de Martin Seligman en los años sesenta (Abramson *et al.,* 1978). La impotencia aprendida es un concepto experimental que vino a modificar los modelos surgidos del conductismo clásico: es posible, tras un condicionamiento adecuado, lograr que un animal no utilice los esquemas espontáneos de evitación de experiencias displacenteras o dolorosas, incluso si tiene la posibilidad de hacerlo. Seligman ha considerado que estas experiencias tienen un interés para explorar los estados depresivos.

Beck postula que el individuo deprimido se caracteriza por una tríada cognitiva constituida en ocasión de acontecimientos traumáticos precoces, que consiste en una visión negativa de sí mismo, de los otros y del futuro, que organiza el pensamiento depresivo. Esta tríada se mantiene incluso frente a pruebas contradictorias. Este "esquema" se adquiere tempranamente en la vida, en parte como respuesta a vivencias infantiles. Permanecerá latente durante un largo periodo y podrá ser reactivado a consecuencia de circunstancias indeseables para volverse operante. Una vez activado, un esquema cognitivo negativo sobrepasa la capacidad del sujeto para controlar voluntariamente sus pensamientos: las ideas y actitudes negativas surgen de manera autónoma y automática. El sujeto tiende, pues, a operar inferencias / deducciones de manera arbitraria, y estos pensamientos ya no pueden ser sometidos e influenciados por la argumentación o la prueba de lo real; por el contrario, tienden a generalizarse.

Una cuestión importante es saber si un "estilo cognitivo" o "esquema" depresivo es un rasgo que predispone al desarrollo de depresión, o si se trata de un simple elemento asociado al estado depresivo. Beck concibió una escala (escala de actitudes disfuncionales, DAS) para medir la tríada cognitiva. Al comparar a los individuos deprimidos antes y después del restablecimiento con sus hermanos y hermanas, así como con un conjunto de sujetos testigo de edad correspondiente sin trastornos psiquiátricos, mostró con sus colaboradores que estas actitudes disfuncionales reflejan la condición deprimida más que una vulnerabilidad familiar o un trastorno depresivo. Por eso no se pudo establecer una teoría explicativa de la vulnerabilidad depresiva.

Los estudios sobre las *afectaciones de las funciones cognitivas en la depresión* (Hardy, 1986) se han realizado esencialmente sobre la inhibición y el debilitamiento intelectual (atención, memoria, logros intelectuales). Han permitido objetivar un cierto número de características que permiten diferenciar estos déficits cognitivos de aquellos de las otras patologías (mentales o neurológicas), pero también dentro de las diferentes formas de depresión. Por ejemplo, la memoria verbal está más alterada en las depresiones bipolares que en las unipolares, y más próxima de lo que se puede observar

booksmedicos.org

en las demencias subcorticales; los pacientes bipolares presentan una tasa de errores más elevada que los unipolares en las pruebas de abstracción, etcétera.

Los "esquemas cognitivos" irracionales de los pacientes deprimidos son objeto de terapias cognitivas que intentan la toma de conciencia, la crítica y la modificación de estas distorsiones. De esta manera pueden surgir modelos explicativos de la sintomatología depresiva y de sus consecuencias a partir de estas prácticas. Por ejemplo, los esquemas negativos determinan los "sesgos mnésicos de congruencia con el humor" (el rendimiento mnésico aumenta con los estímulos que corresponden al estado de humor del individuo: por ejemplo, las personas depresivas recuerdan más fácilmente los rostros que expresan la tristeza), y estos sesgos desempeñarían un papel importante en el desarrollo o el mantenimiento de un estado depresivo (Ingram, 1984).

XXX.6. Tratamiento

Los trastornos del humor, cuyos tratamientos se precisarán en los capítulos siguientes, tienen una doble particularidad: por una parte disponen de una farmacopea de una notable eficacia terapéutica; por otra parte, producen estados patológicos generalmente transitorios (incluso en la enfermedad maniaco-depresiva, patología crónica cuya evolución se realiza lo más frecuentemente por episodios sucesivos con intervalos libres de síntomas). Por esto es muy grande la tentación para que el clínico reduzca el tratamiento únicamente a la medicación dado que ésta induce y acelera un resultado lo más frecuentemente favorable. Ciertas deficiencias terapéuticas, ciertos fracasos inexplicados, la tendencia a la cronicidad de ciertas patologías del humor hacen recordar el necesario acompañamiento psicológico del tratamiento, poniendo en evidencia el hecho de que un trastorno del humor es un momento de ruptura en la vida de un individuo y que es indispensable un trabajo para que esta ruptura sea comprendida y "metabolizada".

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, K. (1911), *Giovanni Segantini. Essai psychanalytique, Œuvres complètes,* t. I, Payot, París, 1965, pp. 161-211.

——— (1916), *Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido, Œuvres complètes,* t. II, Payot, París, 1965, pp. 11-34.

——— (1924), *Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux, Œuvres complètes,* t. II, Payot, París, 1965, pp. 170-210.

Abramson, L. Y., M. E. Seligman y J. D. Teasdale (1978), "Learned helpness in humans: critique and reformulation", *Journal of Abnormal Psychology,* 87, 1, pp. 49-74.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique*

booksmedicos.org

des troubles mentaux, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del* DSM-5. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual. Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]
Beck, A. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders,* International Universities Press, Nueva York.
Bowlby, J. (1969-1980), *Attachement et perte*, 3 vols., PUF, París, 1978-1984. [*El apego y la pérdida,* versión española de M. Valcarce, Paidós, Barcelona, 1998.]
Chabert, C. (dir.) (2005), *Figures de la dépression,* Dunod, París.
Delay, J. (1946), *Les Dérèglements de l'humeur,* PUF, París.
Freud, S. (1917) [1915], XCIII. "Duelo y melancolía", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2091-2100.
Freud, S. (1920-1921)[1921], CXIII. "Psicología de las masas y análisis del 'yo'", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2563-2610.
——— (1924), CXXVII. "Neurosis y psicosis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2742-2744.
Hardy, P. (1986), "Aspects cognitifs de la pathologie dépressive", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37110-A10, Éditions Techniques, París.
Ingram, R. (1984), "Towards an information processing analysis of depression", *Cognitive Therapy and Research,* 8, pp. 443-478.
Jeanneau, A. (1980), *La Cyclothymie. Étude psychanalytique,* Payot, París.
——— (2002), "Manie", en A. de Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de lapsychanalyse,* Calmann-Lévy, París, p. 962.
Kapsambelis, V. (2005), "Approches psychodynamiques des troubles de l'humeur", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37450-A60, Elsevier Masson, París.
Klein, M. (1934), "Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs", en M. Klein, *Essais de psychanalyse 1921-1945,* Payot, París, 1968, pp. 311-340.
——— (1940), "Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs", en M. Klein, *Essais de psychanalyse 1921-1945,* Payot, París, 1968, pp. 341-369.
Kraepelin, E. (1913), *La folie maniaque-dépressive,* Éditions Jérôme Millon, 1993. [*La locura maniaco-depresiva*. Versión española de L. Vea y E. Novella, Alienistas del Pisuerga, Madrid, 2013.]
Marty, P. (1968), "La dépression essentielle", *Revue française de psychanalyse,* 32, 3, pp. 595-598.
Morin, T. (2008), "Épisodes dépressifs: des situations multiples", *Études et résultats,* publicación *de la* DREES — Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadísticas, núm. 661.
Nacht, S. (1963), "Les états dépressifs: étude psychanalytique", en S. Nacht, *La Présence du psychanalyste* PUF, París, pp. 96-137. [*La presencia del psicoanalista,* Proteo, Buenos Aires, 1967.]

booksmedicos.org

Nacht, S., y P.-C. Racamier (1959), “Les états dépressifs: étude psychanalytique”, *Revue française de psychanalyse,* 23, 5, pp. 555-562.

Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor. Meditor, Madrid, 1992.]

Spitz, R. (1946), “Dépression anaclitique. Enquête sur la genèse des troubles mentaux chez les enfants du premier âge”, *Psychiatrie de l’enfant,* 13, 1, pp. 211-242, 1970.

Widlöcher, D. (1983), *Les Logiques de la dépression,* Fayard, París; 2ª ed., 1995. [*Las lógicas de la depresión.* Versión española de Montserrat Kirchner, Herder, Barcelona, 1986.]

booksmedicos.org

[1] El término *helplessness* proviene del vocabulario psicoanalítico y designa, según Freud, el estado de desamparo (desvalimiento) del lactante.

booksmedicos.org

XXXI. ESTADOS DEPRESIVOS Y MELANCÓLICOS

ALBAN JEANNEAU

La depresión permanece en el centro de la problemática psiquiátrica tanto por la puesta en duda *existencial* de las razones y el deseo de vivir, que sería como el "reverso del ser", como por su capacidad de expresarse, empero, por medio de las manifestaciones más específicas de una *patología*. Se comprende así que el término *melancolía* haya tomado ese doble sentido de "estado anímico" cuya evolución literaria extiende sus matices del hastío a la nostalgia, de la languidez a la morosidad, hasta la enfermedad melancólica, cuya sintomatología y gravedad exigen la intervención terapéutica.

XXXI.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

Hemos visto en el capítulo precedente la manera en que los trastornos del humor, y consecutivamente las depresiones, se fueron constituyendo como grupo autónomo de patologías hacia finales del siglo XIX.

Por su lado, la melancolía era conocida desde la Antigüedad, y descrita como tal: "Si temor y tristeza duran mucho tiempo, tal estado es melancolía", escribió Hipócrates en sus *Aforismos* (edición Littré, Libro IV). Estaba en relación con la teoría de los humores (véase el apartado XXX.1.2). La sorprendente obra de Robert Burton (1577-1640), profesor y vicario en Oxford, *Anatomía de la melancolía* (1621), ejerció una importante influencia sobre las ideas concernientes a esta disposición mental. No obstante, a principios del siglo XIX el término *melancolía* agrupaba al conjunto de las diferentes "exageraciones de las pasiones", cuando se manifestaban cada una de manera aislada: constituía una serie de "delirios exclusivos" (Pinel), que correspondían a las patologías que su alumno Esquirol llamará "monomanías", es decir, tanto las preocupaciones delirantes monoidéicas sin desestructuración global de la personalidad como las obsesiones y las fobias. Pero la melancolía continuó significando, en el lenguaje común, un estado de humor caracterizado por la tristeza, y hacia finales del siglo XIX, con las modificaciones nosográficas de Kraepelin (véase el apartado XXX.1.1), se anexó a los estados depresivos.

La situación nosográfica de los estados depresivos y melancólicos fue expuesta en el apartado XXX.1.3.

booksmedicos.org

XXXI.2. Datos e investigaciones biomédicos

XXXI.2.1. *Epidemiología y factores de riesgo*

Se admite que de 50 a 70% de los individuos deprimidos no serían reconocidos como tales por sus médicos en ocasión de una primera consulta. Un gran número de individuos no deprimidos, por el contrario, serán inútilmente diagnosticados como tales. Estos datos subrayan la necesidad de delimitar con precisión la clínica de la depresión para reconocer, entre cuadros diferentes, al conjunto de signos específicos que permiten plantear el diagnóstico de la afección. Se estima que la prevalencia anual de la depresión es de alrededor de 10%. Es dos veces más elevada en la mujer así como en los individuos separados o divorciados.

Los *factores desencadenantes* de los estados depresivos son, antes que todo, las experiencias de pérdida: desaparición o alejamiento de un próximo, de un animal de compañía, de un objeto, de un estatus (jubilación, despido), de un órgano (histerectomía en la mujer). Pero también las situaciones de conflicto, personales o profesionales; las primeras semanas de la maternidad (posparto); la menopausia; las enfermedades orgánicas; los efectos secundarios de ciertos medicamentos.

Entre los *factores predisponentes* hay que subrayar la importancia de los factores genéticos. La frecuencia de los antecedentes depresivos en la familia de ciertos deprimidos constituye un buen argumento a favor de la existencia de un factor genético de riesgo depresivo. No obstante, el papel de este factor permanece difícil de evaluar con precisión, tanto más que la expresión de un gen puede ser influida por el contexto ambiental del paciente. Los principales datos concernientes a la enfermedad maniaco-depresiva serán expuestos en el apartado XXXIII.2.2. Se pueden situar entre los factores predisponentes a las experiencias de pérdidas precoces estudiadas por la investigación psicoanalítica (por ejemplo, pérdida de un padre en la primera infancia); pérdidas de objeto que determinan ulteriormente un cierto tipo de relación con el otro, o reactivadas en ocasión de experiencias de vida de la edad adulta.

XXXI.2.2. *El suicidio*

De 30 a 70% de los suicidios están vinculados con un estado depresivo, siendo 60% la tasa más frecuentemente citada en los estudios (véase también el capítulo XXXIX). Es el riesgo evolutivo mayor de la depresión y puede ocurrir en cualquier momento de su evolución.

La evaluación del riesgo suicida es, pues, un momento esencial en la atención de un deprimido. Es una tarea delicada que exige ciertas referencias: la expresión de las ideas suicidas debe ser siempre tomada en serio, incluso si no existe un exacto paralelismo entre esta expresión y la realidad del deseo de muerte. De manera clásica se oponen

booksmedicos.org

también al melancólico que oculta un proyecto suicida determinado, las expresiones suicidas de tipo "llamada de auxilio" o "chantaje afectivo". Los factores de riesgo suicida en el deprimido aparecen en el cuadro XXXI.1.

CUADRO XXXI.1. *Factores de riesgo suicida en las depresiones*

- Sexo masculino (los hombres se suicidan dos veces más que las mujeres)
- Aislamiento social y afectivo
- Ocurren de una ruptura en los seis meses precedentes al pasaje al acto
- Intensidad de la depresión
- Verbalización de ideas suicidas precisas, con libreto de actuación
- Antecedentes familiares de suicidio
- Antecedentes personales de tentativas de suicidio

XXXI.2.3. *Investigaciones biológicas*

Fue el descubrimiento de los mecanismos de acción neurobioquímicos de las moléculas antidepresivas lo que originó las teorías biológicas de la depresión: los IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa) bloquean la acción de la monoaminooxidasa, que degrada las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina y serotonina); los antidepresivos tricíclicos inhiben la recaptura de esas mismas monoaminas; los ISRS son "inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina". Estos diferentes mecanismos de acción tienen como resultado común aumentar la concentración de monoaminas (o de algunas de ellas) en la hendidura sináptica, conduciendo naturalmente a la hipótesis de una deficiencia de la transmisión monoaminérgica en los estados depresivos.

Una primera teoría postula que esta deficiencia está ligada a un déficit absoluto o relativo de monoaminas en la hendidura sináptica. No obstante, no explica el hecho de que ciertas moléculas que aumentan las concentraciones de monoaminas en la hendidura sináptica no tienen acción antidepresiva. Además, no permite explicar el lapso de acción de los antidepresivos (del orden de tres semanas).

Ésta es la razón por la cual se ha propuesto la teoría membranal de la depresión: se ha demostrado que los antidepresivos tienen como efecto desensibilizar los receptores beta-adrenérgicos y serotoninérgicos postsinápticos. Además se ha constatado que el tiempo necesario para esta desensibilización corresponde al lapso de acción de los antidepresivos. De ahí la hipótesis de que es una hipersensibilidad de los receptores postsinápticos la que estaría en el origen de la deficiencia de la transmisión monoaminérgica; los receptores hipersensibles frenarían, por *feed-back* negativo, la síntesis y la liberación de las monoaminas. Se ha explorado el origen genético de esta hipersensibilidad.

Otros sistemas neurobioquímicos podrían estar implicados en la depresión: los

booksmedicos.org

sistemas histaminérgico, GABAérgico, colinérgico, endorfínico. Por otra parte, los trabajos cronobiológicos sobre la desincronización de ciertos ritmos biológicos brindan pistas interesantes para la investigación.

XXXI.3. LA CLÍNICA

XXXI.3.1. *El síndrome depresivo*

Consiste en la asociación de humor depresivo, enlentecimiento psicomotor y signos somáticos, que varían, según la depresión de que se trate, en su presencia y su intensidad.

El humor depresivo

Es un estado subjetivo de tristeza patológica que va del simple sentimiento de desaliento hasta el de un verdadero *dolor moral*. Puede manifestarse por medio de la expresión facial: amimia, *omega melancólica* (la letra omega se dibuja con los pliegues de la frente que expresan el dolor y el desamparo del individuo).

A este estado subjetivo se asocia frecuentemente una angustia de amplitud variable (mayor en los estados melancólicos), pérdida de interés ligada a una incapacidad para experimentar placer *(anhedonia)* y de ahí un frecuente sentimiento de aburrimiento. El tiempo vivido se describe como un pasado aplastante y un presente sin futuro. Este estado puede generar una verdadera *anestesia afectiva,* más o menos intensa, en la cual el sujeto vive una incapacidad para experimentar sentimientos, pudiendo ser total en los casos extremos. El paciente vive dolorosamente este estado en el que no siente "ni odio ni amor", lo que llega a alimentar la visión negativa de sí mismo. No obstante, no es raro encontrar en el primer plano una inestabilidad afectiva.

El humor depresivo conduce a la expresión de una *visión negativa de sí mismo,* del mundo y del futuro. Se expresa por un sentimiento de desvalorización que va desde el simple sentimiento de inferioridad al más profundo sentimiento de culpabilidad y de vergüenza: autoacusación sobre faltas pasadas, indignidad. Esta pérdida de autoestima puede tomar un carácter delirante en el acceso melancólico en la forma de una convicción de haber cometido *faltas* que necesitan un castigo, una condena, una expiación. Puede también concernir al *cuerpo* que ya no funciona o que ya no tendría ningún valor (intestinos tapados, pudrimiento interior).

Esta visión negativa de sí mismo puede también proyectarse hacia el *exterior* y traducirse en una visión negativa del mundo o ideas de *ruina*. La autoconmiseración remplaza entonces al sentimiento de culpabilidad. El sujeto dice sufrir por la incomprensión de su entorno. Considera a los demás responsables de sus dificultades y

booksmedicos.org

puede llegar hasta tener una convicción delirante (temas de persecución o de prejuicio).

En todos los casos es constante el pesimismo, que puede llegar hasta la pérdida de toda esperanza, con sentimiento de incurabilidad (en el acceso depresivo melancólico), sentimiento del absurdo de la vida, etc. Este pesimismo es lo que alimenta la *ideación suicida*. Estas ideas, consideradas el medio de poner fin al dolor moral, o incluso un acto expiatorio, pueden permanecer vagas o tomar por el contrario la forma de un plan suicida muy preciso, a veces preparado secreta y meticulosamente, o finalmente concretarse en un *raptus* impulsivo. El suicidio se llama "altruista" cuando el sujeto entraña en la muerte a su entorno. Puede ocurrir en cualquier momento: inaugural o al final de la evolución (suicidio llamado de "cola de melancolía"), o en ocasión de la primera mejoría debida al tratamiento. Puede, finalmente, dejar el lugar a los equivalentes suicidas: rechazo alimentario, rechazo a la atención o conductas de riesgo (tóxicos, conducción peligrosa del automóvil).

El enlentecimiento depresivo

Se manifiesta como un enlentecimiento psíquico y motor. La *fatiga* puede llegar hasta el sentimiento de total agotamiento; su característica es que no cede con el reposo y es con frecuencia de intensidad máxima al despertar. Se asocia con una pérdida de iniciativa que puede conducir a una verdadera *abulia* (parálisis de la voluntad). Observemos aquí que la indecisión del deprimido tiene que ver frecuentemente con la comunicación, lo que puede explicar el retraso en la reacción del ambiente que lo rodea.

El *enlentecimiento motor* es una disminución y una lentitud de la actividad motriz. Asocia: *a)* la *bradifemia,* disminución del débito verbal que puede llegar al mutismo, asociada a un tono monocorde, a la desaparición de la prosodia, haciendo que la voz sea a veces apenas audible; *b)* la *bradiquinesia,* lentitud de movimiento acompañada de hipotonía; *c)* la *hipomimia*, incluso la *amimia*, inexpresividad del rostro que enmascara la violencia de los sentimientos dolorosos. La intensidad del enlentecimiento es variable: va de la discreta disminución del tono axial al *estupor* de ciertos accesos melancólicos.

El *enlentecimiento psíquico* es una bradipsiquia con dificultad en el encadenamiento de las ideas, que agrava la rumiación mental alrededor de un solo tema; es el *monoeidismo depresivo* que repite las mismas preocupaciones, aumenta el tiempo de latencia de respuesta a las preguntas, hasta llegar al mutismo. Por lo demás, el individuo se queja de trastornos subjetivos de la concentración y de la memoria, lo que impide sus actividades profesionales o sus pasatiempos (lecturas), reforzando su sentimiento de indecisión y de lentificación del tiempo.

El síndrome somático

Concierne al sueño, la alimentación y la sexualidad. El *insomnio* puede impedir el

booksmedicos.org

adormecimiento cuando está asociado a una rumiación de ideas desagradables *(mentismo vespertino);* puede provocar despertares nocturnos (disomnias), pero lo más característico es el insomnio de la madrugada. Puede asociarse con la somnolencia diurna compensatoria (hipersomnia diurna), a veces difícil de distinguir del apragmatismo con clinofilia. Es frecuente la *anorexia con adelgazamiento* que puede llegar hasta el *rechazo alimentario,* verdadero equivalente suicida. Pero puede remplazarla la hiperfagia con ganancia de peso. Es habitual la disminución del deseo sexual. Finalmente, las quejas somáticas pueden ser de todo tipo: cefaleas, constipación, palpitaciones.

XXXI.3.2. *Las formas clínicas*

Hemos visto en el capítulo precedente, por una parte, el lugar de las diferentes formas de depresión dentro de los sistemas clasificatorios actuales (apartado XXX.1.3), y por la otra las principales oposiciones que ordenan los estados depresivos (apartado XXX.3.3). Presentaremos a continuación, además de la melancolía, las principales formas de depresión utilizadas en la práctica clínica (Olié *et al.,* 1995). Estas formas son más o menos *empíricas,* en el sentido de que su individualización no está validada por la investigación clínica ni por las clasificaciones internacionales, y de que representan sobre todo entidades comúnmente encontradas en la práctica y en el lenguaje de los clínicos.

La melancolía representa siempre un prototipo clínico, a partir del cual se sitúan las otras formas clínicas de las depresiones. En efecto, ella conduce la depresión a los *extremos de su sintomatología* por el retraimiento de las preocupaciones psíquicas de toda realidad, para concentrarse en la propia persona, por la tendencia de las ideas depresivas a tomar un cariz de convicción delirante, por su ausencia aparente de causas desencadenantes, por su evolución en episodios claramente delimitados, muy frecuentemente intermitentes, graves pero que responden generalmente de manera satisfactoria a los tratamientos.

La melancolía

Se caracteriza por la gravedad de la sintomatología: el humor depresivo marcado por la intensidad de la culpabilidad y de la desvalorización, el pesimismo (consentimiento de incurabilidad) y el *dolor moral,* la intensidad del enlentecimiento psicomotor o de la agitación ansiosa, la intensidad del síndrome somático con anorexia y adelgazamiento, anhedonia y anestesia afectiva, despertar matinal precoz y mejoría vespertina, importante riesgo de suicidio. Los síntomas pueden manifestarse según dominancias variables:

La forma *estuporosa* está marcada por la inhibición total de toda actividad motora y mímica. La inmovilidad, el mutismo, la ausencia de reacción a todo estímulo exterior, los rasgos fijos, la actitud de rechazo hacen de ella un verdadero *negativismo* doloroso.

La forma *ansiosa* está, por el contrario, dominada por la agitación, la solicitud

booksmedicos.org

incesante de atención, la esterilidad de las interrogaciones y el riesgo de *raptus* suicida.

La forma *delirante* está marcada por una convicción delirante que está más allá de todo índice de la realidad objetiva, apoyada en ocasiones por una actividad alucinatoria auditiva. En ella el delirio se muestra frecuentemente pobre, monótono, monotemático. Es vivido pasivamente por el paciente en un sentimiento de resignación dolorosa y sufrida. Los temas, congruentes con el humor, amplifican todas las ideas melancólicas: autoacusaciones delirantes, indignidad con *espera de un castigo* a la altura de la falta supuestamente cometida; *ideas hipocondriacas* con la certeza de estar afectado por una enfermedad incurable o vergonzosa; ideas de *negación* de un órgano o de su funcionamiento (intestino, laringe); *ideas de ruina,* de catástrofe, de duelo (idea de la muerte de sus familiares, de la pérdida total de sus bienes, de un inminente cataclismo). Una forma delirante específica se conoce con el nombre de *síndrome de Cotard,* que asocia clásicamente ideas de negación de la persona y del mundo exterior, de inmortalidad y de condena eterna.

A estas ideas delirantes se pueden agregar también los temas de influencia maléfica, de posesión diabólica y de persecución, cuando ésta está ligada a la falta de la que el sujeto se acusa de haber cometido. Puede ocurrir que los temas no sean congruentes con el humor; en estos casos se trata de ideas de persecución o de influencia.

Las depresiones neuróticas

Este vocablo agrupa cuadros diferentes (véase también el apartado XVII.3). Por una parte, situaciones de *reactivación de conflictos inconscientes* de origen infantil, que hacen revivir al sujeto una frustración precoz o una vivencia de abandono. El factor desencadenante encontrado no muestra una relación con la intensidad del cuadro clínico: se trata de un acontecimiento de la vida actual, generalmente mínimo, al que el paciente le confiere un valor traumático en razón de sus carencias afectivas precoces. Por otra parte, la *descompensación de una neurosis* ya conocida. La naturaleza del episodio depresivo difiere según la neurosis y las fijaciones concernidas: la neurosis obsesiva puede ocasionalmente desembocar en una descompensación melancólica; la histeria deja aflorar en todo momento su vivencia depresiva que precipita la crisis, la que, por el contrario, logra descargar su tensión.

En todos los casos se reconoce generalmente una relativa moderación de la sintomatología: la autoconmiseración más que la indignidad, la intensidad de la búsqueda afectiva y de la necesidad de ser tranquilizado más que la condena, la esperanza de reactividad al medio exterior más que el retraimiento, la inquietud por el futuro y la ansiedad más que un profundo pesimismo. Se observará que la tentativa de suicidio puede tomar frecuentemente una significación agresiva en sus relaciones frente al entorno. No obstante, y en particular en la neurosis histérica, el gesto suicida, a pesar de su aspecto teatral, no debe ser minimizado puesto que en un número no despreciable de casos conduce a la muerte.

booksmedicos.org

Las depresiones reactivas

Se presentan a consecuencia de un acontecimiento de la vida actual que adquiere un valor traumático. Son esas depresiones que permanecen muy próximas al *duelo*. Conservan el *carácter objetivo de la causa*, claramente reconocida por el paciente y el médico, incluso si la pérdida no es solamente la de un ser querido, sino también una ruptura sentimental, un fracaso profesional, una situación existencial difícil (soledad, revés de fortuna u otra dificultad material). Se diferencian por el *repliegue sobre sí*, el *taedium vitae,* la pérdida de autoestima, que indican la patología depresiva, sobre todo cuando el golpe de suerte se mostró particularmente violento. El duelo, con todo lo externo que pueda ser su causa, puede escapar del clásico "trabajo de duelo" para convertirse en depresión.

Habría que agregar la *depresión de agotamiento,* desencadenada por la repetición de acontecimientos traumáticos que han generado una sobrecarga emocional prolongada, o incluso por situaciones de *surmenage* (agotamiento por cansancio excesivo) profesional con fuerte carga emocional.

Formas atípicas, depresión enmascarada,equivalentes depresivos

En el sentido francés del término, la *depresión atípica* designa uno de los modos de entrada en la esquizofrenia (véase también el capítulo XXVI). Pero en el sentido anglosajón, se trata de un estado depresivo en el cual los signos somáticos aparecen como invertidos: la hipersomnia remplaza al insomnio, el aumento del apetito remplaza a la anorexia, generando una ganancia de peso, la astenia es aquí particularmente intensa, el humor es muy lábil y permanece reactivo y sensible al ambiente, los rasgos de la personalidad son de apariencia histriónica.

En la *depresión enmascarada* los signos depresivos típicos están enmascarados por síntomas de otra naturaleza. Se trata principalmente de manifestaciones somáticas, lo más frecuentemente dolores: cefaleas, algias faciales (glosodinia, odontalgia), lumbalgias fijas y persistentes. La ausencia de causa orgánica, lo vago de las quejas que tienen una repercusión desproporcionada, la presencia de signos depresivos negados por el individuo (trastornos del sueño, irritabilidad, aburrimiento) permiten establecer el diagnóstico.

En cuanto a los llamados *equivalentes depresivos,* los síntomas de la depresión no aparecen y el episodio depresivo toma la apariencia de un cuadro neurótico, fóbico, obsesivo o hipocondriaco de aparición *reciente;* pueden ser remplazados por trastornos del carácter, conductas alimentarias (bulimia) o sexuales, conductas de toxicomanía o alcoholizaciones intermitentes.

Las depresiones "secundarias"

booksmedicos.org

Se llama "secundario" al estado depresivo que aparece en el curso de la evolución de un cuadro clínico totalmente diferente.

Los episodios depresivos vienen regularmente a complicar las manifestaciones de las *personalidades limítrofes* y *psicopáticas*, en las cuales la condición depresiva, los sentimientos de abandono y la impulsividad caracterizan los trastornos de la estructura (véase también el capítulo XXXVI). Las tentativas impulsivas de suicidio son frecuentes en ellas y muestran cómo el *pasaje al acto* constituye, para estos individuos, la única posibilidad de descargar las tensiones internas.

En la *esquizofrenia,* el episodio depresivo inaugura a veces la enfermedad, apareciendo de manera insidiosa. Los síntomas de repliegue y de aislamiento están en un primer plano y adquieren una presencia enigmática. Deben buscarse los elementos de la disociación, las preocupaciones delirantes no congruentes con el humor, la angustia con tonalidades psicóticas. Puede ser en ocasiones muy delicado el diagnóstico diferencial con una melancolía delirante. La precesión del delirio sobre la sintomatología depresiva es un argumento importante (criterio de Séglas).

La depresión puede también ser "secundaria" a una *afección somática*. La depresión es a veces *iatrogénica,* inducida por ciertos medicamentos considerados *depresógenos*. Finalmente, puede ser secundaria a una *abstinencia:* alcohol, benzodiacepinas, tóxicos, dieta en un obeso. Regresaremos ulteriormente sobre la depresión secundaria a un *estado demencial*.

La depresión del adolescente

En el curso del proceso de la adolescencia el individuo realiza un trabajo psíquico que se emparenta con un trabajo de duelo. Éste se manifiesta por un cierto número de afectos que pueden evocar síntomas depresivos, y a veces puede desembocar en verdaderos derrumbes depresivos (véase también el apartado XLVI.3.1). La depresión se muestra entonces lo más frecuentemente bajo una forma enmascarada y muy fluctuante: quejas somáticas, astenia, episodios hipocondriacos y dismorfofóbicos, trastornos del carácter, fugas, crisis clásticas, trastornos de las conductas alimentarias, conductas de toxicomanía (Jeanneau y Rufo, 1998; Braconnier, 1987, 1993).

La depresión de la tercera edad

Presenta características clínicas específicas: quejas somáticas, ideas de ruina… El diagnóstico diferencial entre demencia y depresión es delicado. Las pruebas terapéuticas permiten frecuentemente distinguirlas (Derouesné, 1996). Esta clínica se desarrolla en el apartado XLVII.3.2.

booksmedicos.org

XXXI.3.3. *Evolución*

La evolución espontánea de un episodio depresivo se realizaba anteriormente, antes de la existencia de tratamientos eficaces, hacia la *curación espontánea.* Se sabe igualmente que la evolución puede ser *periódica,* situando su intermitencia dentro de una forma llamada "unipolar" o "bipolar" de la enfermedad maniaco-depresiva (véase el capítulo XXXIII). La evolución puede ser *variable,* lo que es más bien el caso de las depresiones neuróticas.

Se considera que la *curación* del episodio actual corresponde a un periodo de remisión completa superior a seis meses.

La depresión se considerará *crónica* cuando evolucione sin interrupción durante más de dos años. Esto concerniría de 15 a 20% de los episodios depresivos. La repercusión social y profesional es entonces, con frecuencia, invalidante. La depresión crónica plantea el difícil problema de su distinción con los rasgos de personalidad patológicos (véase también el capítulo XXXVI).

La depresión se califica como *resistente* tras el fracaso de dos antidepresivos de clases diferentes prescritos con una posología considerada eficaz, durante un periodo de seis a ocho semanas. El riesgo de la resistencia es el paso a la cronicidad (resistencia durante más de un año tras cinco ensayos terapéuticos conducidos según las reglas). Los factores biológicos de resistencia están ligados a un tratamiento insuficiente, a la falta de seguimiento del tratamiento por parte del paciente o a un diagnóstico tardío de la depresión; pero también a su asociación con otra patología psiquiátrica, a una adicción no tratada (alcoholismo), a una enfermedad orgánica o a un tratamiento depresógeno. También existen factores psicológicos de resistencia —como un acontecimiento desencadenante particularmente doloroso (duelo por un hijo, condiciones de vida difíciles y perennes)—, o inconscientes ("necesidad de punición inconsciente"; Freud, 1932). Conviene, empero, subrayar que la impresión de resistencia puede depender de la imprecisión de los límites entre episodios depresivos y trastornos de la personalidad, con un estado depresivo constitucional que incita a prescripciones medicamentosas en casos en que las indicaciones son discutibles.

Finalmente, la *depresión estacional* es un cuadro específico que concierne más frecuentemente a la mujer. De inicio precoz, su evolución es periódica con un periodo depresivo otoñal o invernal, y una mejoría, incluso una inversión del humor, en la primavera o el verano. La sintomatología, de intensidad media, está marcada por hiperfagia (alimentos azucarados), ganancia ponderal e hipersomnia. El tratamiento por exposición a la luz (fototerapia) durante el periodo depresivo es generalmente eficaz.

XXXI.4. Casos clínicos

XXXI.4.1. *Una depresión melancólica*

booksmedicos.org

El señor X, de 35 años, llega a consultar por primera vez acompañado de su esposa. Hasta muy recientemente ha sido un hombre activo, conocido por su lealtad y su seriedad. Hace 15 días, siendo habitualmente un “buen durmiente”, comenzó a quejarse de un despertar inhabitualmente precoz, asociado a una gran fatiga matutina y a una opresión ansiosa con la sola idea de la jornada en perspectiva. Todo lo que hacía normalmente con placer y eficacia le aparece progresivamente “como una montaña insuperable”. Su lentitud y su distracción le han sido señaladas, además, por su superior jerárquico; sólo al final de la jornada le es posible recuperar un poco el retraso de su trabajo. En la casa su mujer ha observado “su aspecto triste y sombrío, sin expresión” y su silencio anormal. Pero lo que le inquieta más a ella es que desde la víspera está persuadido de haber defraudado al fisco en su última declaración de impuestos. Convencido de su próximo arresto por la brigada financiera, preparó una pequeña valija que contenía algunos efectos personales en el caso de que fuera encarcelado. Huye del contacto con sus vecinos diciendo que “saben lo que he hecho”. Esa mañana dejó deslizar en el curso de una conversación anodina que “todo está perdido” y que sería mejor “acabar ahí”. Se nos informa que su abuelo, persuadido sin razón de estar arruinado, se colgó hace algunos años. Al médico que se entrevista con él y que le propone una hospitalización, le responde: “Eso no servirá para nada porque usted sabe muy bien, doctor, que yo no saldré de ésta”. X fue hospitalizado a solicitud de un tercero (de su esposa) y recibió un tratamiento antidepresivo al que respondió muy favorablemente al cabo de cuatro semanas. Salió del hospital al cabo de seis semanas y retomó rápidamente sus actividades, asistiendo a una consulta psiquiátrica bimestral, y después mensual, que permitió ajustar el tratamiento, tener un intercambio psicoterapéutico y vigilar su evolución debido al riesgo de desarrollar una enfermedad maniaco-depresiva.

XXXI.4.2. *Una depresión neurótica*

La señorita Z, de 29 años, viene a consultar tras una ruptura sentimental, que sobreviene algunos meses después de una ruptura precedente en circunstancias idénticas. Llora a mares durante toda la entrevista; nada puede tranquilizarla y dice, con una mezcla de cólera y tristeza: “¡Verdaderamente es muy injusto! ¿Por qué esto sólo me pasa a mí? ¡Y luego todo el mundo se burla de lo que me ocurre, y usted también, doctor!” Expresa que le da vueltas a su decepción “todo el día e incluso durante la noche”. Su sueño está, en efecto, muy perturbado, el adormecimiento es muy difícil y son frecuentes los despertares en el curso de la noche. Se queja de una gran lasitud, de la incapacidad para concentrarse en su trabajo. Confiesa que estuvo tentada hace algunos días, en un momento de soledad, de tomar de golpe una decena de comprimidos del ansiolítico prescrito por su médico, dado el estado de angustia del que sufría. Pero la llegada de su mejor amiga, con la cual se fue al cine y “pasó finalmente una buena tarde entre amigas”, la disuadió provisionalmente. Su madre, presente durante una parte de la entrevista, nos explica que su hija parece haber sufrido mucho por el nacimiento de su hermana cuando tenía cuatro años, y habla de la evidente preferencia de su padre por esta última. Parece ansiosa por su estado y deja entender que teme “lo peor”. Proponemos a la señorita Z entrevistas psicoterapéuticas y nos abstenemos de todo tratamiento antidepresivo, lo que parece decepcionarla en un primer momento.

booksmedicos.org

XXXI.4.3. *Una "seudodemencia depresiva" de un sujeto anciano*

El señor Z, de 75 años, sin antecedentes psiquiátricos, viene a consultar a solicitud de su médico general. Se queja, en efecto, desde hace meses de trastornos de la memoria relativos a los nombres propios; frecuentemente está a la búsqueda de su llavero o de sus lentes, no sabiendo dónde los ha dejado. Todo esto lo inquieta y teme una enfermedad grave, tanto más que experimenta una gran astenia, vagos dolores erráticos, y que ha perdido cinco kilos a causa de una falta de apetito. Desde la semana precedente han aparecido noches de insomnio. Su esposa señala su tristeza y la relaciona con el divorcio reciente de su hija mayor "tras lo cual todo comenzó". Su rostro es poco expresivo, su mirada fija y su palabra rara vez es espontánea. A las preguntas responde con un tono monocorde y un tiempo de latencia anormalmente largo; abrevia frecuentemente sus respuestas diciendo "no sé". Los exámenes complementarios biológicos, la EEG, el escáner cerebral no presentan ninguna anomalía. Las pruebas psicométricas están exentas de signos de organicidad. Un tratamiento antidepresivo con posología moderada se muestra rápidamente eficaz y la evolución hasta el restablecimiento completo pasó por un periodo de tristeza "normal", en el curso del cual el paciente expresó sentimientos de decepción y de rechazo impotente para aceptar la ruptura del matrimonio de su hija.

XXXI.5. Psicopatología

Los enfoques psicopatológicos de los estados depresivos se presentan en el capítulo XXX ("Introducción a los trastornos de la afectividad [o del humor]").

XXXI.6. Terapéutica

Todo episodio depresivo caracterizado obliga a contemplar un tratamiento biológico asociado a un abordaje psicoterapéutico.

XXXI.6.1. *Cuadro terapéutico*

Generalmente es posible el *tratamiento ambulatorio*, con consultas frecuentes por lo menos hasta la mejoría del humor. La *hospitalización* está indicada: *a)* en *primera instancia,* si el riesgo suicida es importante o si las conductas del individuo ponen en juego el pronóstico vital (estupor con rechazo alimentario, agitación ansiosa); pueden ser necesarios los tratamientos psiquiátricos con hospitalización a solicitud de un tercero; *b)* en *segunda instancia,* en casos de un mal seguimiento al tratamiento o de depresión resistente.

booksmedicos.org

XXXI.6.2. *Los medicamentos antidepresivos*

La elección del antidepresivo

Hay que tener en cuenta las contraindicaciones, las interacciones medicamentosas, la tolerancia y la eficacia en ocasión, en su caso, de episodios previos. El perfil semiológico del episodio guía igualmente la elección: si el enlentecimiento psicomotor es predominante se preferirá un antidepresivo estimulante; en caso de agitación, de ansiedad o de insomnio, se indicará un antidepresivo más sedativo (véase el capítu-lo LIV). Actualmente se prefieren los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) como primera opción; no obstante, los antidepresivos de la primera generación, llamados "tricíclicos", siguen siendo de una notable eficacia y pueden utilizarse como primera o segunda opción. Los IMAO (inhibidores de la mono-amino-oxidasa) se utilizan poco en Francia, y generalmente tras el fracaso de otros productos.

La conducción del tratamiento

La vigilancia del tratamiento necesita estar particularmente atenta a una mejoría precoz del enlentecimiento psicomotor, mientras que están todavía presentes el humor depresivo y en particular las ideas suicidas, lo que aumenta el riesgo de pasaje al acto. La remisión de los síntomas aparece progresivamente en general después de tres a seis semanas de tratamiento a dosis eficaces.

El tratamiento antidepresivo puede asociarse: *a)* a un ansiolítico, frecuentemente útil al principio del tratamiento en caso de ansiedad y de agitación: benzodiacepinas lo más frecuentemente, neuroléptico sedante en caso de melancolía; *b)* a un hipnótico, necesario en caso de insomnio invalidante, y *c)* a un neuroléptico, en caso de depresión delirante.

Conducta a seguir en ciertos casos particulares

En caso de viraje maniaco franco del humor bajo antidepresivos es necesario suspender el tratamiento e iniciar en su lugar un tratamiento neuroléptico sedante y posiblemente un modulador del afecto.

En caso de fracaso del tratamiento hay que tener en cuenta, inicialmente, el hecho de que un antidepresivo no debe considerarse inefectivo más que después de seis a ocho semanas de tratamiento prescrito a dosis eficaces. Frecuentemente es necesario el control de la posología plasmática del antidepresivo (tricíclico) para establecer la constatación de ineficacia. Una primera opción consiste entonces en cambiar de antidepresivo teniendo el cuidado de elegir un producto con mecanismos de acción diferente. Otra consiste en la

booksmedicos.org

asociación de un segundo antidepresivo, potencializando al primero y adaptando las dosis. Se contemplará también la asociación antidepresivo-litio; en otros casos se podrá intentar la prescripción de un IMAO de primera generación, o incluso recurrir a la terapia electroconvulsiva (TEC) o a la estimulación magnética transcraneal (EMT), en particular cuando el pronóstico vital está comprometido en lo inmediato (véase más adelante). Todas estas soluciones necesitan, por supuesto, una búsqueda de los factores de resistencia.

Duración y fin del tratamiento

Se considerará que la curación de un estado depresivo corresponde a un periodo de remisión completa de los síntomas de una duración superior a los seis meses. Es por ello que la continuidad del tratamiento después de esta remisión debe tener una duración mínima de seis meses. En caso de enfermedad maniaco-depresiva unipolar (trastorno depresivo recurrente), hay que contemplar un tratamiento profiláctico de las recidivas con antidepresivo, litioterapia o TEC de mantenimiento, según los casos.

La suspensión de un tratamiento antidepresivo se hará de manera muy progresiva, tanto para prevenir la recaída como para evitar el síndrome de abstinencia de antidepresivos.

XXXI.6.3. *Otros tratamientos biológicos*

El tratamiento electroconvulsivo (TEC)

A pesar de su mala fama, los electrochoques pueden estar indicados inicialmente, en urgencias, cuando la gravedad del acceso no permita la espera durante el lapso de acción del antidepresivo, es decir, en caso de riesgo suicida, somático (rechazo alimentario), o de trastornos del comportamiento graves: melancolía ansiosa, estuporosa o delirante (en particular el síndrome de Cotard). La TEC puede igualmente utilizarse desde un principio en casos de contraindicaciones a los antidepresivos, y de manera secundaria en caso de resistencia a dichos medicamentos. Finalmente, su eficacia es reconocida en los sujetos ancianos, en los casos de seudodemencia depresiva, ya sea desde un principio o con posterioridad a los tratamientos medicamentosos.

Una vez obtenida la remisión de los síntomas por el tratamiento electroconvulsivo, debe realizarse el relevo con un antidepresivo a dosis eficaz, durante la duración necesaria para la curación del episodio.

La estimulación magnética transcraneal (EMT)

booksmedicos.org

Técnica de investigación e instrumento terapéutico, la EMT consiste en estimular de manera repetida el lóbulo prefrontal con un campo magnético. Está indicada en la depresión resistente, en particular sin características psicóticas.

La fototerapia

Está indicada en casos de depresión estacional; consiste en una exposición cotidiana de algunas horas a una luz intensa (por lo menos 2 500 lux) por sesión cotidiana matinal o cada tercer día.

XXXI.6.4. *Enfoques psicoterapéuticos*

Frente a un estado depresivo en plena evolución es necesario desarrollar, sobre todo para el clínico y posiblemente el equipo tratante, un cierto número de *actitudes psicoterapéuticas* necesarias para el desarrollo de la atención. La benevolencia no estará exenta de firmeza y de resolución, en particular en la toma de decisiones médicas necesarias. Se trata, en efecto, de oponer la solidez de la actitud médica al superyó del sujeto, cuya violencia se desencadena sobre su yo, particularmente en los episodios melancólicos. También se trata de hacer frente a la ambivalencia del paciente que intenta ganarse a su interlocutor bajo la forma de la indecisión. Una presencia firme, resuelta y benévola permite también aportar un sostén al disminuir el sentimiento de desesperanza y de impotencia, y una contención psíquica que limite los desbordamientos emocionales.

Fuera del episodio, debe contemplarse una psicoterapia de inspiración psicoanalítica dentro de un cuadro estructurado (frecuencia y regularidad de las sesiones). Intentará situar el episodio dentro de la historia personal del sujeto para darle un sentido analizando los conflictos que están en su origen. Se tendrá particularmente en mente el conflicto de la ambivalencia amor / odio, y se intentará lo más posible vincular los movimientos de agresividad a la libido.

Otros preferirán conducir una *psicoterapia cognitivo-conductual* y trabajar sobre las distorsiones cognitivas del deprimido.

CONCLUSIÓN

El término *depresión* abarca realidades clínicas muy diversas. Esta disparidad impone un trabajo de semiología riguroso, necesario para descubrir lo más rápidamente posible la urgencia psiquiátrica, para tratar todo auténtico episodio depresivo caracterizado y para eliminar aquello que no es depresivo y concierne a otras entidades psiquiátricas (en particular los trastornos ansiosos), o a simples movimientos psíquicos de la existencia. El

booksmedicos.org

clínico está, pues, obligado a desarrollar una amplia gama de competencias, no solamente en las actitudes terapéuticas y el manejo de diferentes tratamientos, sino también en la evaluación de aquello que es o no un estado depresivo, dentro de un contexto de demanda social intensa que tiende a confundir la salud con la ausencia de todo sufrimiento inherente a la existencia humana.

BIBLIOGRAFÍA

Boyer P., R. Dardennes, C. Even, V. Gaillac, A. Gérard, Y. Lecrubier, C. Le Pen y E. Weiller (1999), *Dépression et santé publique,* Acanthe / Masson / Smith Kline Beecham, París.

Braconnier, A. (1987), "L'angoisse, ses transformations, son traitement à l'adolescence", *Annales de psychiatrie,* 2, pp. 199-201.

——— (1993), "Dépressions à l'adolescence", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37214-A10, Éditions Techniques, París.

Caroli, F., J. Gauillard y M.-N. Vacheron (2000), "Conduites suicidaires et dépression. Aspects psychopathologiques", en T. Lemperière (dir.), *Dépression et suicide,* Acanthe, Masson /Smith Kline Beecham, París, pp. 49-78.

Derouesné, C. (1996), "Dépressions et démences", en T. Lemperière, *Les Dépressions du sujet âgé,* pp. 31-41, Acanthe / Masson / Smith Kline Beecham, París.

Freud, S. (1932), CLXVII. "Nueva suite de lecciones de introducción al psicoanálisis. Lección 32: La angustia y la vida instintiva", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 3146-3164.

Jeanneau, A., y M. Rufo (1998), "Clinique de la dépression de l'adolescent", en T. Lemperière, *La Dépression avant 20 ans*, Acanthe / Masson / Smith Kline Beecham, París, pp. 67-79.

Olié, J.-P., M.-F. Poirier y H. Lôo (dirs.) (1995), *Les Maladies dépressives,* Flammarion, París.

Widlöcher, D., y M. C. Hardy (1991), *La Dépression,* Hermann, París.

booksmedicos.org

XXXII. ESTADOS MANIACOS, HIPOMANIACOS Y MIXTOS

ROBIN MALGAT

LA SINTOMATOLOGÍA maniaca no es la más difícil de captar. Una vez constituido, el cuadro típico es incluso caricaturesco: es el prototipo de una avidez sin fin por el mundo. Pero como lo ha señalado Henri Ey (1954) en sus *Estudios*, este cuadro clínico, "de tal manera simple que es el que primero se enseña a los novatos", plantea numerosos problemas clínicos pero también nosográficos y psicopatológicos.

Expondremos en este capítulo la clínica, la evolución y el tratamiento de los estados maniacos e hipomaniacos. Sus aspectos psicopatológicos han sido expuestos en el capítulo XXX ("Introducción a los trastornos de la afectividad [o del humor]"). Los datos sobre las investigaciones biológicas se expondrán en el capítulo XXXIII ("Enfermedad maniaco-depresiva y 'espectro bipolar' ").

XXXII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXXII.1.1. *Terminología*

El término *manía* proviene del griego *manía,* que significa "furor". Se encuentran descripciones de furor de características maniacas en los autores clásicos, por ejemplo, el furor demente de Áyax, seguido de su suicidio, descrito en la obra de Sófocles. En la mitología griega las *ménades (mainades)* eran ninfas campestres dedicadas a las fiestas de Baco, conocidas por sus estados de arrebato sexual o agresivo.

En 1801, en su *Tratado,* Pinel utiliza el término manía para caracterizar el conjunto de la alienación mental. Posteriormente, Esquirol distinguió los "delirios parciales" o monomanías, en las cuales el trastorno mental estaba centrado sobre un objeto único. De esta definición proviene el uso de las palabras *manía, maniática* en el lenguaje común como sinónimo de una idea o actividad obsesiva. En la terminología psiquiátrica la manía designa siempre un estado de euforia patológica, pero el sufijo *-manía* entra en la composición de numerosos términos que abarcan patologías muy diferentes (demonomanía, dipsomanía, mitomanía, erotomanía…), lo más frecuentemente, en relación con una actividad de carácter obsesivo o compulsivo.

booksmedicos.org

XXXII.1.2. *Situación nosográfica*

Los estados maniacos, hipomaniacos y mixtos se describen de manera semejante en los diferentes sistemas clasificatorios internacionales (véase también el apartado XXX.1.3). La CIE 10 de la OMS (1992) distingue la hipomanía, la manía sin síntomas psicóticos y la manía con síntomas psicóticos, siendo los síntomas psicóticos las ideas delirantes (megalomaniacas, místicas, incluso de persecución), la fuga de ideas que vuelve incomprensible el discurso y las conductas agresivas y violentas. Los estados mixtos entran dentro del cuadro del "Trastorno afectivo bipolar" (enfermedad maniaco-depresiva). El DSM-5 de la ANP (2013) distingue las mismas subcategorías, a excepción de los estados mixtos que, contrariamente a la precedente edición de este manual, no constituyen una categoría aparte, sino un aspecto posible de los estados maniacos, hipomaniacos o depresivos. Por lo demás, para esta clasificación, todo estado maniaco o hipomaniaco entra dentro del cuadro de los trastornos bipolares I o II.

XXXII.2. DATOS E INVESTIGACIONES BIOMÉDICOS

XXXII.2.1. *Epidemiología*

La edad de inicio de los estados maniacos e hipomaniacos se sitúa al final de la adolescencia y principios de la edad adulta. Mientras más precoz es la edad del primer episodio, más atípica y mixta es la sintomatología. La edad temprana del primer episodio maniaco también es un factor de mal pronóstico evolutivo.

Por lo que concierne a los estados mixtos, 40% de los pacientes que hayan sufrido episodios maniacos tendrán un episodio mixto en el curso de su vida (Mac Elroy *et al.,* 1992), y según este mismo estudio, cerca de 30% de los pacientes diagnosticados como maniacos presentarían en realidad un estado mixto, con una predominancia de mujeres y adolescentes.

XXXII.2.2. *Complicaciones y comorbilidad*

El riesgo mayor es la repercusión somática que puede comprometer el pronóstico vital. El riesgo de pasaje al acto suicida, más de temerse cuando le sigue un episodio depresivo y persiste la desinhibición, sería menos importante que en los casos de episodios depresivos o de episodios mixtos (Dilsaver *et al.,* 2005).

Los accidentes corporales (traumatismos, violaciones, enfermedades sexualmente transmisibles), acrecentados por el consumo frecuente de tóxicos, son un riesgo que debe tomarse en cuenta sobre todo en el curso de los episodios mixtos (Mc Elroy *et al.,* 1992).

booksmedicos.org

Las consecuencias familiares, sociales, judiciales o financieras de estos episodios agudos pueden ser muy importantes.

XXXII.2.3. *Investigaciones biológicas*

Los datos concernientes a las investigaciones biológicas se tratarán en el apartado XXXIV.2.

XXXII.3. LA CLÍNICA

La manía se describe como la vertiente positiva del acceso depresivo melancólico: realiza una *inversión del humor*.

XXXII.3.1. *Modos de inicio del acceso maniaco*

El inicio es frecuentemente espontáneo, pero el episodio maniaco puede igualmente sobrevenir tras un factor desencadenante (promoción, mudanza, nacimiento…), a veces paradójico (duelo, separación…): se habla entonces de *manía de duelo*. Puede igualmente suceder a un episodio depresivo, a veces precipitado por una prescripción de antidepresivos. Se trata entonces de un *cambio de humor* en el curso evolutivo de un episodio típico de enfermedad maniaco-depresiva que tiene como secuencia la forma "depresión-manía-intervalo libre", o de un primer movimiento sintomático de una secuencia "manía-depresión-intervalo libre".

El desencadenamiento es, lo más frecuentemente, rápido y se presenta por primera vez con el conjunto de las características sintomáticas; la instalación insidiosa es más rara. Frecuentemente, a medida que las recaídas maniacas se repiten en un mismo individuo, se observan las mismas alteraciones ("síntomas de alerta" o "síntomas señal") que marcan el inicio de un acceso: trastornos del sueño, deseo de partir bruscamente de viaje, compras desconsideradas, irritabilidad… El paciente podrá de esta manera captar estos signos precursores con el fin de poder anticipar el auxilio terapéutico.

XXXII.3.2. *La crisis maniaca típica*

Aunque es bastante característica y fácil de reconocer en un mismo individuo, existe una notable variación de un sujeto a otro en la clínica de los accesos, especialmente en su intensidad. Puede, así, describirse toda una gran gama clínica.

booksmedicos.org

Presentación y contacto

El paciente se presenta exaltado, exageradamente expresivo, con una gran sensibilidad a la atmósfera ambiental, revelando una capacidad acrecentada de contacto con el entorno *(hipersintonía)*. El discurso es fácil y espontáneo, se observa frecuentemente una disminución de la distancia en las relaciones *(familiaridad)*. La apariencia en la vestimenta es a imagen de esta expansividad jovial: extravagante y colorida, en la que el convivio se codea frecuentemente con lo íntimo. El paciente se presenta entonces vestido ligeramente, y no es raro que estos pacientes sean interpelados por la fuerza pública por ataque al pudor. Este contacto gracioso, *lúdico,* puede adoptar una forma más intensa llegando a un verdadero *furor*, especialmente cuando se ve contrariado. Vociferando, escupiendo, insultando, reclamando, amenazando, el paciente se abre verdaderamente hacia fuera, donde libera una energía considerable al querer dominar y dirigir el mundo al mismo tiempo que destruirlo.

El humor

El humor es lo inverso a lo observado en la depresión. Para este paciente alegre y *eufórico*, los obstáculos y las dificultades de la vida se disuelven en un impulso de optimismo y de *exaltación*. Todo se presta a risa; sobreexcitado y expansivo, el paciente vive a través de un entusiasmo permanente que lo transporta hacia el mundo, donde se proyecta a rienda suelta en una especie de triunfo orgiástico. Esta coloración viva e intensa de la vivencia del sujeto le permite negar todo aquello con lo que puede confrontarse. De ahí puede resultar una verdadera uniformización del tipo de relación que el individuo mantiene: familia, amigos, superiores jerárquicos, todos "bajo la misma bandera". Esta vivencia interna de los afectos puede ser de una gran *labilidad*. Pasa de la risa a las lágrimas según los temas abordados y el ambiente; la tonalidad afectiva ya no es la de una "falta de modulación", sino la de una "hipermodulación". Se asocia con una gran *reactividad emocional,* dando la impresión de imprevisibilidad: el paciente se hunde en llantos, pero de golpe, captando al vuelo una idea placentera, vuelve a tomar el pináculo de sus pensamientos. De ahí resulta un verdadero "caleidoscopio" de expresiones emocionales. Esta *inestabilidad afectiva* puede ser vivida de manera muy desagradable, conduciendo a una gran *irritabilidad,* pues el contacto con el mundo es vivido de manera dolorosa. La cólera, la hostilidad, la rabia pueden estar entonces en un primer plano. La *versatilidad* del humor maniaco se opone a la fijeza y a la monotonía del humor melancólico.

El contenido de los pensamientos

booksmedicos.org

El contenido de los pensamientos es *congruente* con el humor, y esta unión entre afectos y pensamientos hace vivir al paciente un sentimiento de excepción: nada se le resiste, todo está a su alcance y su avidez es insaciable; todo puede ser incorporado, comprendido, contenido en él. Pueden entonces ponerse en marcha proyectos ambiciosos sin que la sombra de la duda venga a oscurecer sus fructuosas perspectivas y su carácter maravilloso. Se tiene, por lo demás, la impresión de que la espera del fruto de este trabajo es inútil, el proyecto ya es un presente y ya está en proceso de renovarse. Estos proyectos pueden iniciarse en múltiples direcciones: escribir una novela, producir una obra musical, crear una asociación, montar una empresa, todo responde a esta misma lógica que el paciente percibe, experimenta y comprende íntimamente. Las sensaciones auditivas, visuales, corporales son otros tantos pensamientos que el paciente articula en un discurso sin fin. De esta *vivencia megalomaniaca,* sin obstáculos, de esta *exaltación imaginativa,* con *fabulación verbal,* sólo hay un paso para llegar al delirio. El horizonte se curva a medida que el paciente se eleva, el mundo se ofrece casi por entero a su mirada, que parece alcanzar lo único y lo universal. No son raras las *temáticas místicas* y *mesiánicas,* cuyo único límite es el dedo de Dios. La *hipersensorialidad* forma parte igualmente del cuadro clínico, a veces con interpretaciones alucinatorias intensas: auditivas, cenestésicas y más raramente visuales; son frecuentes las ilusiones. Pero esta experiencia extrema puede, como lo hemos visto, ser vivida de manera desagradable y surgen temáticas delirantes de persecución. Estos contenidos idéicos pueden volverse igualmente incoherentes, difluentes: solamente algunas palabras o el silencio absoluto *(mutismo maniaco).*

Los trastornos psicomotores

La *excitación* y la *agitación psicomotriz* hacen del paciente un personaje giratorio, voluble, penetrado completamente por un movimiento estéril que se elude siempre. El espacio que invierte es el que se le otorga. Una silla en una oficina frente a alguien sólo puede ser el accesorio de una *puesta en escena teatral y manierista,* y el paciente danza, canta, aplaude como un niño: es el *juego maniaco* (Ey, 1954). Son frecuentes las *fugas* y a la medida de la estimación que el paciente se da a sí mismo: viajes lejanos, partidas imprevisibles, lugares míticos o incongruentes. Es igualmente muy frecuente el consumo de tóxicos. Los comportamientos de desinhibición abarcan el conjunto de la vida de los pacientes (profesional, familiar, social) y las repercusiones pueden ser importantes llegando en ocasiones a la esfera judicial. La *desinhibición sexual* engendra una hiperactividad que puede incluir experiencias de riesgo, *comportamientos exhibicionistas,* incluso pasajes al acto sexuales de tipo médico-legal. Los comportamientos violentos originan riñas y colocan al paciente en peligro físico; también son frecuentes los *comportamientos delictivos*. Los *gastos financieros* importantes responden a esta economía psíquica fuera de la norma y entrañan graves consecuencias: declaración de quiebra de la empresa, falsificaciones, dilapidación de los recursos propios

booksmedicos.org

y del patrimonio. El comportamiento traduce el nivel de *excitación psíquica*.

El funcionamiento mental

Lo que está alterado es la estructura misma del pensamiento, con una aceleración de los procesos idéicos *(taquipsiquia)*. El funcionamiento mental parece rico, complejo, sobreabundante, pero de hecho se trata de un "pretexto falso" característico del "juego" maniaco. "Esta riqueza aparente sólo es pobreza real" (Ey, 1954). Esta apuesta mal planteada nos es transmitida por la palabra incesante, el discurso que no se detiene: la *logorrea*. Este pensamiento que evoluciona por *digresiones múltiples* rara vez alcanza el principio de la reflexión, el tema del pensamiento se descentra sin cesar para no alcanzar ningún fin, si no es el de englobar todo por el discurso en un dédalo vertiginoso que se devana. Este pensamiento que se presenta masivo y compacto y que invade al interlocutor se deja distraer a la menor ocasión: se observa un desbordamiento de recuerdos, y esta *hipermnesia* es a imagen de la *hiperestesia* de las solicitudes externas. Las asociaciones son múltiples y abundantes, huyendo hacia todas partes; se realizan de manera superficial, los vínculos entre ellas son más formales que lógicos o semánticos, y son muy frecuentes las *asonancias* y repeticiones, dando la impresión de que el enfermo salta de una idea a la otra llegando al dislate. Esta rapidez da la ilusión de una fecundidad, pero en realidad el lenguaje está desprovisto, vacío, el pensamiento huye: es la *fuga de ideas*, considerada por Ey como el elemento fundamental de la sintomatología maniaca. Puede tomar al extremo el aspecto de un discurso fragmentado, difluente, incoherente, que puede evocar la disociación (en el sentido esquizofrénico del término); cuando es todavía más intensa conduce al *mutismo*.

Los síntomas somáticos

La repercusión somática puede ser importante. La *desinhibición instintiva y afectiva* descrita precedentemente puede incluir igualmente el apetito y el sueño, que participan de esta "celebración saturnal". Pueden encontrarse importantes *insomnios*, incluso una total abolición del sueño sin experimentar fatiga. Se han descrito comportamientos de *hiperfagia,* o, por el contrario, anoréxicos sin sensación de hambre, pero con adelgazamientos en ocasiones importantes. Igualmente, los pacientes pueden decir que no experimentan sed y se sienten liberados de toda limitación material en una vivencia de omnipotencia. Hay que temer entonces complicaciones somáticas, pues una deshidratación con trastornos hidroelectrolíticos puede poner en jaque el pronóstico vital.

XXXII.3.3. *Formas clínicas*

booksmedicos.org

La hipomanía

Los síntomas incluyen las mismas características pero la intensidad es menor. El factor determinante es la adaptabilidad. La vida social está aquí preservada en gran parte y la hipomanía puede incluso ser un factor de creatividad y de éxito profesional o relacional *(hipomanía crónica)*. El episodio puede ser la fase prodrómica de un verdadero episodio maniaco, o incluso preceder o suceder a un episodio depresivo, secundario al tratamiento antidepresivo. Generalmente pasa inadvertido en el examen de los pacientes pues forma parte de una característica constitucional; el interrogatorio del entorno puede ser entonces de una gran ayuda.

El furor maniaco o manía aguda

La excitación motriz extrema y los accesos de cólera son los elementos mayores de esta forma clínica. El paciente está entonces "desencadenado", ebrio de rabia. La agresividad, el exceso de energía y la violencia se encuentran en un primer plano; las reivindicaciones casi paranoicas y un sentimiento de superioridad que nada puede contradecir necesitan cuidados urgentes de contención.

La manía delirante

El primer plano de la sintomatología lo ocupan los elementos delirantes de naturaleza megalomaniaca, a veces mística con delirio de filiación. Este delirio puede tomar igualmente la forma de un síndrome persecutorio más o menos organizado que puede evocar un delirio paranoico. El delirio está, lo más frecuentemente, en relación con los elementos de grandeza, en congruencia con el humor (actitud altanera, sentimiento de superioridad).

La manía confusa

La excitación psíquica mayor, pero igualmente la repercusión somática (insomnio, adelgazamiento y deshidratación), pueden conducir la sintomatología maniaca hacia las alteraciones del lenguaje, del pensamiento y de la orientación espacio-temporal del estado confusional (véase el capítulo XXV).

El episodio mixto

booksmedicos.org

Los estados mixtos merecen un lugar particular. Descripciones antiguas, inicialmente de Falret en 1861 y después de Kraepelin en 1896, colocaron esta entidad clínica, de la que el segundo distinguió seis formas, al lado de los estados maniacos y de los estados depresivos dentro de lo que llamó la "locura maniaco-depresiva" (Kraepelin, 1913). El estado mixto se caracteriza por la coexistencia de síntomas maniacos y de depresivos. De esta manera se presentan cuadros clínicos heterogéneos, por ejemplo, un estado depresivo agitado con aumento de la libido, irritabilidad y labilidad emocional, o una manía disfórica con exaltación del humor, ideas de anonadamiento y disminución de la libido. Estos estados se encuentran en ocasión de la inversión del humor dentro del marco de la evolución de un episodio maniaco hacia un episodio depresivo, y más raramente en el sentido inverso (cambio maniaco bajo tratamiento antidepresivo). Se encuentran igualmente en los individuos jóvenes, en los que los trastornos del humor y los primeros movimientos patológicos pueden aparecer bajo la forma de una sintomatología atípica, quedando en primer plano los elementos disfóricos y la agitación motora.

Las formas secundarias

En ocasiones es muy difícil distinguir un episodio maniaco que se inserta dentro del marco de una enfermedad bipolar ("manía primaria") de aquellos secundarios a causas orgánicas, iatrogénicas o tóxicas. Así, frente a todo primer episodio, o frente a una recurrencia de presentación atípica, conviene evocar y eliminar por examen clínico y paraclínico adecuado la causa "primaria" (véase el cuadro XXXIII.1).

XXXII.3.4. *Evolución de los estados maniacos*

Los estados maniacos duraban anteriormente entre varias semanas y varios meses, en promedio entre seis y ocho meses, y la muerte era una consecuencia rara pero posible (accidente, consecuencia del trastorno somático). Bajo tratamiento, tal episodio dura actualmente entre tres y seis semanas, generalmente menos de tres meses. Son los elementos motores los que se regularizan primeramente, seguidos de la excitación psíquica y del sueño. Generalmente un movimiento depresivo sucede a estos accesos. La evolución a largo plazo es con gran frecuencia la recidiva, lo que será analizado en el capítulo XXXIV. Los episodios mixtos son, en general, más prolongados y más difíciles de tratar, pero el regreso al estado anterior es la regla (Olié *et al.,* 1990).

XXXII.4. Casos clínicos

booksmedicos.org

XXXII.4.1. *Un mutismo maniaco*

El señor F. es un joven de 20 años que viene acompañado de sus padres por un mutismo total y una perplejidad de tres días de evolución. No existen antecedentes médico-psiquiátricos y no consume tóxicos. En el plano familiar se encuentra que el abuelo materno se suicidó con arma de fuego a la edad de 40 años. Los padres reportan una ligera excitación psicomotriz desde hace algunas semanas que achacan al estrés del examen de ingreso del paciente a la Facultad de Ciencias Políticas; repasaba mucho, dormía poco, comía cada vez menos, a veces declamaba sus cursos durante horas. Los padres nos confían que él sobrepasaba la angustia del examen por medio de expresiones a veces "extravagantes": "nada me puede detener, la verdad me inspira". Desde hace algunos días F. no responde a sus preguntas, la mirada permanece fija, a veces con gestos bruscos e incluso agresivos cuando se le habla de manera insistente. Se contempla entonces una hospitalización bajo coacción en un servicio de urgencia y se instituye un tratamiento ansiolítico y sedante con benzodiacepinas y neurolépticos. Rápidamente el mutismo y la perplejidad ceden para dejar el sitio a un estado de agitación psicomotriz, con insomnio resistente, anorexia y logorrea que lo llevan a adoptar en el servicio una actitud alegre con todo el mundo con un lenguaje muy familiar e incluso crudo en ciertos momentos. Se organizó una temática delirante dentro de ese flujo de asociaciones muy dispares: Dios se comunicaba directamente a través de él y le daba la intuición de todas las cosas. Tiene la prueba de ello por su sensibilidad y la facilidad que tiene a cada segundo para poder penetrar múltiples secretos: Las cosas me hablan". Este estado duró de dos a tres semanas y disminuyó progresivamente bajo tratamiento neuroléptico y con estabilizadores del humor.

XXXII.4.2. *Un estado mixto*

La señora F. es interrogada por la policía y acompañada a un servicio de urgencias cuando acababa de levantar un acta contra su ex marido. En la comisaría la paciente se muestra muy encolerizada contra éste. Su ex esposo la habría despojado de todo, su dinero, sus joyas, su dignidad y su corazón. Interpela autoritariamente al personal de la brigada y solicita que la pongan en prisión porque "si este puerco hizo esto, después de todo, es mi culpa".

En la entrevista la paciente está intensamente agitada, lista para brincar a la menor palabra. Con mucha confianza en sus expresiones y en una actitud de seducción amanerada e inadaptada, discute el ambiente médico de la consulta: lo que le ocurre no puede ser comprendido por un médico, sino por un "alma caritativa". Muestra en un flujo de palabras su sentimiento de estar en el origen de la ruina de su marido, quien un año antes había llevado a la quiebra a su empresa familiar, lo que condujo algunos meses más tarde a su separación. Esta catástrofe se hace eco igualmente de numerosas otras que ella ve en el noticiero televisado y de las que se siente responsable debido a sus "malos pensamientos". Esta culpabilidad la mortifica desde hace varias semanas y nada puede destruir esta condición. Solamente la prisión podría aligerar su dolor moral y hacer cesar los pensamientos que ya no controla. F. fue hospitalizada a solicitud de un tercero y su estado mejoró bajo tratamiento neuroléptico y con estabilizadores del estado de ánimo, y después, en un segundo momento, con antidepresivos frente a la aparición de un estado depresivo franco. Las primeras semanas requirieron una vigilancia estrecha debido al riesgo suicida.

booksmedicos.org

XXXII.5. Psicopatología

La psicopatología de los estados maniacos fue tratada en el capítulo XXX ("Introducción a los trastornos de la afectividad [o del humor]").

XXXII.6. Terapéutica

Puede ser necesario recurrir a la hospitalización, frecuentemente bajo coacción, en función de la intensidad del episodio. Puede ser necesaria una medida legal de salvaguarda para poner al paciente al abrigo, de manera retroactiva y tanto como se pueda, de las consecuencias financieras y jurídicas del episodio.

Desde el principio se impone una evaluación somática con el fin de hacer frente a los posibles trastornos metabólicos.

XXXII.6.1. *Tratamiento del episodio maniaco*

En un primer momento se requiere la suspensión de todo tratamiento, especialmente el antidepresivo, que haya podido favorecer el episodio.

Para un primer episodio el tratamiento de referencia es idealmente una monoterapia estabilizadora del estado del humor. La primera elección sigue siendo el *litio.* Otras moléculas también han probado su eficacia, ya sea estabilizadores del estado de ánimo, como el *divalproato* y la *valpromida,* o antipsicóticos: *olanzapina* y *risperidona.* Recordemos que pueden utilizarse igualmente todos los neurolépticos *(haloperidol*, *clorpromazina*, *loxapina…).* Estas moléculas son, por definición, *timolépticos*, es decir, reducen la expansividad tímica.

La monoterapia simple es con frecuencia difícil de llevarse a cabo. En consecuencia, y en función de la presencia de elementos delirantes, agitación e insomnio, desde un principio hay que establecer una biterapia que asocie un estabilizador y un neuroléptico (antipsicótico). La excitación psicomotriz puede llevar a contemplar la prescripción de un tratamiento sedante potencializador. Desde un principio puede contemplarse el recurrir a la terapia electroconvulsiva, sobre todo en el caso del furor maniaco.

El tratamiento del episodio maniaco puede ser largo antes de producir sus efectos y necesita mucha paciencia por parte del equipo tratante. Se hablará de ineficacia del tratamiento (y por ello de cambio del esquema terapéutico) tras por lo menos tres a cuatro semanas a dosis terapéuticas (cuatro a seis semanas en caso de ineficacia parcial).

Se preconiza mantener el tratamiento con dosis progresivamente decrecientes durante 12 meses. Frente a un primer episodio maniaco debe plantearse la posibilidad de la prevención (tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo a largo plazo) evaluada en función de un examen minucioso de los antecedentes personales y familiares, y sobre

booksmedicos.org

todo discutida con el propio paciente, con el fin de que esté consciente de la situación.

XXXII.6.2. *Tratamiento de los episodios mixtos*

La duración de la evolución es más larga y el pronóstico es peor (Mc Elroy *et al.,* 1992). El *litio* da resultados menos favorables que en el episodio maniaco. Los anticonvulsivos son el tratamiento de primera instancia durante el episodio, especialmente el *divalproato*, que actúa al mismo tiempo sobre el componente maniaco y sobre el componente depresivo (Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 2002). Como segunda instancia se utilizan los neurolépticos atípicos. En todos los casos debe ser suspendido el posible tratamiento antidepresivo y su reanudación debe ser cuidadosamente revalorada.

XXXII.6.3. *Enfoques psicoterapéuticos*

En relación con un episodio delirante agudo, con el que a veces se compara, el estado maniaco responde más lentamente al tratamiento y requiere un equipo tratante calmado, paciente, coherente en sus decisiones y en las consignas que aplica, capaz de repetir incansablemente y sin exasperación las razones por las cuales son necesarios el tratamiento y el posible aislamiento. No hay que subestimar la dimensión "educativa" de las actitudes psicoterapéuticas (explicar los síntomas y los tratamientos, localizar y mostrar al paciente los elementos clínicos más decisivos), que desempeñan un importante papel tranquilizante y le brindan elementos de control intelectual de su situación en un momento en el que su sentimiento de omnipotencia es violentamente contrarrestado. Puede proponerse un enfoque psicodinámico en el tratamiento psicoterapéutico a medio y largo término dentro del marco de, o paralelamente a, una consulta psiquiátrica, que puede requerir de un compromiso terapéutico de muy largo aliento.

Conclusión

Los estados maniacos e hipomaniacos plantean el problema de los estados patológicos, que el paciente no siempre vive como tales y que frecuentemente experimenta como particularmente agradables y creativos para él. Por eso el clínico debe desarrollar un importante trabajo de persuasión, incluso cuando la situación clínica le impone medidas de contención, solicitadas igualmente por el entorno familiar. Dispone, pues, de un margen de maniobra frecuentemente estrecho para construir, a pesar del posible desacuerdo, una relación terapéutica que le permitirá conservar la confianza de su paciente tras un primer periodo de afrontamiento a veces inevitable. Ahora bien, esta confianza es necesaria porque, como lo hemos visto, los estados maniacos corren el

booksmedicos.org

riesgo de repetirse, especialmente dentro del marco de la enfermedad maniaco-depresiva, lo que implica un seguimiento a largo plazo y la aceptación por parte del paciente de ciertos tratamientos preventivos.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2002), "Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder" (revisión), *American Journal of Psychiatry,* 159, suplemento 4, pp. 1-50. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

——— (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington.

Dilsaver, S. C., F. Benazzi, Z. Rihmer, K. K. Akiskal y H. S. Akiskal (2005), "Gender suicidality and bipolar mixed states in adolescents", *Journal of Affective Disorders,* 87, pp. 11-16.

Ey, H. (1954), "Manie", en H. Ey, *Études psychiatriques,* vol. III, estudio núm. 21, Desclée de Brouwer, París, pp. 47-116. [*Estudios Psiquiátricos,* vol. I. Versión española de Humberto Casarotti, Polemos, Buenos Aires, 2008.]

Kraepelin, E. (1913), *La folie maniaque-dépressive,* Éditions Jérôme Millon, 1993. [*La locura maniaco-depresiva.* Versión española de L. Vea y E. Novella, Alienistas del Pisuerga, Madrid, 2013.]

Levy-Rueff, M., y D. Gourion (2009), "Traitement du trouble bipolaire", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37-860-B-55, Elsevier Masson, París.

Mc Elroy, S. L., P. E. Keck Jr., H. G. Pope Jr., J. I. Hudson, G. L. Faedela y A. C. Swann (1992), "Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania", *American Journal of Psychiatry,* 149, pp. 1633-1644.

Olié, J.-P., H. Lôo, P. Hardy, A. Féline, H. Akiskal y F. Gorog (1990), "Psychoses maniacodépressives", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37-220-A-10, Elsevier Masson, París.

Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]

booksmedicos.org

XXXIII. ENFERMEDAD MANIACO-DEPRESIVA Y "ESPECTRO BIPOLAR"

ROBIN MALGAT

EN ESTE capítulo presentaremos los trastornos del humor que, al evolucionar de manera recurrente con periodos de excitación o periodos depresivos, componen el conjunto llamado desde hace poco más de un siglo la psicosis o enfermedad maniaco-depresiva. Estos trastornos constituyen actualmente un importante reto para la investigación clínica y biológica. La clínica y el tratamiento de los episodios depresivos y maniacos han sido expuestos en los capítulos XXXI y XXXII.

XXXIII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXXIII.1.1. *Historial y evolución de los conceptos*

Como se ha visto en los dos capítulos precedentes, las patologías maniacas y melancólicas se conocen desde la Antigüedad clásica. Los términos *manía* y *melancolía* designan, en griego antiguo, estados patológicos que corresponden más o menos a los de hoy en día. No obstante, fue el médico Areteo de Capadocia (siglo I d.C.) el primero en observar el vínculo entre ambos padecimientos: "Si ocurre alguna vez que esta tristeza [de los melancólicos] cesa o se disipa, la mayor parte de aquellos en los que ocurre este cambio se vuelven maniacos" (Areteo, 1834). Posteriormente, Thomas Willis y Théophile Bonet establecieron, en el siglo XVII, la unidad de la enfermedad.

Hemos visto en el capítulo XXX la constitución de la enfermedad maniaco-depresiva en el curso de la segunda mitad del siglo XIX.

XXXIII.1.2. *Situación nosográfica*

La entidad tradicional de la psicosis maniaco-depresiva no corresponde completamente al *trastorno bipolar* tal como se define actualmente, porque incluía igualmente la entidad de las depresiones recurrentes que hoy día forman parte de los trastornos unipolares. Aunque esta dicotomía uni / bipolar pueda ser discutida desde el punto de vista de un

booksmedicos.org

cierto *continuum* nosológico, parece apoyarse en datos genéticos y epidemiológicos familiares que expondremos en este capítulo. Además, los trastornos bipolares agrupan formas clínicas atenuadas en intensidad y en duración, que forman patologías fronterizas con ciertos trastornos de la personalidad (*borderline*, depresiva…). Sobre la base de los trabajos de Akiskal (1983) se constituyó esta nueva nosografía con lo que se llama el *espectro bipolar*. Podríamos hacer que éste correspondiera a las antiguas psicosis maniaco-depresivas, a las cuales se agregarían las formas atenuadas (hipomanía y ciclotimia), así como las antiguas patologías vinculadas con los trastornos de la personalidad con una característica tímica. De esta manera, la estricta separación uni / bipolar se borraría en razón de la hipótesis de un vínculo genotípico con una expresión fenotípica diferente. Esta nueva entidad podría incluir de 5 a 7% de la población (Hantouche *et al.,* 2001) y agrupar a más individuos que aquellos que corresponden a las definiciones de las clasificaciones internacionales. De ahí surge una concepción clínica heterogénea y unitaria, a imagen de la enfermedad maniaco-depresiva kraepeliniana, que va desde los síntomas de excitación psíquica moderada constitutivos del carácter hasta las descompensaciones psicóticas delirantes y excitadas.

Dentro de esta concepción, el diagnóstico necesita una evaluación clínica detallada que se apoye en elementos anamnésicos que podrían constituir los primeros signos de los episodios depresivos o maniacos, así como en síntomas que podrían enmascarar la enfermedad o asociarse a ella (abuso de tóxicos, episodios delirantes agudos, trastornos de las conductas alimentarias, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos ansiosos, actos médico-legales). Debe igualmente realizarse una minuciosa búsqueda de antecedentes familiares en los ascendientes y los colaterales con el fin de identificar no solamente una franca patología maniaco-depresiva, sino igualmente casos de suicidio, de alcoholismo y de abuso de otras sustancias, etc., que permitan evocar tal patología. Finalmente, la anamnesis busca signos clínicos evocadores de un temperamento particular o de un trastorno de la personalidad. Sobre la base de este proceso diagnóstico se han aislado las formas que se mencionan a continuación:

El trastorno bipolar tipo I (TPI)

Se caracteriza por la alternancia de episodios de manía y episodios depresivos mayores o más moderados. Para algunos autores la sola presencia de episodios maniacos o mixtos merece este diagnóstico.

El trastorno bipolar tipo II (TPII)

Se caracteriza por la presencia de al menos un episodio depresivo mayor y uno o varios episodios hipomaniacos.

booksmedicos.org

El trastorno bipolar tipo III (TPIII)

Se caracteriza por la recurrencia de episodios depresivos mayores con antecedentes familiares de manía o estados maniacos o hipomaniacos inducidos por los antidepresivos. Esta categoría no ha obtenido un consenso y no aparece en las clasificaciones internacionales.

El trastorno unipolar

También conocido con el término *depresión recurrente,* está caracterizado por la aparición de al menos dos episodios depresivos mayores sucesivos (es decir, tras una fase de curación y de un episodio anterior de al menos dos a seis meses) en un mismo individuo.

Otras

El trastorno *ciclotímico,* los temperamentos ciclotímicos, hipertímicos, irritables y otros, así como el *trastorno unipolar* se clasifican dentro de esta óptica en el seno del espectro bipolar. Debe hacerse una mención particular al *trastorno esquizoafectivo*. Está caracterizado por la presencia de una sintomatología esquizofrénica y tímica; siempre se clasifica entre las formas clínicas de la esquizofrenia (véase el capítulo XXVII), pero ha sido reivindicada por el "espectro bipolar".

Debido a la manera como está organizada la clasificación de la enfermedad maniaco-depresiva en el seno de los trastornos del humor en las grandes clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-5), remitimos al apartado XXX.1.3.

XXXIII.2. Datos e investigaciones biomédicos

XXXIII.2.1. *Epidemiología y factores de riesgo*

El trastorno bipolar, tal como se define en las ediciones sucesivas del DSM, concierne de 1 a 2% de la población general y alcanza 3.4% si se toman en cuenta las formas atenuadas no reconocidas por el DSM pero que incluyen los trastornos del espectro bipolar surgidos de los trabajos de Akiskal, cuyos sujetos presentaban una "vulnerabilidad tímica", algunos trastornos de la personalidad *borderline,* etc. El estudio norteamericano ECA *(Epidemiologic Catchment Area Study)* (Weissman *et al.,* 1988), llevado a cabo en más de 18 000 personas utilizando los criterios del DSM-III, muestra una prevalencia de 0.8%

booksmedicos.org

concerniente al trastorno bipolar de tipo I, de 0.5% para el trastorno bipolar de tipo II y de 5.1% para las formas atenuadas.

La *sex ratio* es de 1 en el trastorno bipolar y cerca de 2 en favor de las mujeres para el trastorno unipolar. La edad de inicio del primer episodio es inferior a 18 años en 50% de los casos (con una edad de inicio más tardía en las mujeres que en los hombres); la media está comprendida entre 21.2 y 27 años para los trastornos unipolares. Una edad de inicio precoz se asocia con una sintomatología psicótica y los trastornos de conducta, especialmente los adictivos. La incidencia del trastorno bipolar está comprendida entre 9.2 y 15.2 por 100 000 en los hombres y entre 7.4 y 32.5 por 100 000 para las mujeres (Boyd y Weissman, 1987). Estos pacientes son generalmente de un nivel socioeconómico y educativo elevado, y presentan una buena adaptación social.

Existe un número importante de resultados de trabajo de investigación sobre la etiología de los trastornos del humor, pero ninguno es unívoco. Estos trastornos resultan, sin duda, de una interacción entre factores constitucionales (genéticos, neuroquímicos, endocrinológicos) y ambientales. Las relaciones de causalidad son complejas y la noción más global de factores de riesgo es actualmente la más utilizada, sin una particular jerarquización.

XXXIII.2.2. *Investigaciones en genética*

Los estudios familiares

Los trastornos afectivos tienen una tendencia familiar, como lo observó Kraepelin desde 1922. Esta tendencia familiar es el resultado combinado de factores genéticos, pero también de un entorno común o incluso de alteraciones intrafamiliares. El riesgo de presentar un trastorno bipolar si uno de los parientes en primer grado está afectado es de 10%, comparado con una prevalencia de 1 a 2% en la población general. Fueron los estudios de los "experimentos de la naturaleza", como los estudios de gemelos y de fratrías en adopción, los que permitieron a los investigadores determinar si el aspecto familiar de los trastornos afectivos se explica por los genes compartidos, por el ambiente familiar compartido o por ambos. Los estudios de gemelos han mostrado con coherencia una concordancia superior para los trastornos del humor entre los pares monocigotos (50 a 100%) más que entre los dicigotos (25%) (Mendlewitcz, 1987). Los estudios de adopción sugieren igualmente el papel del factor genético dentro del cuadro de la enfermedad maniaco-depresiva (Wender *et al.,* 1986).

Los datos estudiados hasta ahora sugieren que los trastornos afectivos son poligénicos. Serían el resultado de los efectos combinados de varios genes, cada uno de los cuales, tomados individualmente, tendrían efectos modestos. Las formas monogénicas, si existen, deben ser extremadamente raras. Además, un reciente análisis de gemelos ha cimbrado la tesis clásica según la cual el trastorno bipolar y la

booksmedicos.org

esquizofrenia son genéticamente distintos: algunos genes contribuyen a la responsabilidad de ambos trastornos, pero habría genes específicos responsables de cada uno de los síndromes (Cardno *et al.,* 2002).

La genética molecular

Ciertas regiones cromosómicas han sido involucradas: en el cromosoma 13 (Badner y Gershon, 2002) han sido identificadas algunas zonas como susceptibles de estar implicadas en el trastorno bipolar, pero igualmente en la esquizofrenia, especialmente el gen G72 (llamado igualmente activador de la D-amino-ácido-oxidasa, DAOA) (Chumakov *et al*., 2002; Chen *et al*., 2004), confirmando la hipótesis mencionada antes.

XXXIII.2.3. *Investigaciones biológicas*

La neuroquímica

Siendo con mucho la depresión el polo más frecuente de este trastorno, sobre ella se concentra el mayor número de investigaciones, incluso si numerosos estudios se han ocupado de la vertiente maniaca. Fue a partir de la hipótesis monoaminérgica (noradrenalina, serotonina, dopamina) (véase el apartado XXXI.2.3), especialmente de las catecolaminas, en la depresión, cuando se establecieron las primeras teorías en la década de 1960: el humor depresivo sería la consecuencia de una débil concentración intrasináptica de la noradrenalina (NA). Posteriormente se investigaron anomalías concernientes a la enfermedad bipolar en el ámbito de la biosíntesis de las aminas, de su liberación, recaptura, catabolismo y eliminación, así como en el de la acción en los receptores presinápticos. Actualmente las investigaciones se concentran sobre los receptores possinápticos.

Una primera hipótesis postula un desarreglo global de la neurotransmisión en la depresión (Siever y Davis, 1985). Puede afectar a más de un sistema de neurotransmisión (serotonina, noradrenalina y dopamina), y los antidepresivos tienen la capacidad de restablecer su funcionamiento por una diversidad de mecanismos. Se han explorado otras hipótesis que conciernen a cada amina, así como a las enzimas causantes de su degradación (mono-amino-oxidasa), para la depresión al igual que para la manía.

Existe un cierto número de otras hipótesis neurobiológicas que conciernen a los trastornos del humor y que implican especialmente a la acetilcolina, el GABA, los iones y los receptores membranales.

Aunque existen numerosos datos e hipótesis concernientes a las vías monoaminérgicas, ninguna anomalía biológica constituye por sí misma una base etiopatogénica de la enfermedad depresiva o bipolar. Parece ser más apropiado el

booksmedicos.org

concepto de vulnerabilidad biológica. Ninguna de las anomalías biológicas puede considerarse tampoco un "marcador" de cualquier patología.

La neuroendocrinología

Los sistemas *hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal* e *hipotálamo-hipofisiario-tiroideo* parecen estar concernidos ambos en los trastornos del humor debido a la modificación de los ritmos circadianos inherentes a esta patología.

XXXIII.2.4. *Estudios del riesgo ambiental*

A partir sin duda del desvanecimiento de la distinción entre depresión endógena y psicógena, así como de la extensión de los límites de esta patología a través de la noción de espectro bipolar, las investigaciones que conciernen a la influencia de los factores ambientales en la depresión, y en los trastornos del humor en general, se han multiplicado desde hace más de veinte años. Así, diferentes acontecimientos de la vida calificados como "estresantes" (acontecimientos precoces llamados factores predisponentes y acontecimientos tardíos llamados factores precipitantes) se han señalado y analizado con el fin de poner en evidencia su influencia en la aparición, las recaídas y la evolución de la enfermedad. Incluso si la naturaleza de los acontecimientos no parece unívoca (duelos, separaciones, en ocasiones acontecimientos paradójicos, como un matrimonio o un nacimiento) y su influencia parece ser desigual (menos importante para los factores predisponentes que para los precipitantes), su aparición y su incidencia ya no hablan a favor del carácter "psicógeno" de los trastornos, sino de su carácter "endógeno", puesto que los datos de la investigación sugieren la articulación de varios niveles de interacción. Por ejemplo, uno de los alelos del gen del transportador de la serotonina, que desempeña un papel importante en la depresión, codifica para un transportador menos eficaz, y esta variante está asociada a una mayor vulnerabilidad depresiva tras un acontecimiento de vida "estresante" o a antecedentes de maltrato durante la infancia (Kaufman *et al.*, 2004).

CUADRO XXXIII.1. *Patologías orgánicas que pueden conducir a un episodio maniaco o depresivo*

- *Neurológicas:* tumores cerebrales, lesiones vasculares, traumatismos craneales (especialmente del hemisferio derecho), posibles vínculos entre trastorno bipolar y esclerosis en placas.
- *Endócrinas:* hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, trastornos del eje

booksmedicos.org

hipotálamo-suprarrenal (síndrome de Cushing, rara vez enfermedad de Addison).

- *Infecciosas:* encefalopatía viral o parasitaria, sobre todo secundaria a una inmunodepresión tipo VIH.
- *Metabólicas:* hemodiálisis, complicación postoperatoria.
- *Generales:* cáncer, enfermedad de la colágena, lupus.
- *Iatrogénicas:* antidepresivos (especialmente tricíclicos), corticoides, anticolinérgicos en el individuo anciano, agentes simpaticomiméticos, compuestos anfetamínicos, algunos antipalúdicos, L-Dopa, bromocriptina, efedrina, teofilina, cimetidina, reserpina, etcétera.
- *Tóxicas:* cocaína, LSD, anfetamina, alcohol (controvertido).

XXXIII.2.5. *La imagenología cerebral*

Numerosos estudios de imagenología se interesan en el tema del espectro bipolar, pero los diferentes resultados (por ejemplo, aumento de la dimensión de los ventrículos cerebrales laterales) son controvertidos. La reducción del volumen del hipocampo en los pacientes con depresión unipolar recurrente es constante después de varios años.

XXXIII.2.6. *Los factores secundarios*

Existe un cierto número de factores secundarios (somáticos, tóxicos e iatrogénicos) causantes del desencadenamiento de episodios depresivos o maniacos, o desempeñan un papel de mantenimiento de la enfermedad maniaco-depresiva.

XXXIII.3. LA CLÍNICA

La clínica de los trastornos bipolares se establece alrededor de los dos polos de la depresión y de la manía. La clínica de cada uno de los episodios se ordena alrededor de cuatro dimensiones (humor, cognición, psicomotricidad y alteraciones somáticas) que hemos examinado en los capítulos XXXI y XXXII. Es la alternancia de los episodios depresivos y los episodios maniacos lo que constituye la enfermedad maniaco-depresiva propiamente dicha. Examinaremos aquí esta patología como unidad (modo de inicio, diferentes formas clínicas, evolución).

XXXIII.3.1. *Modos de inicio*

booksmedicos.org

El principio de la enfermedad se realiza en 34 a 79% de los casos por un episodio maniaco o por un episodio delirante agudo con un fuerte componente tímico (Coryell y Winokur, 1984). Se admite tradicionalmente en la clínica francesa que 30% de las *bouffées* delirantes agudas evolucionan hacia una enfermedad maniaco-depresiva. Retrospectivamente, algunas descompensaciones psicóticas agudas inaugurales son consideradas primeros episodios maniacos; se trata generalmente de episodios de excitación psíquica, tanto más atípicos cuando el sujeto es joven. En 30% de los casos la primera manifestación es un episodio depresivo. A veces las primeras manifestaciones pasan inadvertidas debido a una sintomatología más insidiosa: trastornos ansiosos, conductas impulsivas, abuso de sustancias, compras compulsivas, trastornos de la conducta.

Se puede encontrar en la anamnesis de estos pacientes una sintomatología de tipo depresivo o maniaco en la infancia o la primera adolescencia, dos diagnósticos difíciles en razón de la atipicidad sintomática en este periodo.

La enfermedad está, pues, constituida por la alternancia de episodios maniacos, hipomaniacos o mixtos, de cambios maniacos bajo tratamiento antidepresivo o de fases depresivas o subdepresivas; es su repetición lo que representa la característica central. La recurrencia de fases únicamente maniacas es rara, en tanto que la repetición de episodios depresivos constituye lo que se llama el trastorno unipolar, en oposición a los trastornos bipolares. Parecería que existe un vínculo patogénico entre estas dos formas, como lo muestran los datos genéticos en los ascendientes de primer grado. Además, se ha podido constatar retrospectivamente que existe una posibilidad de modificación sintomática entre los trastornos unipolares y los trastornos bipolares, evaluada entre 10 al 15% de los casos (National Institute of Mental Health, o NIMH [Instituto Nacional de Salud Mental], 1985).

Entre los episodios se constata, lo más frecuentemente, una resolución total (muy ligada a la terapéutica actual), con develación de un trastorno de la personalidad subyacente, generalmente de tipo limítrofe (véase más adelante).

XXXIII.3.2. *Evolución y formas clínicas*

De manera clásica, la evolución espontánea de un episodio es su resolución, y la de la enfermedad la recurrencia. La evolución actualmente ha sido acelerada por la quimioterapia, y la duración media de un episodio es de entre dos y tres meses (Coryell *et al.,* 1989). La repetición de los episodios concierne a 90% de los pacientes que presentan un acceso maniaco y constituye un trastorno bipolar de tipo I. El número medio de episodios a lo largo de la vida en los bipolares es de ocho a 10, y de cuatro a cinco en los unipolares; los episodios corresponderían a 20% de la duración de la vida de los pacientes afectados por tal enfermedad, siendo predominantes los episodios depresivos (Angst y Presig, 1995). El número de episodios crece con el tiempo hasta una meseta. El intervalo medio entre cada episodio es de 2.7 a nueve años y tiende a disminuir con el tiempo, en tanto que la duración de los episodios tiende a aumentar con

booksmedicos.org

la edad. Las recaídas se vuelven tradicionalmente estacionales en el hemisferio norte: otoño-invierno para los episodios depresivos, veraniegos para los episodios maniacos.

El primer episodio es, lo más frecuentemente, un episodio maniaco franco y de gran intensidad, al que sucede progresivamente un episodio depresivo. Estas descompensaciones están entrecortadas por intervalos libres más o menos largos. La respuesta terapéutica es buena. Más rara vez las secuencias se inician con una sintomatología depresiva larga y severa, seguida de un episodio maniaco o hipomaniaco de cambio rápido. La respuesta terapéutica es, en general, menos buena que para la forma precedente. Un tercer tipo de crisis puede ser el de una sintomatología mixta que se repite tras el intervalo libre. Existen secuencias sin intervalo libre intercrítico llamadas *remitentes* o *circulares*. Estas formas más resistentes a los tratamientos tienden a presentar ciclos cada vez más rápidos.

Más generalmente, uno de los riesgos de la enfermedad es la evolución en forma de ciclos rápidos, sobre todo entre los bipolares de tipo II, riesgo aumentado por la prescripción de antidepresivos, la terapia electroconvulsiva, el hipotiroidismo y la asociación con ciertas enfermedades neurológicas. La *enfermedad maniaco-depresiva de ciclos rápidos* es un subgrupo que representa 20% de los casos, caracterizado por la presencia de al menos cuatro episodios distímicos (bipolares o unipolares) por año y una menor sensibilidad al tratamiento preventivo por litio.

Se observan dos tipos evolutivos favorables bajo quimioterapia: por una parte, el restablecimiento de una cierta normalidad continua, bastante rara; por otra parte, una "distimia cíclica controlada", que presenta algunas recaídas a pesar de un tratamiento bien observado, pero que son menos frecuentes y menos intensas, requiriendo adaptaciones a la prescripción. La *quimiorresistencia* es frecuentemente el resultado de formas sin intervalo libre (circular o remitente).

La aparición de episodios maniacos o distímicos en el individuo anciano debe sugerir, ya sea un trastorno del humor antiguo no diagnosticado, ya sea una etiología orgánica (procesos degenerativos, vasculares, neoplásicos, iatrogénicos) ("manía secundaria"). Los trastornos del humor en el individuo anciano se manifiestan más comúnmente hacia el polo depresivo, incluso en aquellos sujetos que presentaban un trastorno bipolar antiguo. El riesgo de pasaje al acto suicida está aumentado, especialmente en el hombre (véase también el capítulo XXXIX).

XXXIII.3.3. *Complicaciones y comorbilidad*

Las dos complicaciones principales son el suicidio y la desinserción social. Aunque las tasas de mortalidad se aproximan a las de la población general desde la aparición de la quimioterapia, existe una sobremortalidad tanto no natural (accidente, suicidio) como natural, ligada especialmente con las afecciones cardiovasculares, más elevada entre los pacientes bipolares que entre los unipolares (Tsuang *et al.,* 1980). El riesgo de suicidio en el periodo depresivo es más elevado que en ocasión de un episodio depresivo en un

booksmedicos.org

paciente que no sufra de enfermedad maniaco-depresiva (Akiskal, 1983). Las complicaciones relacionales y sociales ("riesgo social" en la bibliografía internacional), por ejemplo, divorcio, ruptura familiar, pérdida de empleo, etc., son igualmente importantes.

Las principales comorbilidades son las conductas adictivas (alcohol, drogas) y los trastornos de la personalidad. Las adicciones favorecen las recaídas y la duración de los episodios. Se encuentran en cerca de 60% de los casos, así como los trastornos de las conductas alimentarias. La coexistencia de trastornos de la personalidad favorece el riesgo de pasaje al acto y la desinserción social. Hay que subrayar que el trastorno de la personalidad limítrofe es en ocasiones difícil de distinguir clínicamente de ciertas formas subsindrómicas, especialmente del tipo II, lo que explica, como lo hemos visto precedentemente, que ciertos autores sitúen estos trastornos de la personalidad dentro del espectro bipolar.

XXXIII.4 Casos clínicos

XXXIII.4.1. *Una hipomanía descompensada que revela un trastorno bipolar*

El señor G., de 60 años, es un director de empresa próspero. Ha invertido en su trabajo desde hace numerosos años, lo que le ha "costado su matrimonio" recientemente. Muestra una energía que nunca le ha fallado. Requiere poco sueño, estimulado por una vida intensa y muy constante. Desde hace varias semanas está sorprendido por comportamientos que lo inquietan. En efecto, confiesa ser víctima actualmente de "pulsiones sexuales insaciables que lo conducen a franquear los límites". Mantiene desde hace algunas semanas relaciones con una persona de su oficina, lo que se opone a su profesionalismo habitual. Sus colaboradores próximos le han hecho notar igualmente exaltaciones súbitas que muestran una irritabilidad desacostumbrada. Observa una excitabilidad desagradable al contacto con los demás, lo que lo impulsa a tomar solo numerosas decisiones importantes, lo que rompe con sus costumbres. Su ex esposa y su hija lo describen como un hombre muy jovial, enérgico, que se ocupa de todo, pero para el cual siempre ha existido una "distancia afectiva".

G. solicita una hospitalización para descubrir lo que ocurre actualmente, consciente de los riesgos que puede suscitar a su entorno y su sociedad. Una actitud firme y una información clara acerca de la hospitalización y el tratamiento estabilizador del ánimo permiten una adhesión por parte de él. G. encuentra una mayor serenidad durante la hospitalización. El paciente recuerda su recorrido vital y constatamos que varios episodios depresivos habían sido ocultados a su entorno, rompiendo con un funcionamiento hipomaniaco que le servía profesionalmente. En cuatro ocasiones durante su vida, G. se había sentido invadido por una gran fatiga y un profundo sentimiento de tristeza que atribuía a un *burn out.* Diciendo a su personal que haría un viaje de trabajo, aprovechó para tomar algunas semanas de reposo. Un sentimiento de vergüenza manchó su visión magnificada de sí mismo.

booksmedicos.org

XXXIII.4.2. *Una vida de trastorno bipolar*

El señor F., de 43 años, es un paciente muy conocido del sector. El número de sus hospitalizaciones es importante, tanto que sus estancias en el hospital han ocupado una gran parte de su existencia adulta. Los primeros años F. presentaba estados maniacos bruscos y muy agitados que necesitaban hospitalizaciones difíciles, largas y cuyas consecuencias para su vida eran muy invalidantes. A través del hospital, durante los 10 primeros años de la enfermedad (cuando contaba con 20 a 30 años aproximadamente) este paciente recibió atención. Tuvo poco seguimiento ambulatorio, pues durante algunas semanas o más, tras varios meses de hospital, el paciente no quería oír hablar de psiquiatras a sus egresos. Cada 16 a 24 meses recaía de manera brusca cuando ya nadie oía hablar de él. Un fuerte sentimiento de injusticia colmaba su cólera contra la psiquiatría: "Cuando todo va de lo mejor ustedes me encierran". Nada parecía surgir de ese caos, nada era imaginable tras su atención, y F. desaparecía. Al hilo de las hospitalizaciones se crea una historia a través de estas múltiples estancias. Los episodios se vuelven progresivamente menos intensos y las relaciones con el equipo médico menos ásperas. Tras constatar estas repeticiones F. acepta consultar a su psiquiatra, al que ha encontrado en el curso de sus últimas hospitalizaciones. "Tal vez necesito un tratamiento." Se puede entonces contemplar un seguimiento. Se inician las consultas médicas en las cuales el tratamiento es una apuesta central: cuánto tiempo, dosis, necesidad de valorar la supervisión, información sobre los signos premonitorios. F. quiere saber sobre su enfermedad lo mismo que el médico sabe de ella. Las consultas médicas le permiten igualmente volver a ver a los enfermeros que encontró en el hospital así como al trabajador social. El centro de consulta se vuelve entonces el lugar de demandas diversas, todas diferentes: un médico para los medicamentos, una trabajadora social para los papeles… A pesar de todo F. sufre otras recaídas, menos intensas y menos frecuentes; a veces suspende su tratamiento pero viene de manera espaciada, aunque regular, a las citas que se le proponen.

XXXIII.5. Psicopatología

La psicopatología de la enfermedad maniaco-depresiva se presenta en el apartado XXX.5.

XXXIII.6. Terapéutica

El tratamiento de los trastornos bipolares debe tener en cuenta dos tiempos: el del tratamiento de la fase aguda, que se presentó en los capítulos XXXI y XXXII, y el tratamiento preventivo de las recurrencias.

La prevención de las recaídas (tratamiento preventivo o profiláctico), del que el tratamiento estabilizador del afecto es el punto central, debe realizarse en función de indicaciones individualizadas y dentro del marco de una concepción global de la atención que tome en cuenta los aspectos psicosociales y ambientales, así como las comorbilidades psíquicas y somáticas.

booksmedicos.org

XXXIII.6.1. *El tratamiento medicamentoso:los estabilizadores del estado de ánimo*

Los tratamientos estabilizadores del estado de ánimo permiten aliviar las fases agudas del episodio tímico (duración e intensidad) y ejercer una acción profiláctica. Cinco medicamentos han obtenido la autorización de comercialización en Francia para la prevención de las recidivas bipolares: *a)* el litio, *b)* el *valproato* (el *divalproato* está indicado dentro del marco preventivo tras la prueba de su eficacia en el desarrollo de un episodio agudo), *c)* la *olanzapina, d)* el *aripiprazol* (si el tratamiento ha probado su eficacia en la fase aguda) y *e)* la *carbamazepina.* El cuadro XXXIII.2 resume estos datos.

Conducción del tratamiento

La *instauración* de un tratamiento preventivo se realiza en un paciente que ha presentado por lo menos dos episodios afectivos en un periodo de cinco años. No obstante, se admite establecer un tratamiento preventivo por estabilizadores del estado de ánimo en un paciente que haya presentado un primer episodio maniaco, hipomaniaco o mixto. Para los pacientes que hayan presentado un episodio depresivo mayor, que tengan antecedentes personales de hipomanía o de manía, una personalidad ciclotímica o antecedentes familiares de bipolaridad, puede discutirse la indicación de un tratamiento preventivo (Levy-Rueff y Gourion, 2009).

CUADRO XXXIII.2. *Las autorizaciones de comercialización para los trastornos bipolares en Francia (según Levy-Rueff y Gourion, 2009)*

Producto	*Episodios agudos*	*Prevención de recaídas*
Litio	Sí	Sí
Divalproato	Sí	Sí*
Valpromida	Sí	Sí
Carbamazepina	Sí	Sí
Olanzapina	Sí	Sí
Risperidona	Sí	No
Aripiprazol	Sí	Sí*

* Continuación en la mejoría del episodio maniaco en los pacientes que respondieron en la fase aguda al tratamiento de este episodio.

La *duración del tratamiento* se adaptará de manera personalizada. Se puede proponer una suspensión progresiva tras un intervalo libre de dos a cinco años, pero, lo más frecuentemente, el tratamiento se prescribe de por vida, a menos que las complicaciones (especialmente nefrológicas) impongan la suspensión (véase el capítulo LIV). La suspensión del tratamiento se realiza progresivamente a lo largo de seis meses

booksmedicos.org

bajo vigilancia clínica regular, y no significa necesariamente la suspensión del seguimiento psiquiátrico.

La *selección terapéutica* obedece a ciertas reglas. Se recomienda la monoterapia por estabilizadores del estado de ánimo, especialmente cuando el mismo producto demostró ser eficaz en la fase aguda. El litio en una toma vespertina sigue siendo el tratamiento de referencia. En caso de contraindicación se propondrá otro estabilizador del estado de ánimo de los autorizados para su comercialización. En caso de fracaso del tratamiento y tras las verificaciones necesarias (concentración plasmática del producto y adecuado seguimiento del tratamiento), se propondrá la asociación de otro estabilizador junto al tratamiento precedente (y no su sustitución). En caso de nuevo fracaso se propondrá, ya sea un tercer regulador del estado de ánimo, ya sea un neuroléptico (antipsicótico) de última generación. En caso de resistencia pueden contemplarse las sesiones de terapia electroconvulsiva, llamadas de mantenimiento (por ejemplo, una a dos sesiones por mes).

Aunque la monoterapia sea recomendada por las conferencias de consenso, es en ocasiones difícil de aplicar en la práctica, sobre todo frente a las formas refractarias, severas o de ciclo rápido. Se pueden entonces proponer algunas asociaciones medicamentosas. Las principales son: litio + olanzapina, litio + valproato, valproato + olanzapina y litio + lamotrigina (preferible a la asociación litio-antidepresivo para los trastornos bipolares con recurrencias depresivas).

Algunos casos particulares

El *trastorno unipolar* necesita una prevención de las recaídas con el tratamiento antidepresivo eficaz en la fase aguda y por una duración de tres años. El tratamiento regulador del estado de ánimo es una alternativa de segunda instancia, especialmente el litio.

El trastorno bipolar *de ciclos rápidos* aumentaría con los antidepresivos, especialmente los tricíclicos. Puede ser útil entonces suspender estos medicamentos para poner en su lugar el valproato (como primera instancia), y el litio o la carbamazepina (como segunda instancia). En caso de ineficacia de la doble terapia por litio y valproato, se recomienda un neuroléptico de nueva generación o carbamazepina.

Para el *individuo anciano* no hay contraindicaciones para el litio fuera de aquellas inherentes a este tratamiento. Deberá realizarse una vigilancia clínica y biológica acrecentada de las funciones renales y hepáticas, en función de la molécula.

El tratamiento en el caso de la *mujer embarazada* puede requerir adaptaciones, pues el embarazo es un factor de descompensación de la enfermedad maniaco-depresiva. Se desaconseja el litio durante la gravidez; podría mantenerse en caso de trastorno bipolar severo que presente en sí un peligro para la persona, y en este caso requiere una estrecha vigilancia obstétrica y psiquiátrica. Durante la segunda parte del embarazo, la carbamazepina y los derivados del valproato pueden introducirse, si es necesario, a dosis mínimas eficaces con una cuidadosa vigilancia.

booksmedicos.org

XXXIII.6.2. *La terapia electroconvulsiva (TEC)*

Fuera del cuadro de los accesos agudos maniacos o depresivos melancólicos, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría recomienda la TEC de mantenimiento en el trastorno bipolar en los casos resistentes a la quimioterapia, o que presenten una intolerancia a ésta que contraindiquen tal tratamiento.

XXXIII.6.3. *Enfoques psicoterapéuticos, psicoeducativos y psicosociales*

La experiencia muestra que los pacientes maniacos-depresivos utilizan de maneras muy diversas los tratamientos y acompañamientos psicoterapéuticos y psicosociales disponibles.

En un extremo se encuentra el paciente bien insertado en el plano socioprofesional y familiar, perfectamente equilibrado por su tratamiento estabilizador del estado de ánimo tras uno o dos primeros episodios, que mantiene un contacto espaciado pero fiel con su psiquiatra (al que contempla más como un médico que como un psicoterapeuta) y que sigue al pie de la letra los tratamientos, recomendaciones y exámenes paraclínicos prescritos. Este paciente considera claramente que sufre de una enfermedad orgánica más que una psíquica o mental, y la prueba se la brinda a sus ojos la eficacia del tratamiento.

En el otro extremo se encuentra al paciente que responde mal a la quimioterapia o que no alcanza a establecer una relación de confianza con el psiquiatra, y por este hecho mantiene un mediocre cumplimiento y sufrirá recaídas repetidas que conducen a una degradación generalizada de su inserción (profesional, social, amistosa, familiar). Este paciente es seguido frecuentemente por los equipos psiquiátricos del sector, se beneficia de múltiples cuidados asistenciales (hospitalización, hospital de día, acompañamiento cotidiano, asistencia material: subsidios, pensiones) y su destino difiere poco del de ciertos pacientes psicóticos.

En todos los casos los pacientes maniaco-depresivos presentan algunos rasgos comunes que determinan una manera de ser respecto de ellos en el seno de la relación terapéutica. Necesitan un seguimiento de largo plazo, incluso muy espaciado (varios pacientes bien equilibrados ya ven a su psiquiatra solamente una vez cada seis meses), al que permanecen particularmente vinculados. Son muy sensibles a las pérdidas, lo que impone una gran prudencia en los cambios de medicamentos o de médicos. Son muy vulnerables a los acontecimientos vitales, dando la impresión de que su equilibrio, incluso muy satisfactorio y durable, posee siempre un elemento de precariedad. Son generalmente poco llevados hacia la reflexión sobre los mecanismos psicológicos de su mal y mantienen con el psiquiatra una relación que, aun siendo frecuentemente calurosa, conserva una cierta superficialidad. Son sensibles a las cuestiones relativas al amor propio (lo que se llama comúnmente su “narcicismo”) y es útil que el psiquiatra les conceda una

booksmedicos.org

parte de la conducción del tratamiento (frecuencia de las consultas, información y elección de los medicamentos, etcétera).

Se encuentra una síntesis muy completa de los tratamientos psicológicos propuestos a los pacientes que sufren de trastornos afectivos en la obra de François Ferrero y Jean-Michel Aubry (2009). Algunos pacientes pueden desarrollar la curiosidad necesaria para orientarlos hacia una psicoterapia de tipo psicoanalítico. Se recomiendan entonces algunas modificaciones del marco (Duparc, 1999). Las terapias cognitivo-conductuales se asocian lo más frecuentemente, en estos casos, a las acciones de psicoeducación: se trata de explicar a los pacientes su enfermedad y los tratamientos propuestos, permitirles reconocer sus síntomas premonitorios, adquirir y consolidar una buena observación del tratamiento. De manera más general, es necesaria en todos los pacientes dentro del marco de su seguimiento psiquiátrico una dimensión de explicación sobre la enfermedad y los tratamientos, independientemente de toda técnica terapéutica codificada. Las medidas de asistencia y de acompañamiento social, como las descritas en el capítulo LVII, se utilizarán en los casos que muestran las evoluciones más desfavorables.

Conclusión

La nosografía de la enfermedad maniaco-depresiva ha evolucionado mucho estos últimos años gracias a la difusión de los trabajos de Akiskal. Esta entidad que recibe el nombre de "espectro bipolar" tiende a incluir cada vez más a entidades clínicas con expresiones sintomáticas amplias y diversas, borrando las fronteras entre trastornos de la personalidad y trastornos tímicos constituidos, pero igualmente entre depresiones recurrentes y trastornos maniaco-depresivos, y en cierta medida entre trastornos del humor y trastornos esquizoafectivos. Esta noción de "espectro" borra las fronteras nosográficas, pero igualmente las fronteras entre lo normal y lo patológico (lo que es igualmente el caso en otros campos, por ejemplo, el espectro de la esquizofrenia y el espectro autista). Sin duda, debido a que el enfoque categórico (varias entidades clínicas más o menos autónomas) encontró sus límites, tiende a generalizarse el enfoque dimensional ("polo afectivo", "polo psicótico"), a riesgo de regresar a las antiguas concepciones de la "psicosis única" de Griesinger. Pero este continuo deja un sitio importante a las interacciones entre los factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y eventuales, volviendo de esta manera caduca la oposición endogénesis / psicogénesis, y colocando en el centro de la investigación una concepción de lo viviente en interacción con su entorno.

La evaluación de las patologías del humor requiere, pues, una delicada puesta en perspectiva, dada la importancia de los criterios diagnósticos. En efecto, lejos de querer borrar la frontera de lo normal y de lo patológico propio de la medicina, esta nosografía tiende, en vista del aumento de la prevalencia de los trastornos bipolares en los estudios epidemiológicos desde hace dos decenios, a desplazar la frontera en perjuicio de lo normal y en beneficio de lo patológico. Además, esta nosografía, cuyas líneas parecen desplazarse, está sin duda sometida al peso de factores sociales y societarios (demanda

booksmedicos.org

de los individuos, expansión de la industria farmacéutica).

Confiar al clínico la atención de la crisis, pero también de la patología crónica, e igualmente la prevención de las recaídas, lo lleva a tomar en cuenta una amplio conjunto de factores y lo impulsa hacia un enfoque llamado "biopsicosocial" (la "atención global" del paciente), separado entre diferentes polos y olvidando tal vez al propio sujeto, lo que en su tiempo Balint llamó los "cuidados de la persona total". De esta manera las dificultades inherentes a la atención pueden surgir influyendo el pronóstico a largo término, el cual no se resume solamente en la mala observación terapéutica, sino igualmente en la dificultad de proponer un marco clínico y terapéutico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

Akiskal, H. S. (1983), "The bipolar spectrum: New concepts in classification and diagnosis", en L. Grinspoon (dir.), *Psychiatry Update: The Annual Review,* American Psychiatric Press, Washington, pp. 271-292.

Angst, H. S., y M. Presig (1995), "Course of clinical cohort of unipolar bipolar and schizoaffective patients. Result of a prospective study from 1959 to 1985", *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie,* 146, pp. 5-16.

Areteo de Capadocia (1834), *Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques*, Lagny Libraire, París. [*Tratado de los signos, las causas y la cura de las enfermedades agudas y crónicas,* traducción de L. Renaud, París, 1834; texto en el Corpus Medicorum Graecorum, II, Berlín, 1958.]

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Badner, J., y E. Gershon (2002), "Meta-analysis of whole-genome linkage scans of bipolar disorder and schizophrenia", *Molecular Psychiatry,* 7, pp. 405-411.

Bellivier, F., J.-L. Golmard, M. Rietschel *et al.* (2003), "Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups", *American Journal of Psychiatry,* 160, pp. 999-1001.

Boyd, J. H., y M. M. Weissman (1987), "Epidemiology of affective disorders. Bipolar Disorder", en R. Michels y J. O. Cavenon (dirs.), *Psychiatry*, t. 3, pp. 8-16, Basic Books, Nueva York.

Cardno, A., F. V. Rijsdijk, P. C. Sham *et al.* (2002), "A twin study of genetic relationships between psychotic symptoms", *American Journal of Psychiatry,* 159, pp. 539-545.

Chen, Y. S., N. Akula, S. D. Detera-Wadleigh *et al.* (2004), "Findings in an independent sample support an association between bipolar affective disorder and the G72/G30 locus on chromosome 13q33", *Molecular Psychiatry,* 9, pp. 87-92.

Chumakov, I., M. Blumfeld, O. Guerassimenk *et al.* (2002), "Genetic and physiological

booksmedicos.org

data implacating the new human gene G72 and the gene for D-amino acid oxidasein schizophrenia", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America,* 99, pp. 13675-13680.
Coryell, W., M. Keller, J. Endicott *et al.* (1989), "Bipolar II illness: course and outcome over a five-year period", *Psychological Medicine,* 19, pp. 129-141.
Coryell, W., y G. Winokur (1984), "Course and outcome", en E. S. Paykel (dir.), *Handbook of Affective Disorders,* Guilford Press, Nueva York, pp. 93-106.
Duparc, F. (1999), "La cyclothymie: de la névrose narcissique à la psychose maniacodépressive", en J. Chambrier, R. Perron y V. Souffir (dir.), *Psychoses II. Aux frontières de la clinique et de la théorie* PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París, pp. 91-119.
Ey, H. (1954), "Étude nº 25: Les psychoses périodiques maniaco-dépressives", en *Études psychiatriques, Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience,* vol. II, t. III, pp. 429-518. [*Estudios psiquiátricos,* vol. II. Versión española de Humberto Casarotti, Polemos, Buenos Aires, 2008.]
Ferrero, F., y J. M. Aubry (2009), *Traitements psychologiques des troubles bipolaires,* Masson, París.
Hantouche, E. G., J. F. Allilaire, M. L. Bourgeois *et al.* (2001), "The feasibility of selfassessment of dysphoric mania in the french national EPIMAN study", *Journal of Affective Disorders,* 67, pp. 97-103.
Kaufman, J., B. Z. Yang, H. Douglas-Palumberi *et al.* (2004), "Social support and serotonin transporter gene moderates depression in maltreated children", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America,* 101, pp. 17316-17321.
Levy-Rueff, M., y D. Gourion (2009), "Traitement du trouble bipolaire", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37860-B55, Elsevier Masson, París.
Mendlewicz, J. (1987), "Génétique des syndromes dépressifs", en J. Mendlewicz (dir.), *Manuel de psychiatrie biologique* Masson, París, pp. 43-48. [*Psiquiatría biológica,* Masson, Barcelona, 1990.]
NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) (1985), "Consensus development conference statement mood disorders: pharmacologic prevention of reccurrences. Consensus development panel", *American Journal of Psychiatry,* 142, pp. 469-476.
Siever, L., y K. Davis (1985), "Overview: toward a dysregulation hypothesis of depression", *American Journal of Psychiatry,* 142, pp. 1017-1031.
Tsuang, M. T., R. F. Woolson y J. A. Fleming (1980), "Causes of death in schizophrenia and manic depression", *British Journal of Psychiatry,* 136, pp. 239-242.
Weissman, M. M., P. J. Leaf, G. L. Tischler *et al.* (1988), "Affective disorders in five United States communities", *Psychological Medicine,* 18, pp. 141-153.

booksmedicos.org

booksmedicos.org

PARTE 4

Trastornos de la personalidad. Conductas y manifestaciones psicopatológicas aisladas

XXXIV. INTRODUCCIÓN A LA NOCIÓN DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA

VASSILIS KAPSAMBELIS

La noción de *personalidad patológica* es al mismo tiempo muy antigua y muy reciente. Antigua porque una cierta tipología de los caracteres y personalidades, acompañada de una clínica de sus excesos, se remonta a la medicina hipocrática. Más bien reciente porque las primeras descripciones psiquiátricas de las "personalidades patológicas" se remontan solamente a finales del siglo XIX, cuando ya se había establecido la mayor parte de la semiología psiquiátrica. La mayoría de los manuales de psiquiatría no posee un capítulo autónomo consagrado a los trastornos de la personalidad hasta la segunda mitad del siglo XX, fuera de las descripciones clásicas de la psicopatía y de diferentes personalidades a partir de la clínica (personalidades paranoica, esquizoide, histérica, obsesiva…), que se encuentran en los capítulos clínicos correspondientes. Sólo a partir de los últimos decenios la investigación clínica se ha ocupado en delimitar mejor este terreno proponiendo estudios de acuerdo con la metodología biomédica.

XXXIV.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

Se encuentra en Hipócrates, y posteriormente en la totalidad de los médicos surgidos de esta tradición, una tipología que se podría calificar de "biopsicológica", en el sentido de que encuentra su punto de partida en los cuatro "humores" para describir "temperamentos" (Jouanna, 1992). Así, los cuatro humores fundamentales: sangre, pituita (o flema o linfa), bilis amarilla y bilis negra, corresponden a tipos de personalidad que atravesaron los siglos: el tipo sanguíneo, marcado por la espontaneidad de las reacciones emocionales, colérico pero también caluroso y jovial; el tipo flemático, frío y distante, o incluso linfático, apático y lánguido; el tipo bilioso, ansioso y frecuentemente preocupón, y el tipo melancólico (de *melas:* negro, y *colé:* bilis).

Las descripciones de tipologías psicológicas fueron frecuentes, siendo la de Jean de La Bruyère (*Les caractères*, 1688) una de las más conocidas y tempranas. A finales del

booksmedicos.org

siglo XIX propuso una tipología el gran neurofisiólogo ruso Iván Pávlov, quien retomó la terminología hipocrática de los cuatro temperamentos para proponer una clasificación en cuatro tipos: *a)* fuerte e impulsivo; *b)* fuerte, equilibrado y tranquilo; *c)* fuerte, equilibrado y vívido, y *d)* débil. Jung (1921) describió dos grandes "tipos psicológicos", según la dirección centrípeta o centrífuga de la energía psíquica: los *introvertidos* y los *extrovertidos*. Paralelamente, una *caracterología* de origen psiquiátrico clínico vio la luz progresivamente por medio de los escritos de psiquiatras alemanes (Kraepelin) y franceses (Dupré, Delmas). Kurt Schneider (1923) describió 10 tipos "psicopáticos" (psicopatológicos) de la personalidad, provenientes en gran parte de la nosografía y que anunciaban las actuales clasificaciones de los "trastornos de la personalidad".

Tras la segunda Guerra Mundial, el psicólogo inglés de origen alemán Hans Eysenck produjo un cierto número de trabajos sobre las dimensiones de la personalidad, utilizando escalas de evaluación establecidas por su equipo de investigación. Se trató de la primera utilización sistemática de este tipo de instrumentos en el estudio de la personalidad. En su primer modelo, Eysenck (1947) describió dos dimensiones, *extraversión (E)* y *neuroticismo (N),* que hizo corresponder con los cuatro humores hipocráticos (tipo colérico: *N* y *E* elevados; tipo melancólico: *N* elevado, *E* bajo; tipo sanguíneo: *N* bajo, *E* elevada; tipo flemático: *N* y *E* bajos). En la década de 1970 agregó una tercera dimensión: *psicoticismo*.

Las nociones de temperamento, carácter y personalidad no se distinguen bien. El *temperamento* remite más bien a las disposiciones supuestamente innatas, o en todo caso que parecen corresponder a cualidades provenientes directamente de particularidades fisiológicas del individuo. El *carácter* es un término frecuentemente utilizado en el vocabulario psicoanalítico; fuera de este contexto reúne "rasgos" que definen maneras típicas de conducirse frente a ciertas situaciones; describe, pues, un "estilo", una cierta "identidad". Para Lagache (1954) "el carácter es el conjunto de disposiciones y actitudes que dirigen la manera de ser y de reaccionar del individuo en sus relaciones con el mundo y consigo mismo". La *personalidad* es el término que ha sido utilizado más frecuentemente en psicología para definir, de manera teórica, ciertas cualidades fundamentales de la que derivan los rasgos de carácter; en psiquiatría se asocia a la noción de *personalidad patológica* o de *trastorno de la personalidad* y, en este caso, define más bien conjuntos significativos y diferentes de los "rasgos".

XXXIV.2. Algunos modelos de caracterología

Existen numerosos modelos de caracterología y de tipos de personalidad, que plantean no solamente preguntas de pertinencia clínica, sino también de diferenciación entre "normal" y "patológico" (Bergeret, 1974). Obedecen a lógicas muy diferentes: establecimiento de vínculos entre rasgos fisiológicos y rasgos psicológicos, descripción de personalidades a partir de patologías psiquiátricas, con o sin utilización de instrumentos de medida (escalas de evaluación) que permiten agrupamientos a partir de análisis factoriales y estadísticos,

booksmedicos.org

elaboración de una caracterología normal y patológica a partir de un modelo general del psiquismo humano, como el psicoanálisis.

XXXIV.2.1. *La morfopsicología*

Los trabajos concernientes al *biotipo* estuvieron marcados por los trabajos del psiquiatra alemán Ernst Kretschmer (1888-1964), cuyo modelo conserva una cierta pertinencia descriptiva. Kretschmer (1921) describió tres tipos fundamentales, que corresponden al mismo tiempo a grandes morfologías corporales y a conjuntos clínicos: *a)* el tipo *leptosómico* ("cuerpo fino") está caracterizado por una morfología longilínea, más bien asténica, frecuentemente delgada, incluso enclenque; es poco expansivo, reservado, incluso taciturno, y corresponde a lo que este autor definió como carácter *esquizotímico,* término que engloba la esquizoidía y las patologías esquizofrénicas; *b)* el tipo *pícnico* ("denso", "rechoncho") corresponde a sujetos fornidos, robustos, macizos, "regordetes", con tendencia a la obesidad, más bien expansivos y joviales, de fácil relación con el entorno ("sintónicos"), ciclotímicos; corresponde a las patologías maniaco-depresivas, y *c)* el tipo *atlético* corresponde al "carácter epileptoide", caracterizado por una buena constitución física, naturalmente musculado y atlético, y por un funcionamiento mental relativamente lento y pobre, que corresponde a una forma particular de personalidad y de funcionamiento mental, marcados por la *gliscroidia* ("viscosidad"), según el término introducido por Françoise Minkowska.

XXXIV.2.2. *La caracterología de origen clínico*

Se ha formado progresivamente una caracterología de origen psicopatológico a partir de las entidades nosográficas aisladas por la clínica psiquiátrica. Aquí, las personalidades corresponden más o menos a las entidades nosográficas. Esta caracterología evoluciona de acuerdo a las influencias que reciben las concepciones clínicas (por ejemplo, la influencia más o menos grande del pensamiento psicoanalítico, los reacomodos sucesivos de la nosografía, la utilización o no de medios de evaluación estandarizados para validar los tipos de personalidad descritos). Veremos en el capítulo XXXV el estado actual de esta caracterología de origen clínico a través de la noción de *trastorno de la personalidad,* tal como ésta se expone en las dos grandes clasificaciones internacionales actuales, la CIE-10 y el DSM-5. De manera general señalaremos los siguientes puntos:

- en el terreno de las psicosis, siempre se ha señalado una diferencia entre "personalidad esquizoide" (y "esquizotípica") por un lado, y "personalidad paranoica" (*paranoid* en inglés), por el otro, en tanto que la distinción señalada entre esquizofrenias y psicosis paranoicas (y más generalmente psicosis delirantes crónicas sistematizadas) ha permanecido como una particularidad de la nosografía

booksmedicos.org

francesa;

- en el terreno de las neurosis, las categorías de los trastornos de la personalidad han evolucionado más o menos según los reacomodos nosográficos y según sus denominaciones sucesivas. De esta manera, una "personalidad obsesivo-compulsiva" ("anancástica" en la CIE-10) siempre forma parte de las clasificaciones, del mismo modo que una personalidad histérica, actualmente llamada "histriónica". La progresiva aproximación de los trastornos ansiosos y fóbicos ha eliminado la referencia a una "personalidad ansiosa" autónoma, incluso si el término sigue siendo muy utilizado en el lenguaje común, en beneficio de una "personalidad evitativa" (DSM), que corresponde más o menos al "carácter fóbico"; la CIE-10 utiliza la doble denominación: "personalidad ansiosa (evitativa)";
- en las personalidades que corresponden a los trastornos del humor, la "personalidad ciclotímica", bastante bien delimitada en la clínica empírica, ha cedido el lugar a diversas descripciones, entre ellas la propia ciclotimia, que se han integrado dentro del "espectro bipolar", y por ello dentro de la parte nosográfica (eje I en la terminología del DSM) de las clasificaciones. No obstante, el DSM-5 aísla un trastorno de la "personalidad narcisista", término que es de pertenencia ambigua porque, por una parte, la descripción evoca ciertos elementos de lo que se llama comúnmente una "personalidad hipomaniaca", en tanto que la noción es de proveniencia esencialmente psicoanalítica, a partir de los trabajos de Kernberg (1975) sobre la "personalidad narcisista", la cual está en relación con ciertos aspectos del amplio campo de los estados limítrofes (véase el capítulo XXXVI). De manera más general —y esto se verifica igualmente en el ámbito de la clínica— los trastornos que entran, con variantes importantes según las escuelas, dentro del conjunto de los estados limítrofes tienen relaciones privilegiadas con los "trastornos del humor". Se pueden encontrar correspondencias con este conjunto de estados limítrofes —por lo menos como es utilizado en el empirismo de la práctica— no solamente en el plano de la "personalidad narcisista" del DSM-5, sino también de la "personalidad emocionalmente lábil" (tipo impulsivo y tipo *borderline*) de la CIE-10, de la personalidad dependiente (CIE-10 y DSM-5), e incluso de la personalidad psicopática (disocial o antisocial).

XXXIV.2.3. *Carácter y personalidad en el enfoque psicoanalítico*

La caracterología psicoanalítica tiene un doble origen: a nivel del mecanismo de formación del síntoma, y a nivel de los estadios de la evolución psicosexual. Los dos enfoques se combinan en la práctica, uno para describir la clínica, el otro para explicar el movimiento pulsional que está en juego (Diatkine y Favreau, 1956; Villa, 2009).

La cuestión de la formación del síntoma preocupó a Freud desde el principio de su obra. El término *defensa (psiconeurosis de defensa)* que utilizó desde 1895 (Freud, 1895) indica que el síntoma es el resultado final de las operaciones defensivas del "yo"

booksmedicos.org

contra ciertas representaciones que vehiculan deseos y mociones pulsionales "inconciliables" con él. La represión que tiene lugar no pone fin al conflicto puesto que las representaciones reprimidas intentan regresar a la conciencia, reforzadas por su vínculo con las representaciones inconscientes ligadas al mismo movimiento pulsional y relacionadas con las primeras experiencias de la vida psíquica ("retorno de lo reprimido"). Es el encuentro entre estas dos fuerzas antagónicas lo que conduce a la "formación del síntoma", realización parcial, por ser deformada y disfrazada, del deseo inconsciente: así, a propósito de las ideas obsesivas, Freud (1896) dijo que "son formaciones de *compromiso* entre las representaciones reprimidas y los represores".

Fue en oposición con el síntoma considerado "formación de compromiso" como Freud describió un segundo mecanismo de formación de manifestaciones patológicas, la *formación reactiva*. Aquí la manifestación sintomática no establece compromiso entre dos tendencias contrarias, sino que se desarrolla según un sentido resueltamente opuesto (es decir, en *reacción*) a la moción inconsciente: la avaricia se convierte en generosidad, la agresividad en filantropía o espíritu de justicia, el gusto por la suciedad en preocupación de extrema limpieza, el exhibicionismo en pudor. Las formaciones reactivas constituyen, pues, "rasgos de carácter" con lo que este término tiene de permanente, de identitario y de integrado dentro de la personalidad del individuo: "El sujeto que ha elaborado formaciones reactivas —escribe Fenichel (1945)— no desarrolla ciertos mecanismos de defensa que se emplean cuando amenaza un peligro pulsional; ha cambiado la estructura de su personalidad como si este peligro estuviera siempre presente, para estar preparado en cualquier momento en el que el peligro se presente". Laplanche y Pontalis (1967) observan que, "desde el punto de vista clínico, las formaciones reactivas adquieren valor sintomático en lo que ofrecen de rigidez, de forzado, de compulsivo, por sus fracasos accidentales, por el hecho de que conducen a veces directamente a un resultado opuesto al que se pretende conscientemente".

Desde el punto de vista de la moción pulsional por reprimir, los diferentes caracteres de la caracterología psicoanalítica se definen según las etapas de la evolución psicosexual:

- el *carácter oral* está marcado por conflictos relativos a la absorción, mostrados según las configuraciones clínicas, que pueden ser muy diferentes. Aquí los rasgos son múltiples: búsqueda de una satisfacción inmediata (toxicomanía, alcoholismo), que marca un deslizamiento del deseo a la necesidad; dependencia y pasividad corresponden al componente de sumisión y de espera pasiva de la satisfacción del bebé, o agresividad predatora y devoradora, que corresponde a la dimensión que Abraham (1916) aisló como segundo periodo (sádico oral) de la oralidad; ambición, expansividad, capacidad para "absorber" conocimientos e informaciones y extender su dominio del saber y del poder ("bulimia" de lectura, de trabajo, de relaciones y de contactos, etc.); organización de la personalidad según el modelo de la insatisfacción ("frustración"), de la espera por definición decepcionada, de la pérdida (depresividad, abandonismo);
- el *carácter anal*, que tanto retuvo la atención de Freud (1908), está en relación con

booksmedicos.org

los conflictos de retención-control-dominio construidos por la educación, presente particularmente en el control de los esfínteres; está en relación con las pulsiones sádicas. Aquí, los rasgos que se derivan están en relación con las actitudes frente a los demás (oposición / sumisión, autoritarismo); frente a los objetos (parsimonia y avaricia, posesividad o incluso generosidad excesiva); frente a las actividades y realizaciones (minucia, pedantería, perfeccionismo, obstinación); frente a la vida en general (amor al orden, conformismo, agresividad más o menos contenida);

- el *carácter fálico* es de una delimitación menos precisa. Está basado en el reconocimiento de la diferencia de los sexos y coloca, pues, la cuestión de la castración en el centro de sus preocupaciones: la posición fálica (en el sentido simbólico del término) se asocia al poder, la confianza en sí mismo, las actitudes conquistadoras y emprendedoras, el aspecto afirmativo de la personalidad. Ha sido descrita una estructura caracterológica fálica, especialmente por W. Reich (1933), en la que la exhibición fálica, o incluso la "reivindicación fálica", son descritas como formaciones reactivas a la castración en cuanto situación simbólica universal y constitutiva del psiquismo humano.

Por lo demás, un enfoque psicoanalítico estructural basado en la nosografía aísla tres grandes tipos de personalidad: neurótica, psicótica y perversa. Estos tipos obedecen a criterios cualitativos y a hipótesis sobre los mecanismos psicológicos subyacentes. Nunca han formado parte de los "trastornos de la personalidad" descritos por las clasificaciones internacionales, pero son de uso común, aunque impreciso, en la práctica clínica. Las pruebas proyectivas les permiten una cierta objetivación (véase el capítulo XV). En el modelo propuesto por Jean Bergeret, en la década de 1970 (Bergeret, 1974a; 1974b), existen dos grandes "estructuras", la neurótica y la psicótica, siendo la *estructura* un hecho estable del individuo, equivalente al término *self*. Para este autor, el carácter corresponde a las capacidades adaptativas de la estructura. Desde este punto de vista Bergeret describe los *caracteres narcisistas,* línea intermedia entre las estructuras neurótica y psicótica; aquí, ningún *self* suficientemente afirmado asegura la estructuración de la personalidad; estos caracteres reagrupan, pues, las patologías "mal estructuradas" (depresividad, estados limítrofes, abandonismo…). En el modelo de Bergeret, el carácter fálico, al igual que el *carácter hipomaniaco* y la *psicopatía,* es una formación reactiva contra la depresividad y por ello forma parte de las patologías limítrofes, en tanto que el *carácter perverso* "representa un ensayo de solidificación del carácter narcisista operado en dirección de la línea estructural psicótica" (Bergeret, 1980).

Fuera de estas tres grandes figuras, varios textos psicoanalíticos describen caracteres o personalidades particulares: carácter masoquista, "neurosis de fracaso", "neurosis de destino"…

XXXIV.3. La noción de caracteropatía y de "trastornos del

booksmedicos.org

Esta noción mal definida pero ampliamente utilizada en clínica surgió de la literatura psicoanalítica. Se habla, por ejemplo, de “neurosis de carácter” o de “psicosis de carácter” cuando el cuadro clínico no incluye síntomas que permiten plantear un diagnóstico de entidad nosográfica, sino rasgos de carácter que se podrían vincular a una u otra de estas dos grandes dimensiones. Hablando estrictamente, todos los “trastornos de la personalidad” son “caracteropatías”, en la medida en la que se trata precisamente de patologías del carácter, en oposición a las patologías que corresponden a entidades clínicas. No obstante, el término remite lo más frecuentemente a lo que la patología del carácter tiene de más rígido e inmutable: describe organizaciones de personalidad poco adaptables, que por este hecho reaccionan de manera impulsiva y explosiva a todo lo que contraría la disposición impuesta por sus rasgos de carácter. La caracteropatía remite, pues, esencialmente a conductas, comportamientos generalmente poco accesibles a la comprensión y al control del sujeto, porque provienen de su manera misma de ser y escapan de los procesos de mentalización y elaboración. Observemos que en su tipología Kurt Schneider (1923) había aislado una personalidad “explosiva”, caracterizada por su reactividad, la inestabilidad del humor y la violencia conductual.

XXXIV.4. Terapéutica

No es posible describir de manera general el tratamiento de los “trastornos de la personalidad”. Sin embargo se desprenden algunas grandes líneas. Inicialmente, el tratamiento medicamentoso posee pocas indicaciones bien establecidas e intenta apaciguar puntualmente tal o cual manifestación sintomática sin pretender especificidad o la eficacia de un tratamiento antidepresivo en un estado depresivo caracterizado, o de un tratamiento neuroléptico sobre un estado delirante agudo. No obstante, los estabilizadores del estado de ánimo pueden prescribirse a largo plazo en las manifestaciones conductuales impulsivas del carácter con un cierto beneficio, al igual que los ansiolíticos y los hipnóticos con finalidad sintomática. Los enfoques psicoterapéuticos están más indicados; los enfoques psicoanalíticos necesitan un trabajo paciente en la duración, pero la elaboración de las defensas del carácter en la transferencia, y frecuentemente a través de los *acting out,* puede aportar modificaciones considerables en el funcionamiento de estos pacientes.

Conclusión

Los “trastornos de la personalidad” representan un campo de la clínica psiquiátrica que permanece todavía menos bien definido que los terrenos correspondientes a las entidades clínicas individuales, establecidas frecuentemente desde finales del siglo XIX. No

booksmedicos.org

obstante, un gran número de pacientes que se dirigen al psiquiatra, al psicólogo, al psicoterapeuta presentan diversas formas de malestar y de "infidelidad" que corresponden más bien a trastornos de la personalidad que a "enfermedades" bien definidas. Esto señala el interés que tiene para el clínico este campo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, K. (1925), *Étude psychanalytique de la formation du caractère, Œuvres complètes,* t. II, Payot, París, 1965, pp. 227-263.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Bergeret, J. (1974a), *La Dépression et les États-limite,* Payot, París.

——— (1974b), *La Personnalité normale et pathologique,* Dunod, París. [*La personalidad normal y patológica.* Versión española de María Angélica Semilla, Gedisa, Barcelona, 2005.]

——— (1980), "Caractère et pathologie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37320-A10, Éditions Techniques, París.

Diatkine, R., y J. Favreau (1956), "Le caractère névrotique", *Revue française de psychanalyse,* 20, 1-2, pp. 202-236.

Eysenck, H. J. (1947), *Les Dimensions de la personnalité,* PUF, París.

Fenichel, O. (1945), *La Théorie psychanalytique des névroses,* PUF, París, 1953. [*Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Versión española de M. Carlisky, Paidós, México, 1996.]

Freud, S. (1896), XII. "Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo I, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid,1973, pp. 286-298.

——— (1908), XXXVII. "El carácter y el erotismo anal", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1354-1357.

Jouanna, J. (1992), *Hippocrate,* Fayard, París.

Jung, C. G. (1921), *Types psychologiques,* Georg, París, 1997. [*Tipos psicológicos.* Versión española de Ramón de la Serna, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1985.]

Kernberg, O. (1975), *La Personnalité narcissique,* Privat, Tolosa, 1980.

Kretschmer, E. (1921), *La Structure du corps et le Caractère,* Payot, París, 1930. [*Constitución y carácter.* Versión española por José Solé Sagarra, Labor, Barcelona, 1967.]

Lagache, D. (1954), *L'Emploi clinique des tests et le Diagnostic du caractère,* Grupo de Estudios de Psicología de la Universidad de París, París.

Laplanche, J. y J.-B. Pontalis (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse,* PUF, París.

booksmedicos.org

[*Diccionario del psicoanálisis.* Versión española de Fernando Gimeno Cervantes, Paidós, Barcelona, 1997.]
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Reich, W. (1933), *L'Analyse caractérielle,* Payot, París, 1971. [*Análisis del carácter.* Versión española de Luis Fabrican, Paidós, Buenos Aires, 1978.]
Schneider, K. (1923), *Les Personnalités psychopathiques,* PUF, París, 1955. [*Las personalidades psicopáticas.* Versión española de Bartolomé Llopis, Morata, Madrid, 1980.]
Villa, F. (2009), *La Notion de caractère chez Freud,* PUF, París.

booksmedicos.org

XXXV. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DENTRO DE LAS CLASIFICACIONES CONTEMPORÁNEAS

SOPHIE KECSKEMÉTI

Hemos visto en el capítulo precedente la evolución de la noción de personalidad, de carácter y de temperamento, y hemos dado un breve vistazo a las múltiples metodologías que pueden utilizarse para llegar a las tipologías. La psiquiatría, disciplina esencialmente clínica y terapéutica, se ocupa sobre todo en captar las personalidades en su dimensión patológica, y ésta es la razón por la cual muy frecuentemente sus descripciones de los *trastornos de la personalidad* permanecen muy influenciadas por las entidades clínicas ya identificadas; en este sentido se puede decir que la noción de "trastorno de la personalidad" ocupa frecuentemente, en psiquiatría, el espacio intermedio entre lo normal y lo patológico.

En el presente capítulo vamos a tratar únicamente sobre los trastornos de la personalidad tal como se presentan en las dos grandes clasificaciones internacionales actuales, la CIE-10 (décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud (1992) y el DSM-5 (quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013). Los trastornos de la personalidad que ahí están registrados no son inmutables. Estas clasificaciones están sujetas a revisiones, cada diez a veinte años, y las categorías pueden desaparecer, en tanto que otras hacen su aparición. Observemos que la CIE está actualmente en proceso de revisión y la undécima versión está anunciada para 2014-2015 (Guelfi, 2010).

Esta presentación tiene por finalidad permitir una mirada global a los trastornos de la personalidad reseñados actualmente a partir de ambas clasificaciones internacionales. Es, pues, necesario referirse a los capítulos correspondientes para tener una comprensión más completa.

XXXV.1. PRESENTACIÓN GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN LAS DOS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

XXXV.1.1. *La CIE-10*

Para la CIE-10, los trastornos de la personalidad forman parte del capítulo "Trastornos de

booksmedicos.org

la personalidad y de la conducta", que reagrupa igualmente los trastornos de las impulsiones (por ejemplo, el juego patológico), los trastornos de la identidad sexual, los trastornos de la preferencia sexual, y los problemas psicológicos y conductuales asociados al desarrollo sexual y a la orientación sexual. Los redactores de esta clasificación precisan que el establecimiento de criterios diagnósticos y de directrices para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad muestra divergencias que hacen "prácticamente imposible determinar el número exacto de criterios que deben estar presentes para un diagnóstico de trastorno de la personalidad". Los trastornos de la personalidad según la CIE-10 aparecen en el cuadro XXXV.1.

CUADRO XXXV.1. *Trastornos de la personalidad según la CIE-10 (OMS, 1992)*

1. Personalidad paranoide
2. Personalidad esquizoide
3. Personalidad disocial
4. Personalidad emocionalmente lábil
    4.1. Tipo impulsivo
    4.2. Tipo limítrofe
5. Personalidad histriónica
6. Personalidad anancástica
7. Personalidad ansiosa (evitativa)
8. Personalidad dependiente

XXXV.1.2. *El DSM-5*

El DSM-5 describe ciertos caracteres generales de la experiencia vivida del sujeto diagnosticado con trastorno de la personalidad: se trata de ciertas "desviaciones" en relación con las normas relativas a su cultura en los terrenos cognitivo, afectivo e interpersonal o en el control de los impulsos, que deben ser "durables" y "rígidas", y generar "un sufrimiento clínicamente significativo o una alteración del funcionamiento social o profesional". Por lo demás, el DSM-5 reúne los trastornos de la personalidad en tres grupos (véase el cuadro XXXV.2). La psicopatología tradicional puede sorprenderse de que, dentro de este reagrupamiento, puedan codearse personalidades muy diversas en el plano clínico. De hecho, estos grupos *(clusters)* resultan de un enfoque dimensional, siendo los parámetros elegidos: *a)* extrañeza-excentricidad; *b)* dramatización-emotividad, y *c)* ansiedad-miedo, considerados dimensiones que representan el espectro de los trastornos de la personalidad dentro de un *continuum* con el eje I de este manual (eje que reagrupa los trastornos mentales en "trastornos" o entidades clínicas).

CUADRO XXXV.2. *Trastornos de la personalidad según el DSM-5 (ANP, 2013)*

booksmedicos.org

Grupo A
1. Personalidad paranoide 2. Personalidad esquizoide 3. Personalidad esquizotípica
Grupo B
4. Personalidad antisocial 5. Personalidad limítrofe 6. Personalidad histriónica 7. Personalidad narcisista
Grupo C
8. Personalidad evitativa 9. Personalidad dependiente 10. Personalidad obsesivo-compulsiva

XXXV.2. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD COMUNES A LAS DOS CLASIFICACIONES

XXXV.2.1. *Personalidad paranoide*

"Con frecuencia, más que evitarse, se busca la compañía de este personaje sombrío, egocéntrico, agresivo, celoso", escribe Thérèse Lemperière en su *Manual* (1977). De carácter desconfiado, suspicaz, el paranoide tiene tendencia a interpretar las acciones de los demás como hostiles o devaluatorias, sostenidas por una voluntad de daño o de engaño. Es víctima frecuentemente de dudas en cuanto a la lealtad de sus próximos y en particular de su cónyuge. Rencoroso, susceptible, convencido de sus derechos, intransigente, reacciona con cólera o con un contraataque, lo que hace de él un "tirano doméstico" tan frecuentemente descrito por sus allegados. Sobreestima de sí mismo y egocentrismo completan el cuadro.

> Implacable como la guerra que mantenían entonces la Iglesia y el calvinismo, la frente del conde era amenazante incluso durante el sueño […] semejantes al blanco musgo de los viejos robles, los cabellos grises antes de tiempo la rodeaban sin gracia, y la intolerancia religiosa mostraba en ella sus apasionadas brutalidades. La forma de una nariz aquilina que semejaba el pico de un ave de presa, los contornos negros y

booksmedicos.org

plisados de un ojo amarillo, los huesos salientes de un rostro hundido, la rigidez de sus profundas arrugas, el desprecio marcado en el labio inferior, todo indicaba ambición, despotismo, una fuerza tanto más temible cuanto que la estrechez del cráneo revelaba una falta absoluta de espíritu y un valor sin generosidad [Honoré de Balzac, *El hijo maldito*, 1831/1836].

Recordemos que la tradición psiquiátrica francesa y alemana distingue las personalidades paranoides quejumbrosas *(personnalités paranoïaques quérulentes),* que Kraepelin calificaba "de combate" (con actitud de reivindicación activa que se manifiesta por quejas, demandas, etc.) y las personalidades *sensitivas*, descritas por Kretschmer (1918): sujetos timoratos, escrupulosos, insatisfechos, con tendencia a replegarse sobre sí mismos, que reaccionan con afectos depresivos a las bromas y otras humillaciones de las que creen ser objeto.

XXXV.2.2. *Personalidad esquizoide*

La CIE-10 define esta personalidad por la incapacidad de experimentar placer *(anhedonia),* la frialdad, el desapego, el embotamiento de la afectividad (elementos que se encuentran en el centro de la descripción de la esquizofrenia según Bleuler), la incapacidad para expresar los sentimientos, tanto positivos como negativos, la indiferencia a los elogios y a las críticas, el reducido interés por las relaciones sexuales y la preferencia por las actividades solitarias —un aislamiento socio-relacional, una existencia sin amigos ni confidentes—. El DSM-5 señala en sus dos criterios que son de una actividad mental orientada hacia lo imaginario, la introspección y la indiferencia a las normas y convenciones sociales. La consecuencia de esto es una tendencia al aislamiento social y afectivo. La clasificación del DSM-5 describe también una personalidad esquizotípica, que presentaremos más adelante.

Se trata, pues, de una personalidad cuyas características vienen a ser las formas atenuadas de la enfermedad esquizofrénica (preesquizofrenia, esquizotimia de Bleuler…) (véase el capítulo XXVI).

XXXV.2.3. *Personalidad disocial (antisocial)*

Disocial para la CIE-10, antisocial para el DSM-5, la personalidad psicopática se presenta en el capítulo XLIII. Es la única personalidad que se define en relación con la "sociedad"; está caracterizada por la transgresión de las normas sociales y de las leyes, acompañada de una indiferencia al prójimo y a las consecuencias de los actos posiblemente delictivos. Ambas clasificaciones ponen el acento en la irresponsabilidad, la impulsividad, la irritabilidad, la agresividad, la violencia, la ausencia de sentimiento de culpa y de

booksmedicos.org

remordimientos. La CIE-10 considera las relaciones afectivas marcadas con el sello de lo efímero y la débil tolerancia a la frustración. Se observa una propensión a hacer a los demás (o de manera menos personal a la sociedad en el sentido amplio o a los avatares del destino) responsables de una suerte de la que el sujeto queda como desposeído.

Frecuentemente estos rasgos de personalidad aparecen desde la adolescencia (e incluso a veces desde la infancia).

XXXV.2.4. *Personalidad histriónica*

Las dos clasificaciones han adoptado este término que remplaza al de histeria y al de personalidad histérica, lo que pone el acento en la teatralización (que da su nombre a este tipo de personalidad), la hiperexpresividad de los afectos y la tendencia a la dramatización, que marcan frecuentemente los intercambios con el sello de la inautenticidad. La sugestionabilidad, el deseo de agradar y de seducir hacen de él un personaje cambiante y patéticamente reconocible, siendo su sostén la dependencia afectiva y el egocentrismo. El DSM-5 señala el malestar experimentado cuando el sujeto no es el centro de la atención de su entorno (véase también el apartado XIX.3.1).

XXXV.2.5. *Personalidad anancástica (obsesivo-compulsiva)*

La CIE-10 ha mantenido la terminología de *anancástico* (“apremiante” en griego), y el DSM-5 permanece más próximo a la denominación tradicional de personalidad obsesiva. El perfeccionismo, el gusto por el detalle y el orden son las principales características de esta personalidad, con consecuencias variables: una escrupulosidad que llevada al extremo impide toda realización o, por el contrario, una duda permanente (igualmente improductiva).

> Reunía todos los datos imaginables sobre los ejércitos extranjeros —informaciones publicadas a título oficial— bajo la forma de recortes de periódico que completaba constantemente y clasificaba en fascículos bien ordenados, fascículos secretos a los que no dejaba acceder a nadie […] Tres o cuatro piezas abrigaban un laboratorio en el cual conservaba estos datos sobre el ejército, el ejército de los expedientes y aquel, muy viviente, de los hombres […] Emprendida por sentido del deber y por convicción, esta colección de detalles cada vez más numerosos, al igual que su organización en cuadros estadísticos y en síntesis, se volvió para él, en razón de su gusto por la sistematización, una verdadera pasión, si no es que una manía […] Todo ejercicio repetido incansablemente se transforma en hábito, se fija muy rápidamente como rutina; la rutina, a su vez, se petrifica para volverse coacción e impedimento: finalmente se es incapaz de emprender cualquier cosa de otra manera

booksmedicos.org

que no sea de manera sistemática [Stefan Zweig, *Clarissa*, 1990].

La actitud general está marcada por el conformismo, una cierta rigidez, dificultad para delegar en los demás, incapacidad para deshacerse de los objetos utilizados, tendencia a la avaricia y, en ocasiones, "una intrusión de pensamientos y de impulsos inoportunos que se imponen al individuo" (CIE-10). De manera que, en ocasión de los intercambios con los demás, el tono formal, la búsqueda permanente de la precisión o del detalle corren el riesgo de perder de vista el sentido mismo del intercambio y son susceptibles de provocar en el interlocutor un sentimiento de impaciencia y aburrimiento; a imagen de una sonata compuesta con el respeto escrupuloso de las reglas de la armonía, pero desprovista de la emoción necesaria para hacerla bella (véase también el apartado XX.3.2).

XXXV.2.6. *Personalidad ansiosa (evitativa)*

Personalidad evitativa en el DSM-5, ansiosa en la CIE-10, se aproxima a la personalidad "fóbica" (sujetos tímidos, solitarios, aislados e inhibidos) de los enfoques psicodinámicos.

Caracterizada por "un sentimiento invasor y persistente de tensión y de aprehensión" con tendencia a devaluarse, cuyas consecuencias son de una intensidad variable que van de la banal "falta de confianza en sí mismo" a la inhibición social: el temor de ser criticado o rechazado impide la vida social y profesional y restringe las relaciones afectivas; el apego a un modo de vida asegurador limita la apertura al mundo exterior.

XXXV.2.7. *Personalidad dependiente*

Es la dependencia, es decir, el temor de ser abandonado, lo que subordina las manifestaciones de esta personalidad: sumisión a las personas de las que el sujeto depende (con dificultad para pedir y oponerse a los demás, delegación de toda decisión en los otros, incapacidad para tomar iniciativas), y sobre todo sentimiento de malestar cuando el individuo es confrontado a la soledad, lo que lo hace buscar, en la urgencia y la angustia, un apoyo, cualquiera que éste sea.

Apareció por primera vez en la tercera edición del DSM (1980), y en 1992 en la décima edición de la CIE (Loas, 2008). La individualización de la personalidad dependiente parece colocarse dentro del auge del interés suscitado por la teoría del apego iniciada por Bowlby en 1957. En nuestra opinión, forma parte del grupo más amplio de los estados limítrofes (véase el capítulo siguiente).

XXXV.3. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD PROPIOS DEL DSM-5

booksmedicos.org

XXXV.3.1. *La personalidad esquizotípica en el seno de las personalidades psicóticas*

Sus características son semejantes a las de la "preesquizofrenia" (véase el capítulo XXVI, "Las esquizofrenias debutantes") y de una manera algo esquemática corresponden a una acentuación de los rasgos de la personalidad esquizoide: restricción en las relaciones interpersonales, acompañada de un modo de funcionamiento marcado por una cierta extrañeza ("distorsión cognitiva y perceptual" del DSM-5) y de conductas que muestran una cierta excentricidad. La personalidad esquizotípica no implica una evolución hacia la esquizofrenia, pero sus manifestaciones son sus premisas:

—la "extravagancia" (base de la discordancia de la esquizofrenia) puede manifestarse en ciertas creencias e ideas, en el pensamiento, en el lenguaje y el comportamiento;
—una tendencia persecutoria (cuyo primer grado es la desconfianza); las ideas de referencia son las premisas de una invasión delirante persecutoria;
—las "percepciones inhabituales, especialmente las ilusiones corporales" están relacionadas con las manifestaciones cenestésicas descritas clásicamente en la esquizofrenia (sensaciones extrañas de corriente eléctrica, dolores relámpago…);
—finalmente, "la inadecuación o la pobreza de los afectos" del DSM-5 remite a la desorganización de la vida afectiva (la "demencia afectiva" de Kraepelin): el desinterés, la apariencia desvitalizada, el embotamiento de la afectividad muestran la necesidad de contener los afectos paradójicos que amenazan la integridad del individuo y pueden irrumpir bajo la forma de manifestaciones emocionales llamadas "inmotivadas". Estas manifestaciones siguen un gradiente en función de la intensidad de la disociación de la vida psíquica, y van desde la sonrisa discordante tras el anuncio de una mala noticia hasta la reacción hostil, incluso violenta, incomprensible para el entorno…

XXXV.3.2. *La personalidad narcisista*

Fue individualizada en el seno de los trastornos de la personalidad hasta 1980, en la tercera edición del DSM, bajo la influencia de los clínicos norteamericanos de orientación psicodinámica (Guelfi, 2007). La necesidad de ser admirado, un sentimiento grandioso de la importancia propia, imprimen el modo con el que se relaciona este tipo de personalidad: individuos invadidos por ensoñaciones de poder y de éxito, poco atentos a los demás, arrogantes, exigentes, llegando hasta la explotación de los demás con la convicción de que "se merecen todo", y son al mismo tiempo envidiosos. Esta personalidad está lejos de ser incompatible con la realización efectiva de éxitos reconocidos; la adaptación socioprofesional superficial puede ser satisfactoria e incluso brillante. Es una personalidad que se encuentra muy particularmente en ciertas profesiones (juristas, médicos, deportistas y políticos) (Guelfi, 2007).

booksmedicos.org

> Sí, después de una conversación interesante, olvidaba por un momento mis zalemas, se volvía huraño, áspero, hiriente, y se irritaba con la conversación contradiciéndolo todo. Advertido por su mal humor, le propuse una partida… Me las arreglé para que el señor Morsauf ganara, y su alegría le desfrunció el seño bruscamente… Cada día intentaba envolverme en su tiranía, asegurar un nuevo forraje a su humor, porque verdaderamente parece que los enfermos morales son criaturas que tienen sus apetitos, sus instintos, y quieren aumentar el espacio de su dominio como un propietario quiere aumentar su terreno [Honoré de Balzac, *El lirio en el valle*, 1836].

La evolución está marcada frecuentemente por episodios depresivos y "son personalidades que envejecen particularmente mal" (Guelfi, 2007), en especial sensibles a la "crisis de la mitad de la vida", susceptibles de desarrollar quejas hipocondriacas, trastornos sexuales o incluso conductas toxicómanas. En las formas más graves se asocian elementos de personalidad de tipo psicopático o paranoide.

XXXV.4. El grupo de los estados limítrofes

Dos trastornos de la personalidad de la CIE-10, la personalidad emocionalmente lábil (con dos subcategorías: tipo impulsivo y tipo *borderline*) y la personalidad dependiente, así como tres trastornos de la personalidad del DSM-5, las personalidades *borderline,* narcisista y dependiente, tienen relaciones más o menos estrechas con el conjunto todavía mal definido de las patologías de la personalidad que reciben el nombre de estados limítrofes. Este grupo es tema del capítulo XXXVI.

Las principales características de las personalidades emocionales lábiles de la CIE-10 y *borderline* del DSM-5 son la tendencia a actuar con impulsividad sin tener en cuenta las consecuencias posibles y la inestabilidad emocional. La CIE-10 distingue la personalidad emocionalmente lábil "tipo impulsivo" cuando estas dos características son dominantes, y la personalidad emocionalmente lábil "tipo *borderline*" —idéntica en el DSM-5— cuando se asocian una imagen perturbada de sí mismo, inestable, una tendencia a comprometerse en relaciones cambiantes y efímeras (en razón de una idealización excesiva seguida, por regla general, de una devaluación y mantenida por un temor al abandono), gestos autoagresivos repetitivos (de la mutilación a la tentativa de suicidio) y un sentimiento crónico de vacío.

Conclusión

En la medida en la que las personalidades patológicas son sorprendentes por sus características, el ser humano banal puede reconocerse en cada una de ellas, como

booksmedicos.org

portador de un conjunto variable y cambiante en el tiempo de un buen número de sus rasgos. De la tendencia al autoritarismo que evoca una "inclinación" paranoide, a la seducción femenina bien temperada (histeria *ad minima*), pasando por las reacciones fóbicas pasajeras en ocasión de periodos de estrés ("lo evitativo"), las manías de organización y de orden, las descargas mal controladas de cólera, o la búsqueda de reconocimiento y de gratificación narcisista, cada uno de nosotros lleva en sí el germen de una personalidad patológica que no se constituye tal como está descrita en este capítulo sino en una franja restringida de la población. Pero, sin duda, no tan restringida: la prevalencia aproximada de los trastornos de la personalidad en la población general se situaría alrededor de 18% según las encuestas efectuadas de conformidad con la metodología biomédica. Esta cifra puede dejarnos perplejos: ¿una persona sobre cinco sería, pues, una "personalidad patológica"?

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Guelfi, J. D. (2010), "L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte", *Information psychiatrique,* 86, 2, pp. 127-134.

Guelfi, J. D. y F. Rouillon (2007), *Manuel de psychiatrie,* Elsevier-Masson, París.

Kretschmer, E. (1918), *Der sensitive Beziehungswahn*, trad. fr.: *Paranoïa et sensibilité,* PUF, París, 1963. [*El delirio sensitivo de referencia.* Versión española de José Solé Sagarra, Triacastela, Madrid, 2000.]

Loas, G. (2008), "Personnalité dépendante", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37-490-D-10, Elsevier Masson, París.

Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]

booksmedicos.org

XXXVI. CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA DEL GRUPO DE LOS ESTADOS LIMÍTROFES

FRANÇOISE LAUGIER

Los pacientes limítrofes, en la clínica cotidiana del consultorio o en el hospital, siempre al límite de nuestra comprensión y de nuestra aprehensión, han sido objeto desde hace tiempo de investigaciones y de artículos para intentar comprender su origen y funcionamiento. Han sido exploradas varias pistas (psicodinámicas, cognitivas, sociológicas, familiares) y merecen que nos ocupemos de ellas, estando vinculadas, sin duda, unas y otras dentro de la sorprendente multiplicación de los diagnósticos de "trastorno limítrofe de la personalidad" estos últimos decenios.

XXXVI.1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS

La noción de estado limítrofe es antigua, y la primera descripción de una forma de estado *borderline* se remonta a 1884, cuando Hugues la definió así: "El estado fronterizo con la locura comprende a numerosas personas que pasan su vida entera cerca de esta línea, tanto de un lado como del otro". Posteriormente, varias corrientes distintas, psiquiátricas y psicoanalíticas, intentaron definir los estados limítrofes. Según los autores, representan un estado, una organización, una línea estructural, una "aestructuración" o un funcionamiento.

Dentro de la perspectiva psiquiátrica los estados limítrofes se sitúan en una encrucijada entre esquizofrenia, neurosis y desequilibrios mentales (psicopatía), y quienes los padecen son susceptibles de evolucionar hacia una psicosis franca y caracterizada. La terminología es variada: esquizofrenias latentes de Bleuler, esquizoneurosis de Ey, *ambulatory schizophrénia* de Zilboorg, esquizofrenias seudoneuróticas de Hoch y Polatin.

En los trabajos psicoanalíticos, es a través de la cura tipo como surge la noción de estado limítrofe: en efecto, atrás de los trastornos de apariencia neurótica o caracterial, el trabajo de la terapia hace emerger defensas o síntomas psicóticos. Fueron llamados "grupos *borderline* de las neurosis" por Stern, *borderline personality organizations* por Kernberg, *borderline syndrome* por Grinker, *psychotic characters* por Frosch, personalidades "como si" *(as if)* por Helen Deutsch…

Finalmente, un tercer eje fue propuesto por Jean Bergeret, tal vez en la interfase, según el cual los estados limítrofes serían una entidad original, ni neurótica ni psicótica.

booksmedicos.org

Observemos finalmente que, prácticamente desde el principio, estas diferentes corrientes sitúan a los estados limítrofes en diferentes niveles de comprensión, pero todas están de acuerdo en decir que en ellas la dimensión depresiva es mayor.

XXXVI.2. El grupo de los estados limítrofes en la psiquiatría contemporánea

XXXVI.2.1. *Las clasificaciones internacionales*

La décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (1992) describe una "personalidad emocionalmente lábil" que comprende dos subcategorías: "tipo impulsivo" y "tipo *borderline*". La personalidad emocionalmente lábil está caracterizada por una tendencia a actuar con impulsividad y sin consideración por las posibles consecuencias, asociada a una inestabilidad del humor. Las capacidades de anticipación son frecuentemente muy reducidas y los estallidos de cólera pueden conducir a violencia o a comportamientos explosivos; éstos son fácilmente desencadenados cuando los actos impulsivos son contrariados o criticados por los demás. Sus dos tipos se distinguen como sigue:

—*tipo impulsivo:* las características predominantes son la inestabilidad emocional y la falta de control de los impulsos. Son comunes los accesos de violencia y los comportamientos amenazantes, particularmente cuando el sujeto es criticado por los demás;
—*tipo bordeline:* la imagen de sí mismo, los objetivos y las preferencias personales (incluidas las sexuales) están perturbadas o inciertas y habitualmente están presentes sentimientos permanentes de vacío. Una tendencia a comprometerse en relaciones intensas e inestables conduce frecuentemente al individuo a crisis emocionales, y puede estar asociada a los esfuerzos desmesurados para evitar los abandonos y a las amenazas repetidas de suicidio o a gestos autoagresivos, que pueden igualmente sobrevenir sin un factor desencadenante manifiesto.

El diagnóstico propuesto por el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013) (quinta edición, DSM-5) es coaxial, y asocia una categoría "trastorno de la personalidad" a una categoría "trastorno mental". Esta clasificación propone una "personalidad *borderline*" y una "personalidad narcisista", que están en relación con la noción de estado limítrofe en el sentido amplio del término. Sus criterios diagnósticos aparecen en los cuadros XXXVI.1 y XXXVI.2.

Nótese finalmente que ambas clasificaciones proponen una "personalidad dependiente" que, como se verá, algunos relacionan con el grupo de estados limítrofes en

booksmedicos.org

el sentido amplio del término que le damos en este capítulo.

CUADRO XXXVI.1. *La "personalidad* borderline*" según el DSM-5*

Modo general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí y de los afectos con una impulsividad marcada, que aparece al principio de la edad adulta y está presente en diversos contextos, como lo muestran al menos cinco de las manifestaciones siguientes:

1. esfuerzos desenfrenados para evitar los abandonos reales o imaginados;
2. modelo de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre posiciones extremas de idealización excesiva y de desvalorización;
3. perturbación de la identidad: inestabilidad marcada y persistente de la imagen de sí mismo;
4. impulsividad en al menos dos campos potencialmente dañinos para el sujeto (gastos, sexualidad, toxicomanía, conducción peligrosa de automóvil, crisis de bulimia…);
5. repetición de comportamientos, gestos o amenazas suicidas, o de automutilaciones;
6. inestabilidad afectiva debida a una reactividad marcada del humor (por ejemplo, disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que dura habitualmente algunas horas y rara vez más de algunos días);
7. sentimientos crónicos de vacío;
8. cóleras intensas e inapropiadas o dificultad para controlar la cólera (por ejemplo, frecuentes manifestaciones de mal humor, ira constante o pleitos repetidos);
9. aparición transitoria en situaciones de estrés de una ideación persecutoria o de síntomas disociativos severos.

CUADRO XXXVI.2. *La "personalidad narcisista" según el DSM-5*

Modo general de fantasías o de comportamientos presuntuosos, de necesidad de ser admirado y de falta de empatía que aparece al principio de la edad adulta y está presente en diversos contextos, como lo muestran por lo menos cinco de las siguientes manifestaciones:

1. el individuo tiene un sentido grandioso de su propia importancia (por ejemplo sobrestima sus realizaciones y sus capacidades, espera ser reconocido como superior sin haber realizado algo en ese sentido);
2. está absorbido por fantasías de éxito ilimitado, de poder, esplendor, belleza o amor ideal;
3. piensa ser "especial" y único, y no poder ser admitido o comprendido más que por instituciones o personas especiales y de alto nivel;

booksmedicos.org

4. necesidad excesiva de ser admirado;
5 piensa que todo lo merece: espera sin razón beneficiarse de un tratamiento particularmente favorable y que sus deseos sean automáticamente satisfechos;
6. explota a los demás en las relaciones interpersonales: los utiliza para alcanzar sus propios fines;
7. falta de empatía: no está dispuesto a reconocer o a compartir los sentimientos o las necesidades de los demás;
8. frecuentemente envidia a los demás y cree que ellos lo envidian;
9. muestra actitudes y comportamientos arrogantes y altaneros.

CUADRO XXXVI.3. *La "personalidad dependiente" según la CIE-10*

Se caracteriza por:
1. el hecho de autorizar o de impulsar a los demás a tomar la mayor parte de las decisiones importantes de la vida en lugar de él;
2. una subordinación de sus propias necesidades a las de las personas de las que depende y una sumisión excesiva a su voluntad;
3. una renuencia a plantear solicitudes, incluso justificadas, a las personas de las que depende;
4. un sentimiento de malestar o de impotencia cuando el sujeto está solo en razón de un miedo excesivo de no poder hacerse responsable de sí mismo;
5. una preocupación por el miedo de ser abandonado por la persona con la que el sujeto tiene una relación próxima y de quedar librado a sí mismo;
6. una capacidad reducida para tomar decisiones en su vida cotidiana sin ser tranquilizado o aconsejado de manera excesiva por los demás.

El trastorno puede acompañarse de una percepción de sí mismo como débil, incompetente y falto de energía.

XXXVI.2.2. *Criterios de definición para la investigación*

Los criterios de Gunderson y Singer, que datan de 1975 y fueron revisados en 1978 y 1987, han establecido seis características y rasgos específicos de los trastornos *borderline*: *a)* impulsividad, *b)* actos autoagresivos repetidos, *c)* afectos disfóricos crónicos, *d)* distorsiones cognitivas transitorias, *e)* relaciones interpersonales intensas e inestables, y *f)* miedo crónico de ser abandonado. A partir de estos criterios, los autores elaboraron un cuestionario, el *Diagnostic Interview of Borderline* (DIB, revisado en 1989), que posee una buena sensibilidad pero una mediocre especificidad.

Otra escala de evaluación fue propuesta por Perry y Klerman en 1980, la Borderline

booksmedicos.org

Personnality Scale, que, a pesar de haberse creado con una muestra pequeña, es bastante representativa de los trastornos *borderline*.

Fuera de esta criteriología categórica, numerosos autores se interesan actualmente en la investigación dimensional, que permite la descripción de características psicológicas y conductuales. Observemos que el modelo de Kernberg tiene la ventaja de asociar criterios dimensionales y categóricos.

XXXVI.2.3. *Epidemiología*

La prevalencia de los trastornos de la personalidad, incluidos todos los trastornos, sería de una persona sobre diez. En lo que concierne específicamente al trastorno limítrofe *(borderline),* sería, según los datos de la literatura especializada, de 0.5 a 5.9% en población general (Lenzenweger *et al*., 2008).

El estudio MIDAS (Zimmerman, 2003), el más representativo en cuanto a población y evaluación clínica (entrevista semiestructurada), muestra que alrededor de 45% de los pacientes que consultan tienen por lo menos un trastorno de la personalidad, y 9% presentan un trastorno limítrofe asociado en 25% de los casos a otro trastorno de la personalidad.

XXXVI.2.4. *Investigaciones biológicas*

El sistema serotoninérgico parece estar implicado en la auto y la heteroagresividad, así como en la inestabilidad del humor. Diferentes estudios sugieren una disminución de la actividad central de la función serotoninérgica para el conjunto de los trastornos de la personalidad, pero más particularmente entre la población *borderline*. Los estudios sobre los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos siguen siendo contradictorios. En genética, el riesgo de depresión y de impulsividad en los individuos maltratados en la infancia estaría asociado al alelo *s* del transportador de la serotonina 5HTT (cromosoma 17). Finalmente, los datos de neuroimagenología muestran un déficit del sistema fronto-límbico, con una "actividad límbica excesiva insuficientemente contrabalanceada por una regulación prefrontal disfuncional" (Guelfi *et al*., 2011).

XXXVI.2.5. *Enfoques cognitivos*

Los enfoques cognitivos utilizan principalmente el modelo *biosocial* de Marsha Linehan (Crowell *et al*., 2009), desarrollado en la década de 1990, que postula que la personalidad *borderline* es debida a una disregulación emocional, definida como "una sensibilidad emocional aumentada, una incapacidad para regular las respuestas

booksmedicos.org

emocionales intensas y una lentitud relativa de retorno al estado emocional basal". Esta disregulación surge de la interacción entre una vulnerabilidad biológica y un entorno patológico, intolerante a las expresiones emocionales del niño, lo que no le permite ni aprender ni nombrar estas emociones. Linehan (1993) desarrolló técnicas de terapia cognitivo-conductual específicas para esta disregulación.

XXXVI.2.6. *Enfoques sociales y familiares*

Varios estudios anamnésicos (Yen *et al*., 2002) han mostrado una frecuencia aumentada de antecedentes traumáticos en la infancia, con una edad de aparición de abusos sexuales que sería más precoz que en los demás trastornos de la personalidad. Según Zanarini *et al*. (2002), los pacientes informan en 90% de los casos sobre antecedentes de traumatismo infantil del tipo de los abusos sexuales o de negligencias y carencias.

Más generalmente, la multiplicación de los estados limítrofes, parece ser que en detrimento de las neurosis, plantea preguntas sobre la influencia de las transformaciones sociales occidentales de estos últimos decenios. Se evocan de esta manera algunas características de nuestras sociedades, como la propensión al placer inmediato y al "aquí y ahora", que privaría a los individuos tanto de una profundidad histórica como de los efectos estructurantes del deseo en cuanto espera (Melman, 2002), o incluso un relajamiento de los vínculos dentro de un contexto de valorización del individualismo (Bauman, 2002). Otras características sociales vendrían a reforzar algunas de las "fallas" que no dejan de producirse en la construcción psíquica del ser humano. Así, si se piensa desde la perspectiva del *holding* (contención) materno, tal como lo definió Winnicott, o de la necesaria metabolización por la madre de los elementos inimaginables del niño, tal como teorizó Bion, se podría sin duda suponer que la sociedad actual concede poco espacio a la madre para ejercer esta función materna. En efecto, las mujeres están sin duda menos presentes psíquicamente que antes junto a sus hijos en edad temprana: se hallan comprometidas con una actividad profesional que se ha vuelto necesaria, no solamente a causa de la "liberación femenina", sino también dentro de un contexto de crisis económica; disponen de menos apoyos intrafamiliares debido a la distensión de los vínculos familiares (abuelos menos presentes que antes), lo que impide la perpetuación de la transmisión generacional, familiar, grupal, y al mismo tiempo se encuentran a menudo solas, aisladas y desbordadas debido a la ruptura más frecuente de la pareja parental. Por el contrario, y sin duda dentro de un proceso de transformación en su contrario (del fantasma del infanticidio a la omnipotencia narcisista del niño), nuestras sociedades reconocen al niño una personalidad autónoma y un libre albedrío que no tiene precedente en la historia de la humanidad. De esta manera, el niño se ve impulsado muy rápidamente al estatus de adulto (Kapsambelis, 2003), antes de haber tenido el tiempo y la capacidad de integrar las prohibiciones necesarias para la constitución de los límites de su yo, pero igualmente antes de poder establecer las identificaciones previas a la construcción de las relaciones de objeto.

booksmedicos.org

XXXVI.3. Caso clínico

La señorita R. es admitida al servicio de urgencias del hospital, tras una cuarta tentativa de suicidio medicamentoso dentro de un contexto de separación conflictiva con su pareja, con la cual estaba desde hace algunos meses. Ella trabaja como responsable de un servicio financiero y parece tener una buena inserción social.

Es dirigida hacia el centro de atención y de crisis del sector, tras la eliminación de una complicación somática, para su evaluación y hospitalización. Frente a la repetición de los gestos suicidas se decide una hospitalización de algunos días. Al cabo de ese tiempo se muestra muy demandante de atención frente al personal, establece relaciones de rivalidad con los otros pacientes y tiene dificultades para tranquilizarse fuera de su presencia y de su mirada. Hacen falta algunos días para que la relación de confianza establecida la lleve a contemplar un seguimiento psiquiátrico en consulta del sector.

Las entrevistas psiquiátricas, muy concretas en los primeros meses, permiten progresivamente a la paciente evocar su historia familiar y la vivencia de abandono y traumática relacionada con ella. Es la menor de una fratría de dos, cuyos padres se separaron cuando ella tenía cuatro años. Posteriormente vivió sola con su madre y su hermano durante tres años, y después con un padrastro agresivo tanto con su madre como con ella. No fue hasta después de esta evocación y del principio de elaboración de su historia, con la depresión que los acompañó, cuando pudo establecerse un trabajo psicoterapéutico.

XXXVI.4. Clínica y psicopatología psicoanalíticas

La noción de estados limítrofes surgió esencialmente de la literatura psicoanalítica. No obstante, ésta está lejos de ser homogénea: hay tantos modelos como grandes autores, y diferentes elaboraciones han conducido a la descripción de verdaderas entidades clínicas (personalidad limítrofe, personalidad "como si", personalidad narcisista, personalidad abandónica, depresión anaclítica, psicosis frías…) que se sobreponen parcialmente entre sí. Presentaremos, pues, en seguida: *a)* las principales contribuciones según los autores, con los conceptos que han forjado; *b)* la clínica psicoanalítica de los estados limítrofes, y *c)* algunos reagrupamientos clínicos en entidades que todavía tienen sentido para el clínico.

XXXVI.4.1. *Los grandes enfoques psicoanalíticos*

Otto Kernberg y la "organización limítrofe"

Otto Kernberg (1979) fue uno de los autores más importantes en la comprensión psicodinámica de los estados limítrofes en cuanto "organización limítrofe", definida como

booksmedicos.org

un estado inestable en el seno de una estructura estable. Kernberg propuso un modelo jerárquico en la organización de la personalidad tomando en consideración cinco ejes categóricos y dimensionales: el grado de integración del yo, el grado de desarrollo del superyó, la gravedad del traumatismo o de la agresión, el eje dimensional extraversión / introversión y, finalmente, la disregulación tímica entre euforia y depresión. En las organizaciones limítrofes, la noción de debilidad del yo es fundamental y está en el origen de la falta de tolerancia a la angustia, la falta de control pulsional y la insuficiencia del desarrollo de las vías de sublimación. En el seno de las organizaciones limítrofes, Kernberg distinguió un subgrupo, las "personalidades narcisistas", caracterizado especialmente por su relación con un "yo grandioso", que examinaremos posteriormente (apartado XXXVI.4.3).

En la parte clínica de este capítulo, nos apoyaremos principalmente en la descripción clínica de Kernberg, enriqueciéndola con las aportaciones de otros autores.

Jean Bergeret y el "tronco común organizado"

Para Jean Bergeret (1972), es en el momento en el que se compromete la evolución edípica normal, una vez que el yo ha sobrepasado "el momento en el que las frustraciones de la primera edad habrían podido operar fijaciones prepsicóticas tenaces y fastidiosas", cuando los individuos sufren un traumatismo vector de la organización limítrofe de la personalidad. Este traumatismo consiste en el hecho de que el sujeto, cuyo yo está todavía insuficientemente constituido, es confrontado muy precozmente a "hechos edípicos". El yo va entonces a integrar esta experiencia precoz como una amenaza para su integridad narcisista. Este "primer desorganizador" perturba la evolución libidinal que se encuentra entonces "fijada en una seudolatencia más precoz y más durable que la latencia normal", y que podría cubrir el tiempo habitual de la adolescencia e incluso el de la edad adulta.

Es así como se constituye, según Bergeret, el "tronco común organizado del estado limítrofe". Se trata de una "organización" y no de una "fijación", que permite sobrepasar el riesgo de fraccionamiento del yo sin lesionar la relación de objeto genital. La relación de objeto va a estar, pues, "centrada en la dependencia anaclítica respecto del otro". De esta manera, la relación dual es preponderante en los estados limítrofes, diferente de la relación diádica psicótica (fusión) y de la relación neurótica triangulada. Se trata de ser distinto del objeto, estando al mismo tiempo "todo en contra", y apoyándose en él. Grunberger, y después otros autores (Kestemberg, Green) hablarán de "tríada narcisista" o de "bitriangulación": las imagos parentales son claramente percibidas como distintas, pero se encuentran en una relación simétrica en relación al sujeto, es decir, sin representación suficiente ni de la diferencia de relación con uno y con otro ni de la relación entre los dos padres.

Según Bergeret, las evoluciones de los estados limítrofes pueden hacerse de manera aguda, a favor de un segundo traumatismo, frecuentemente vinculado con un

booksmedicos.org

reencuentro de objeto o con una reorganización social; las defensas poco elaboradas del yo (negación, escisión) se encuentran entonces desbordadas y debe establecerse un nuevo sistema defensivo. Las vías neuróticas, psicóticas o psicosomáticas se tomarán en función de los grados de organización de las otras instancias psíquicas. Pueden surgir igualmente otras organizaciones "estables": organizaciones caracteriales y perversas que se separan del tronco común.

Sándor Ferenczi y el traumatismo

Sándor Ferenczi fue ciertamente un pionero en su enfoque del traumatismo para la comprensión de los estados limítrofes; sus trabajos inspiraron tanto a Winnicott como a Green. Contribuyeron además, de manera decisiva, a poner el acento en la contratransferencia en el trabajo con los estados limítrofes, como se verá en el apartado concerniente al tratamiento.

Ferenczi se separó de Freud, en particular en sus últimos artículos, entre 1928 y 1933, a propósito de la naturaleza del traumatismo. Para él el traumatismo que interesa aquí no está en relación con lo que ha acontecido, sino, por el contrario, con lo que *no* ocurrió. Fue al interesarse en las situaciones en las que el análisis parecía no avanzar y provocar regresión y estupefacción, como introdujo la idea de una primera catástrofe para la construcción psíquica, en la que el objeto primario (la madre) no pudo responder al desamparo del recién nacido, y esto de manera repetida. La herida fundamental se sitúa en el ámbito del yo, que se defiende de esto con la escisión y la negación, teniendo finalmente el plano sexual una importancia secundaria. Este enfoque inspiró a numerosos autores anglosajones que lo han utilizado en sus concepciones de los estados limítrofes.

Donald Winnicott, el espacio transicional y el temor del derrumbe

La noción de espacio transicional corresponde para Winnicott a la posibilidad ofrecida al bebé de la *utilización* de un objeto, de un espacio, que adquieren el papel de madre interna. La ausencia o la omnipresencia ansiosa del objeto primordial (la madre) llegan a impedir al psiquismo internalizar el objeto interno, es decir, hacer "presente" de manera alucinatoria el objeto ausente. La falta de esta función conduce a una *incapacidad de estar solo* (Winnicott, 1958) que caracteriza a los estados limítrofes, desembocando en dos de sus aspectos clínicos más fundamentales, las angustias masivas de abandono y de intrusión. El *temor del derrumbe* que provocan (y que remite a las elaboraciones de Ferenczi, en la medida en la que, según Winnicott, el derrumbe que el sujeto teme ya ocurrió) conduce a organizaciones defensivas de la personalidad, especialmente "falsos *self* ", que desarrollaremos enseguida, con las "personalidades *as if* ", en el apartado XXXVI.4.3.

booksmedicos.org

André Green: las áreas limítrofes del aparato psíquico y la "madre muerta"

En su teorización sobre los estados limítrofes, André Green se apoyó en las aportaciones teóricas de Winnicott concernientes al área transicional. Evocó la necesidad de tomar en cuenta dos "áreas limítrofes dentro del aparato psíquico", la primera entre inconsciente y preconsciente-consciente, cuya creación son los sueños; la otra entre lo interno y lo externo, que es el espacio potencial definido por Winnicott (Green, 1976). De esta manera, los casos limítrofes están "caracterizados por la incapacidad funcional para crear derivados del espacio potencial; en lugar de espacios transicionales crean síntomas que llenan la función, de ahí la semejanza entre la lógica contradictoria de los fenómenos transicionales del área intermedia de Winnicott y la de la actividad de pensamiento subyacente a los síntomas de los casos limítrofes". Estos individuos no son incapaces de crear, pero sus creaciones no tienen valor funcional para su psiquismo, al igual que sus sueños, que no tienen valor de elaboración de los deseos, sino de alivio psíquico de las experiencias dolorosas.

Green reformuló la teoría de los estados limítrofes a través de la distinción locura / psicosis, y elaboró un concepto específico fundamental, el de la "madre muerta" (Green, 1980): el paso violento de una madre vívida, calurosa, que interactúa con su hijo, a una madre fría y distante, en relación con una posible depresión materna. Tras una vana tentativa de restablecimiento de la madre, tras los terrores nocturnos, la agitación…, el yo pone en juego otras defensas. La primera es el "desinvestimento del objeto materno y la identificación con la madre muerta". El desinvestimento se realiza sin odio, prohibido por el estado de aflicción materna, y su resultado es un "orificio en las relaciones de objeto con la madre" sin pérdida de las relaciones periféricas. La identificación con la madre muerta permite, por su parte, conservar el objeto según las modalidades "canibalescas" al mismo tiempo que renunciar a él. El sujeto se convierte en el objeto.

La segunda defensa es la pérdida de sentido. El niño se atribuye la responsabilidad de este cambio, pero permanece dentro de una separación incomprensible entre la falta que habría cometido y la intensidad de la reacción materna; así, ya sea que se deje morir, ya sea que termine por atribuirla al padre, pero sin que esta incriminación sea apoyadora en un sentido edípico. En efecto, en este último caso, "el objeto desconocido del duelo materno y el padre se condensan para el niño, provocando un Edipo precoz".

El desinvestimento, la identificación y la pérdida de sentido alteran profundamente la construcción de las áreas transicionales, entrañando odio secundario, excitación autoerótica y búsqueda del sentido perdido con desarrollo en la limitación de las "capacidades fantasmáticas e intelectuales del yo" que "consagra ahora sus esfuerzos en adivinar y anticipar". Estas diferentes modalidades de funcionamiento se encuentran en la edad adulta en la cualidad de las relaciones de objeto, en el investimento preferencial de lo perceptivo, en la amenaza de la interioridad… y deben tomarse en consideración en el tratamiento como otras tantas limitaciones para la organización de la cura (véanse los enfoques psicoterapéuticos).

booksmedicos.org

XXXVI.4.2. *Clínica*

Propondremos una descripción clínica general de los síntomas que se pueden encontrar en los diferentes trastornos de la personalidad, antes de diferenciar las particularidades de cada uno y los diferentes mecanismos de defensa puestos en juego. Con el fin de ser claros, el modelo clínico presentado proviene esencialmente de los trabajos de Kernberg.

La angustia y sus destinos

La angustia es permanente, de intensidad variable. Se encuentra como un telón de fondo acompañada de los habituales síntomas somáticos. Es paroxística, se asocia en ocasiones a un anonadamiento del pensamiento, "vacío de representaciones". A diferencia de la angustia neurótica, su calidad puede estar aquí ligada a la pérdida o al alejamiento del objeto *(angustia de abandono)* o a su aproximación *(angustia de intrusión)*. No está sostenida por la culpabilidad edípica, pero tampoco es completamente idéntica a las angustias psicóticas, porque, incluso si los límites con el objeto son porosos, siguen siendo funcionales; frecuentemente el sujeto expresa no el miedo de perderse en el objeto, sino que el objeto tome posesión de él y lo domine. La angustia puede ser igualmente tal como la descrita por Winnicott (1989) como "temor del derrumbe", ya conocido por el sujeto en un momento de su vida en el que el entorno no pudo "sostenerlo" y responder de manera continente a su estado de desamparo.

Desbordado por la energía pulsional y la angustia que de ella se deriva, el sujeto va a recurrir a diversas modalidades defensivas (Roussillon, 2009):

- La primera es el apuntalamiento por el objeto, pero un objeto que se convierte en la representación del doble, del mismo, o entonces un objeto de odio, indispensable por la constancia que representa. El objeto puede también ponerse en duda profundamente en su cualidad libidinal y volverse puramente "funcional". Se puede así distinguir, por lo menos hacia lo más funcional: el "objeto de evacuación", a saber, el elegido para "sostener lo que el sujeto es incapaz de sostener", siempre necesario y permanentemente denigrado; el "objeto utilitario", que ya no tiene ninguna identidad propia y sólo existe por los servicios que puede cumplir; finalmente, el borramiento progresivo del objeto humano en provecho de una solución de sustitución, lo que se encuentra en las conductas adictivas, en las que la elección se dirige hacia un objeto constantemente disponible, de manera inmediata, y cuyos efectos se reproducen sin cesar de manera idéntica.
- Una segunda vía sería la del apoyo sobre y por el acto. Es útil entonces diferenciar: por una parte, el acto de pura descarga "energética", sin otra finalidad que el alivio de la angustia, por ejemplo, en algunos deportistas en los que el entrenamiento intensivo tiene un valor autocalmante (y narcisista), al invadir la angustia al sujeto éste necesita otros recurso (por ejemplo las adicciones), a partir de que cesan las

booksmedicos.org

competencias; por otra parte, los pasajes al acto que son, por su lado, dirigidos al objeto, como, por ejemplo, el vandalismo con la destructividad que lo sostiene, o ciertos homicidios pasionales que dejan suponer que para el sujeto vale más un objeto muerto que un objeto perdido.

- Una tercera vía es la del paso por el cuerpo, que el enfoque psicosomático ha explorado particularmente (véase el capítulo XII). Es notorio en los pacientes limítrofes que la escisión, mecanismo de defensa privilegiado, incluya igualmente la articulación cuerpo / psique. De manera esquemática se puede decir que el cuerpo puede estar sobreinvestido, no en un trabajo de elaboración libidinal, sino más bien de hiperpercepción, y entonces toda modificación corporal (por ejemplo, embarazo o envejecimiento) será fuente de angustia difícilmente tratable. Por el contrario, el cuerpo puede estar desinvestido, "deshabitado", no percibido como susceptible de estar fatigado, enfermo, y convertirse entonces, secundariamente, de manera brusca, en la sede de enfermedades somáticas graves e incluso mortales, desconocidas por el individuo o solamente parcialmente reconocidas.
- Finalmente, las soluciones perversas, más o menos estructuradas, polimorfas, repetitivas o centradas en un objeto que evitan al individuo, más o menos, en función del grado de estructuración, la depresión y la angustia de la pérdida de objeto.

La depresión

La depresión, polo mayor de las organizaciones limítrofes, se califica aquí de *anaclítica* (del griego *anaclisis*: apoyo, soporte, apuntalamiento), porque es la expresión de un derrumbamiento narcisista masivo por ausencia o pérdida de objeto, que expresa por supuesto una angustia masiva de abandono, pero que también puede comprenderse como una tentativa de denunciar la violencia intrínseca del sistema dentro del cual el sujeto se ha encerrado. Puede conducir, si la atención toma en consideración el componente narcisista de la queja, a un profundo cambio del paciente, haciendo posible el acceso a un *self* más auténtico.

Esta depresión ha sido objeto de numerosos trabajos (Chabert, Bergeret, Green). Presenta aspectos clínicos particulares. El enlentecimiento psicomotor está aquí frecuentemente ausente; la percepción por parte del sujeto de su realidad interna y de la realidad externa está alterada, y finalmente la calidad de los afectos asociados es particular: por una parte, la culpabilidad asociada habitualmente a la depresión no se observa aquí, dejando su lugar a la cólera, incluso a los accesos de rabia auto o heteroagresivos que muestran el "derrumbamiento de la imagen de sí mismo idealizada" (Kernberg, 1975) debido a la inaccesibilidad del objeto; por otra parte, la tristeza deja frecuentemente el lugar al aburrimiento, al sentimiento de vacío ligado a la imposibilidad del sujeto para amarse, y a su decepción frente a su incapacidad para alcanzar los ideales desmesurados.

booksmedicos.org

Los funcionamientos limítrofes, en la singularidad de su problemática depresiva, son susceptibles de remitir al modelo de la melancolía propuesto por Freud (1915) en *"*Duelo y melancolía*"* (Chabert *et al*., 1999), en la que la pérdida de objeto se transforma en pérdida del yo debido a la identificación de éste con el objeto perdido. Clínicamente, los ataques narcisistas son masivos, y la negatividad descalifica al sujeto en un discurso de aspecto melancólico del cual, no obstante, están ausentes el delirio y las autoacusaciones.

Impulsividad, pasaje al acto, puesta en acto

Son el resultado del funcionamiento anaclítico de estos individuos, en el sentido de que los pasajes al acto impulsivos reflejan, a la vez, la intolerancia a la frustración y la dependencia. Pueden ser un recurso contra la angustia, verdadera descarga que anonada al pensamiento (escoriaciones, auto o heteroagresividad o una sustitución por un objeto siempre presente, que repite siempre los mismos efectos, como en las adicciones a sustancias). Las conductas sexuales están dominadas por las tendencias pregenitales con una "disociación" entre ternura y sexualidad, pudiendo estar teñida esta última de una gran agresividad.

Síntomas de aspecto neurótico y de aspecto psicótico

Pueden ser de diferentes registros, pero se caracterizan por su atipicidad: las fobias son múltiples, frecuentemente pasajeras, con una nota persecutoria bastante clásica; se encuentran ideas obsesivas, pero están ausentes las dimensiones de culpabilidad y de autopunición, que son sustituidas por la racionalización; finalmente, los síntomas conversivos están desprovistos de erotización y de fantasmatización, y la dimensión agresiva y manipuladora ocupa el primer plano.

Los síntomas psicóticos, generalmente fugaces, están muy frecuentemente marcados por su dimensión persecutoria.

XXXVI.4.3. *Psicopatología*

Las modalidades de funcionamiento

Se pueden describir: *a)* la patología de la interioridad, *b)* la condensación fantasmática, *c)* la predominancia de la desvinculación y de la destructividad y *d)* la primacía de la vergüenza sobre la culpabilidad.

Una de las características fundamentales de los pacientes limítrofes es la carencia de

booksmedicos.org

investimento del espacio psíquico interno, causa y consecuencia, a la vez, del funcionamiento en exterioridad. Es la pobreza relativa del mundo interno, como espacio de representación, lo que produce la incapacidad fundamental para estar solo, pero también para pensar de manera autónoma, condicionando las modalidades de relación con el objeto ya evocadas (dependencia, adicción, impulsividad, relación de objeto anaclítica…). Por eso la actividad fantasmática "no está tan ligada a las fijaciones en estadios arcaicos, sino que más bien está ligada a un imbricamiento de los diferentes estadios del funcionamiento libidinal, frecuentemente con una gran condensación de los temas fantasmáticos" (Chabert *et al.,* 1999).

Hay que distinguir la destructividad de la agresividad, puesto que ésta está sostenida, no por una relativa unión de las pulsiones de vida y de las pulsiones de muerte (como en la relación sadomasoquista, por ejemplo), sino por una desunión (desintrincación) pulsional. Se asiste, pues, ya sea a las proyecciones que la revelan bajo un modo persecutorio, ya sea a su expresión directa bajo la forma, por ejemplo, de rabia destructora. Estos movimientos, poco elaborados, entrañan un intenso temor de entrar en relación con el objeto, pudiendo esta relación suponer su destrucción, y finalmente la propia. La dependencia respecto del objeto real, percibido, sólo puede ser "compensada", en efecto, por la existencia de un objeto interno fiable.

Los efectos del superyó se traducen, según Roussillon (Roussillon *et al.,* 2009), en "los cinco no: no todo, no inmediatamente, no todo solo, no todo junto y no todo en uno". Ahora bien, las patologías limítrofes saben que los cinco "no" existen, pero "lo deploran, y si finalmente se someten a ellos, viven esta sumisión como una desvalorización, una humillación, una vergüenza" (Kapsambelis, 2006). Su ideal sería más bien alcanzar la transformación de los cinco "no" en cinco "sí", y la vergüenza sería el resultado de no haberlo logrado. Es dentro de esta configuración, muy diferente de las neurosis y de las psicosis, que vergüenza y culpabilidad se encuentran separadas: "Estos individuos nos muestran una desconexión entre superyó y yo ideal, con una notoria debilidad de la primera de estas dos formaciones psíquicas en beneficio de una inflación muy tiránica de la segunda".

Los mecanismos de defensa

Se pueden describir: *a)* la escisión, *b)* la negación, *c)* la identificación proyectiva, *d)* la idealización.

a) La *escisión* es el mecanismo de defensa básico, del que derivan los siguientes. Su función será, esencialmente, proteger a un yo extremadamente frágil contra la angustia, evitando al sujeto la confrontación con su ambivalencia afectiva y con su sufrimiento depresivo. La escisión permite separar bueno / malo, verdadero / falso…, y concierne tanto al objeto como al yo. El objeto es percibido de esta manera como todo bueno o todo malo, con pasos extremadamente rápidos de uno al otro a favor de la menor

booksmedicos.org

decepción, en tanto que el yo alternará entre nulidad y perfección… No hay "entre ambos" posible, y el encuentro de estas dos partes que se excluyen mutuamente, por ejemplo, a favor de una terapia o de una fractura de lo real, puede entrañar una angustia masiva y desorganizadora.

b) La *negación* está directamente asociada con la escisión y permite excluir afectos o representaciones que no concordarían con el estado en el cual el individuo ha "elegido" encontrarse. Toda idea, todo acontecimiento de la vida (aun sea de los más tristes) que venga a contradecir la elección de humor del sujeto, será expulsado del campo de la conciencia.

c) La *identificación proyectiva,* concepto introducido por Melanie Klein, describe un mecanismo según el cual el individuo introduce partes de su yo, o el yo en su totalidad, en el interior del objeto; permitiendo esta operación expulsar las partes "malas" del yo, pero también controlar y poseer al objeto, o incluso perjudicarlo. Otras dos funciones de este mecanismo son igualmente importantes en el caso de los estados limítrofes (Chabert *et al.,* 1999). La primera es una función de delegación, que pone de relieve el aspecto identificatorio; Chabert habla a este respecto de "proyección identificatoria" que permite al individuo vivir sus deseos por procuración, siendo el objeto "delegado para la realización de sí mismo y de los deseos" del individuo. La segunda es una función de contención, descrita por Bion, en cuanto desintoxicación de las proyecciones del niño por la madre, quien se las regresa transformadas y simbolizables. En el caso de los estados limítrofes esta función puede ser utilizable dentro de la "transferencia narcisista", como "medio de comunicación, instrumento de comprensión mutua, de empatía más allá del lenguaje y de la simbolización".

d) La *idealización* es un mecanismo complementario de la escisión, y consiste en otorgarse objetos "idolatrados", teniendo como función proteger al yo contra toda forma de objeto malo del mundo exterior. Esta forma de idealización fue calificada como "primitiva" por Kernberg, en oposición a las idealizaciones secundarias que son el atributo de los movimientos depresivos, en los que el proceso de idealización del objeto es la contraparte de la culpabilidad. Aquí no existe la culpabilidad y el objeto idealizado está, por lo demás, frecuentemente desprovisto de cualidades de objeto propias: sólo existe por su función protectora, y puede ser también rápidamente cambiado en provecho de otro si falla a los ojos del individuo.

XXXVI.4.4. *Algunos reagrupamientos clínicos*

La personalidad borderline

Este término es el utilizado en la literatura psiquiátrica internacional y lo hemos expuesto en el apartado XXXVI.2.1. Los pacientes *borderline* presentan la clínica que ahí hemos descrito, con un gran polimorfismo sintomático sostenido por la angustia, y que presenta

booksmedicos.org

múltiples desenlaces.

La personalidad narcisista

Está caracterizada por: una búsqueda de admiración por parte de los demás que viene a llenar el déficit de estima de sí mismo; la preponderancia del investimento narcisista en detrimento del investimento de objeto; la falta de empatía que de ahí deriva, siendo el otro muy frecuentemente un doble de sí mismo más que reconocido en su alteridad; una búsqueda de ideal, el cual cambiará a la menor decepción —de ahí la inestabilidad de los investimentos relacionales—, y finalmente la amenaza de la pérdida y de la muerte del objeto que arrastraría al sujeto entero. Las personalidades narcisistas se distinguen de los trastornos limítrofes por su preocupación excesiva de sí mismos y una adaptación social superficial que parece buena, pero que está marcada por graves trastornos en las relaciones que el individuo mantiene con los demás.

Los mecanismos de defensa utilizados en las personalidades narcisistas y *borderline* son similares, con una predominancia de los mecanismos de escisión, de identificación proyectiva y de idealización primitiva patológica. Desde un punto de vista dinámico, Kernberg (1975) insistió en el punto común de la "condensación patológica de las necesidades genitales y pregenitales bajo la influencia invasora de la agresividad pregenital". La diferencia fundamental entre los estados limítrofes y las personalidades narcisistas es que, en estas últimas, hay integración de un "sí mismo grandioso" (Kohut, 1971) o de un "sí mismo locamente omnipotente". Las características de este sí mismo grandioso son bastante comúnmente admitidas por los diferentes autores, pero es su origen el que está sujeto a discusión. Éste traduciría, para Kernberg, la "condensación patológica del sí mismo verdadero, del sí mismo ideal y del objeto ideal", en tanto que para Kohut tendría su origen en la fijación a un sí mismo primitivo arcaico normal.

La personalidad "como si" (as if) *de Deutsch, los "falsos* self" *de Winnicott*

A través de sus estudios sobre la psicología y la sexualidad femeninas, así como sobre la adolescencia, Helen Deutsch (2007) describió las personalidades "como si" *(as if)* poniendo sobre todo en evidencia el carácter artificial de la relación con el otro. Semejante a los estados limítrofes actuales, este tipo de personalidad está marcada por una adaptación a la realidad que parece buena, una sensación de falsedad del sí propio, una cierta pasividad sostenida por su corolario de agresividad, y una identificación con los deseos del otro. A diferencia de la histeria, igualmente incluida en el deseo del otro, esta identificación es, en los *as if*, el reflejo de un vacío interior, de una incapacidad para experimentar sentimientos profundos. Su capacidad para reproducir lo que los otros son o hacen no es sinónimo de identificación y de interiorización del objeto, sino más bien una especie de "duplicado", que necesita por eso la presencia constante del objeto por

booksmedicos.org

imitar, es decir, hay una dependencia extrema de éste.

Winnicott (1960) puso en perspectiva al "falso *self*" y al "*self* verdadero", siendo ambos constitutivos del sí mismo. El falso *self* se desarrolla de manera autónoma y patológica en ciertas circunstancias. El falso *self* se construye a partir de identificaciones, de introyecciones y de reglas; es él el que permite "la hipocresía ordinaria", necesaria para las relaciones sociales banales. Cuando hay una perturbación del *holding* (contención) materno, y por ello secundariamente alteración de los fenómenos transicionales tal como lo hemos descrito precedentemente, el falso *self* se desarrolla a expensas del *self* verdadero. Representa una defensa contra un entorno amenazante (y en particular una parte percibida en la madre como destructora) que podría conducir al derrumbe. De esta manera se desarrolla la inteligencia, la adaptación a la realidad en falso es preponderante, la dimensión afectiva se separa del intelecto y la creatividad ligada al *self* verdadero ya no puede expresarse.

Actualmente, autores como Eiguer (2007) se interesan en esta dinámica falso *self* / *self* verdadero en las problemáticas de la migración, siendo necesaria la adaptación en falso de una parte del sí mismo en un primer momento en una situación de integración de una nueva cultura y de nuevos códigos. Estos trabajos permiten poner en perspectiva el narcisismo, el traumatismo y la identidad, en los que ciertos autores (Altounian, 2008; Waintrater, 2003) han mostrado interés para la comprensión de los grandes traumatismos colectivos del siglo XX. Para Eiguer, el paso por el falso *self* puede tener dos consecuencias más o menos felices. En el mejor de los casos, el individuo cuyo yo está suficientemente constituido elaborará las pérdidas, establecerá un vínculo entre su trámite de migración y sus objetos infantiles, y podrá finalmente vincular lo actual con las tradiciones. Realizando así el duelo de una parte de sí mismo, puede entonces no renunciar a su identidad, conservar los vínculos con su cultura de origen y entrar en los procesos de identificación. En ciertas vivencias de migración, y esto por razones muy diversas (migración traumática, migración impuesta, partida intempestiva), o sin razón particular si no se tiene un yo desfalleciente, estos mecanismos no se activan; el trabajo de duelo, en particular, no tiene lugar. Una parte de la vida psíquica permanece, pues, mortificada, sin vínculo posible entre lo actual y el origen. Las defensas específicas del falso *self* (escisión, negación, defensas maniacas, hiperadaptación superficial), adaptativas cuando pueden ser sobrepasadas y trabajadas, se convierten en el único modo de estar en el mundo del individuo. Son entonces individuos en una actitud siempre acomodaticia, o incluso muy apáticos o también que han renunciado a su historia y "cuya sonrisa mecánica está del lado del ofrecimiento y de la devoción al entorno".

La literatura ofrece muy buenas descripciones de personalidades *as if* (falso *self*). Citemos *Confesiones del estafador Félix Krull,* de Thomas Mann (escrita entre 1922 y 1954), y la novela de John Le Carré *Un espía perfecto* (1986).

Las personalidades anaclíticas y abandónicas

booksmedicos.org

La depresión anaclítica es un concepto introducido por Spitz en 1946 para describir las reacciones afectivas de los niños pequeños privados de su madre y colocados de manera prolongada en una institución. La depresión anaclítica comprende, según Spitz (1965), una serie de reacciones que conducen a lo que se llama el *hospitalismo*, estado de apatía y de desánimo que puede ser irreversible. Spitz tomó el término "apuntalamiento" *(anaclisis)* de Freud, quien lo utilizó en un contexto conceptual diferente (las pulsiones sexuales se apuntalan sobre las pulsiones de autoconservación para su desarrollo); no obstante, Freud describió igualmente una relación anaclítica con el objeto (relación por apuntalamiento), pero que opuso a la relación de objeto narcisista (Freud, 1914). Esta noción ha sido "revisitada" por los psicoanalistas contemporáneos; así, Bergeret (1996) consideró que "la elección de objeto anaclítico correspondería a la parte bisagra que permite articular el modelo relacional imaginario genital con el modelo relacional imaginario narcisista", es decir, ese momento previo indispensable de reconocimiento de un no-sí mismo antes de un reconocimiento progresivo de un objeto.

La particularidad de las personalidades anaclíticas, a diferencia de las personalidades narcisistas que priorizan la "autodefensa del sí mismo", es que se organizan alrededor de la utilización de un no-sí mismo, no completamente objeto, que es percibido de manera positiva o negativa. Se caracterizan, pues, por su subordinación total al otro, y están sujetas a derrumbes narcisistas mayores en los momentos de abandono, reales o imaginarios.

En los sujetos limítrofes que tienen esta particularidad de dependencia anaclítica del objeto, Chabert (en André, 2008) evoca la dimensión posible de masoquismo moral. A diferencia de los masoquismos erógeno y femenino, el anclaje narcisista en el masoquismo moral sobrepasa una simple prevalencia y constituye un verdadero contrainvestimento en relación con las movilizaciones de objeto. En el masoquismo moral, los sufrimientos no "deben" provenir de la persona amada. Lo que importa aquí es el sufrimiento mismo, ya sea infligido por una persona amada o indiferente. "Las personas concernidas —escribe Freud—, dan la impresión de ser excesivamente inhibidas moralmente, pero la diferencia entre la prolongación inconsciente de la moral y el masoquismo moral es que este último actúa sobre el masoquismo propio del yo que reclama castigo de las potencias parentales."

La personalidad anaclítica y abandónica es muy próxima, en su descripción clínica, de la personalidad dependiente de las clasificaciones internacionales. Por lo demás, tiene relaciones con las nociones de *depresividad* y de *depresión crónica,* por lo menos en sus expresiones clínicas.

Las psicosis frías

A partir de la problemática de ciertos estados limítrofes graves, y también de las pacientes anoréxicas, Évelyne Kestemberg (2001) describió ciertas organizaciones psicóticas particulares, no delirantes, "modos psicóticos de ser" que calificó como

booksmedicos.org

psicosis frías o "fetichistas". Si la negación es el tronco común de los estados psicóticos, se pueden separar aquellas psicosis que, tras la negación, crean una nueva realidad (psicosis delirantes) y aquellas que evitan la "solución delirante" procediendo a una escisión del yo. Este mecanismo las aproxima al funcionamiento fetichista tal como lo describió Freud, a saber, la coexistencia dentro del yo de dos actitudes opuestas, sin conflicto ni comunicación entre sí. En este caso el objeto (el fetiche) garantiza la unidad y la seguridad narcisista del yo. De esta manera, si las psicosis delirantes pueden calificarse de aloeróticas (organizan su sexualidad a partir de un objeto [*allos*: otro], a riesgo de fabricarlo por completo), éstas son "autoeróticas", el objeto fetiche es concebido como inanimado, "cosificado", enteramente a la disposición del individuo, no teniendo otra existencia que la de su función junto al individuo. En estas patologías el sujeto conserva el objeto bajo su dominio tiránico y presenta reacciones de violencia y de rabia cada vez que el objeto da señales de existencia propia y de autonomía. Ciertas formas de *toxicomanía de objeto* (apego hostigador a una persona sin dimensión erotomaniaca clásica) entran dentro de esta categoría. Balier (1988) ha hecho de las psicosis frías el pivote de su descripción de los comportamientos violentos.

XXXVI.5. Terapéutica

XXXVI.5.1. *Quimioterapia*

Los tratamientos psicotrópicos son utilizados esencialmente de manera sintomática, a veces a largo plazo en lo que concierne a los antipsicóticos y a los estabilizadores del estado de ánimo. Su eficacia ha sido estudiada por algunos metaanálisis, entre ellos los de Mercer *et al*. (2009) e Ingenhoven *et al*. (2009). En todos los casos la prescripción de tratamientos medicamentosos debe ser considerada prudentemente teniendo en cuenta la apetencia adictiva de los individuos limítrofes.

Como tratamiento de fondo, los estabilizadores del estado de ánimo antiepilépticos (por ejemplo, el *divalproato de sodio* y la *carbamazepina*) y los antipsicóticos de segunda generación (por ejemplo, la *olanzapina*) a dosis bajas han mostrado su eficacia en el tratamiento de la impulsividad y en el apaciguamiento de las reacciones emocionales interpersonales repetitivamente explosivas. Los estabilizadores del estado de ánimo antiepilépticos tienen una eficacia inconstante contra la inestabilidad afectiva y la impulsividad.

Los tratamientos ansiolíticos benzodiacepínicos y los tratamientos hipnóticos pueden ser una ayuda puntual, pero su utilización adictiva es un riesgo importante. En lo que concierne a los antidepresivos, su eficacia es muy parcial.

Ningún tratamiento ha mostrado eficacia contra la dimensión abandónica de los trastornos.

booksmedicos.org

XXXVI.5.2. *Enfoques psicoterapéuticos*

Las psicoterapias psicoanalíticas, ya sean individuales, psicodramáticas, grupales o familiares, tienen indicaciones que conviene precisar de manera casi "contractual" con el paciente y posiblemente sus familiares al principio del tratamiento. En todos los casos, el análisis de los mecanismos de defensa en juego y de la dimensión contratransferencial es indispensable en el proceso evolutivo de estos pacientes, para los cuales el objeto ha existido claramente, pero parece perdido, de manera que el individuo permanece nostálgico respecto de él. La apuesta del trabajo psicoterapéutico no es encontrar el objeto perdido o la idealización del objeto (el analista), sino más bien la iniciación de una cierta forma de alteridad.

Para lograr esto existe la necesidad de una adecuación del cuadro analítico, y merecen señalarse algunos aspectos.

La situación de la cura induce aquí lo que Prat e Israël (2011) llaman "transferencia de apego", situación de regresión masiva: "Las manifestaciones actuadas, gestuales y corporales permanecen como el último recurso de la expresión regresiva de la demanda". Es entonces necesario que el analista tome en cuenta el lenguaje no verbal, lo que supone un cierto grado de vigilancia asociado a la atención flotante de la cura típica. Esta observación, unida a la resonancia emocional en el analista, permitirá a este último proponer (y no interpretar desde un principio) al paciente interesarse y detenerse en sus sensaciones, nombrarlas y compartirlas en la sesión.

Por lo demás, la función de contención del cuadro debe estar apoyada en dos necesidades: la de ser consistente y la de ser suficientemente maleable a las necesidades del paciente; el ajuste del cuadro permite una reconstrucción de los límites, ni demasiado "vagos", ni demasiado estrechos. En esto se plantea la pregunta del diván o del cara a cara: la aproximación visual que permite el cara a cara puede tener valor estimulante, pero también puede favorecer los mecanismos de identificación proyectiva; el diván puede utilizarse en un segundo momento del tratamiento, con el fin de favorecer un acceso a la alteridad.

Finalmente, la frecuencia de las sesiones, preconizada comúnmente a una por semana en cara a cara, podría repensarse en el sentido de que una frecuencia mejor podría permitir que "se representen, y tal vez se reconstruyan, las modalidades de los primeros intercambios rítmicos que inauguraron el espacio de la identidad desfalleciente en el individuo" (Prat e Israël, 2011).

Hemos visto precedentemente (apartado XXXVI.2.5) los enfoques cognitivo-conductuales propuestos por Linehan (1993).

XXXVI.5.3. *Enfoques psicosociales e institucionales*

Diversos estudios (por ejemplo, Zanarini *et al.,* 2005) muestran que estos trastornos de la personalidad tienen un efecto significativo en el funcionamiento psicosocial que, si se

booksmedicos.org

mejora en el curso del seguimiento, sigue siendo de menor calidad que los individuos que presentan otros tipos de trastornos de la personalidad. Este elemento viene a reforzar la idea de un enfoque terapéutico pluridisciplinario, con una dimensión de sostén para la reinserción.

Los tratamientos institucionales estarán reservados para los periodos de crisis, siendo preferible el seguimiento ambulatorio en el consultorio o en un centro médico psicológico. No obstante, la frecuencia de los pasajes al acto hetero o autoagresivos puede necesitar internamientos de urgencia iterativos, más o menos prolongados según la intensidad de los trastornos, en particular en los centros o unidades de internamiento y de crisis.

Conclusión

A pesar de la imprecisión de sus contornos, que es siempre objeto de un gran número de publicaciones tanto en psiquiatría clásica como en psicoanálisis, los estados limítrofes han sido una nueva vía de comprensión psicopatológica, y han requerido una evolución del pensamiento psicopatológico y de las prácticas psiquiátricas. Por ello no deberá perderse de vista que su aparición, a veces imperiosa en su manera de pedir ayuda, no es ajena a una "demanda social" más global, característica sin duda de las sociedades occidentales actuales.

BIBLIOGRAFÍA

Altounian, J. (2008), *L'Intraduisible. Deuil, mémoire et transmission,* Dunod, París.

André, J. (dir.) (2008), *Les États-limite. Nouveau paradigme pour la psychanalyse,* PUF, París. [*Los Estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis?,* Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.]

Anzieu, D., textos reunidos y presentados de C. Chabert (2007), *Psychanalyse des limites,* Dunod, París.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Balier, C. (1988), *Psychanalyse des comportements violents,* PUF, París.

Bauman, Z. (2003), *L'Amour liquide. De la fragilité des liens entre les hommes,* Le Rouergue /Chambon, París, 2004. [*Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos.* Versión española de Mirta Rosenberg y Jaime Arrambide, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2005.]

Bergeret, J. (1972), "Les états-limite et leurs aménagements", en J. Bergeret, *Abrégé de psychologie pathologique,* Masson, París, pp. 200-217.

——— (1996), *La Pathologie narcissique,* Dunod, París; 2ª ed., 2006.

booksmedicos.org

Bergeret, J. (dir.) (2000), *Narcissisme et états-limite,* Dunod, París.
Bourgeois, D. (2005), *Comprendre et soigner les états-limite,* Dunod, París; 2ª ed., 2010.
Chabert, C., B. Brusset y F. Brelet-Foulard (1999), *Névroses et fonctionnements limites,* Dunod, París. [*Neurosis y funcionamiento límite.* Versión española de Vidarte Fernández y Francisco J., Síntesis, Madrid, 2001.]
Crowell, S. E., T. P. Beauchaine y M. M. Linehan (2009), "A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory", *Psychological Bulletin,* 135, 3, pp. 495-510.
Deutsch, H. (2007), *Les Personnalités as if. Les "comme" si et autres textes inédits,* Seuil, París.
Eiguer, A. (2007), "Migration et faux-self: perspectives récentes", *L'Information psychiatrique,* 83, pp. 737-743.
Ferenczi, S. (2008), *Le Traumatisme,* Payot, París.
Freud, S. (1914), LXXXVI. "Introducción al narcisismo", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2017-2033.
——— (1915), "Deuil et mélancolie", en *Métapsychologie, Œuvres complètes, Psychanalyse,* XII, PUF, París, 1994, pp. 261-281.
Green, A. (1976), "Le concept de limite", en A. Green, *La Folie privée. Psychanalyse des cas limites,* Gallimard, París, 1990, pp. 103-140; 2ª ed., 2001. [*De locuras privadas.* Versión española de José Luis Etcheverry, Amorrortu, Buenos Aires, 2010.]
——— (1980), "La mère norte", en A. Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort,* Minuit, París, 1999, pp. 222-253 [*Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* Versión española de José Luis Etcheverry, Amorrortu, Buenos Aires, 2010.]
——— (2010), *Illusions et désillusions du travail psychanalytique,* Odile Jacob, París.
Guelfi, J.-D., L. Cailhol, M. Robin y C. Lamas (2011), "États-limite et personnalité borderline", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37395-A10, Elsevier Masson, París.
Hanin, B. (2003), "Principes généraux du traitement des troubles de la personnalité. Place des psychothérapies d'inspiration psychanalytique", *Annales médico psychologiques,* 161,pp. 739-742.
Ingenhoven, T., P. Lafay, T. Rinne, J. Passchier y H. Duivenvoorden (2009), "Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorder: meta-analyses of randomized controlled trials", *Journal of Clinical Psychiatry,* 71, pp. 14-25.
Kapsambelis, V. (2003), "La haine de l'infantile. Expressions cliniques non névrotiques dans la pratique psychiatrique d'aujourd'hui", *Psychiatrie française,* supl., pp. 19-36.
——— (2006), "Les 'normopathes' ", *Psychiatrie française,* 37, supl., pp. 106-115.
Kernberg, O. (1975), *Les Troubles limites de la personnalité,* Dunod, París, 1997.
——— (1975), *La Personnalité narcissique,* Dunod, París; 2ª ed., 2005.
Kestemberg, E. (2001), *La Psychose froide*, PUF, París.

booksmedicos.org

Kohut, H. (1971), *Le Soi*, PUF, París, 1974. [*Análisis del self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad,* Amorrortu, Buenos Aires, 1986.]
Lenzenweger, M. F. (2008), "Epidemiology of personality disorders", *Psychiatric Clinics of North America,* 31, pp. 405-420.
Linehan, M. (1993), *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder,* Guilford Press, Nueva York. [*Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad múltiple.* Versión española de Rafael Santadreu, Paidós, Barcelona, 2003.]
Melman, C. (2002), *L'Homme sans gravité,* Denoël, París. [*El hombre sin gravedad,* Universidad Nacional de Rosario, Rosario, 2005.]
Mercer, D., A. B. Douglas y P. S. Links (2009), "Meta-analysis of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms", *Journal of Personality Disorders,* 23, pp. 156-174.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic,* Masson, París, 1998. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Prat, R., y P. Israël (2011), "Aux limites d'être: points de vue développemental et métapsychologique, perspectives thérapeutiques", *Revue Française de Psychanalyse*, 75, 2, pp. 483-500.
Roussilon, R. (dir.) (2009), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale,* Masson, París.
Stern, A. (1938), "Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses", *Psychoanalysis Quarterly,* 7, pp. 467-489.
Spitz, R. (1965), *De la naissance à la parole. La première année de la vie,* PUF, París, 1968. [*El primer año de vida del niño.* Versión española de Manuel de la Escalera, Fondo de Cultura Económica, México, 1969.]
Waintrater, R. (2003), *Sortir du génocide. Témoigner pour réapprendre à vivre,* Payot, París.
Winnicott, D. W. (1958), "La capacité d'être seul", en D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Gallimard, París, 2000, pp. 325-333. [*Escritos de pediatría y psicoanálisis.* Versión española de Jordi Beltrán, Paidós, Barcelona, 1999.]
——— (1960), "Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux 'self'", en D. W. Winnicott, *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement,* Payot, París, 1989, pp. 115-131. [*El proceso de maduración en el niño,* Laia, Barcelona, 1981.]
——— (1958), *La Capacité d'être seul,* Gallimard, París, 2000.
Yen, S., M. T. Shea, C. L. Battle, D. M. Johnson y C. Zlotnick (2002), "Traumatic exposure and post-traumatic stress disorder in schizotypal, borderline, avoidant, and

booksmedicos.org

obsessive compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study", *Journal of Nervous and Mental Disease,* 190, pp. 510-518.

Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg y J. Hennen (2005), "Psychosocial functionning of borderline patients ans axis II comparison subjects followed prospectively for six years", *Journal of Personality Disorders,* 19, pp. 19-29.

Zanarini, M. C., L. Yong, F. R. Frankenburg, J. Hennen, G. S. Khera y J. G. Gunderson (2002), "Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients", *Journal of Nervous and Mental Disease,* 190, pp. 381-387.

Zimmerman, M. (2003), "Integrating the assessment methods of researches in routine clinical practice the Rhode Island methods to improve diagnostic asessment and services (MIDAS)", en M. First (dir.), *Standardizes Evaluation in Clinical Practice,* American Psychiatric Publishing, Washington, pp. 29-74.

booksmedicos.org

XXXVII. TRASTORNOS DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS

MARIA KOUNTZA

Los trastornos de las conductas alimentarias (TCA) en el adulto engloban la anorexia y la bulimia, al igual que las formas atípicas diversas, que ocupan un sitio creciente en la clínica contemporánea. El interés por los TCA no deja de aumentar aunque, tras el incremento de la incidencia de la anorexia mental desde las décadas de 1950 a 1970, su frecuencia ha permanecido estable en los países occidentales en el curso de estos últimos veinte a treinta años. El interés por estos trastornos se explica sin duda por su sitio singular en la "encrucijada entre la psicología individual, las interacciones familiares, el cuerpo en su aspecto más biológico y la sociedad en general" (Jeammet *et al.*, 1994).

XXXVII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XXXVII.1.1. *Historial y terminología*

Los TCA se conocen desde la Antigüedad. El término *anorexia* se compone de la *a* privativa y del griego *orexis:* apetito. Ha sido considerada largo tiempo un síntoma de otras patologías, especialmente de la histeria y de la melancolía, y no fue descrita como una afección individual hasta 1689, por Richard Morton, médico inglés. En 1863, Charles Lasègue en París y William Gull en Londres presentaron la descripción de una entidad clínica llamada, a partir de ahí, *anorexia mental* o *anorexia nerviosa*. Desde entonces la anorexia mental se clasifica entre las afecciones psiquiátricas por la mayor parte de los autores, a pesar de los trabajos de Morris Simmonds, en 1914, quien la consideró como una afección endócrina (de hecho, la insuficiencia hipofisiaria se considera la consecuencia de la desnutrición) y de Lhermitte, en 1939, quien llamó la atención sobre el funcionamiento del hipotálamo.

Progresivamente, la contribución dominante de las teorías psicoanalíticas durante los años posteriores a la segunda Guerra Mundial condujo de manera decisiva el interés científico sobre la anorexia mental hacia la causalidad psíquica.

El término *bulimia* deriva del griego *bous* (buey) y *limós* (hambre, hambruna), literalmente: "hambre de buey". Aparece en los textos clásicos y en los tratados médicos con la misma significación actual, la ingestión de una cantidad excesiva de alimento. El

booksmedicos.org

estudio de las conductas bulímicas llamó poco el interés hasta los años setenta. En 1979, Russell, en Inglaterra, tras haber propuesto los criterios diagnósticos de la anorexia mental, definió igualmente los de la bulimia, subrayando su frecuente asociación. En los ochenta la bulimia comenzó a estudiarse como entidad autónoma, siendo de tres a cinco veces más frecuente que la anorexia y de una gravedad en ocasiones semejante.

XXXVII.1.2. *Situación nosográfica*

Los criterios diagnósticos propuestos por Russell en 1970 para la anorexia mental y en 1980 para la bulimia constituyen la base de la definición de estos trastornos en los sistemas diagnósticos actuales, la CIE-10 de la OMS (1992) y el DSM-5 de la ANP (2013). De esta manera, los síntomas de los TCA se clasifican globalmente en cuatro entidades clínicas diferentes.

1. La *anorexia mental*, caracterizada por su clásica tríada*: a) adelgazamiento*; *b) anorexia* (alteración de la percepción del peso o de la forma del cuerpo propio en combinación con el miedo intenso de ganar peso o volverse gordo, en tanto que el peso es inferior a lo normal), y *c) amenorrea*. La principal diferencia entre los dos sistemas de clasificación reside en el hecho de que el DSM-5 ya no requiere la amenorrea para el diagnóstico, y distingue por lo demás la forma restrictiva de la anorexia mental de la forma con accesos de bulimia y comportamientos de eliminación *(binge / purging)*.

2. La *bulimia*, que en su forma clásica comprende los episodios repetidos de hiperfagia, en tanto que el sujeto permanece en su peso normal gracias a los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes, entre los cuales los más característicos son los vómitos.

3. La *hiperfagia bulímica (binge eating disorder),* que se diferenciaría de la bulimia por la ausencia de control de peso. Los individuos presentarían muy frecuentemente por ello un sobrepeso, incluso una obesidad.

4. Las *formas atípicas*, que comprenden las conductas anoréxicas o bulímicas clínicamente significativas, pero que no cumplen con todos los criterios evocados. Estas formas constituyen los *trastornos del comportamiento alimentario no específicos (EDNOS: eating disorders non otherwise specified)*. Plantean la pregunta del límite que debe considerarse para que un TCA sea declarado "clínicamente significativo". El interés por los EDNOS es actualmente intenso, por una parte por el hecho de su frecuencia en relación con las formas clásicas, y por la otra porque los estudios recientes indican que su gravedad, así como su comorbilidad, su pronóstico y su evolución no difieren de las formas típicas (Fairburn *et al*., 2003).

XXXVII.2 DATOS E INVESTIGACIONES BIOMÉDICOS

booksmedicos.org

XXXVII.2.1. *Epidemiología*

La evaluación rigurosa de los diferentes parámetros epidemiológicos relativos a los TCA (incidencia, prevalencia, factores de riesgo, evolución, pronóstico) se enfrenta a ciertos problemas metodológicos: el número importante de individuos que no se dirigen al médico durante toda su vida (rigor de la negación o importancia de la vergüenza) y la gran cantidad de casos que no cumplen con todos los criterios para ser reconocidos como afectados de un TCA.

La *frecuencia* de la anorexia mental se estima en 1% de la población femenina a lo largo de la vida entera, con una prevalencia de 0.3% en una población de mujeres jóvenes y adultas en un momento dado. Los estudios epidemiológicos sobre la bulimia son más recientes y, por consecuencia, menos fiables; sitúan la frecuencia en alrededor de 2 a 3% de la población femenina. Esta predominancia femenina es clara (*sex ratio*: nueve mujeres contra un hombre en la anorexia y siete contra tres en la bulimia). El pico de aparición se sitúa entre los 15 y los 20 años. Los síntomas anoréxicos serían, más frecuentemente, los que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de la enfermedad.

Los TCA no son una patología exclusivamente occidental, como se había creído, puesto que se les encuentra en Asia e incluso en África. No obstante, son claramente más frecuentes en los países occidentales y están al alza en los países en vías de occidentalización, como Japón.

En una revisión sobre el tema, Steinhausen (2002) describe que los TCA muestran una *evolución* favorable en aproximadamente la mitad de los casos en las anoréxicas, intermedia en 20 a 30% de los casos, y desfavorable en 20%. La gravedad de los TCA no requiere demostración: su tasa de mortalidad prematura sigue siendo elevada, y la tasa de mortalidad de la anorexia mental figura a la cabeza de las tasas de mortalidad de las afecciones psiquiátricas. Las causas principales de la muerte son las complicaciones somáticas (54%) y el suicidio (27%), en tanto que en las bulímicas la causa principal es el suicidio. Numerosos estudios han intentado identificar factores de buen o de mal pronóstico (edad de aparición, antigüedad de los trastornos, severidad global de los síntomas, existencia de un trastorno de la personalidad, nivel socioeconómico, adaptación social premórbida, parámetros familiares); sus resultados son contrastantes e incluso contradictorios.

XXXVII.2.2. *Factores de riesgo*

Se han descrito en los TCA varios factores de riesgo y de vulnerabilidad, de naturaleza biológica, psicológica y sociocultural. En la décadas de 1990, Garner (1993) propuso un modelo etiopatogénico para la anorexia mental que incluye tres órdenes de parámetros: los *factores de riesgo* (biológicos, psicológicos, acontecimientos de vida, factores familiares, factores culturales); los *factores desencadenantes* (descontento y disforia

booksmedicos.org

corporales, dieta y restricción alimentaria…), y los factores de *mantenimiento* (desnutrición, reacciones de los demás hacia la pérdida de peso…).

XXXVII.2.3. *Investigaciones biológicas*

Varias investigaciones se han consagrado estos últimos años al papel de los neurotransmisores, que, por lo demás, están implicados en el proceso del control central de la regulación del peso, situado a nivel del hipotálamo (ventral y medial). Entre los tres neurotransmisores principales del sistema nervioso central (serotonina, noradrenalina, dopamina), el papel de la serotonina en el estado ponderal es el mejor conocido. Este neuromodulador es tanto más interesante cuanto que su actividad parece interferir con la regulación tanto del hambre como de las emociones y la impulsividad. Varios datos parecen sugerir la hipótesis de una hipoactividad serotoninérgica en los TCA.

La investigación genética es otra vía de investigación biomédica en este campo. La existencia de una transmisión familiar de tales trastornos ha sido supuesta por los clínicos desde hace largo tiempo y la epidemiología genética confirma esta observación. La investigación muestra una asociación significativa entre anorexia mental y un polimorfismo del gen que codifica para el receptor serotoninérgico 5HT2A (Treasure y Collier, 2001). No obstante, hay que excluir la noción de gen candidato, dado que la transmisión es probablemente poligenética.

XXXVII.3. LA CLÍNICA

XXXVII.3.1. *La anorexia mental*

El perfil característico de "paciente anoréxico" corresponde lo más frecuentemente a adolescentes o mujeres jóvenes; el desencadenamiento de la afección, la mayoría de las veces entre los 15 y los 19 años, parece reactivo a un acontecimiento o a un cambio en el modo de vida de la adolescente y se manifiesta muy habitualmente en circunstancias de separación (alejamiento del domicilio familiar por razones de estudio, estancia en el extranjero, partida o desaparición de un próximo, ruptura sentimental, etcétera).

La tríada sintomática esencial de la afección incluye la anorexia, el adelgazamiento (asociado a la alteración de la percepción del peso y de la forma del propio cuerpo) y la amenorrea.

La anorexia

booksmedicos.org

Constituye el síntoma cardinal que anuncia el principio del trastorno, y conduce secundariamente al adelgazamiento. Se trata de una restricción alimentaria, frecuentemente "justificada" y considerada al principio como una dieta ordinaria, que no obstante adquiere posteriormente dimensiones particularmente graves.

Conviene subrayar que, mientras que la palabra *anorexia* caracteriza al conjunto de la afección, no es sino muy tardíamente cuando puede instalarse una verdadera anorexia con pérdida del apetito e intolerancia gástrica o intestinal a la alimentación. Contrariamente a lo que sostiene largo tiempo la paciente, esta restricción alimentaria representa "una lucha encarnizada contra el hambre" (Corcos *et al*., 2002), lucha que traduce un conflicto psíquico profundo y doloroso.

El adelgazamiento

Los criterios diagnósticos precisan el umbral del peso anoréxico en 85% del peso normal para la talla, la edad y el sexo, lo que corresponde a un índice de masa corporal (IMC) inferior a 17.5. La precisión de un umbral para el peso anoréxico correspondería más bien a la necesidad de precisar el umbral por debajo del cual comienzan las complicaciones somáticas. No obstante, no existen datos de investigación suficientemente sólidos para justificar este umbral, que debe entonces considerarse más o menos arbitrario. En todos los casos se trata de un adelgazamiento espectacular, que frecuentemente sobrepasa 25% del peso inicial para alcanzar a veces más de 50% del peso normal para la edad.

Este adelgazamiento refleja el *trastorno de la percepción de la imagen del cuerpo,* síntoma clínico cardinal de la afección. La paciente se queja sin cesar de su peso y de la forma de su cuerpo; se siente "gorda", incluso cuando reconoce que su peso es bastante inferior al normal. Su descontento se focaliza lo más frecuentemente en su vientre, sus senos y sus caderas, y entraña un sentimiento de angustia pavoroso. Para apaciguar esta angustia refuerza el círculo vicioso del control de peso. Progresivamente, el ideal de un cuerpo esbelto, incluso flaco, se convierte en el único fin de su existencia. De esta manera, y a pesar de toda realidad biológica, el adelgazamiento creciente sumerge a las pacientes en un sentimiento de bienestar y de triunfo que las conduce a negar el peligro al cual se exponen.

La tríada sintomática mencionada condiciona las actitudes cotidianas, alimentarias y de otro tipo de las pacientes. De manera particular:

—la *restricción alimentaria* procede de dos maneras características: por una parte, una restricción concerniente a la *cantidad* del alimento, por la otra, una *selección de los alimentos en función de su valor calórico*. Aun siendo el síntoma central, la restricción forma parte de un conjunto de actitudes particulares y de un interés exagerado por todo lo relativo a la alimentación. Las pacientes piensan en la alimentación durante todo el día, se ponen a mordisquear porciones ínfimas o a

booksmedicos.org

guardar los alimentos en la boca para arrojarlos posteriormente, coleccionan recetas, cocinan y nutren a los demás sin participar en las comidas que preparan;

—la *hiperactividad física* y el *sobreinvestimento de la motricidad* son igualmente conductas típicas, sobre todo al principio de la patología. Representan una manera de dominar la excitación y la angustia provocadas por la sensación de hambre y por el conjunto de las necesidades ignoradas del cuerpo;

—la estrategia del control de peso se aplica igualmente a la evacuación del alimento por medio de *vómitos provocados* o de *ingestión de laxantes y diuréticos*, con posologías a veces considerables que conducen a graves trastornos hidroelectrolíticos, intestinales o renales que comprometen a veces el pronóstico vital;

—las pacientes anoréxicas pueden también tener episodios repetidos de *hiperfagia*. Estos *accesos bulímicos,* seguidos lo más frecuentemente de vómitos, traducen en los hechos el fracaso del severo control del peso. La necesidad vital de control, sumada a la angustia de la paciente frente a la pérdida de este control, es un sentimiento constante en la vivencia de las anoréxicas.

Las complicaciones somáticas de la anorexia mental están ligadas ya sea a la desnutrición, ya sea a las conductas patológicas (vómitos provocados o abuso de laxantes y diuréticos) adoptadas por las pacientes con el fin de controlar el peso (cuadros XXXVII.1 y XXXVII.2).

Entre las complicaciones somáticas hay algunas que intervienen desde el principio de manera más aguda y otras más crónicas, que aparecen en el curso de la evolución; algunas de ellas, primordialmente las complicaciones electrolíticas (sobre todo la hipokalemia) y cardiovasculares, ponen la vida de los pacientes en peligro inmediato.

CUADRO XXXVII.1. *Complicaciones de los trastornos del comportamiento alimentario con vómitos y abuso de laxantes o diuréticos (según Léonard* et al., *2005)*

Parotidomegalia e hiperamilasemia
Erosión del esmalte dental
Esofagitis, sangrados en los vómitos (rara vez ulceraciones, excepcionalmente perforaciones del esófago o del estómago)
Hipokalemia
Hiponatremia
Alcalosis metabólica
Arritmia secundaria a la hipokalemia
Cardiomiopatía iatrógena por la ipecacuana
Insuficiencia renal (secundaria al abuso de diuréticos)
Parálisis del colon, melanosis (secundarias al abuso de laxantes)
Callosidades en el dorso de la mano

booksmedicos.org

CUADRO XXXVII.2. *Complicaciones somáticas y psicológicas de la desnutrición (según Léonard* et al., *2005)*

Cardiovasculares
Hipotensión, bradicardia (la taquicardia puede anunciar una inminente descompensación)
Alteraciones del ECG (alargamiento del intervalo QT y riesgo de arritmia ventricular)
Atrofia ventricular, prolapso mitral
Digestivas
Enlentecimiento del vaciamiento gástrico, del tránsito esofágico
Constipación
Hepatitis (elevación de las transaminasas)
Hipercolesterolemia
Hematológicas
Leucopenia, trombocitopenia (hipoplasia medular)
Anemia por carencia férrica o vitamínica
Muy raras complicaciones infecciosas
Electrolíticas
Hipofosforemia
Hipocalcemia
Endócrinas y metabólicas
Hipotermia
Edemas de desnutrición
Hipoglicemia (rara vez coma)
Amenorrea secundaria a la desnutrición (igualmente observada en 20 a 50% de los casos de bulimia), déficit de estrógenos
Trastornos de la fertilidad
Complicaciones obstétricas en caso de embarazo: abortos, hipotrofia fetal, parto prematuro, mayor morbilidad neonatal, depresión posparto, etcétera
Elevación de la tasa basal de hormona gonadotrófica y de cortisolemia
Supresión por dexametasona
Síndrome de T3 baja
Osteopenia, osteoporosis
Cutáneas
Lanugo, coloración anaranjada de los pliegues
Del sistema nervioso central y musculares
Dilatación ventricular y atrofias corticales
Disminución del rendimiento en las pruebas de atención, percepción visoespacial y memoria
Alteraciones no específicas del EEG
Muy rara vez crisis epilépticas (secundarias a una insuficiencia renal)
Debilidad y atrofia muscular
Alteración de la función respiratoria por deficiencia del diafragma
Psicológicas
Labilidad emocional
Irritabilidad

booksmedicos.org

La amenorrea

Se trata de una interrupción de tres meses de la menstruación precedentemente regular, o de seis meses si era irregular. Refleja los efectos de la desnutrición y del ejercicio físico sobre el eje hipotalámico-hipofisiario-gonádico. No es posible precisar el umbral del índice de masa corporal por abajo del cual aparece la amenorrea, en la medida en la que algunas pacientes conservan su menstruación a pesar de una espectacular pérdida de peso, en tanto que en otras la interrupción de la menstruación precedería a la pérdida excesiva de peso.

Otros aspectos psicológicos

Siendo la tasa de comorbilidad de la anorexia mental relativamente elevada, sería útil incluir en la descripción de la clínica algunos rasgos y actitudes psicológicos que son característicos, incluso evocadores, de la afección.

La relación entre la anorexia mental y la depresión ha sido estudiada de manera detallada, y los estudios muestran que de 2 a 35% de las pacientes anoréxicas sufren igualmente depresión (Godard *et al.*, 2007). Igualmente, 23 a 54% de las pacientes anoréxicas desarrollan un trastorno ansioso durante su vida (Godard *et al.*, 2006). Incluso la presencia de rasgos obsesivos representa un factor de riesgo para la aparición y la persistencia de la anorexia mental (Jacobi *et al.*, 2004). Por el contrario, existe un signo negativo importante: la ausencia de trastornos mentales de la serie psicótica (ideas delirantes, alucinaciones, signos disociativos).

Estos datos ilustran el fondo del cuadro clínico y las actitudes típicas de las pacientes anoréxicas hacia sí mismas y hacia los demás. Su vida de relación está marcada por la negación de los vínculos con los demás dentro de un contexto de autosuficiencia, mientras que de hecho mantienen una relación de dependencia y de apego a los objetos de investimento, cuya permanencia está asegurada por el desarrollo de una relación de tipo manipulatorio. La sexualidad genital es objeto de una represión masiva, tanto en sus componentes fisiológicos como en la dimensión del deseo. El desinvestimento de la sexualidad se acompaña de un sobreinvestimento del funcionamiento intelectual, más centrado en el aprendizaje que en la creatividad. El "estilo anoréxico" corresponde a una bulimia de conocimientos, una hiperactividad intelectual, con exceso de verificación, significativa del miedo de la realidad psíquica interna.

booksmedicos.org

XXXVII.3.2. *La bulimia*

Se caracteriza por la recurrencia de accesos de sobreconsumo alimentario *(hiperfagia)*, acompañados de procedimientos patológicos de control del peso; por este hecho, éste permanece muy frecuentemente normal, o ligeramente por debajo de la norma. Por lo demás, como en la anorexia y en todos los trastornos de las conductas alimentarias, la imagen del cuerpo es objeto de preocupaciones exageradas, frecuentemente obsesivas, y el descontento en relación con la imagen corporal representa el núcleo de la problemática bulímica. No obstante, no se observa en la bulimia la distorsión masiva de la percepción de la realidad del cuerpo que se encuentra en la anorexia.

La bulimia es, de manera típica, como todos los TCA, una patología de la adolescencia: se inicia un poco más tardíamente que la anorexia mental, entre los 15 y los 25 años. Se trata frecuentemente de mujeres jóvenes que, aun estando descontentas con su cuerpo, se abstienen de una restricción alimentaria permanente con la intención de adelgazar o permanecer delgadas.

La crisis de hiperfagia (acceso bulímico)

Las crisis aparecen en momentos de pérdida de control de la ingestión de alimento y se repiten de manera recurrente. Consisten en la ingestión rápida, incluso frenética, de una gran cantidad de alimento, en el curso de la cual el individuo tiene un sentimiento de pérdida completa de control, sintiéndose incapaz de frenar un fenómeno que puede prolongarse hasta el malestar físico.

El desencadenamiento de un acceso bulímico es lo más frecuentemente súbito. No obstante, no es raro que el deseo de ingesta incontrolada de alimento se intensifique progresivamente a todo lo largo del día y dé lugar a una preparación metódica. El acceso se realiza a escondidas, en soledad, frecuentemente al final del día, y es limitado en el tiempo, de 15 minutos a dos horas. La frecuencia es variable, entre dos accesos por semana a varios por día en las formas extremas. Lo más frecuentemente, los alimentos se eligen en razón de su riqueza calórica (productos grasos y azucarados) y sobre todo de su característica "atiborrante"; se trata de alimentos que la persona se prohíbe en su dieta ordinaria.

La aparición de un acceso se precipita por estados emocionales dolorosos, entre los cuales la ansiedad, la frustración, el aburrimiento y el sentimiento de soledad son los más frecuentemente reportados. El acceso bulímico representa un medio para hacer frente a dificultades emocionales y toma un aspecto de automatismo. El principio de la crisis procura frecuentemente sensaciones agradables; el placer de consumir sin cuenta, la liberación de todo límite o limitación generan el júbilo de la omnipotencia. Los pacientes describen un estado mental particular durante la crisis, una especie de disolución parcial de la conciencia, en el que el pensamiento se detiene, los sentimientos dolorosos se atenúan y sólo existen las sensaciones ligadas a la crisis. Todos estos sentimientos

booksmedicos.org

agradables tienden no obstante a borrarse con el tiempo. El malestar físico (tensión gástrica, náusea), el miedo de las consecuencias (ganancia de peso) y la conciencia de la dependencia de una conducta incontrolable se hacen entonces presentes e incitan a concluir la crisis. Los sentimientos de vergüenza, de tristeza y de desvalorización de sí mismo se observan muy frecuentemente tras las crisis.

Los *remordimientos* que reporta el paciente bulímico están esencialmente en relación con el riesgo de ganancia de peso. Son intensos y dan lugar a métodos de control del peso en dos direcciones principales: por una parte, los *métodos de "purga",* que incluyen los vómitos provocados, el medio más radical y habitual en los pacientes bulímicos, asociados a la utilización abusiva de laxantes, diuréticos o lavativas; por otra parte, los *métodos restrictivos,* dietas alimentarias restrictivas, incluso ayuno completo por algunos días, asociados a medios de quema de calorías (ejercicio físico intensivo).

Las complicaciones somáticas en la bulimia son sobre todo resultado de los métodos de purga (cuadro XXXVII.1), siendo la *hipokalemia* el peligro que amenaza más directamente el pronóstico vital.

Otros aspectos psicológicos

Como en la anorexia, una pronunciada comorbilidad completa el perfil psicopatológico de los pacientes bulímicos. La mayoría de las investigaciones ponen fuertemente en evidencia la existencia de síntomas del registro depresivo, observadas a todo lo largo de la vida en casi la mitad de los pacientes tratados por bulimia (Brewerton, 2004). Estos datos subrayan la importancia, o la gravedad, de la dimensión depresiva en la bulimia.

Entre los síndromes ansiosos, la fobia social y los trastornos obsesivo-compulsivos son los dos síndromes más frecuentemente observados en los pacientes bulímicos (Godard *et al.,* 2006).

Señalemos finalmente la tasa de prevalencia para el consumo de sustancias psicoactivas, que se muestra más elevado entre los pacientes bulímicos que entre los pacientes anoréxicos de tipo restrictivo (Bulik *et al.,* 1992).

XXXVII.3.3. *Los trastornos de las conductas alimentarias no específicos*

Las formas atípicas de los TCA no han sido bien estudiadas, puesto que los criterios diagnósticos para su definición están todavía en proceso de investigación. No obstante, el interés por el estudio clínico de estas formas se amplifica debido a que los datos recientes muestran que una gran mayoría de los pacientes que se dirigen a los servicios especializados en TCA sufren de formas más bien atípicas (Fairburn *et al.,* 2003).

De esta manera, la hiperfagia bulímica *(binge eating disorder),* que en la cuarta edición del DSM aparecía como un ejemplo de trastornos del comportamiento alimentario

booksmedicos.org

no específicos (EDNOS: *eating disorders non otherwise specified*), forma parte actualmente de esta clasificación (DSM-5, 2013) como una entidad completa. La diferencia más importante propuesta entre la bulimia y la *hiperfagia bulímica* se focaliza en el control, o casi, del peso, por métodos purgativos o restrictivos. En consecuencia los individuos presentan muy frecuentemente sobrepeso e incluso obesidad.

El interés clínico por el síndrome proviene igualmente de datos clínicos que demuestran que aunque la *hiperfagia bulímica* se manifiesta por síntomas generalmente menos severos, la desesperanza y los trastornos psicológicos asociados son comparables a los de la bulimia (Leonard *et al.,* 2005): la depresión (de intensidad severa), el alcoholismo y el abuso de sustancias psicoactivas (en particular entre los individuos masculinos), así como los trastornos ansiosos tienen una elevada probabilidad de aparición.

XXXVII.4. CASO CLÍNICO

Hélène K. es una mujer joven, de 33 años, cuando la vemos por primera vez en consulta. Está acompañada de su marido. Vienen a consultarnos por trastornos de las conductas alimentarias, agravadas desde hace algunos meses. Es la segunda vez que consulta a un psiquiatra, siendo la primera, cuatro meses antes, cuando vio a un psiquiatra durante tres sesiones en total, pues "no se sentía lista para recibir ayuda".

El principio de los trastornos se remonta a la edad de 14 años, cuando comenzó una dieta porque "se sentía gorda". A la edad de 16 años perdió a su padre, y con posterioridad a ese deceso presentó periodos, de algunos días de duración, de crisis y de hiperfagia (para "calmar sus angustias y su depresión") en alternancia con periodos de restricción alimentaria. A la edad de 18 años se alejó de su familia para seguir sus estudios, en el curso de los cuales su comportamiento alimentario pareció estar mejor equilibrado. No obstante, a partir de su retorno a la familia reaparecen las crisis de hiperfagia. Su funcionamiento mental se organiza alrededor de sus crisis: los días en los que aparecen, ella se siente "avergonzada y desdichada", permanece "encerrada en su casa" sin poder hacer nada, se ausenta incluso de su trabajo, para retomar sus actividades a partir de que restablece las restricciones alimentarias, puesto que de esta manera se siente nuevamente "muy fuerte, en una posición de omnipotencia". Durante todos estos años su peso ha permanecido alrededor de los 55 kilos (para una estatura de 1.67 metros).

Hélène se casa a la edad de 28 años y entra entonces en un largo periodo de restricción alimentaria, con el fin —dice ella— de evitar los problemas ligados a las crisis de hiperfagia. Su peso alcanza los 40 kilos (IMC: 14.38). No obstante, queda embarazada a la edad de 30 años, y en el momento de nuestra consulta tiene un hijo de dos años y medio.

La reaparición de las crisis de hiperfagia y la desorganización consecuente de la vida familiar han suscitado la inquietud del marido, quien durante el periodo anoréxico no veía "ningún problema", puesto que su esposa estaba "muy activa" y "se sentía aparentemente bien". Es, pues, él quien toma la iniciativa y realiza los trámites para que su mujer consulte a un psiquiatra. En ocasión de la primera consulta, Hélène refiere auténticas crisis de bulimia, lo que le ocurre por primera vez en su vida: sus crisis de hiperfagia se acompañan de severos vómitos. Su peso está en 55 kilos.

Se le propone un seguimiento psiquiátrico y médico así como un trabajo psicoterapéutico en un segundo momento. Durante los primeros meses la paciente se muestra muy puntual para las entrevistas psiquiátricas, aunque no realiza los exámenes médicos recomendados

booksmedicos.org

por el médico general, a pesar de quejarse de síntomas somáticos. Su finalidad absoluta de eliminar "inmediatamente" las crisis de bulimia la llevan nuevamente hacia una restricción alimentaria, con una pérdida aparente de peso. Al cabo de cuatro meses comienza a hablar de sus dificultades respecto de su marido, de sus sentimientos de culpabilidad en relación con su papel de madre, así como de las pesadillas que tenía tras el deceso de su padre: "Mi padre venía a matarme porque no había logrado hacerle suspender el tabaco para salvar su vida". A partir de ese momento comenzó a presentar trastornos del sueño, las crisis de bulimia aparecieron cotidianamente y en varias ocasiones, y sus relaciones con su marido se volvieron "insoportables". De manera paralela anuló sus citas con el psiquiatra, pero conservando el contacto, puesto que reanudó sus citas con él.

El psiquiatra escucha y "acoge" sus movimientos de ambivalencia a lo largo de este periodo sin intervenir de manera directiva o incluso activa. Después, cuando juzga el momento oportuno, decide reinstalar el cuadro de seguimiento dirigiéndole una carta, donde le describe nuevamente el "contrato terapéutico" tal como lo había explicitado al principio del seguimiento psiquiátrico, psicoterapéutico y médico. Al mismo tiempo le dice que le da la posibilidad y el tiempo de decidir si ella desea comprometerse con el tratamiento.

Hélène decide finalmente continuar su tratamiento. Logra aceptar un tratamiento médico completo. Actualmente sigue un tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, y el seguimiento no ha mostrado otras "crisis" de tal amplitud, después de la que hemos descrito y que parece haber tenido un impacto de verdadero "ingreso" en el tratamiento.

XXXVII.5. Psicopatología

XXXVII.5.1. *El enfoque psicoanalítico*

Las investigaciones psicoanalíticas se dirigieron inicialmente a la naturaleza de los fantasmas y el conflicto pulsional subyacente a la anorexia, para desplazarse más tarde hacia la patología de la organización de la personalidad y el vínculo (Corcos, 2000).

La anorexia apareció inicialmente como una regresión frente a la sexualidad genital. Este elemento se sostiene por el hecho de que los trastornos de las conductas alimentarias sobrevienen lo más frecuentemente durante la adolescencia, momento de aparición de la sexualidad adulta, pero también de cuestionamiento sobre la autonomía y la identidad propias. Dentro de este contexto, la regresión incluiría dos aspectos: la regresión oral traduciría un rechazo de fecundación oral, y se manifestaría por el rechazo alimentario y la inhibición más general frente a una función alimentaria fuertemente sexualizada. Pero, en el plano del carácter y de las formaciones reactivas, el desarrollo de una clínica de tipo "anal" (ritos y obsesiones alimentarios, control y verificación del peso…) remitiría a una incorporación anal del pene paterno, convirtiéndose entonces el cuerpo entero en el símbolo de un pene en erección. De esta manera, la negación de la femineidad estaría menos en relación con una identificación masculina y más con los avatares de la bisexualidad, y especialmente la negación de la diferencia de los sexos o la dificultad de hacer el duelo, en el momento de la adolescencia y de la elección de la identidad sexual, de la parte de megalomanía infantil que incluye el mantenimiento de una

booksmedicos.org

doble identidad masculina y femenina.

Progresivamente, el interés de los autores se dirigió hacia las deficiencias de orden psicótico de la organización del yo y la tentativa de restablecimiento de la unidad madre-hijo. Así, Kestemberg *et al*. (1972), aun confirmando los estudios precedentes, pusieron el acento más particularmente en las modalidades específicas de la organización pulsional y de la regresión, que calificaron de "vertiginosa", en el sentido de que no encuentra ningún punto de fijación y de organización a nivel de las zonas erógenas. De esta manera elaboraron progresivamente la noción de una organización psíquica particular, la "psicosis fría", dominada por la ascesis y el ideal del yo, caracterizada por la reificación del objeto, destinado solamente a la salvaguarda narcisista del sujeto, en una relación calificada de "fetichista" (Kestemberg, 1978). Otros autores (Brusset, 1977, 1990) examinaron la dimensión de goce en la clínica de las conductas alimentarias, permitiendo pensar estas patologías en relación con las adicciones ("orgasmo alimentario", "toxicomanía sin droga"), y subrayando "un goce narcisista antiobjetal, que no está sin relación con la analidad, pero también posición narcisista fálica apoyada en la hiperactividad motora del cuerpo delgado, experimentado y exhibido".

En la bibliografía de lengua inglesa, Bruch (1978), uno de los pioneros de la psicopatología psicoanalítica de la anorexia mental, consideró a ésta un trastorno de la imagen del cuerpo, secundaria a perturbaciones de la percepción interoceptiva, que toma un carácter de desrealización, hasta el punto de que se puede considerar a esta patología una forma particular del linaje esquizofrénico.

XXXVII.5.2. *El enfoque cognitivo y conductual*

El modelo cognitivo-conductual relativo a los trastornos de las conductas alimentarias está basado esencialmente en la elaboración teórica del tratamiento cognitivo-conductual de la bulimia, propuesto por primera vez en 1981 por Fairburn. Posteriormente, el modelo se convirtió en dominante, probablemente en razón de la actitud experimental de esta corriente que se presta a los estudios de validación. En su primer ensayo de teorización, Fairburn señaló en las pacientes bulímicas la importancia de un sistema disfuncional concerniente a la evaluación de la estima de sí misma, ligada de manera casi exclusiva a la imagen del cuerpo (masa, silueta, peso) y al comportamiento alimentario (realidad psíquica característica, por lo demás, igualmente en las pacientes anoréxicas). Esta exclusividad podría explicar la restricción alimentaria y las conductas del control de peso, que podrían remitir, por la vía de las "distorsiones cognitivas", a valores mucho más generales (éxito, fuerza de carácter, reconocimiento social, valor personal, felicidad…). Los episodios de hiperfagia aparecerían, según este modelo, como la consecuencia inmediata de la restricción alimentaria.

En el curso de los años este modelo cognitivo-conductual ha evolucionado progresivamente y en 2003 Fairburn propuso una nueva versión más integrativa, en la cual describió cuatro mecanismos suplementarios que conducen a la perennización del

booksmedicos.org

trastorno de las conductas alimentarias: *a)* la existencia de un severo perfeccionismo; *b)* la debilidad constante de la estima de sí mismo; *c)* la intolerancia emocional (que corresponde a la gran dificultad del individuo para administrar las emociones fuertes), y *d)* las dificultades "interpersonales", a saber, las dificultades del individuo en sus relaciones con o frente a los demás.

XXXVII.5.3. *El enfoque familiar*

La literatura psicoanalítica se interesa igualmente en la psicopatología familiar de los trastornos de las conductas alimentarias en la medida en la que la psicopatología individual del paciente, organizada en el curso de su historia, está ligada de manera significativa a las personalidades y al funcionamiento psíquico de los padres. Así, las madres de las pacientes que sufren de los TCA tendrían algunos rasgos en común, especialmente un carácter fuerte, rígido, dominante e incluso tiránico, poco caluroso, con manifestaciones depresivas. El papel eventual del padre ha sido tomado en cuenta más tardíamente para subrayar su carácter difuminado, sumiso, incapaz de mostrar autonomía, frecuentemente excluido de hecho de la vida familiar.

Progresivamente, el interés de la literatura se ha desplazado hacia el funcionamiento del sistema familiar en su totalidad como grupo natural, que desempeña un papel determinante en la aparición de la psicopatología individual. La *teoría familiar sistémica* encontró en la anorexia mental un campo de aplicación inmediata, y la obra de Minuchin en los años setenta constituye la primera base sobre la que se fundó la evolución teórica del modelo. Para Minuchin (1978), la familia en la cual sobreviene una anorexia mental es una familia disfuncional que entra dentro del marco de las *familias psicosomáticas*, caracterizadas por cuatro tipos de funcionamiento: *a)* el embrollo entre sus miembros, su excesiva proximidad, así como la intensidad de las interacciones, *b)* la sobreprotección, *c)* la rigidez, y *d)* la intolerancia para los conflictos, su evitación y su falta de resolución.

XXXVII.6. TERAPÉUTICA

El principio general del tratamiento de los trastornos de las conductas alimentarias se basa en la combinación de un enfoque somático necesario, especialmente en casos de riesgo vital, y un tratamiento de tipo psicoterapéutico. La complejidad de la psicopatología hace indispensable tanto la implicación de un equipo (incluso de numerosos equipos terapéuticos distintos), como la colaboración coherente entre psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, médicos somáticos, nutriólogos, ergoterapeutas… (Halmy, 2009).

La base del tratamiento es el seguimiento psiquiátrico y psicoterapéutico, a condición de que los parámetros somáticos estén estabilizados de tal manera que el paciente no se encuentre en peligro vital. Un enfoque nutricional y dietético, basado en general en la dimensión de *reeducación alimentaria,* merece proponerse a los pacientes.

booksmedicos.org

XXXVII.6.1. *Las psicoterapias*

Los fines generales en todos los modelos de psicoterapia aplicables a los trastornos de las conductas alimentarias tienden al reforzamiento del yo, a la elaboración de la culpabilidad, al restablecimiento de la aptitud para experimentar placer, a la integración de la imagen del cuerpo, a través de la elucidación, según los modelos, de los conflictos infantiles o de los esquemas de pensamiento antiguos, erróneos y mal adaptados.

Para los TCA se han indicado varios tipos de enfoques psicoterapéuticos en función de las preferencias del individuo, de la disponibilidad en la oferta de atención, etc. Los enfoques psicoanalíticos se proponen con diversos acondicionamientos técnicos adaptados a la especificidad de la patología; en Francia, el psicodrama psicoanalítico ha sido frecuentemente utilizado. Los enfoques conductuales y cognitivos son empleados cada vez más. El cuadro está generalmente bien estructurado en lo que concierne a la duración global de la terapia, las fases particulares del proceso y los fines intermedios de cada fase. Finalmente, la eficacia del enfoque familiar parece haber sido mejor estudiada en los casos de adolescentes, en los cuales este enfoque está particularmente recomendado.

En el Reino Unido, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) publicó en enero de 2004 un cierto número de recomendaciones *(guidelines)* concernientes a las intervenciones psicológicas en los trastornos de las conductas alimentarias: *a)* para los pacientes anoréxicos, las intervenciones psicoterapéuticas deben incluirse dentro del marco de un enfoque ya sea cognitivo-conductual, ya sea psicodinámico, ya sea interpersonal *(interpersonal therapy);* de manera paralela y en todos los casos, se recomienda la participación de la familia en el proceso terapéutico, incluso fuera del marco de una terapia familiar; *b)* para los pacientes bulímicos (así como para los pacientes que sufren de *binge eating disorder*), el enfoque cognitivo-conductual constituye la terapia de primera elección.

XXXVII.6.2. *El lugar de los psicotrópicos*

Los *antidepresivos* del tipo de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina), y entre ellos sobre todo la *fluoxetina,* son los psicotrópicos más frecuentemente utilizados en el tratamiento de los TCA. No obstante, las investigaciones clínicas brindan resultados contradictorios sobre su eficacia, salvo cuando coexiste, lo que es habitual, un síndrome depresivo franco o un trastorno obsesivo.

Aunque en la práctica clínica, y sobre todo dentro del marco de la hospitalización para la anorexia mental, la prescripción de *antipsicóticos atípicos* (especialmente la *olanzapina*) sea bastante habitual, no hay suficientes investigaciones clínicas para confirmar su eficacia.

Pueden utilizarse algunas terapéuticas *ansiolíticas* cuando la angustia es muy invasora.

booksmedicos.org

XXXVII.6.3. *La hospitalización*

Representa siempre una posibilidad cuando el trabajo ambulatorio no avanza lo suficiente. Debe presentarse como un instrumento terapéutico y tenerla en reserva como un último medio, con el fin de preservar todo su alcance de mutación. Cuando el peligro vital se asocia a un rechazo de la atención, se impone la hospitalización bajo coacción. Las indicaciones de la hospitalización pertenecen generalmente a dos categorías: *a)* frente a los signos médicos en caso de un estado de desnutrición grave (véase el cuadro XXXVII.2), y *b)* frente a los signos psíquicos que hacen imposible el trabajo de la elaboración de manera ambulatoria (síndrome depresivo grave con ideas suicidas, ausencia de motivación, conductas de purga muy severas, abuso de psicotrópicos, ambiente familiar y social poco facilitador, conflictivo y ansiógeno).

Conclusión

Los trastornos de las conductas alimentarias ocupan un lugar aparte dentro de la psicopatología debido a su intrincación con el cuerpo real, sus funciones y sus necesidades. El hecho de que se trate de pacientes jóvenes e inteligentes, con logros muy frecuentemente notables en el terreno de los estudios, así como los posibles aspectos socioculturales que participan en la etiopatogenia de la afección, movilizan el interés de la sociedad en su totalidad.

Todavía nos falta mucho por descubrir en materia de trastornos de las conductas alimentarias. No obstante, la atención de los pacientes que sufren de estos trastornos, en los cuales debe implicarse idealmente el sostén de diversos especialistas, necesita tiempo y perseverancia para obtener los mejores resultados terapéuticos posibles.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Brewerton, T. D. (2004), *Clinical Handbook of Eating Disorders,* Marcel Dekker, Nueva York.

Bruch, J. (1978), *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa,* Harvard University Press, Cambridge. [*La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa.* Versión española de Eugen Santandreu Lorite, Paidós, Barcelona, 2010.]

Brusset, B. (1977), *L'Assiette et le Miroir: l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent,* Privat, Tolosa. [*La anorexia. Inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente.* Versión española de María Möller Bertrán, Planeta,

booksmedicos.org

Barcelona, 1985.]
——— (1990), "La jouissance de l'anorexique", *Revue française de psychanalyse,* 54, 1, pp. 163-176.
Bulik, C. M., P. F. Sullivan, L. H. Epstein, M. McKee, W. H. Kaye, R. E. Dahl y T. E. Weltzin (1992), "Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa", *International Journal of Eating Disorders,* 11, pp. 213-225.
Corcos, M. (2000), *Le Corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduits alimentaires,* Dunod, París.
Corcos, M., G. Agman, D. Bochereau, J. Chambry y P. Jeammet (2002), "Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37215-B65, Elsevier Masson, París.
Fairburn, C. G., Z. Cooper y R. Shafran (2003), "Cognitive behavior therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment", *Behaviour Research and Therapy,* 41, pp. 509-528.
Garner, D. (1993), "Pathogenesis of anorexia nervosa", *Lancet,* 341, pp. 1631-1635.
Godard, N., S. Berhoz, Z. Rein, F. Perdereau, F. Lang, J.-L. Venisse *et al.* (2006), "Does the frequency of anxiety disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia?", *International Journal of Eating Disorders,* 39, pp. 772-778.
Godart, N., G. Perdereau, Z. Rein, S. Berthoz, J. Wallier, P. Jeammet y M. F. Flament (2007), "Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature", *Journal of Affective Disorders*, 97, pp. 37-49.
Halmy, K. A. (2009), "Salient components of a comprehensive service for eating disorders", *World Psychiatry,* 8, 3, pp. 150-155.
Jacobi, C., C. Hayward, M. de Zwaan, H. Kraemer y W. Agras (2004), "Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy", *Psychological Bulletin,* 130, pp. 19-65.
Jeammet, P., M. Corcos y G. Agman (1994), "Troubles des conduites alimentaires", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37350-A10, Elsevier Masson, París.
Kestemberg, E. (1978), "La relation fétichique à l'objet. Quelques notations", *Revue française de psychanalyse,* 42, 2, pp. 195-214, reproducido en E. Kestemberg, *La Psychose froide,* PUF, París, 2001, pp. 77-101.
Kestemberg, E., J. Kestemberg y S. Decombert (1972), *La Faim et le Corps,* PUF, París.
Léonard, T., C. Foulon y J.-D. Guelfi (2005), "Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37105-D10, Elsevier Masson, París.
Minuchin, S., B. L. Rosman e I. Baker (1978), *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context,* Harvard University Press, Cambridge.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos*

booksmedicos.org

mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]

Steinhausen, H. (2002), "The outcome of anorexia in the 20th century", *American Journal of Psychiatry,* 169, pp. 1284-1293.

Treasure, J. L., y D. Collier (2001), "The spectrum of eating disorders in humans", en J. B. Owen, J. L. Treasure y D. Collier (dirs.), *Animal Models Disorders of Eating Behaviour and Body Composition,* Kluwer Academic Publishers, Boston, pp. 19-49.

booksmedicos.org

XXXVIII. HIPNOLOGÍA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO

JEAN REYNÈS

Los trastornos del sueño se encuentran entre los más difundidos, y millones de personas, particularmente en Francia, utilizan medicaciones somníferas (hipnóticos) de manera ocasional o durable. Al mismo tiempo, el estudio del sueño *(hipnología)* ha tenido una considerable expansión, produciendo gran cantidad de trabajos sobre la fisiología del sueño y sus patologías.

XXXVIII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

En la mitología griega, *Hipnos* es el dios del sueño, hijo de la noche *(Nyx),* hermano gemelo de la muerte *(Tanatos)* y padre de *Morfeo,* dios de los sueños. Posee el poder de adormecer a los hombres pero también a los dioses: en el canto XIV de la *Ilíada*, Hipnos adormece a Zeus a petición de su esposa, Hera, con el fin de que Poseidón pueda ayudar a los griegos a pesar de la prohibición del amo del Olimpo. Numerosos autores se han interesado en el sueño, como André Gide, que evocó en su diario sus quejas regulares de insomnio, y Paul Valéry, pero es probablemente Marcel Proust a quien debemos la más apasionante descripción de la vida del insomne (Léger, 2010).

Desde Hipócrates existen escritos médicos sobre el sueño, pero Gaillard (1998) indica que nuestro conocimiento contemporáneo del sueño comienza verdaderamente con el electroencefalograma (EEG), que permitió en 1937 al norteamericano Alfred Lee Loomis poner en evidencia diferentes fases del sueño. En 1968, la publicación de una guía de estandarización puso las bases de los conocimientos actuales sobre el sueño.

Fue así como nació una nueva especialidad, no de un aparato, sino de un estado, la medicina del sueño, que, apoyándose en numerosos estudios epidemiológicos y de mortalidad, puso el acento en las consecuencias sanitarias de los trastornos del sueño. A solicitud del ministro francés de Salud, se elaboró en diciembre de 2006 un reporte con el fin de tomar en cuenta los trastornos del sueño y sus consecuencias sanitarias, sociales y económicas, ya que la vida moderna y sus limitaciones contrarían frecuentemente ese tiempo necesario para la vida y la salud.

XXXVIII.2. DATOS E INVESTIGACIONES BIOMÉDICOS

booksmedicos.org

A pesar del interés científico creciente por el sueño, todavía no conocemos su papel funcional exacto, considerado esencialmente un proceso adaptativo protector o un proceso recuperador. Sabemos que un mamífero privado experimentalmente de sueño durante un largo tiempo, muere. El sueño es necesario para la vida pero no podemos explicar ni por qué ni cómo. Sólo existen actualmente múltiples teorías parciales. La función del sueño permanece como un enigma biológico (Schulz y Bes, 1997).

XXXVIII.2.1. *Fisiología del sueño normal*

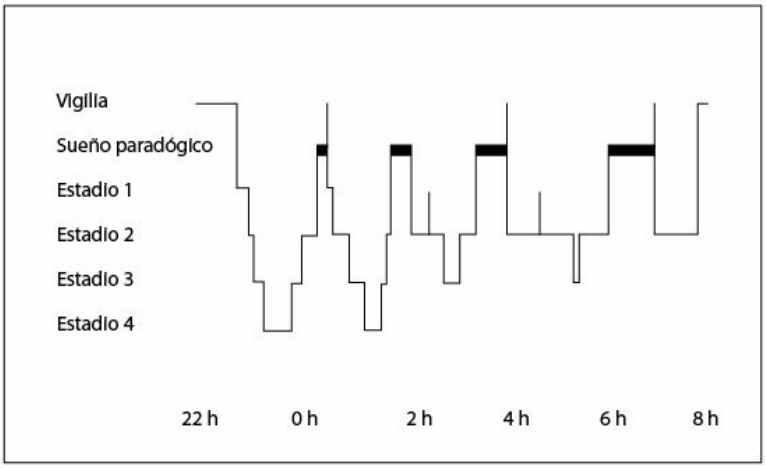
Contrariamente a lo que se podría pensar, el sueño es un proceso activo, bajo la dependencia de múltiples procesos reguladores (Paquereau, 2007). En el individuo adulto de entre 25 y 40 años, su duración media es de alrededor de siete horas con treinta minutos. Se compone de cuatro a seis ciclos de 90 minutos, marcados por la alternancia de sueño lento (ligero y profundo) y de sueño paradójico (en el que se da, principalmente, la actividad onírica).

El sueño normal

No existe, propiamente dicha, una "definición" del sueño normal, y sólo puede considerarse como tal en el sentido estadístico del término. El sueño se aprecia por medio de la polisomnografía, que define el sueño normal. Integra el registro y el análisis electroencefalográfico del sueño, el electro-oculograma, pero también los parámetros vegetativos con las mediciones de la respiración (oximetría, ruidos respiratorios) y el electrocardiograma. Pueden agregarse los registros de otros datos, como los movimientos periódicos de los miembros del individuo y la pletismografía peniana, pero la polisomnografía tradicional se limita de manera que sea lo menos limitante posible. La estandarización de las medidas está asegurada por las reglas establecidas en el manual de Allen Rechtschaffen y Anthony Kales, publicado en 1968 y que es el resultado de los trabajos de un comité internacional (Rechtschaffen y Kales, 1968). Este manual define los criterios necesarios para la distinción de dos "estados" del sueño, *lento* y *paradójico*. Además determina cuatro estadios en el seno del sueño lento (gráfica XXXVIII.1). La clasificación internacional reconoce las siguientes características electroencefalográficas (Guilleminault, 1994):

booksmedicos.org

GRÁFICA XXXVIII.1. *Esquema del hipnograma de un adulto joven*



- *Estadio 0,* o estadio de vigilia calmada, con una actividad alfa (8 a 13 Hz) de amplitud normal entre 30 y 100 µV.
- *Estadio 1,* definido por el predominio de ondas teta (más lentas, de 2 a 7 H_2), de amplitud corta. El tono muscular disminuye y los movimientos oculares desaparecen. La respiración es inestable y la saturación de oxígeno tiende a disminuir.
- *Estadio 2,* definido por la presencia de husos de sueño *(spindles)* de 12 a 14 Hz de una duración mínima de medio segundo o de complejos K, gran onda delta claramente visible, en general aislada. Las ondas lentas delta son de escasa cantidad, es decir, menos de 20% en el periodo estudiado. La respiración se vuelve estable y regular.
- *Estadios 3 y 4,* constituyen el "sueño de ondas lentas". Están caracterizados por la presencia de numerosas ondas delta (0.5 a 2 Hz), con amplitudes inferiores a 75 µV. Se distinguen por la proporción de ondas delta, entre 30 y 50% para el estadio 3, superior a 50% para el estadio 4. El tono muscular y los movimientos oculares están ausentes; la respiración, lenta, es notoriamente regular. La saturación en oxígeno es perfectamente estable. La frecuencia cardiaca está lentificada.

Estos cuatro estadios forman el sueño lento. El *sueño lento ligero* comprende los estadios 1 y 2; el *sueño lento profundo,* los estadios 3 y 4. En el curso de una noche de sueño normal, el sueño lento ligero ocupa 55% del tiempo total de sueño (5% en estadio 1 y 50% en estadio 2). El despertar del sujeto es aquí relativamente fácil. El sueño lento profundo corresponde a los estadios 3 y 4 que ocupan normalmente 15 a 20% del tiempo total del sueño. Existe una disminución de las percepciones sensoriales por el córtex cerebral, vía el tálamo, y el despertar es aquí, por lo tanto, más difícil.

El *sueño paradójico* es un estado de sueño descrito como diferente de los demás (Aserinsky y Kleitman, 1953), llamado *REM-sleep* (sueño MOR: movimientos oculares

booksmedicos.org

rápidos) (Dement, 1957) por sus movimientos oculares característicos *(rapid eye movements)* y "sueño paradójico" en Francia (Jouvet, 1962) debido a una intensa actividad cerebral y ocular que contrasta con una atonía muscular periférica casi total. En efecto, se observa durante este estadio una actividad cortical vecina del estado de vigilia, con movimientos oculares rápidos y bruscos e irregularidad de las frecuencias cardiaca y respiratoria. Se trata de un estado muy particular e incluso misterioso. En el EEG se encuentra un aspecto particular de ondas teta en dientes de sierra. El sueño paradójico es la fase mayor donde ocurren los sueños. Es el último estadio de un ciclo de sueño.

El sueño es un ritmo (Paquereau, 2007). Está bajo la dependencia de diferentes ritmos y procesos de los cuales es resultado:

- El reloj biológico interno, sistema situado en los mamíferos en el cerebro, a nivel de los núcleos supraquiasmáticos, en la base del tercer ventrículo. Se trata de unas diez mil neuronas que reciben las informaciones luminosas a través del tracto retino-hipotalámico. Puede entonces influenciar al sistema circadiano.
- El sistema circadiano corresponde a la alternancia vigilia / sueño. Es endógeno, posee un ritmo propio de alrededor de 25 horas, corregido por el reloj biológico a 24. Esta característica ha sido objeto de experimentos de aislamiento mediatizados. En Francia, el experimento de Michel Siffre, quien permaneció dos meses dentro de una caverna, confirmó en 1962 el de 1958, más restringido, de Wever y Aschoff en Alemania. La ritmicidad del sueño sería de hecho innata. Se ha podido constatar que las variaciones de temperatura corporal, de las secreciones de prolactina, cortisol y hormona del crecimiento se realizan en ciclos similares. Hay que agregar a este ritmo circadiano un ritmo circasemidiano de 12 horas, que se traduce en una necesidad de sueño alrededor de las 16 horas.
- El ritmo ultradiano, de alrededor de 90 minutos, organiza, por su lado, al sueño de ondas lentas y al sueño paradójico. Determina los ciclos del sueño.
- El proceso homeostásico corresponde a la acumulación progresiva de necesidad de sueño en el curso de la vigilia. En consecuencia, la propensión al sueño es máxima a las tres horas de la mañana.

XXXVIII.2.2. *Datos epidemiológicos*

Los trastornos del sueño constituyen una queja de alrededor de un tercio de la población, pero sólo 20% de estas personas son convenientemente diagnosticadas y tratadas. Esta queja aumenta con la edad. Se han realizados numerosos estudios, pero sus resultados divergen: no hay consenso sobre la manera de definir el insomnio. No obstante, se considera que 50% de la población general nunca ha conocido dificultades de sueño (Gaillard, 1994). La insuficiencia de sueño tiene una prevalencia de entre 20 y 42% de la población general, pero se traduce en un diagnóstico de insomnio solamente para 4 a 11.7% de la población (Ohayon, 2007). La somnolencia diurna excesiva se encuentra en

booksmedicos.org

20% de la población europea. El síndrome de las *apneas del sueño* afecta a 4% de la población, sobre todo a hombres de más de 45 años. El *síndrome de las piernas inquietas* concierne a alrededor de 6% de la población general, sobre todo personas de edad. La *narcolepsia* es bastante rara, y la sufre 0.04% de la población. Las *parasomnias* todavía son muy poco estudiadas, pero se considera una prevalencia de parálisis del sueño de 6%, y de 2.2 a 5% para los despertares con confusión, los terrores nocturnos y las pesadillas.

XXXVIII.3. Clínica

Los trastornos del sueño reagrupan una amplia gama de manifestaciones. Actualmente, es clásico distinguir diferentes grupos de trastornos: las *disomnias* (anomalías cuantitativas o cualitativas del sueño), las *parasomnias* (acontecimientos conductuales o fisiológicos anormales en el curso del sueño) y los *trastornos circadianos del sueño*. Las disomnias incluyen los insomnios y la somnolencia diurna excesiva.

XXXVIII.3.1. *Los insomnios*

El insomnio es antes que todo una queja subjetiva que emana de un sueño percibido por el individuo como difícil de obtener, insuficiente, insatisfactorio o no recuperador (Gaillard, 1994).

Existen diferentes formas de insomnios. Según la duración de su evolución se distinguen, por un lado, los insomnios *ocasionales* y de corto término de menos de un mes (mala higiene de vida, estrés físico ocasional, altitud, insomnio de ajuste dentro de un contexto de situación estresante o conflictiva), y por el otro, los insomnios *crónicos,* de más de un mes. El DSM-5 ya no distingue, como en su edición precedente, el insomnio primario, contemplado como un síndrome, y el insomnio secundario concebido como un síntoma ligado a otra patología. Por su parte, la segunda edición de la *International Classification of Sleep Disorders* (ISCD) de la American Academy of Sleep Medicine (2009) propone distinguir: por una parte, el insomnio psicofisiológico, el trastorno de percepción del sueño y el insomnio idiopático, que constituyen los insomnios primarios; por otra parte, el insomnio asociado a otras patologías, sin establecimiento de un vínculo de causa a efecto, sino más bien considerado como un insomnio comórbido (Billiard y Dauvilliers, 2004).

Los criterios de definición establecidos por un consenso de expertos (Léger y Ogrizek, 2007) permiten considerar insomnes a las personas que reportan por lo menos una de las siguientes quejas:

—trastorno del adormecimiento (más de 30 minutos para dormirse);

booksmedicos.org

—trastorno del mantenimiento del sueño (por lo menos un despertar durante el sueño de 30 minutos de duración);
—despertar muy precoz (por lo menos una hora antes de la hora elegida);
—sueño no reparador o de mala calidad.

Estas quejas sobrevienen a pesar de las condiciones adecuadas de sueño y se acompañan de consecuencias durante la jornada, se presentan por lo menos tres veces por semana durante por lo menos un mes.

El clínico debe apoyarse, en su empresa diagnóstica, en una entrevista minuciosa del paciente y su cónyuge. La mayor parte de los diagnósticos de insomnio reposan en el interrogatorio, completado en su caso con el mantenimiento de una agenda de sueño asociada o no a la actimetría (medida de la actividad global del individuo por medio de un actímetro, especie de reloj usado en el puño). La evaluación podrá completarse con un registro polisomnográfico del sueño, que está lejos de ser sistemático.

Los diagnósticos diferenciales son, principalmente, el síndrome de retraso de fase (en el que el sueño es normal pero desfasado), los durmientes breves (menos de cinco horas de sueño por noche sin consecuencia a lo largo de la jornada) y la somnolencia diurna excesiva, que debe hacer sospechar otras etiologías específicas (De Saint-Hilaire, 2006).

Los insomnios asociados

La investigación etiológica impone una actitud clínica clásica, con un interrogatorio sistemático. Condiciona el tratamiento y permite no considerar erróneamente un insomnio primario o una causa psicológica. Sin embargo, el hecho de que el paciente consulte por un insomnio aislado no debe generar la ilusión y la idea de que sus problemas provengan de su mal dormir. Existen frecuentemente elementos de naturaleza psicológica que deben investigarse (Gaillard, 1994).

- *Causas orgánicas:* muy numerosas enfermedades pueden tener una repercusión sobre el sueño: dolores (especialmente en ciertas patologías reumáticas), trastornos respiratorios (asma, bronconeumopatía crónica obstructiva), patologías endócrinas (hipertiroidismo, patología suprarrenal, diabetes), trastornos cardiovasculares (insuficiencia cardiaca izquierda) o trastornos neurológicos (enfermedades neurodegenerativas, insomnio fatal familiar, enfermedad de Parkinson, accidentes vasculares cerebrales).
- *Causas psiquiátricas:* aunque existe una evidente intrincación entre trastornos psiquiátricos y del sueño, hay que ser sumamente prudente en este terreno. Por una parte, puede existir, a pesar de la presencia de un trastorno psiquiátrico, otra causa del insomnio; pero el insomnio, por su lado, participa en ocasiones en el desencadenamiento del trastorno psiquiátrico. Clásicamente, la ansiedad está asociada a los trastornos del adormecimiento, y la depresión a un despertar matinal

booksmedicos.org

precoz. En ambos casos se pueden encontrar despertares nocturnos repetidos. Los estados psicóticos agudos pero también los crónicos están frecuentemente asociados a trastornos rebeldes del sueño. El insomio es también un pródromo importante del episodio maniaco.

- *Causas ambientales y tóxicas:* aunque el alcohol sea conocido por sus efectos hipnóticos que facilitan el adormecimiento, su consumo se acompaña también de una inestabilidad del sueño. Éste está muy fragmentado con despertares repetidos. El estadio 3 del sueño lento es raro y el estadio 4 está ausente (Billiard y Dauvilliers, 2004). El alcohol es un depresor respiratorio que aumenta la resistencia de las vías aéreas superiores y además puede agravar un síndrome de apnea del sueño. Por lo demás, la cafeína, el tabaco y otros estimulantes dañan el adormecimiento por estimulación del sistema nervioso central. Finalmente, numerosos medicamentos pueden participar en el insomnio: los estrógenos y los corticoides favorecen el despertar, los betabloqueadores fraccionan el sueño, los hipnóticos benzodiazepínicos por efecto paradójico o en ocasión de la abstinencia (efecto de rebote). El ruido es la causa ambiental de insomnio más frecuente, a partir de los 30 decibeles.

El insomnio primario

Es un diagnóstico por eliminación y reagrupa al insomnio *idiopático* (perfil de un mal durmiente que se remonta a la infancia), el insomnio *psicofisiológico* (insomnio objetivamente verificable, resultado de la cronicidad de un insomnio agudo con tensión somatizada y condicionamiento negativo al sueño) y el *trastorno de percepción del sueño* (ausencia de anomalías del sueño según la polisomnografía con queja desproporcionada) (Billiard y Dauvilliers, 2004).

XXXVIII.3.2. *Somnolencias diurnas excesivas*

Para apreciarlas el clínico puede auxiliarse de la escala de somnolencia de Epworth (Johns, 1991). Tras haber eliminado una insuficiencia de sueño o la utilización de un medicamento depresor del sistema nervioso central, se contemplarán las causas patológicas:

Síndrome de apneas del sueño (SAS)

Este trastorno respiratorio origina una mala calidad del sueño. El síntoma revelador es la somnolencia diurna de la que se queja el paciente, de intensidad variable. Las pausas

booksmedicos.org

respiratorias repetidas y variables, más de cinco veces por hora, producen una fragmentación y una perturbación del sueño. En efecto, la contracción de los músculos dilatadores de la faringe se opone insuficientemente a la presión negativa en ocasión de la inspiración (Lévy, 2007), teniendo como consecuencia la aparición de un colapso faríngeo, completo (apnea) o incompleto (hipopnea, ronquido).

Típicamente se trata, lo más frecuentemente, de un hombre en la cincuentena, con sobrepeso y aumento del perímetro del cuello. El sueño es agitado con ronquidos nocturnos sonoros que molestan al entorno, interrumpido de manera repetida, con posibles despertares frecuentes, al igual que nicturia. Los síntomas diurnos asocian a la somnolencia excesiva inexplicada desde la mañana, irritabilidad y trastornos de concentración. Al examen clínico se encontrará frecuentemente una hipertensión arterial. Hay que hacer notar que el SAS es responsable de un aumento del riesgo cardiovascular: enfermedad coronaria, hipertensión, trastornos del ritmo o aparición de un accidente vascular cerebral.

La narcolepsia

La enfermedad se inicia, en general, entre los 15 y los 30 años, pero existe frecuentemente un retardo diagnóstico. Los signos clínicos son bastante característicos, con la aparición en un individuo joven de accesos de sueño irreprimibles y restauradores de un nivel de despertar normal por algunas horas, posiblemente asociados a manifestaciones disociadas del sueño paradójico: alucinaciones hipnagógicas (al adormecimiento) o hipnopómpicas (al despertar), frecuentemente desagradables y que son en ocasiones fuente de terror para el individuo (Billiard, 2007). La presencia de *cataplexia* constituye una forma particular de narcolepsia y es patognomónica. Puede aparecer de manera secundaria dentro de la evolución de la enfermedad. La cataplexia corresponde a la pérdida súbita bilateral del tono muscular, que va desde una fracción de segundo a algunos minutos, en ocasión de emociones lo más frecuentemente positivas (acceso de risa, discusión con alguien, triunfo deportivo, pero también cólera).

El diagnóstico se confirma por el registro polisomnográfico seguido de una prueba repetida de adormecimiento. El primero muestra un adormecimiento rápido, directamente en sueño paradójico en casi la mitad de los casos, una disminución de los estadios 3 y 4 del sueño lento en provecho del estadio 1. El segundo plantea el diagnóstico con una latencia media de adormecimiento inferior a ocho minutos con presencia de sueño paradójico en por lo menos dos pruebas de adormecimiento.

Existen formas familiares de la enfermedad, pero son raras (Viot-Blanc, 2000), al igual que las formas secundarias (lesión a nivel del tercer ventrículo o de la región póntica, traumatismo craneano, enfermedad desmielinizante).

Otras hipersomnias

booksmedicos.org

El *síndrome de movimientos periódicos de los miembros* se manifiesta por una extensión del gran ortejo, una flexión dorsal del pie y a veces una flexión de la rodilla, aproximadamente cada 30 segundos, en el origen de los microdespertares que impiden un sueño de calidad (Viot-Blanc, 2000). Las *hipersomnias recurrentes* constituyen un conjunto de afecciones más bien raras, caracterizadas por episodios de sueño más o menos continuo, con una duración media de alrededor de una semana y que se reproducen a intervalos variables. El síndrome de Kleine-Levin es su prototipo (somnolencia intensa en un adolescente masculino, asociada a trastornos compulsivos de conducta), pero se pueden observar igualmente hipersomnias periódicas ligadas a la menstruación (Billiard, 2007). Las *hipersomnias comórbidas* no pertenecen a los cuadros diagnósticos contemplados precedentemente; están asociadas ya sea a un trastorno psiquiátrico (sobre todo un trastorno del humor, un trastorno de la personalidad), ya sea a un trastorno orgánico cuya participación puede establecerse. La *hipersomnia idiopática* es una hipersomnia que no presenta las características de la narcolepsia; esta queja está frecuentemente asociada a una disminución del contraste vigilia-sueño. Habrá que distinguir las hipersomnias idiopáticas con o sin alargamiento de la duración del sueño (Billiard, 2007).

XXXVIII.3.3. *Las parasomnias*

Las *parasomnias de transición vigilia-sueño* incluyen las alteraciones nocturnas del ritmo (balanceo del cuerpo), los sobresaltos del sueño, la somniloquia y los calambres nocturnos de los miembros inferiores (Viot-Blanc, 2000). Estas manifestaciones tienen tendencia a producirse en el momento del adormecimiento. Las *parasomnias del sueño lento ligero* incluyen el *bruxismo,* que se produce esencialmente durante el sueño ligero, pero también la *enuresis nocturna,* el síndrome de muerte súbita, la distonía paroxística nocturna. Las *parasomnias del sueño lento profundo* corresponden a un despertar incompleto, generalmente a partir del sueño lento profundo, con disociación psicoconductual: despertares confusionales, terrores nocturnos y sonambulismo (Reimao, 1994). Estas parasomnias ocurren sobre todo durante la infancia y habitualmente cesan en la adolescencia. Las *parasomnias del sueño paradójico* incluyen las pesadillas, las parálisis del sueño (despertar consciente con imposibilidad de movimientos con excepción de los oculares y que origina una intensa angustia), las manifestaciones penianas dolorosas o anormales, los trastornos del comportamiento durante el sueño paradójico (actuación de los sueños por desaparición de la atonía muscular simultánea al sueño paradójico) (Viot-Blanc, 2000).

XXXVIII.3.4. *Trastornos circadianos del sueño*

Corresponden a una desincronización entre los horarios sociales y la tendencia del reloj

booksmedicos.org

biológico (Léger y Ogrizek, 2007). El *retardo de fase* se produce cuando el individuo tiene tendencia a acostarse tarde y a levantarse tarde. Le ocurre especialmente al individuo joven de sexo masculino y este comportamiento sobreviene sobre todo durante las vacaciones y los fines de semana. De ahí resulta una dificultad para dormirse a la hora deseada, con un despertar difícil. El *avance de fase,* por el contrario, se caracteriza por la tendencia a acostarse al principio de la noche y presentar un despertar muy precoz, a veces durante el curso de la noche. Se trata frecuentemente de una persona anciana.

El *síndrome de desincronización* está ligado al traslado rápido de los husos horarios *(jet-lag)* que ocurre en los viajes hacia el oeste, que necesitan un retardo de fase. El individuo se encuentra relativamente en un avance de fase, con despertar precoz y aumento del sueño paradójico. Por el contrario, los viajes hacia el este hacen que el individuo se encuentre en retardo de fase, con un adormecimiento retardado en relación con su entorno, aumento del sueño lento profundo y disminución del sueño paradójico (Viot-Blanc, 2000).

El *trabajo nocturno* impone horarios que están en conflicto con el equilibrio fisiológico noche-día y la vida relacional. Conduce a trastornos del sueño con uso eventual de excitantes o de alcohol (Léger y Ogrizek, 2007).

El *síndrome hipernictameral* es un trastorno al que se confrontan de hecho los invidentes, que no se benefician de la estimulación por la luz y están sometidos al libre curso del reloj interno (Viot-Blanc, 2000).

XXXVIII.4. Caso clínico

Laurent es un joven de 27 años, enviado a consulta psiquiátrica por su médico general debido a un insomnio. Éste ha eliminado las causas principales de este síndrome y piensa que es oportuna una atención especializada. La entrevista inicial estuvo centrada espontáneamente por el paciente en su trastorno del sueño, del que habla con numerosos detalles pero que lo liga con nada, como si el trastorno se bastara a sí mismo. Laurent se presenta como alguien dinámico; siempre ha tenido un sueño frágil, pero desde hace algunos meses, todas las noches, está angustiado con la idea de no dormir y teme la fatiga del día siguiente que le causa grandes dificultades en el trabajo. En ese momento ningún otro tema pareció poderse abordar. Rehusó el tratamiento propuesto por su médico tratante porque teme volverse dependiente y prefiere resolverlo "completamente solo". Habrá que esperar las entrevistas siguientes para saber que el paciente ha perdido hace pocos meses a su madre, fallecida a causa de un cáncer. Ya había perdido a su padre cuando él tenía 12 años. Éste murió en plena noche, precisamente durante su sueño. Más en confianza, a lo largo de las entrevistas, Laurent podrá comunicar un poco más y evocar sus sueños. La mayor parte tienen una similitud: hay en ellos batallas o tempestades. Se siente mal y quisiera escapar de sus sueños pero no lo logra. La única manera que encuentra cada noche es morir, y ahí se despierta. El vínculo entre la muerte y el sueño permitirá al paciente interesarse en su funcionamiento mental y lo conducirá a poder pensar en temas que evitaba abordar hasta ese momento.

Por otro lado, se le revelará que, más que el miedo de no dormir, es justamente el ir a acostarse lo que puede angustiarlo: adoptar la posición yaciente, dejarse ir, abandonarse. Por lo demás, se da cuenta de que por la noche, en el momento en el que tiene mucho

booksmedicos.org

sueño, no se acuesta inmediatamente por diversas razones, y cuando finalmente decide hacerlo, ya no tiene sueño.

Laurent presenta un insomnio primario de tipo psicofisiológico en el que se encuentran ciertos aspectos típicos, como la tendencia a la cronicidad de un insomnio agudo que se integra dentro de un trastorno adaptativo a un acontecimiento vital, o incluso el condicionamiento negativo durante la noche que mantiene el insomnio, la actitud de buscar de manera activa el sueño cuando que para dormir es necesario, precisamente, no pensar en ello. Léger (2007) evoca la "regla de las tres P": factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores.

XXXVIII.5. Psicopatología

No existe una psicopatología psicoanalítica específica de los trastornos del sueño fuera de la comprensión propuesta para los sueños. No obstante, los analistas de las primeras generaciones consideraron los trastornos del sueño manifestaciones de angustia en el sentido de una "neurosis actual" (véanse los capítulos XVII y XVIII), es decir, en relación directa con las perturbaciones de la función sexual (Held, 1961). Posteriormente, la mayoría de los psicoanalistas abandonaron su interés por el sueño en provecho de los sueños, "camino real que conduce al inconsciente" para Freud. Por otra parte, el soñar es el "guardián del sueño" (Freud, 1917) y, al realizar de manera alucinatoria los deseos, les impide oponerse a la necesidad de dormir. Los analistas provenientes de la corriente psicosomática se interesaron en la vida onírica a partir de observaciones de pacientes que parecían estar privados de ella (pensamiento operatorio); Fain y David (1963) publicaron un reporte sobre esta cuestión que hizo autoridad.

Los sueños en las patologías psiquiátricas presentan ciertas particularidades. En las neurosis, su contenido es frecuentemente ansiógeno; en las psicosis su contenido es frecuentemente crudo, incluso violento, con personajes extraños, y el soñador es en ellos más frecuentemente observador que actor. En los pacientes deprimidos, el reporte de los sueños es frecuentemente breve con personajes familiares (De Koninck, 1994).

En los enfoques cognitivos, los trastornos del sueño son contemplados como un condicionamiento por actitudes y creencias erróneas (De Saint-Hilaire, 2006).

XXXVIII.6. Terapéutica

XXXVIII.6.1. *Insomnios*

Quimioterapias

booksmedicos.org

Dejaremos de lado los insomnios comórbidos o asociados, cuyo tratamiento concierne a cada patología. En los tratamientos del insomnio, la asociación de tratamientos medicamentosos y de métodos no medicamentosos ha revelado frecuentemente ser útil.

El medicamento ideal es aquel que induce rápidamente y de manera segura el sueño, y lo mantiene preservando su arquitectura sin inducir efectos residuales la mañana siguiente. Algunos hipnóticos, como el *zolpidem* y el *zopiclone,* responden a estos criterios. Son agonistas GABA de vida media corta. Están particularmente indicados en los insomnios agudos. No obstante, su prescripción debe ser breve porque existen riesgos de acostumbramiento y dependencia.

Existen otros psicotrópicos. Las *benzodiacepinas* todavía son muy utilizadas por su efecto hipnótico y ansiolítico que genera una impresión de continuidad del sueño, pero al precio de numerosos efectos indeseables (dependencia, efectos residuales diurnos, trastornos de memoria) y de la disminución del sueño lento profundo. Los *antihistamínicos* presentan efectos sedantes más que hipnóticos. Tienen efectos de corto término. Los efectos indeseables son anticolinérgicos con una repercusión cognitiva. No entrañan la dependencia temible de las benzodiacepinas y sus parientes. Los *antidepresivos sedantes* han mostrado su eficacia en los individuos deprimidos, pero ésta es menos cierta en los sujetos no deprimidos. Su utilización puede, empero, mostrarse útil en los insomnios de la segunda parte de la noche. Los *neurolépticos sedantes* pueden utilizarse en los insomnios graves, pero de manera prudente y limitada dados sus efectos indeseables, especialmente sobre la motricidad.

La melatonina forma parte actualmente de los nuevos tratamientos antidepresivos que tienden a mejorar el sueño.

Las medidas no medicamentosas

Si se desea el sueño, hay que tener por lo menos vigilia, y un buen contraste entre vigilia y sueño es necesario para el mantenimiento de su equilibrio (Pringuey, 1997). Un cierto número de medidas pueden ayudar a preservar estos aspectos esenciales para el sueño.

Los *consejos de higiene* y el *control de los estímulos* son numerosos pero fundamentales: respetar los horarios regulares de acostarse y de levantarse, evitar los excitantes a partir de la comida, evitar la siesta, evitar las actividades estimulantes del psiquismo tras la cena, que deberá ser más bien ligera, evitar los conflictos antes de acostarse, favorecer el relajamiento, preservar el entorno de la alcoba y evitar acostarse si no es para dormir.

Los métodos de *relajación* son numerosos. Citaremos los derivados del *training autógeno* de Schultz o incluso el *biofeedback*.

La *restricción del tiempo que se pasa en cama* es una técnica que pretende aumentar la presión homeostásica del sueño en la noche al crear una deuda de sueño por privación.

Las *terapias cognitivas* permiten cribar y después cambiar las creencias y actitudes erróneas del paciente concernientes al sueño (De Saint-Hilaire, 2006).

booksmedicos.org

Los *métodos cronobiológicos* consisten en reformular los hábitos del sueño, lo que permite al paciente mejorarlo en función de su "perfil" de durmiente, según que presente un retraso o un avance de fase. Se podrá asociar a esto la utilización de la fototerapia.

XXXVIII.6.2. *Somnolencia diurna excesiva*

El tratamiento dependerá por supuesto de la entidad diagnóstica. Para el síndrome de apnea del sueño, el tratamiento principal es la ventilación nocturna con presión positiva continua por medio de una mascarilla nasal. El tratamiento de la narcolepsia se basa esencialmente en el *modafinil*, que permite el control de la somnolencia en alrededor de dos terceras partes de los casos.

CONCLUSIÓN

El sueño es objeto de un real interés de los científicos desde hace poco más de 50 años y constituye un verdadero desafío para el hombre moderno, que podría muy fácilmente sacrificar este tiempo necesario para su salud en beneficio de los logros. En efecto, sabemos actualmente que los trastornos del sueño pueden tener graves consecuencias sobre la salud, cardiovasculares pero también endócrinas o psiquiátricas. La actitud diagnóstica del clínico debe mostrarse sistemática y rigurosa, con el fin de no descuidar una causa orgánica. Pero el sueño presenta también una buena correlación con la salud psíquica. El campo de observación no debe, pues, limitarse sólo al sueño, sino ampliarse al conjunto de la psicopatología.

BIBLIOGRAFÍA

American Academy of Sleep Medicine (2009), *International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2),* 2ª ed.

Aserinsky, E., y N. Kleitman (1953), "Regurlarly occuring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep", *Science,* 118, pp. 273-274.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Benoit, O., y J. Foret (1991), *Le Sommeil humain, bases expérimentales physiologiques et physiopathologiques,* Masson, París.

Billiard, M. e Y. Dauvilliers (2004), "Insomnie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37025-B10, Elsevier Masson, París.

De Koninck, J. (1994), "Activités mentales et sommeil", en M. Billiard, *Le Sommeil*

booksmedicos.org

normal et pathologique, Masson, París, pp. 67-76.
De Saint-Hilaire, Z. (2006), *L'Insomnie,* PUF (Que sais-je?), París.
Dement, W. C., y N. Kleitman (1957), "Cyclical variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body mobility and dreaming", *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology,* 9, pp. 673-690.
Fain, M., y C. David (1963), "Aspects fonctionnels de la vie onirique", en *Revue française de psychanalyse,* 27, supl., pp. 241-343.
Freud, S. (1915-1917), "Lecciones introductorias al psicoanálisis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2123-2412.
Gaillard, J.-M. (1994), "Les insomnies, introduction", en M. Billiard, *Le Sommeil normal et pathologique,* Masson, París, pp. 145-148.
——— (1998), *Le Sommeil: ses mécanismes et ses troubles,* Éditions Doin, París.
Guilleminault, C. (1994), "Le sommeil normal de l'homme", en M. Billiard, *Le Sommeil normal et pathologique,* Masson, París, pp. 3-11.
Held, R. (1961), "L'insomnie névrotique", *Évolution psychiatrique,* 25, 1, pp. 1-61.
Johns, M. W. (1991), "A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale", *Sleep,* 14, 6, pp. 540-545.
Jouvet, M. (1962), "Recherches sur les structures nerveuses et les mécanismes responsables des différentes phases du sommeil physiologique", *Archives italiennes de biologie,* 100, pp. 125-206.
Léger, D., y P. Ogrizek (2007), "Insomnie", *La Revue du praticien,* 57, pp. 1545-1554.
Léger, D. (2010), *Le Sommeil dans tous ses états*, Plon, París.
Lévy, P. (2007), "Syndrome d'apnées obstructives du sommeil", *La Revue du praticien,* 57, pp. 1569-1580.
Ohayon, M. M. (2007), "Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale", *La Revue du praticien,* 57, pp. 1521-1528.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Paquereau, J. (2007), "Physiologie du sommeil normal", *La Revue du praticien*, 57, pp. 1529-1541.
Pringuey, D. (1997), "Troubles du sommeil et psychiatrie, clinique de l'alternance et thérapie chronobiotique", *Confrontations psychiatriques,* 38, pp. 61-80.
Reimao, R. (1994), "Les différentes formes de parasomnies", en M. Billiard, *Le Sommeil normal et pathologique,* Masson, París, pp. 348-353.
Reschtschaffen, A., y A. Kales (1968), *A Manual of Standardized Terminology Techniques and Scoring Systems for Sleep Stages of Human Subjects,* Brain Information Service / Brain Research Institute, Los Ángeles.
Schulz, H., y F. W. Bes (1997), "Théories et modèles du sommeil", *Confrontation psychiatrique,* 38, pp. 23-49.
Viot-Blanc, V. (2000), "Troubles du sommeil de l'adulte: hypersomnies, parasomnies et

booksmedicos.org

troubles circadiens", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37680-A06, Elsevier Masson, París.

booksmedicos.org

XXXIX. LA PSIQUIATRÍA FRENTE AL SUICIDIO

CLÉMENT FROMENTIN

El hombre no decide su nacimiento, tampoco decide su condición de mortal; pero por lo menos puede decidir darse la muerte. Como posibilidad inscrita en el umbral de toda existencia, el suicidio concierne a cada hombre. Como lo recuerda Séneca en *La Providencia*, el gesto suicida no tiene nada de extraordinario: "La muerte está al alcance de la mano…" No obstante, esta proximidad está lejos de haberla hecho más familiar, y toda historia humana muestra la mezcla de horror y de fascinación que inspira. En el último frente a frente que el sujeto convoca por su acto y que hace inicialmente existir el silencio y la ruptura de sentido, el suicidio permanece como un acontecimiento *atopos*, "sin lugar", en el cual resuena la ruptura del vínculo entre el hombre y esta "lógica vital" que le parece prescrita (Améry, 1996). ¿Cómo transformar a partir de ahí en objeto de estudio un acto "preparado en el silencio del corazón" (Camus, *El mito de Sísifo,* 1942), del que el observador ignora todo, que no puede penetrar, y frente al cual queda reducido a conjeturas desdichadas, provisorias e incompletas?

El suicidio, pero ¿cuál? ¿Qué hay de común entre el suicidio ilustre de un Catón, de un Empédocles o de un Sócrates, de los que la Antigüedad nos ha legado la admiración, el gesto del melancólico cuyo suicidio se ha convertido en la "ley constitutiva de su conciencia" (Ey, 1950) y el suicidio de un Édouard Levé (2008), cuyo último acto suena como la puesta en abismo de toda una obra?[1] Detrás de un mismo término que nuestra época exalta, desde el suicidio de las células hasta los atentados suicidas, desde los debates sobre la eutanasia hasta los equivalentes suicidas de las automutilaciones, el suicidio sigue siendo un enigma que compromete primeramente el drama y la libertad de toda existencia.

Frente al problema del suicidio daremos en este capítulo un sitio más grande a la respuesta del psiquiatra, ya sea que éste se encuentre frente a un sujeto sometido al llamado de la nada o a recibir a aquel que ha escapado de ella.

XXXIX.1. HISTORIAL Y DEFINICIONES

Introducido al francés en el siglo XVIII a partir del latín *sui* (sí mismo) y *caedere* (abatir, matar), el término *suicidio* significa la acción de causar muerte propia. Las nociones de intencionalidad y de deliberación son criterios que persisten en la mayor parte de las definiciones (Durkheim, 1897); éstas son sin duda necesarias para el epidemiólogo o el

booksmedicos.org

jurisconsulto, pero no dejan de plantear un problema frente al tema del inconsciente tal como lo definió Freud. El término ha servido para construir en francés tres epítetos: el de *suicidé* (suicida, individuo cuyo gesto autodestructivo fue mortal), el de *suicidant* (suicida fallido, individuo que sobrevivió a su pasaje al acto) y el de *suicidaire* (suicida potencial, individuo cuyo discurso o cuya conducta expresa la existencia de un potencial suicida) (*cf.* crisis suicida). La *suicidología* es el conjunto de los trabajos científicos que tienen por objeto la muerte voluntaria.

XXXIX.2. Datos e investigaciones biomédicos

XXXIX.2.1. *Epidemiología del suicidio*

Con una mortalidad estimada en un millón de casos cada año, el suicidio constituye un profundo problema de salud pública, y forma parte de las prioridades de la OMS desde 1999 (Batt *et al.,* 2007; Courtet, 2010). La tasa de incidencia mundial es de 14/100 000, que equivale al deceso de una persona cada 40 segundos. Su distribución geográfica está marcada por fuertes disparidades, que no obstante deben ponderarse debido a las diferencias en las modalidades de recensión: las tasas de mortalidad más elevadas se encuentran en Europa del Este (Lituania: 42/100 000, Bielorrusia: 35/100 000, Rusia: 38.7/100 000), pero también en Japón (23.8/100 000) y en Corea del Norte (17.9/100 000). Las tasas más bajas se observan en América del Sur (Colombia: 4.5/100 000) y en ciertos países de Asia (Tailandia: 2.1/100 000).

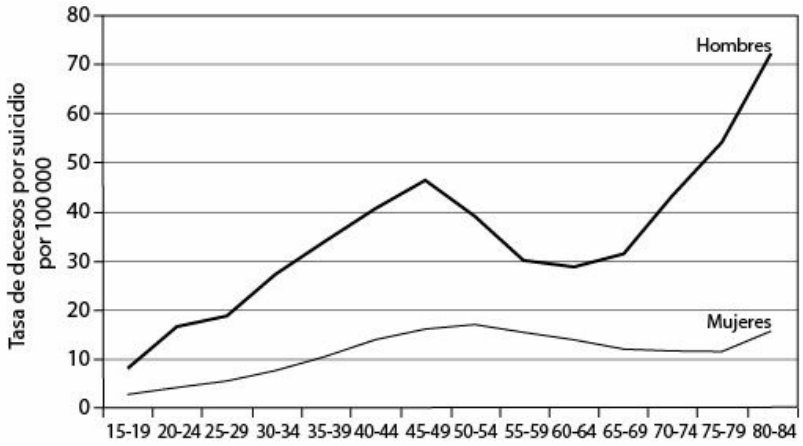
La sobremortalidad masculina (incidencia de 18/100 000 para los hombres y de 11/100 000 para las mujeres a escala mundial) concierne a todos los países con la notable excepción de China.

Francia se sitúa en el 19º lugar mundial, con una prevalencia en 2005 de 17.6/100 000, es decir, más de 10 500 decesos por año (probablemente más cercano a 13 000 si tomamos en cuenta la subdeclaración) (Mouquet y Bellamy, 2006). El suicidio es la tercera causa de muerte en ese país, después de las enfermedades coronarias y el cáncer, y produce alrededor de 2% de los decesos, con una sobrerrepresentación entre los 15 y los 24 años (segunda causa de mortalidad), entre los 35 y 49 (primera causa de mortalidad) y en las personas ancianas. La sobremortalidad masculina es un dato clásico y se sitúa en una relación de tres a uno (para 2006 la tasa de suicidio masculino fue de 25.5/100 000 y de 9/100 000 entre las mujeres) (véase la gráfica XXXIX.1).

La tasa de tentativa de suicidio, a falta de un sistema de recensión fiable, se estima entre 160 000 y 200 000 por año, y muestra, por el contrario, una fuerte prevalencia femenina.

booksmedicos.org

GRÁFICA XXXIX.1. *Tasa de suicidio en función de la edad y del sexo en Francia (INSEE, 2005)*



Los modos de ejecución varían considerablemente en función del país y la cultura, y en relación con los dispositivos accesibles: ahorcamiento en Europa, armas de fuego en los Estados Unidos, defenestración en Hong Kong y Singapur, donde 80% de la población vive en rascacielos (Baca-García *et al.,* 2004). La tasa de suicidio varía en función de las estaciones y es más marcada en primavera y en otoño.

Pero sobre todo, la prevalencia de suicidio presenta fuertes variaciones históricas. En Francia no dejó de aumentar a todo lo largo del siglo XIX, antes de mostrar un descenso significativo durante las dos guerras mundiales. Después de las *Trente Glorieuses*[2] sufrió un fuerte incremento (más de 40% entre 1977 y 1985), seguido de un descenso significativo y continuo (Batt *et al.,* 2007), con un aumento entre los jóvenes a partir de 1970, como en la mayoría de los países occidentales. El tema romántico de una sociedad patógena, que obliga a sus miembros a la soledad, al sufrimiento y finalmente al suicidio, ha acompañado el desarrollo de los estudios sociológicos, los que a partir de Durkheim (1897) han tratado de explicar el potencial "suicidógeno" de cada sociedad, estudiando su relación con los factores históricos y sociales.

Se desprenden algunas tendencias macroestructurales: el suicidio está al alza en todas las crisis económicas pero decrece durante las guerras; su incidencia fue paralela al desarrollo económico en el siglo XIX, pero en oposición con él en el curso del XX (Baudelot y Establet, 2006). Otras variables individuales, como el estatus social, se muestran reveladoras: el aspecto protector del matrimonio entre los hombres y facilitador entre las mujeres es un dato clásico, teniendo el divorcio un efecto inverso; el estatus profesional es igualmente fuente de disparidades, siendo los inactivos más atacados que los trabajadores, y los asalariados más que quienes ejercen profesiones liberales. Pero estos factores de riesgo son variables en el tiempo y en función de las culturas, lo que sugiere que antes que todo, lo determinante es la manera en que esta identidad es recibida social e individualmente. Por último, permanece como un tema debatido la importancia de la imitación de la conducta suicida, reforzada por el eco mediático del

booksmedicos.org

suicidio de ciertas personalidades (Marilyn Monroe, en 1962; Leslie Cheung,[3] en 2003).

XXXIX.2.2. *Genética y neurobiología del suicidio*

Observado desde el siglo XIX, el atavismo de las conductas suicidas ha sido confirmado por estudios familiares, de gemelos y de adopción, y tiende a demostrar la existencia de una susceptibilidad genética que aumentaría la frecuencia de la letalidad de los comportamientos suicidas. La búsqueda de factores de vulnerabilidad según el modelo diátesis / estrés condujo desde 1976 a localizar una vulnerabili-dad biológica basada en una disfunción serotoninérgica. Estudios recientes han puesto en evidencia un rasgo de vulnerabilidad cognitivo, definido como una anomalía de toma de decisión, que podría reflejar una disfunción serotoninérgica del córtex orbitofrontal y que ha sido asociado significativamente a una vulnerabilidad suicida. Esta anomalía de toma de decisión no parece estar agregada a la impulsividad, sino, por el contrario, a la labilidad afectiva (Jollant *et al.,* 2005). Estas investigaciones llevan a proponer la tesis de una vulnerabilidad suicida sostenida por condicionantes genéticos y neurobiológicos propios, que sería independiente de los diagnósticos psiquiátricos. Estos datos hablan a favor de un reconocimiento de las conductas suicidas (CS) como una entidad autónoma, que podría ser descrita sobre un nuevo eje de una futura versión del DSM y que tendría la ventaja de permitir a los clínicos evaluar sistemáticamente el riesgo suicida de los pacientes (Oquendo *et al.,* 2008).

XXXIX.3. CLÍNICA

XXXIX.3.1. *Suicidio y patología mental*

En el estudio de los condicionantes del suicidio, los psiquiatras, a partir de Esquirol, han defendido constantemente, contra los sociólogos, la tesis de la causalidad prevalente de la enfermedad mental. Si la integralidad de los diagnósticos psiquiátricos está asociada a un potencial suicida acrecentado, algunas patologías se muestran particularmente riesgosas (Vedrinne *et al.,* 1996):

Los episodios depresivos

Son con mucho los estados más frecuentemente identificados en ocasión de las autopsias psicológicas. La mortalidad por suicidio es 15 veces más elevada que en la población general, con una prevalencia anual de suicidio entre los deprimidos del orden de 1%

booksmedicos.org

(Harris y Barraclough, 1997). Entre los pacientes bipolares, el riesgo suicida está comprendido entre 25 y 50%, y es mayor en el acceso melancólico, cuando la anhedonia, el dolor moral y la falta de credibilidad en los medios terapéuticos someten al sujeto a una lógica en la cual la muerte es contemplada como la única liberación posible. La ausencia de proyecto elaborado y la existencia de convicciones éticas o religiosas firmes no constituyen una protección suficiente, sobre todo en los pacientes delirantes. La eventualidad de homicidios familiares seguidos de suicidio, relativos a consideraciones altruistas, debe temerse siempre.

La esquizofrenia

El riesgo suicida es igualmente elevado, del orden de 1/10 aproximadamente (Caldwell y Gottesman, 1990). Los sujetos masculinos, jóvenes y toxicómanos son los más vulnerables, sobre todo en los 10 primeros años de la enfermedad (Casadebaig y Philippe, 2000). El riesgo suicida varía en función de las formas clínicas: es más importante para los trastornos esquizoafectivos que en las formas paranoides o deficitarias, pero habitualmente se subrayan la violencia y la letalidad de los métodos utilizados en el cumplimiento del acto (Baca-García *et al.,* 2004).

Los estados limítrofes

El suicidio está igualmente muy presente entre los trastornos de personalidad llamados limítrofes, ahí donde la recurrencia de la ideación suicida, de los comportamientos autoagresivos (flebotomías, automutilaciones, conductas de riesgo), de las conductas adictivas facilitantes (especialmente el consumo de alcohol) y de las tentativas de suicidio es inmanente a su definición: de hecho, se encuentra un comportamiento suicida entre los antecedentes de 55 a 90% de las personalidades *borderline,* con una media de tres a cuatro gestos por paciente (Caillard y Chastang, 2010). La labilidad afectiva y la impulsividad participan estrechamente en una psicopatología del actuar en la que el proyecto permanece poco elaborado. Este trastorno se caracteriza además por la repetición de las conductas suicidas (*suicidosis* de Racamier), que puede convertirse en un modo estereotipado de respuesta a las frustraciones afectivas o a las heridas narcisistas.

XXXIX.3.2. *Situaciones particulares*

Suicidio y trabajo

booksmedicos.org

La responsabilidad de la empresa en la aparición del suicidio en los asalariados, colocada actualmente bajo la luz de los proyectores mediáticos, es muestra de una profunda discusión sobre el trabajo contemplado como generador de sufrimiento y de pérdida de identidad. Los nuevos métodos administrativos que exaltan la evaluación y la rentabilidad han sido los primeros en ser denunciados debido a la desestructuración de la vida en común que inducen y por la agresión al capital simbólico de los individuos que pretenden ignorar (Dejours y Bègue, 2009). El suicidio se muestra entonces como un modo de respuesta irónico a las técnicas de administración que aseguran buscar el bien de los asalariados a los que se dirigen (Miller, 2006). En el reconocimiento de este sufrimiento el clínico no puede, sin embargo, apoyarse solamente en considerar la organización del trabajo y debe poder reconocer la movilización de las defensas propias de cada individuo, *a fortiori* cuando éstas quedan desbordadas.

Suicidio y prisión

El suicidio en el medio carcelario está en constante aumento a partir de los años setenta y se ha reconocido desde hace algunos años como un verdadero problema de salud pública. En efecto, tras un estudio del Instituto Nacional de Estudios Demográficos publicado en diciembre de 2009, Francia ostenta la tasa de suicidios en prisión más elevada de la Europa de los Quince (20 suicidios por 10 000 detenidos, como media anual entre 2002 y 2006).

La institución carcelaria acoge una población donde es frecuente subrayar la imposición de rasgos psicopáticos (inmadurez afectiva, dificultad para verbalizar, impulsividad, conductas adictivas). Pero sobre todo, la detención, la encarcelación, el juicio constituyen otras tantas experiencias violentas que obligan a profundos acomodos psíquicos y de identidad. Esta *sobresuicidalidad* concierne a hombres jóvenes, lo más frecuentemente en detención provisional, o condenados a penas prolongadas, siendo el aislamiento y la ausencia de documentos factores de riesgo suplementarios. La política de prevención se basa en la mejoría de las condiciones de detención, la formación de custodios y la acción concertada de las unidades de consulta y de atención ambulatoria, y de los servicios médico-psiquiátricos regionales.

Suicidio y adolescencia

El hecho de que un adolescente quiera matarse, en tanto que nuestra sociedad hace de ellos los poseedores de valores de indiferencia y de realización, es “un enigma acompañado de un escándalo” (Jeammet, 2004). Las conductas suicidas se señalan en los adolescentes por un diagnóstico psiquiátrico mucho más escaso (10 a 30% de los casos), un pronóstico vital rara vez comprometido, pero con un riesgo importante de recidiva (Palazzollo *et al.,* 2000). Desde hace treinta años, el aumento de la prevalencia

booksmedicos.org

del suicidio y de las tentativas de suicidio entre los adolescentes remiten a un recurso preferencial por la acción, rasgo compartido con la anorexia y las conductas adictivas. Este medio se impone al individuo a falta de poder sobrepasar la amenaza constituida por una decepción narcisista o la imposibilidad de responder a las exigencias paternas, revelando las fallas de la representatividad de la conflictiva psíquica o de la posibilidad de una verdadera organización depresiva. "Cuando todo se escapa, siempre queda una cosa posible: causarse un mal. Tener placer, triunfar, querer vivir es aleatorio y nos convierte en dependientes de los otros. Por el contrario, para destruirse, se está seguro de ser el más fuerte" (Jeammet, 2005). En estas condiciones, el acto de autoagresión se muestra como un medio de encontrar el dominio y salvaguardar la imagen de sí mismo que el individuo no puede decidirse a abandonar.

XXXIX.4. Aspecto médico-legal

Que el suicidio se entienda como un crimen contra el vínculo social lo ilustra la universalidad de las represalias contra los suicidas en todas las civilizaciones. Desde san Agustín y hasta el siglo XVIII, en toda la cristiandad se infligieron sanciones legales a los suicidas (anatema, rechazo a la inhumación, mutilación del cadáver, confiscación de los bienes, condena a muerte de los sobrevivientes). Solamente bajo la influencia del Siglo de las Luces los magistrados atemperaron progresivamente sus juicios, y el suicidio dejó de ser reprimido en Francia a partir de la Revolución (Watt, 2004).

Si en el plano penal el suicidio no es punible, la responsabilidad de los demás puede quedar comprometida a partir de que se establezca la complicidad por una *ayuda material* efectiva. De la misma manera, la ley del 31 de diciembre de 1987, posterior a la publicación y luego a la prohibición de la obra *Suicidio. Manual de uso* (1982), condena "la provocación al suicidio" de la misma manera que "la propaganda o la publicidad" a favor de los métodos o los productos que permitan procurarse la muerte.

La responsabilidad penal del médico es rara vez considerada, y lo más frecuentemente los errores de diagnóstico o de tratamiento no son considerados errores intencionales. Por el contrario, la responsabilidad administrativa de una institución hospitalaria puede establecerse cuando se constata una falta de organización de la atención (mobiliario inadecuado, carencia de vigilancia…). En lo que concierne al secreto profesional, el médico puede quedar dispensado de él cuando juzgue que es necesario informar y prevenir a las personas cercanas, que tendrían de esta manera los medios para ejercer su ayuda y una vigilancia eficaz.

XXXIX.5. Psicopatología

XXXIX.5.1. *Enfoque psicoanalítico*

booksmedicos.org

Al contrario de la *doxa* contemporánea que promete la producción de individuos autónomos, autodeterminados y que disponen de una interioridad y afectos controlables, el psicoanálisis afirma la existencia de un sujeto dividido por sus contradicciones, que no puede abstenerse de una dependencia del Otro, ya sea que éste connote su relación con su propia historia, con sus objetos libidinales o con el lenguaje. Si las ideaciones o el paso al acto suicida se abordan como síntomas, es inicialmente porque estos fenómenos poseen un sentido que no es transparente y que exige un desciframiento. El psicoanalista no puede satisfacerse con las causalidades generales (suicidio a causa de una ruptura amorosa o de un despido) que son el callejón sin salida de las determinaciones propias del sujeto. Todo paso al acto representa una tentativa de representación de un sufrimiento psíquico que no encuentra otra salida, en tanto que sus coordenadas no hayan sido puestas en perspectiva con lo que revelan de tropiezo, de pérdida de conminación en cada sujeto.

Fue su estudio sobre la melancolía el que brindó a Freud (1915) la ocasión de abordar el suicidio, no en su sola dimensión de gesto autopunitivo, sino para revelar en él un deseo de muerte dirigido contra los demás. En el proceso melancólico, la pérdida insoportable de un objeto fuertemente investido de manera narcisista es resuelto por una doble transformación: identificación con el objeto y regresión al estadio del sadismo. De ahí el abatimiento que pesa sobre el individuo pero sobre todo los autorreproches, que sólo son acusaciones disfrazadas dirigidas al objeto perdido: "el yo sólo puede matarse cuando puede […] tratarse a sí mismo como un objeto, cuando le es posible dirigir contra sí mismo la hostilidad que concierne [a este] objeto" (Freud, 1915). En esta misma perspectiva, para Menninger (1985) el suicidio es un acto complejo en el que se mezclan tres dimensiones: la muerte *(dying),* el crimen *(killing)* y el deseo de ser ejecutado *(wish to being killed),* que revelan tres motivaciones diferentes.

Grunberger (1971) y Kernberg (2001) prosiguieron el análisis del acto suicida iluminándolo en su dimensión narcisista y subrayando la importancia del papel del superyó y de los ideales. Si el abandono, la separación o los fracasos reactivan la depreciación y el odio de sí mismo, es antes que otra cosa porque "la incapacidad para tolerar la falta en cuanto soporte del deseo hace vivir al sujeto toda terminación, toda inadecuación a una imagen ideal de sí mismo como una mutilación y una disgregación de la unidad personal, de ahí la tentativa de inmovilizarlo todo en la muerte y en el cadáver" (Botta, 1982). El suicidio se muestra inseparable de una tentativa de dominio por la cual el sujeto se entrega enteramente a sí mismo, por lo cual el acto de agresión funciona también como una tentativa de restaurar su integridad y su potencia. Y puesto que es sin retorno, separándose de los equívocos inevitables de toda palabra, el acto suicida puede entonces señalarse como el único acto que no sea fallido, a riesgo "de no saber nada de él" (Lacan, 1973).

XXXIX.5.2. *Psicopatología cognitiva*

booksmedicos.org

Los estudios sobre las distorsiones cognitivas predictoras de un pasaje al acto suicida condujeron a A. T. Beck a individualizar la profundidad de desesperación (experiencia emocional y cognitiva que colorea toda percepción con una tonalidad negativa) como un mejor indicador del comportamiento suicida que la gravedad del humor depresivo. Neuringer mostró que los individuos con tendencias suicidas eran proclives a adoptar un modo de pensamiento dicotómico a través del cual el mundo sólo es contemplado desde un punto de vista binario que los priva de una flexibilidad psíquica necesaria para la resolución de las dificultades encontradas. Por su parte, Williams postuló la existencia de un déficit cualitativo de la memoria autobiográfica, que provocaría dificultades para la rememoración de las "razones para vivir" y de estrategias que se muestran eficaces en ocasión de situaciones problemáticas (Wasserman y Wasserman, 2009).

XXXIX.6. Terapéutica

XXXIX.6.1. *La prevención*

La mitad de las tentativas de suicidio son recidivas y el riesgo de fallecimiento aumenta en 1% tras el primer gesto suicida. Estos datos justifican la importancia de la prevención del suicidio, que se convirtió en una prioridad de salud pública en Francia a partir del reporte de Debout (1993).

Esta política de prevención se apoya desde 2002 en un diagnóstico acrecentado de los riesgos suicidas, la restricción del acceso a los medios letales, la mejoría de la atención y del conocimiento epidemiológico. El sostén a las asociaciones de escucha y de acogida de las personas con sufrimiento psíquico se reforzó, en tanto que la formación de quienes intervienen en primera línea (educadores, enfermeros, farmacéuticos) y de los especialistas se organizó a partir de las conferencias de consenso de la Agencia Nacional de Acreditación y de Evaluación en Salud (ANAES) (1998, 2000). La sensibilización del público se apoya en la existencia de las Jornadas Nacionales de Prevención del Suicidio (la primera tuvo lugar en 1997) motivadas por la idea de que la comprensión de las causas y de los factores de riesgo de los suicidios permitirá mejorar su diagnóstico y la búsqueda de auxilio.

Si la baja de las tasas de suicidio en los países en los que eran históricamente muy elevadas (Escandinavia, Gran Bretaña, Hungría) indica que es posible una prevención, en Francia, a pesar de la ambición reiterada de los políticos que desean hacer caer la tasa de suicidio bajo el umbral de los 10 000 decesos anuales (Ley de Salud Pública del 4 de agosto de 2004), este objetivo no ha sido alcanzado actualmente.

XXXIX.6.2. *La crisis suicida*

booksmedicos.org

La crisis suicida constituye una urgencia psiquiátrica que se muestra difícil de identificar, como lo revela la frecuencia de los pacientes que consultan a un médico o a un psiquiatra en los días que preceden a un suicidio sin que se haya establecido el diagnóstico. Éste se apoya en el reconocimiento de las rumiaciones centradas en la muerte o la elaboración de un libreto suicida, de los signos de vulnerabilidad psíquica (trastornos de la autoimagen, sentimiento de desesperanza, culpabilidad y autorreproches), signos de impulsividad (agresividad, consumo de tóxicos, inestabilidad conductual) o existencia del *síndrome presuicida* descrito por Erwin Ringel en 1953 (Ringel, 2005), cuando el desarrollo de fantasmas suicidas permanece silencioso tras una calma aparente y una actitud de retraimiento. Es esencial descubrir la existencia de una patología psiquiátrica activa (en particular un episodio depresivo) y documentar los antecedentes de tentativa de suicidio, puesto que 50% de las tentativas son recidivas. La existencia de un libreto suicida y sus modalidades prácticas deben ser objeto del interrogatorio: permitirían esclarecer la urgencia de la amenaza suicida así como su peligrosidad (ANAES, 2000).

La atención propuesta deberá tomar en cuenta la ambivalencia del sujeto frente al tratamiento. La búsqueda de una alianza terapéutica resulta, pues, esencial, incluso si es importante considerar que, en la práctica, la existencia de un riesgo suicida "de urgencia elevada" puede motivar la realización de una hospitalización sin consentimiento. Esta urgencia, según la Alta Autoridad de Salud (2005), se determina por la existencia de un pasaje al acto planificado y decidido, de una decisión racionalizada o, por el contrario, de un desbordamiento de angustia acrecentado por el aislamiento, el rechazo de tratamiento y el acceso inmediato a los medios para suicidarse.

XXXIX.6.3. *La tentativa de suicidio (TS)*

Los servicios de urgencia de los hospitales generales siguen siendo los sitios privilegiados de acogida de los pasajes al acto, que son en su gran mayoría intoxicaciones medicamentosas voluntarias (IMV). Después de los cuidados somáticos, la recolección anamnésica junto al individuo y sus próximos hace aparecer las circunstancias de la tentativa de suicidio. La entrevista con el sujeto, realizada en buenas condiciones, absteniéndose de toda actitud moralizante o demasiado cómplice, permite que surjan los motivos manifiestos (duelo, pérdida de objeto, ruptura, etc.), los antecedentes psiquiátricos y la existencia de un seguimiento médico. La puesta en evidencia de una patología psiquiátrica es un momento importante mayor del examen clínico, puesto que condiciona directamente la orientación y la proposición de tratamiento.

Los primeros motivos expresados se refieren frecuentemente a una incapacidad para sobreponerse a los conflictos y a la necesidad de ya no pensar en ellos. El gesto suicida se presenta entonces como una "solución" que permite colocarse "fuera de acción", ya no continuar viviendo ni pensando, cuando todo resuena sólo con sufrimiento y desamparo. El gesto permite de esta manera poner un término a un dolor de vivir que no pudo encontrar otra salida y que puede también explicar las mejorías, a veces

booksmedicos.org

espectaculares, en un contexto en el que el individuo se encuentra como el objeto de los cuidados, de una escucha y de una atención que le hacían falta.

En tanto que el acto suicida se presenta inicialmente como un corto circuito de la palabra, el encuentro con un psiquiatra ofrece la ocasión de conducir a éste a la representación y a un sentido siempre plural, más allá de las interpretaciones precipitadas de "chantaje afectivo" y otras "llamadas de ayuda". Es esencial distinguir lo que concierne al *acting out* como tentativa de exteriorizar los conflictos internos sobre la escena del mundo, y el *pasaje al acto,* por el cual el individuo busca, por el contrario, extraerse de la escena y de la red simbólica en una voluntad de borrarse proyectándose en las "tinieblas del mundo" (Žižek, 2003). Estas distinciones clínicas son decisivas, puesto que en el primer caso la dimensión fantasmática muestra la permanencia de las representaciones de un deseo de reconocimiento que permanece oculto al individuo, en tanto que el segundo, donde predomina la dimensión de actividad y de descarga motora, remite a una relativa ineficiencia del investimento psíquico (Jeammet, 1985).

XXXIX.6.4. *El tratamiento*

La naturaleza de la atención propuesta está directamente en relación con la severidad de las ideaciones suicidas y la importancia del trastorno psiquiátrico subyacente. Es importante observar que el enfoque terapéutico no debe permanecer centrado en la cuestión del suicidio, sino proceder a una aprehensión global de la psicopatología y de los conflictos actuantes, buscando elaborar con el sujeto los medios de ayuda diferentes. La implicación de los próximos permite evitar la marginalización del sujeto por medio de un reconocimiento de su desamparo y el acondicionamiento de vínculos relacionales diferentes. La proposición de una hospitalización, incluso breve, tendrá como finalidad ofrecer un sitio de contención propicio para la elaboración y la constitución de un vínculo terapéutico que deberá perdurar en el tiempo. Dirigir al suicida a un consultante exterior puede ser una alternativa cuando la amenaza parece ser menor, aun sabiendo que la observancia de este tipo de tratamiento es muy débil.

Desde hace una veintena de años se han desarrollado unidades destinadas a los pacientes jóvenes con tendencias o con intentos suicidas, que ofrecen tratamientos intensivos por un equipo especializado. Este tipo de unidad permite evitar la banalización del acto suicida, que es un elemento determinante de su repetición, así como asegurar al individuo un compromiso efectivo en el tratamiento a través de los tiempos de observación, de elaboración y de intercambio, gracias especialmente a la dimensión transicional de la unidad (Pommereau, 2001).

Habida cuenta de la frecuencia de los cuadros depresivos que conducen a los pasajes al acto, la prescripción de un antidepresivo se muestra frecuentemente necesaria. La elección del antidepresivo deberá evitar las moléculas potencialmente letales en ocasión de una ingesta masiva (tricíclicos) y preferirá las moléculas más sedantes. El uso de ansiolíticos permite igualmente prevenir los *raptus* ansiosos. Entre los estabilizadores del

booksmedicos.org

estado de ánimo, el litio ha mostrado su papel preventivo sobre el riesgo suicida.

Conclusión

El suicidio es un fenómeno complejo, cuyas múltiples aclaraciones (sociales, biológicas, biográficas) no alcanzan a agotarse. A pesar del compromiso de los poderes públicos y de los terapeutas, Francia permanece marcada por una importante tasa de suicidio, en particular entre los adolescentes, en los que constituye la segunda causa de mortalidad. No obstante, esta realidad no es ineluctable.

El problema del suicidio debe estar siempre presente en la mente del clínico que recibe a individuos penetrados por un sufrimiento y una desesperanza vividos frecuentemente como insuperables. Nunca debe temer la evocación de esta cuestión con su paciente, tanto para comprenderlo mejor como para elaborar de manera conjunta los medios para sustraerse a esta condición. Después de una tentativa de suicidio, cualquiera que sea su gravedad, es indispensable iniciar un tratamiento especializado, y siempre deberá discutirse la hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (1998), *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide,* recomendaciones para la práctica.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (2000), *La Crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge,* conferencia de consenso, John Libbey Eurotext, París.

Alta Autoridad de Salud (2005), *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux,* recomendaciones para la práctica clínica.

Améry, J. (1996), *Porter la main sur soi. Traité sur le suicide,* Actes Sud. [*Levantar la mano sobre uno mismo: discurso sobre la muerte voluntaria.* Versión española de Marisa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Anglés, Pre-textos, Valencia, 1998.]

Baca-García, E., M. M. Pérez Rodríguez, C. Diaz Sastre *et al.* (2004), "Suicidal behaviour in schizophrenia and depression: a comparison", *Schizophrenia Research,* 71, 1, pp. 77-81.

Batt, A., A. Campeon, D. Leguay y P. Lecorps (2007), "Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37500-A20, Elsevier Masson, París.

Baudelot, C., y R. Establet (2006), *Suicide, l'envers de notre monde,* Seuil, París.

Botta, J. M. (1982), "Conduites suicidaires et image du corps", en J. Vedrinne, J. O. Quénard y D. Weber (dirs.), *Suicides et conduites suicidaires,* t. II, Masson, París,

booksmedicos.org

pp. 83-91.
Caillard, V., y F. Chastang (2010), *Le Geste suicidaire,* Masson, París.
Caldwell, C. B., e I. I. Gottesman (1990), "Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide", *Schizophrenia Bulletin,* 16, 4, pp. 571-589.
Camus, A. (1942), *Le Mythe de Sisyphe,* Gallimard. [*El mito de Sísifo.* Versión española por Esther Benítez, Alianza Editorial, Madrid, 2000.]
Casadebaig, F., y A. Philippe (2000), "Morbidité et mortalité chez les patients schizophrènes", en G. Vidon (dir.), *Schizophrénies en France: données actuelles,* Frison-Roche, París, pp. 265-280.
Courtet, P. (dir.) (2010), *Suicides et tentatives de suicide*, Flammarion, París.
Debout, M. (1993), *Le Suicide,* informe al Consejo Económico y Social, Imprenta del *Journal Officiel.*
Dejours, C., y F. Bègue (2009), *Suicide et travail: que faire?,* PUF, París.
Durkheim, É. (1897), *Le Suicide, étude sociologique,* PUF, París, 2007. [*El suicidio: estudio de sociología*. Versión española de Manual Arranz Lázaro, Losada, Barcelona, 2004.]
Ey, H. (1950), "Le suicide pathologique, Étude nº 14", en H. Ey, *Études psychiatriques,* vol. 1, t. II, CREHEY (Cercle de Recherche et d'Édition Henri Ey), 2006, pp. 341-378. [*Estudios psiquiátricos,* vol. I. Versión española de Humberto Casarotti, Polemos, Buenos Aires, 2008.]
Freud, S. (1917), XCIII. "Duelo y melancolía [1915]", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VI, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2091-2100.
Grunberger, B. (1971), "Le suicide du mélancolique", en *Le Narcissisme,* Payot, París, pp. 273-299.
Harris, E. C., y B. Barraclough (1997), "Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis", *British Journal of Psychiatry,* 170, pp. 205-228.
Jeammet, P. (1985), "Actualité de l'agir", *Nouvelle revue de psychanalyse,* 31, pp. 201-222.
Jeammet, P. (2004), "Préface", en M. Choquet y V. Graboulan (dirs.), *Les Jeunes Suicidants à l'hôpital,* Éditions EDK, VII-X.
——— (2005), "Le suicide chez l'adolescent: désir de mort ou désir de vie?", en J. J. Chavagnat (dir.), *Prévention du suicide,* John Libbey Eurotext, París, pp. 9-11.
Jollant, F., F. Bellivier, M. Leboyer *et al.* (2005), "Impaired decision making in suicide Attempters", *American Journal of Psychiatry,* 162, 2, pp. 304-310.
Kernberg, O. F. (2001), "The suicidal risk in severe personality disorders: differential diagnosis and treatment", *Journal of Personnality Disorders,* 15, pp. 195-208.
Lacan, J. (1973), "Télévision", en J. Lacan, *Autres Écrits,* Seuil, París, 2001, pp. 509-545.
Menninger, K. (1985), *Man against himself,* A Harvest / HBJ Book, Nueva York. [*El hombre contra sí mismo.* Versión española de F. Jiménez Asúa, Losada, Buenos Aires, 1952.]
Miller, J. A. (2006), "Jacques Lacan: remarques sur son concept de passage à l'acte",

booksmedicos.org

Mental, 17, pp. 17-28.
Mouquet, M. C., y V. Bellamy (2006), "Suicides et tentatives de suicide en France", *Études et résultats,* 488, Dirección de Investigación de los Estudios de Evaluación y Estadística (DREES), París.
Oquendo, M. A., E. Baca-García, J. J. Mann y J. Giner (2008), "Issues for DSM V: suicidal behavior as a separate diagnostic on a separate axis", *American Journal of Psychiatry,* 165, 11, pp. 1383-1384.
Palazzollo, J., M.-A. Chavanis, N. Hatem y C. Rey (2000), "Abord thérapeutique des tentatives de suicides de l'adolescent", *Information psychiatrique,* 76, 9, pp. 1031-1038.
Pommereau, X. (2001), "La prise en charge médico-psychologique des jeunes suicidants en unité spécifique de court séjour", *Nervure*, 14, pp. 27-31.
Ringel, E. (2005), "Incommodités de la vie et gêne présuicidaire", *Évolution psychiatrique,* 70, 2, pp. 427-438.
Vedrinne, J., P. Sorel y D. Weber (1996), "Sémiologie des conduites suicidaires", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37114-A80, Elsevier Masson, París.
Wasserman, D., y C. Wasserman (2009), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention,* Oxford University Press.
Watt, J. R. (dir.) (2004), *From Sin to Insanity. Suicide in Early Modern Europe,* Cornell University Press.
Žižek, S. (2003), "Le suicide et ses vicissitudes", en G. Morel, *Clinique du suicide,* Érès, Tolosa, pp. 183-194.

booksmedicos.org

[1] Este artista, escritor, pintor y fotógrafo se suicidó algunos días después de haber entregado a su editor un manuscrito titulado *Suicidio,* que trata de una larga mediación dirigida a un amigo suicida.

[2] Los "treinta años gloriosos": periodo de fuerte crecimiento económico en la mayoría de los países desarrollados entre 1945 y 1973, recordando las *Trois Glorieuses* jornadas revolucionarias del 27, 28 y 29 de julio de 1830 que hicieron caer al rey Carlos X de Francia. [T.]

[3] Cantante y actor de Hong Kong muy famoso en el orbe oriental. [T.]

booksmedicos.org

XL. TOXICOMANÍAS

ÉRIC CORBOBESSE

El término *toxicomanía* se considera actualmente en desuso debido a su carga histórica y a los prejuicios. Desde hace varios años, los términos *adicción,* que remite a la esclavitud, y *dependencia,* más bien psicoanalítico, lo han remplazado lógicamente. Y sin embargo, la "toxicomanía" infiltra todavía el discurso médico y psiquiátrico y el "toxicómano" permanece como la imagen indiscutible del adicto. Durante largo tiempo el término fue el único para caracterizar el uso repetido de heroína o de cocaína, denominadas de manera poco afortunada "drogas duras".

El término *toxicomanía* parece usarse actualmente por los clínicos como sinónimo de una "adicción grave", ciertamente asociada siempre con los opiáceos, la cocaína y todo tipo de sustancias ilícitas, pero igualmente a otros productos o entidades. No está, pues, fuera de razón, en el lenguaje médico oficioso, hablar de toxicomanía de alcohol, sexo o juego, con tal de que esto evoque comportamientos masivos, violentos o destructores.

XL.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XL.1.1. *Historial*

La figura del toxicómano es una construcción social larga y compleja que cambia a lo largo de los siglos. Las relaciones de los hombres con las drogas comenzaron con la práctica religiosa. Los chamanes fueron, seguramente, los primeros en utilizar los efectos de los productos de la naturaleza sobre la psique, con una finalidad sacra, en el seno de un uso ritual y tradicional. Durante siglos los abusos fueron observados de manera aislada.

En el siglo XIX, la "guerra del opio" vino a sacudir el curso de la historia de las drogas. En efecto, la balanza comercial de China con Occidente se invirtió en detrimento de este imperio, en razón de la importación masiva de opio. El emperador decidió entonces prohibir el tráfico de opio, y después el consumo a su pueblo. Entre 1839 y 1860, Inglaterra, primero sola y después asociada a Francia, impuso a China por la fuerza de las armas la apertura al comercio internacional. Este importante conflicto dejó augurar lo que sería el futuro…

booksmedicos.org

En la segunda mitad del siglo XIX, los progresos fulgurantes de la era industrial y más precisamente la formidable expansión de la química, con la síntesis de los principales alcaloides, acabó de transformar el paisaje. La modernización del comercio y de la distribución terminó por permitir la amplia difusión de sustancias a la población no médica, en una profusión de licores, jarabes, elíxires y grageas, en tanto que el opio y después la morfina, la cocaína e incluso la heroína estaban libremente a la venta. A partir de ese momento surgió la toxicomanía como fenómeno social. Los hombres de letras, los filósofos y los artistas se convirtieron en sus modelos. A principios del siglo XX, los fracasos de un control médico del consumo de las drogas llevaron progresivamente a los Estados a legislar, reglamentando su uso.

XL.1.2. *Situación nosográfica*

Para la medicina moderna, la primera dependencia que mereció el interés fue la del alcohol. El "alcoholismo" fue su modelo prínceps, también llamado "monovariado", puesto que parecía contar sólo el producto. Era el tiempo de los ismos, sobre el modelo del saturnismo por el plomo, el eterismo o el morfinismo, que implicaban también una ingestión voluntaria de drogas. Después vino el modelo bivariado, con el reino de las manías y la toxicomanía que adquiriría prestigio. Además del producto, este modelo toma en cuenta la persona del toxicómano, que ahora se intoxica voluntariamente. Finalmente, el modelo trivariado es el que priva actualmente, igualmente llamado modelo biopsicosocial, hecho célebre por el aforismo de Claude Olivenstein: "La toxicomanía es el encuentro de un producto, una personalidad y un momento sociocultural".

Las nosografías modernas ya no usan el término toxicomanía. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) utiliza el término *farmacodependencia:*

> Un estado físico y en ocasiones igualmente psíquico, resultante de la interacción entre un organismo viviente y una droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que incluyen siempre una pulsión para tomar el producto de manera continua o periódica con el fin de obtener sus efectos psíquicos y algunas veces evitar el malestar de la privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser dependiente a varios productos.

Goodman (1990), psiquiatra inglés, prefiere el término *dependencia.* Ha formulado una definición de adicción, sin valor oficial, pero apreciada por su ventaja de no estar asociada a un objeto preciso y puede entonces extenderse a las adicciones sin droga en su dimensión impulsiva y compulsiva (véase el capítulo XLI). Describe la adicción como "un proceso en el cual se realiza un comportamiento que puede tener como función brindar placer y aliviar un malestar interior, y que se caracteriza por el fracaso repetido de su

booksmedicos.org

control y su persistencia a pesar de las consecuencias negativas". Sus criterios de definición aparecen en el cuadro XLI.1.

La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (1992) define dos modos de consumo: la utilización nociva para la salud y el síndrome de dependencia. Este grupo nosológico se define por el conjunto de fenómenos conductuales y psíquicos secundarios a la utilización de una sustancia psicoactiva. Allí se encuentra definido el matiz entre la dependencia y el abuso. Incluye: *1)* la intoxicación aguda, *2)* la utilización nociva para la salud, *3)* el síndrome de dependencia, *4)* el síndrome de supresión, *5)* el síndrome de supresión con *delirium, 6)* el trastorno psicótico, *7)* el síndrome amnésico y *8)* el trastorno residual o psicótico de aparición tardía. Cada una de estas categorías está presidida por el código de la sustancia.

El DSM-5 (quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) de la ANP (2013) no distingue, como su edición precedente, entre el abuso y la dependencia, contentándose con especificar las adicciones a sustancias como "ligeras", "moderadas" o "severas". Al mismo tiempo, con los trastornos inducidos por una sustancia se han simplificado en relación con los de la CIE-10: intoxicación, abstinencia y, según los productos, con o sin trastornos de las percepciones.

XL.2. Datos e investigaciones biomédicos

XL.2.1. *La investigación biológica*

Las diferentes sustancias aumentan la cantidad de dopamina en el seno del sistema límbico (sistema del placer), con una sobreestimulación cuando hay tomas repetidas. Uno de los modelos considerados por los neurofisiólogos tras el estudio de los fenómenos de tolerancia, de sensibilización y de abstinencia es el de los *procesos oposicionistas*, a saber, que el placer no puede separarse de su contrario, el dolor. La tolerancia puede entenderse según este modelo como si al placer procurado por una droga se le agregara poco a poco de manera fisiológica el proceso inverso. Esto explicaría la disminución progresiva de las sensaciones agradables; después la necesidad, prueba de que prosigue, tras la suspensión de la droga, el proceso opuesto negativo. Este mismo fenómeno explica también plenamente el placer del corredor de maratón al final de la carrera (Vincent, 1999).

Existe una implicación del córtex prefrontal en los mecanismos de control y de inhibición que están afectados por la exposición prolongada y abundante a las drogas. Este mismo córtex prefrontal está asociado a las recaídas y a los fenómenos de *craving,* que se desencadenan en ocasión de la exposición del producto en diferentes contextos ambientales, o en ocasión de una ingesta, incluso débil.

Las investigaciones han identificado igualmente circuitos asociados al estrés en ocasión de la activación del eje hipotálamo-hipofisiario.

booksmedicos.org

Estas disfunciones neuroquímicas se consideran durables y explican en parte las recaídas tras la abstinencia, incluso varios años más tarde.

Por lo demás, los estudios de la conducta animal, así como los estudios en gemelos, han permitido examinar las diferencias individuales de las respuestas a las drogas, y descubrir de manera secundaria el papel de los factores de predisposición genética. Como ocurre frecuentemente en psicopatología, no hay genes específicos, sino más bien una vulnerabilidad genética común a las expresiones fenotípicas múltiples que dependen especialmente del ambiente precoz.

XL.2.2. *Neurofisiología y neuropsicología*

La *alexitimia* de Sifneos (1972) es a la neuropsicología lo que el concepto de pensamiento operatorio desarrollado por la escuela de psicosomática al psicoanálisis (véase el capítulo XII). Se trata de un déficit en la representación de lo simbólico en general y de las emociones en particular, ya sea en su identificación como en su expresión. Este concepto es utilizado particularmente en los trastornos adictivos. Para el sujeto toxicómano, la alexitimia sería una defensa contra las representaciones intolerables debido al enquistamiento precoz de afectos traumáticos no simbolizados. La alexitimia, al igual que la conducta adictiva, tendría la misma función defensiva de proteger el psiquismo de todo conflicto (Corcos *et al.,* 2003).

El concepto *búsqueda de sensaciones* de Zuckerman (1979) se define como la necesidad de experiencias nuevas y complejas, en relación con la necesidad de mantener un elevado nivel óptimo de activación cerebral (avidez por los estímulos externos intensos y nuevos, elevada susceptibilidad al aburrimiento). Este modelo representa una tentativa de elaboración de un modelo psicopatológico general para el conjunto de las conductas de dependencia; intenta definir un factor neurofisiológico común a las adicciones "clásicas", a las adicciones sin droga e incluso a la psicopatía y a las tentativas de suicidio. Posee su propia escala en cuatro dimensiones: búsqueda de peligro y de aventura, búsqueda de novedad, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento. La búsqueda de sensaciones aparece como un factor favorecedor, esencialmente iniciador de los primeros consumos de drogas y de alcohol, favoreciendo el aspecto desinhibidor y euforizante más que el aspecto ansiolítico.

XL.2.3. *Los productos*

Toda tentativa de simplificación de las drogas resulta vana. Las drogas siguen siendo intrínsecamente complejas, a la vez veneno y remedio, doble sentido que les reserva el término griego *pharmakon,* que no traduce el *toxicon* de "toxicomanía". Si existe un sustrato psicopatológico común, cada producto conserva su especificidad en la relación que el sujeto dependiente mantiene con él. Es difícil hablar de toxicomanía sin evocar en

booksmedicos.org

detalle las propias drogas y sus efectos.

Los opiáceos

Éstos "imitan" a las endorfinas naturales estimulando los receptores opioides μ *(mu)*. La amapola (adormidera) es la planta que origina a esta familia. Sus propiedades sedativas se conocen desde la noche de los tiempos. Los procedimientos de refinación y la química moderna han producido moléculas con efectos cada vez más controlados. El opio (el látex de la amapola), el láudano (la tintura), la "rachacha" (la decocción), la morfina (alcaloide sintetizado en 1817), la codeína y la heroína (sintetizada por acetilización de la morfina en 1874) son otras tantas sustancias denominadas "opiáceas". Forman parte de los analgésicos más potentes de la farmacopea. Pero todos ellos procuran, igualmente, en mayor o menor intensidad, el bienestar, la paz interior, el apaciguamiento de las tensiones, hasta llegar a un repliegue sobre sí mismo: "el planeta". Para el espectador exterior, los signos que dominan son la somnolencia y la miosis que transforma las pupilas en cabezas de alfiler.

Los riesgos de la sobredosis son particularmente graves, con trastornos de la conciencia, coma, después paro cardiorrespiratorio, llamado *overdose* (OD), y por ello son también las drogas del riesgo y del juego con la muerte. La toma de opiáceos se realiza por inhalación, ingestión o inyección, en este último caso con un efecto particularmente potente: el *flash,* comparado con una descarga breve, orgásmica, de placer intenso. El riesgo de dependencia física es mayor y, cuando se ha establecido, el síndrome de supresión es intensamente proporcional al placer vivido, con dolores físicos, ansiedad y disforia, haciendo particularmente difícil su desarrollo completo.

La cocaína

Es un alcaloide derivado de la hoja de coca, planta conocida por los indios de Sudamérica como terapéutica en los casos de fatiga y de altitud. Es una droga psicoestimulante que aumenta la concentración de la dopamina en el sistema nervioso central. Facilita despertar un sentimiento de dominio de sí mismo, hiperlucidez y excitación. Es la droga de la fiesta, del grupo, de la integración e incluso del logro (intelectual, físico o sexual). Se utiliza en medicina como anestésico local. La cocaína se fuma, se inhala dispuesta en "líneas", se inyecta algunas veces mezclada con la heroína *(speed-ball)*. El *crack* o "piedra" es una forma sólida particular que se inhala y cuyo efecto es más fulgurante. La ingesta de cocaína conduce a una excitación y más tarde a un "descenso", experimentado de manera particularmente displacentera que incita a recurrir al producto inicial o a sustancias sedantes (alcohol, benzodiacepinas, incluso heroína).

En ocasión de un consumo abusivo y continuo, aparecen ideas interpretativas de

booksmedicos.org

temática persecutoria, agresividad, depresión y en ocasiones accesos psicóticos.

La cocaína conduce sobre todo a una fuerte dependencia psíquica, así como a una intensa sensibilización, pero no a la dependencia, a la abstinencia o a la tolerancia físicas. Esto no le quita nada a su poderoso potencial adictivo. La intensidad de su repercusión psicológica explica y hace particularmente violentas las manifestaciones de *craving* ("deseo ardiente"), y por ello las recaídas rápidas. La abstinencia produce lasitud, ideas depresivas, abatimiento, hipersomnia, pudiendo llegarse hasta la ideación suicida.

LSD, anfetaminas, éxtasis

El LSD es un potente alucinógeno descubierto en 1938 por el químico Hofmann. Es un derivado químico del cornezuelo del centeno, ya conocido como psicodisléptico. Produce modificaciones sensoriales intensas, como las alucinaciones visuales. Sus efectos sobre el psiquismo son variables de un individuo a otro, pero dejando la fuerte impresión de haber tenido acceso a otro mundo. Los principales riesgos son los efectos secundarios psiquiátricos: angustia en el descenso, el "mal viaje" *(bad trip),* los episodios delirantes… El LSD está íntimamente asociado a la cultura psicodélica de los años setenta. Los investigadores creyeron, gracias a esta molécula, poder descubrir los misterios del psiquismo y curar con él numerosos trastornos mentales, sin resultados probados.

La ketamina, anestésico desviado de su uso médico, forma parte también de la clase de los alucinógenos, al igual que numerosas plantas y hongos a través del mundo.

Las anfetaminas o *speed* también tuvieron su hora de fama. En los años cincuenta, tras el éxito de las píldoras entre los pilotos de caza durante la guerra, las utilizaron en los Estados Unidos para la pérdida de peso, la preparación de los exámenes, el trabajo en la fábrica… ¡La sociedad de consumo nacía!

Prima del LSD y de las anfetaminas, también de origen sintético, el éxtasis o MDMA (metilen-dioxi-metilanfetamina), aunque fue sintetizado por primera vez en 1914, se convirtió en el curso del final del siglo XX en el prototipo de las "nuevas drogas". Ingerido en comprimidos adornados, el éxtasis tiene una acción estimulante pero singular: euforia, aumento de las percepciones sensoriales, acrecentamiento de las capacidades de comunicación y de empatía. Actúa principalmente sobre el sistema serotoninérgico. Es neurotóxico y posee efectos secundarios somáticos (hipertermia) y psiquiátricos graves (crisis de angustia, delirio y episodios depresivos). En ocasión del descenso aparece un cortejo de síntomas como la apatía y sentimientos depresivos más o menos graves. No provoca dependencia física, su consumo es frecuentemente controlado y el riesgo adictivo es sólo psicológico.

Nuevas moléculas, como el *ritalín* y el *modafinil,* han venido a enriquecer la lista de las sustancias dopantes. Su potencialidad toxicomanógena todavía es mal conocida.

Los psicotrópicos

booksmedicos.org

Los ansiolíticos y los hipnóticos de la clase de las benzodiacepinas generan dependencia física con tolerancia y síndrome de abstinencia. Su prescripción por periodos largos representa un problema de salud pública: en el consumo desviado con pretensión toxicómana, las dosis ingeridas son frecuentemente impresionantes, con amnesias secundarias, en ocasiones con un riesgo vital. Los usuarios dicen que se "empastillan". Otras moléculas utilizadas fuera de su uso médico pueden provocar toxicomanías, como es el caso del hidrocloruro de trihexifenidilo (Artane), anticolinérgico utilizado para la enfermedad de Parkinson, y actualmente con menos frecuencia para la corrección de los efectos secundarios neurológicos de los neurolépticos.

XL.3. LA CLÍNICA

XL.3.1. *Descripción clínica*

El punto común en toda toxicomanía es un terreno particular hecho de ataques al narcisismo y a la identidad. Incluso si la toxicomanía no se reduce a ellos, se les encuentra regularmente ya sea de manera estructural (carencias en la infancia) o contextual (estado traumático); esta observación es tanto más frecuente cuanto que las formas son graves. Es lo que Olivenstein (1982) llamaba el "espejo roto". La historia de la persona, su mundo interno tal como se construyó durante la infancia, van a contar de manera muy particular en la compleja ecuación que es la adicción. Por una aparente contradicción, mientras más pesado es el peso del mundo interno, la realidad externa es más susceptible de servir como contrapeso y desempeñar un importante papel.

La toxicomanía puede presentarse en cualquier edad, o más bien en todas las ocasiones o acontecimientos de la vida, con tal de que la persona esté bastante vulnerable en ese momento. Es aquí como se mide la importancia de su historia, de su genética y de su entorno… El tóxico no basta y, lejos de ello, hay mil maneras de volverse toxicómano. Puede haber toxicomanías menores de drogas llamadas "duras" o toxicomanías mayores de drogas llamadas "suaves"; toxicomanías que son el resultado de una utilización controlada de un mismo producto durante varios años, o iniciarse inmediatamente a partir de la primera cita…

No obstante, la adolescencia es generalmente el tiempo del establecimiento de las toxicomanías, y esto por varias razones: primero porque las perturbaciones internas y la necesidad de elaborar una nueva economía pulsional se desarrollan en esta época de la vida; después porque la adolescencia es el tiempo de las separaciones y de la individualización, de los cuestionamientos sobre la propia autonomía y la dependencia. La droga llega en ocasiones a hacer creer al joven que puede ahorrarse estos cuestionamientos al brindarle, "con las llaves en la mano", la ilusión de dominar la situación. En lugar del vínculo con los padres, más o menos interrumpido, el chico puede investir y más tarde volverse dependiente de un elemento neutro, sin rostro ni deseos

booksmedicos.org

para él. Si las carencias y la vulnerabilidad son demasiado grandes, pueden dar lugar en la adolescencia y en la inmediata postadolescencia a conductas patológicas de la acción, entre ellas la toxicomanía.

Las primeras ingestiones y su contexto, como el sitio y la calidad del grupo de pares dentro del cual evoluciona el adolescente, así como su relación con la transgresión, van a desempeñar un papel primordial en la historia que el sujeto mantenga con la droga. A este propósito, Olivenstein (1987, 2001) prefería hablar de una clínica de la intensidad más bien que de una clínica de la causalidad. Preconizaba interesarse igualmente, incluso más, en las condiciones del encuentro que en el encuentro mismo. Como quiera que sea, si la persona encuentra en ese primer contacto un medio inesperado de colmar sus fallas, de procurarse placer, de apaciguar su dolor, de forjarse una identidad, las oportunidades de que se haga adicto son grandes, con la alienación secundaria que supone el producto. La conducta adictiva llegará a drenar todos los investimentos del sujeto y a convertirse en la "vía final común de descarga de todas las excitaciones" (Brusset, 1990).

Sin embargo, tras la luna de miel más o menos larga, el placer se atenuará y el universo se restringirá a dos dimensiones: que el producto esté ahí y todo irá bien, o que no esté y nada irá bien… Esta aparente simplificación de la vida tiene sus ventajas, ya que conduce las preguntas alrededor del deseo a respuestas que conciernen a la necesidad. El sufrimiento es la opción deseada, justamente porque la solución es conocida y elemental. William Burroughts (1952) hablaba a este respecto de un "álgebra de la necesidad", De M'Uzan (1984) de "esclavitud de la cantidad". Si alguna vez falta el objeto droga, aparecerá entonces la "ausencia de la ausencia", todavía más problemática…

Sin embargo, lejos de la concepción destructora y diabólica, la droga puede también tener ciertas virtudes de apoyo. Se convierte en el recurso vital que, al animar un yo derruido, colmará un mundo interno incapaz de hacerlo solo con sus objetos. Con la droga, de la heroína a la cannabis, se puede también, en ocasiones, levantarse e ir a trabajar, amar o vivir… Sin ellos viene el derrumbe o el suicidio, que puede por lo demás llegar a precipitar una abstinencia demasiado brusca. Estos casos ilustran tal vez mejor la necesidad vital que tienen algunos de recurrir a una droga para mantener una continuidad del yo y procurarse una identidad válida.

XL.3.2. *Comorbilidad*

A partir de la década de 1980 el tema de la comorbilidad en los toxicómanos es una de las vías privilegiadas de investigación y de tratamiento. Es, en general, más difí-cil de tratar, por ser más atípica y responder menos al tratamiento. De esta manera se ha vuelto necesario buscar de manera sistemática un trastorno asociado. Éste puede ser previo a la toxicomanía, consecuencia de ella o concomitante. Todas las categorías psiquiátricas pueden cohabitar con el diagnóstico de toxicomanía, con una fuerte prevalencia de los trastornos depresivos, los trastornos de la personalidad y de la alexitimia en las conductas

booksmedicos.org

generales de dependencia.

La dificultad de atención de estos pacientes con un *doble* diagnóstico, que se considera muy frecuentemente *entre* dos diagnósticos, es muy real, con importantes riesgos de tratamiento fragmentado, discontinuo, de exclusión o de suicidio. Es impresionante el ejemplo de los pacientes esquizofrénicos, indeseables en el seno de las redes de la toxicomanía a causa de los trastornos mentales, y mal acogidos en psiquiatría a causa de la toxicomanía. Son claramente necesarios los esfuerzos para mejorar esta situación. El examen de las experiencias anglosajonas y quebequenses sugiere preferir un enfoque específico de estos pacientes, es decir, un modo de tratamiento simultáneo e integrado de ambos diagnósticos, más que un enfoque secuencial o paralelo, y esto cualesquiera que sean las modalidades de tratamiento establecidas. Mientras tanto, deben realizarse esfuerzos muy particulares para el descubrimiento precoz de las comorbilidades y la ampliación de la oferta de atención de las instituciones concernidas.

XL.3.3. *Evolución*

Hay tantas diferencias pronósticas como variedades clínicas. El destino del toxicómano es incierto, y la abstinencia completa no es el único marcador que permitiría concluir en una "curación". Ciertamente se puede esperar la abstinencia total y definitiva como un ideal, pero existen muchas otras vías de evolución: sustitución a lo largo del tiempo, abstinencias parciales, transferencia de la dependencia hacia otros productos, lo más frecuentemente al alcohol, en ocasiones el juego…

Las complicaciones somáticas son muy numerosas: sobredosis, infecciones por VIH, hepatitis C, abscesos (frecuentes tras inyecciones de *buprenorfina*), necrosis nasales o accidentes cardiovasculares por la cocaína. Las consecuencias sociales son en ocasiones dramáticas: aislamiento, marginación, hechos delictivos acompañados o no de encarcelamiento. Finalmente, la mortalidad, incluidas todas las causas, no es reducida: hasta 3% por año.

XL.4. Caso clínico

M. M. es tratado en un centro especializado en toxicomanías desde hace seis años. Actualmente ha programado una hospitalización destinada a lograr la abstinencia de la buprenorfina (tratamiento de sustitución oral) que le ha sido prescrita en ese mismo centro. Cuando M. M. consultó por primera vez, inhalaba regularmente heroína, lo que no le impedía trabajar ni vivir con una pareja. Al constatar que su consumo no dejaba de aumentar, y teniendo el sentimiento de estar cada vez más "enganchado", decidió consultar. Intentó una primera abstinencia pero algunas semanas después de su egreso reanudó el consumo. Entonces se decidió con él la prescripción de un tratamiento de sustitución oral. Durante casi cinco años M. M. se benefició ampliamente del tratamiento, que le permitió especialmente obtener una estabilidad profesional y afectiva. Las posologías de ese tratamiento han ido

booksmedicos.org

disminuyendo regularmente, aunque haya habido breves episodios de consumo de heroína. Los últimos miligramos parecen particularmente difíciles de disminuir en tratamiento ambulatorio, a pesar de ser grande el deseo de abandonar totalmente este tratamiento. Se le propone entonces una abstinencia acompañada en el seno de un servicio hospitalario. El seguimiento no se suspenderá y el equipo continuará recibiéndolo en los meses siguientes a su egreso.

XL.5. Psicopatología

XL.5.1. *Enfoques psicoanalíticos*

Freud escribió poco sobre el tema de las adicciones, a pesar de haber tenido la experiencia personal de la cocaína. Desde 1890 procedió a un primer reagrupamiento de lo que llamó los "hábitos morbosos". Trató inicialmente de investigar el origen de la dependencia humana en los primeros estadios de la vida psíquica y vinculó la masturbación (primera adicción), la toxicomanía y el alcoholismo a una fijación oral. Subrayó de esta manera cómo el uso de una sustancia sirve de sustituto, de producto de remplazo en a una falta de satisfacción de las primeras pulsiones sexuales. En *Dostoievski y el parricidio,* Freud (1928) evocó el juego patológico y nuevamente lo refirió a la actividad masturbatoria. En él veía un proceso de autopunición reprimido.

Ferenczi (1911) retomó la tesis de la fijación oral, que vinculó con la dimensión perversa sadomasoquista, y Abraham (1908) sugirió la inclinación homosexual inconsciente en el alcoholismo, mostrada por los grupos de hombres en la barra de las tabernas. Rado (1975) insistió en la dimensión depresiva que llamó "depresión ansiosa" y reportó el papel de paraexcitación del producto que alivia las tensiones, organiza la personalidad y regula el humor por un ciclo "farmacotímico". Describió el psiquismo del toxicómano como un aparato de placer autoerótico que recurre al producto para reencontrar su narcisismo original. Finalmente, Fenichel (1945) comparó las toxicomanías con "neurosis impulsivas" y vio en ellas el cumplimiento de un profundo deseo de un modo más urgente de lo que son habitualmente los deseos sexuales o instintivos. Para él, los toxicómanos sólo buscan obtener su satisfacción sin velar nunca en satisfacer a los demás, y definió igualmente las "toxicomanías sin droga" (véase el capítulo XLI).

De esta manera, los autores que parten de la teoría de las pulsiones construyeron la imagen de un toxicómano narcisista con un yo "débil", fijado en el estadio oral, víctima de sus pulsiones como un lactante que intenta ferozmente el apaciguamiento de su sensación de hambre que amenaza su existencia.

No obstante, a partir de la posguerra nuevas generaciones de psicoanalistas hicieron valer enfoques inéditos. Winnicott (1969) vio en la adicción una patología de la era transicional, en la que el objeto droga aparece como objeto transicional patológico que

booksmedicos.org

remplaza al objeto humano. Este objeto no es simbolizado como la "cobijita del bebé", sino que, por el contrario, es negada, permitiendo al toxicómano ahorrarse la ambivalencia con el objeto amado. De ahí surge un malestar de las capacidades de estar solo y del sentimiento de continuidad.

Las teorías del vínculo y del apego surgidas de la etología y de los trabajos psicoanalíticos (Bowlby, 1969) iluminan muy particularmente de qué manera la cualidad de los vínculos precoces es fundamental en la vulnerabilidad o la protección futura para la dependencia. Así, la experiencia de un entorno disponible y previsible brindará al individuo una seguridad interna que le permita afrontar separaciones, frustraciones y angustia de pérdida. El niño interioriza progresivamente por sus actividades autoeróticas propioceptivas el papel protector de su entorno para separarse de la situación de dependencia de los primeros meses de su existencia. Su propio aparato psíquico toma el relevo de los reguladores de las tensiones internas y adquiere el sentimiento de continuidad; se construyen sus cimientos narcisistas, sus relaciones de objeto se libidinizan y las pulsiones se vinculan.

Joyce Mc Dougall (1982, 1989) fue una de las primeras psicoanalistas en Francia en estudiar la adicción y lo que llamó la "neonecesidad". Describió la imposibilidad de identificación con una madre interna protectora y la tentativa de constitución de un objeto interno que brindara seguridad por medio del consumo de tóxicos. En su conceptualización, las "soluciones adictivas" marcan, por la creación de neonecesidades, incluso de una neosexualidad, los impedimentos de la transicionalidad en beneficio de las elecciones fetichistas. Discernió en la solución adictiva una "vía corta" alienante en lugar de la "vía larga" que representaría la vía del renunciamiento propio a la neurosis. De esta manera el tipo de vínculos narcisistas que el sujeto dependiente mantiene con sus objetos deja entrever la dimensión perversa de la toxicomanía, sin que por ello se pueda hablar de perversión.

A finales del siglo XX, los psiquiatras y los psicoanalistas de la adolescencia (Kernberg, Braconnier, Jeammet) brindaron una buena parte de la comprensión actual de la adicción, al considerar que las conductas adictivas se sitúan dentro de un registro narcisista o limítrofe en el sentido amplio, lo que no excluye ni las estructuras neuróticas frágiles ni las psicosis declaradas. Por su lado, Bergeret (1981, 1992) insistió en la ausencia de una organización verdaderamente neurótica y genital, y el establecimiento "limítrofe" de un Edipo siempre desvinculado, en lucha con una violencia inintegrable, acechado por la depresividad. Consideró esta "fragilidad depresiva primaria" (depresión anaclítica) el origen de una vulnerabilidad a la adicción. Corcos y Jeammet (2000) consideran que la dependencia puede describirse "como la utilización con fines defensivos de la realidad perceptivo-motora como contrainvestimento de una realidad psíquica interna desfalleciente o amenazante". Si hay una falta de interiorización de una relación *segura,* el individuo deberá continuar encontrando en el exterior lo que le falta en el interior. La dependencia necesaria respecto del objeto de los primeros tiempos se volverá masiva y será vivida negativamente.

En resumen, el recorrido del toxicómano es considerado por los autores

booksmedicos.org

contemporáneos como el establecimiento progresivo pero particularmente sólido de medios de defensa alrededor de una falla narcisista inicial. Al mismo tiempo narcisista y objetal, al mismo tiempo interno y externo, el objeto droga resuelve esta paradoja y preserva de esta manera al yo, llenándolo frente a un sentimiento de vacío insoportable, además de llenar una función de lucha antidepresiva y narcisista. La autodestrucción y el masoquismo no llegan aquí a obliterar el carácter de tentativa de curación y de supervivencia psíquica que procura la utilización de las drogas. Por otro lado, la solución adictiva consistiría en encontrar, al tomar el papel activo del consumo voluntario de un producto del medio exterior, el evitamiento de la vida relacional y la dificultad de separación. El reforzamiento y la repetición del comportamiento adictivo pueden perder, no obstante, lentamente su valor de salvaguarda psíquica, corriendo entonces el riesgo de convertirse en algo vacío de sentido, repetitivo, puramente autoestimulante.

En estas condiciones la droga restaura incansablemente un modo interno desfalleciente en el cual la simbolización es deficiente y dominan las pulsiones.

XL.5.2. *Enfoques cognitivo-conductuales*

El condicionamiento operante es el mecanismo más elemental de la dependencia: un comportamiento produce una consecuencia que reforzará positiva o negativamente la frecuencia y la intensidad de éste. Por otro lado, las creencias, el aprendizaje, las expectativas del consumidor respecto de un producto tienen también una gran importancia, además de sus efectos farmacológicos propios. Los trabajos de Marlatt (2008) concernientes a las recaídas son una referencia en este terreno y han sido objeto de numerosos estudios rigurosos y controlados.

XL.5.3. *Enfoques familiares*

El análisis del contexto familiar permite en ocasiones poner en evidencia a la toxicomanía como el síntoma de interacciones familiares particulares (Angel, 2003). En efecto, el joven dependiente puede mantener con sus padres relaciones hechas de complicidad, frecuentemente en contradicción con los principios enunciados y las actitudes verbales (fenómenos de minimización, banalización, negación). La homeostasis así establecida perenniza el proceso toxicómano, y toda la familia viene a ser el actor de un “consenso implícito” que regula el sistema familiar. Al drogarse, el joven simula un proceso de autonomía y se instala de hecho dentro de una verdadera “familio-dependencia” (“permanecer en el hogar aun dando un portazo”). En ocasiones puede también permitir a sus parientes saciar por procuración su secreta fascinación por la transgresión.

El mito familiar, es decir, el conjunto de creencias bien integradas que comparten todos los miembros de la familia acerca de sus papeles respectivos mutuamente aceptados, es un elemento de comprensión de las reacciones familiares a la toxicomanía.

booksmedicos.org

En efecto, la mitología familiar tiene una función defensiva y permite reforzar la cohesión del grupo. Toda puesta en duda del mito es vivida como amenazante. Si el mito es el de la armonía familiar, entonces "todo volvería al orden si la droga desapareciera". Si se trata de un mito de la marginalidad, se puede entonces comprender la fascinación de la familia por la desviación. Finalmente, en el mito de la expiación el joven carga toda la culpabilidad de la familia. La muerte por sobredosis puede representar el sacrificio de un chivo expiatorio, siendo preferible la muerte a toda individualización. Las patologías del duelo, las relaciones casi incestuosas, las rupturas culturales están, así, regularmente presentes en diferentes niveles (Angel, 2003).

XL.5.4. *Enfoques sociológicos*

Hay que recordar la afirmación fundamental según la cual no existe sociedad sin droga. Las drogas tienen un papel social y cultural desde las sociedades más antiguas, de las que el chamán es el representante más conocido. Existen numerosos trabajos sobre el tema. Se puede citar al sociólogo norteamericano Becker (1985), quien, con su obra *Outsiders,* se interesó durante la década de 1950 en la relación de los músicos de jazz con el hachís. Más cerca de nosotros, Ehrenberg (1998) ha mostrado de qué manera el hombre moderno, confrontado con una patología de la insuficiencia, es obligado a "drogarse" para hacer frente a la necesidad de logro y la demanda de autonomía.

El concepto *ordalía* se ha utilizado particularmente en materia de toxicomanía. Históricamente, la ordalía se ejerció desde la Antigüedad hasta la Edad Media. En esa época el destino de los hombres dependía de los dioses. La ordalía o juicio de Dios declaraba inocente o culpable a la persona sospechosa de brujería o de crimen en función del resultado de la prueba, a la cual la persona no podía sustraerse: prueba del agua, del fuego… Por el contrario, la ordalía contemporánea no es un rito social, sino un rito individual. Valleur y Charles-Nicolas (1981, 1982) han brindado un esclarecimiento positivo de la transgresión retomando la noción de ordalía. En la conducta ordálica, es la persona la que domina su destino. El fantasma ordálico es, de esta manera, doble: ponerse en las manos de una potencia exterior al correr un riesgo mortal (Dios, el azar) y retomar en el mismo movimiento el control de su vida, para darse la prueba de su existencia. El riesgo de *overdose* es el mejor ejemplo de esto.

XL.6. Terapéutica

¿Cómo encontrar a un toxicómano que tenga un conocimiento sobre las drogas superior al nuestro y para el cual la relación con su producto haga a un lado todo a su paso? ¿Qué valen la atención y la relación frente al corto circuito del pensamiento y al trabajo de suspensión voluntaria de las relaciones que significa la toxicomanía?

El modelo francés de atención a los toxicómanos nació a finales de la década de 1960

booksmedicos.org

a partir de la constatación de la inadecuación entre la atención propuesta por las grandes instituciones psiquiátricas y la clínica de la persona toxicómana. Con el impulso de Claude Olivenstein se creó el centro Marmottan fuera de los sectores psiquiátricos y de los centros hospital-universitarios, con la voluntad de hacer algo diferente y proponer al toxicómano una atención "a la medida". El lugar preponderante de la reflexión social y fenomenológica de esa época alejó de hecho al toxicómano del campo de la enfermedad mental. A partir de ahí se desarrolló toda una red así como múltiples prácticas, lo más frecuentemente multidisciplinarias. En Francia la atención a los toxicómanos se rige por la ley del 31 de diciembre de 1970 y expone de manera conjunta atención y represión. La atención se brinda de manera gratuita y anónima. La epidemia de sida que se inició en los años ochenta transformó de manera importante la lógica de la atención y le asoció medidas de reducción del riesgo y de prevención. El sistema judicial previó igualmente demandas terapéuticas.

Los enfoques son, lo más frecuentemente, pluridisciplinarios e institucionales, teniendo como telón de fondo la idea de proponer espacios y personajes transicionales. La atención necesita al mismo tiempo suavidad y firmeza con el fin de salvaguardar el vínculo con el paciente y permitir por ello un trabajo de largo curso. El tomar en cuenta la "democracia psíquica" del individuo dependiente, la libertad de sus elecciones, sigue siendo un elemento fundamental de la atención. Es decir, que el tratamiento de un paciente toxicómano no puede iniciarse más que cuando, y únicamente si, el sujeto se considera en situación de fracaso con su consumo de drogas y a partir de que solicita ayuda.

XL.6.1. *La privación*

La "cura de desintoxicación", al igual que la abstinencia, no tiene el mismo valor que antes y ya no se trata de organizar la atención únicamente alrededor de ese tiempo de privación. No obstante, éste sigue siendo un momento importante del trayecto terapéutico de la persona dependiente que lo enfrenta. Se trata entonces de vivir sin el producto un cierto tiempo y tener la experiencia de un distanciamiento de la práctica adictiva, pero también de permitir la separación con el medio y el entorno. Hay la posibilidad de abstinencias ambulatorias.

Los sitios de hospitalización permiten un aislamiento del exterior y un acompañamiento vecino al *nursing* (cuidados de enfermería). Existen tratamientos específicos, como el de la *clonidina* (alfa-2-mimético), para las abstinencias de opiáceos. Reducen los síntomas pero obligan a una vigilancia de la presión arterial. El tiempo de abstinencia podrá igualmente prolongarse y ser reforzado en una segunda etapa de post-cura, generalmente a distancia del contexto de vida, en comunidad terapéutica o en albergue familiar, por ejemplo.

Es fundamental considerar que las recaídas, al igual que las supresiones, forman parte integral del trayecto del sujeto dependiente y de aquel que lo toma a su cargo.

booksmedicos.org

XL.6.2. *Quimioterapias*

La quimioterapia está presente a diferentes títulos. Puede tratarse del tratamiento médico de un trastorno psiquiátrico asociado, anterior o no a la ingesta del producto. Puede tratarse también de un tratamiento de abstinencia o de postabstinencia. Puede tratarse, finalmente, de un tratamiento de sustitución o de una "terapia de mantenimiento".

Un tratamiento de sustitución de una droga significa que ya no se trata de "desembarazarse" de la dependencia, sino más bien de abandonar la toxicomanía (y su modo de vida) y conservar la dependencia. Este método permite evitar los síntomas propios del consumo, como la falta y el *craving,* los modos potencialmente riesgosos de consumo de la droga (*sniff:* esnifar; *shoot:* chute),[1] la marginalización y la delincuencia. Gracias a ello, la sustitución disminuye la mortalidad, favorece una mejor reinserción social y hace posible la psicoterapia. La historia de la sustitución se inició en los Estados Unidos en la década de 1960 con la metadona, y prosiguió después de la de 1990 con la *buprenorfina,* cuyas características son farmacológicas diferentes a las de la metadona, puesto que se trata de un agonista / antagonista que hace imposible el uso simultáneo de opiáceos clásicos.

Cada país organiza la atención de manera diferente tanto por la forma galénica del medicamento (comprimido o solución ingerible), como por las diferentes modalidades de adquisición del producto (centro especializado, consultorio médico, etc.). No obstante, a pesar de que tales medios terapéuticos han demostrado amplios beneficios, también han mostrado su límite, evidenciando que las dificultades se sitúan, en parte, más allá del producto. La sustitución no evita siempre la ingestión del producto inicial ni la politoxicomanía ni el cambio de uso (inyectado o esnifado). Cuando se busca el abandono total de la droga no se puede contemplar el uso moderado de un tratamiento sustitutivo.

Sigue siendo, pues, muy importante sopesar los beneficios y los riesgos de las diferentes prescripciones para cada paciente.

XL.6.3. *Psicoterapias*

Señalemos que el tratamiento de sustitución es un poderoso medio para tejer una relación terapéutica continua con la persona toxicómana y permite indirectamente un trabajo psicoterapéutico.

Psicoterapias cognitivo-conductuales (TCC)

Es necesaria, previamente al tratamiento, una fase de recolección detallada de datos y de evaluación de la conducta adictiva (cuantificación de la dependencia, aclaración del

booksmedicos.org

problema por el paciente, análisis de los componentes conductuales, cognitivos y emocionales que rodean la conducta adictiva). El balance puede completarse por medio de pruebas psicométricas, cuestionarios y escalas específicas. Se distinguen tres etapas en el tratamiento: actuar sobre las conductas adictivas y el reforzamiento, actuar sobre el proceso de dependencia global, y actuar sobre la propia estima. Para estos fines se utilizan diversas técnicas terapéuticas, individuales o de grupo: aprender a resistir las manifestaciones de *craving* (estrategia cognitiva de oposición), asociar un tratamiento corporal de tipo sofrológico y de relajación, corregir las creencias erróneas concernientes al producto y su utilización, construir una estrategia de prevención de las recaídas (Lejoyeux, 2008).

Las entrevistas motivacionales representan un método de comunicación directiva derivado de las terapias cognitivo-conductuales, centrado en la persona y que intenta el cambio de conducta por la exploración y la resolución de la ambivalencia (Miller, 2006).

Psicoterapias psicoanalíticas

La clínica del toxicómano aleja evidentemente de manera muy amplia el cuadro de atención de la cura tipo y obliga a hacer y a actuar, adaptando las técnicas psicoterapéuticas. Pero el modelo psicodinámico sigue siendo determinante para aprehender la relación terapéutica y el mundo interior de la persona dependiente. Frente a la dificultad para entrar en relación dual con la persona dependiente, la institución constituye un cuadro de atención mediatizado indicado, y las psicoterapias se aproximan entonces al modelo de la psicoterapia institucional. Este tipo de atención ofrece un medio de apoyo terapéutico que debe ser, al mismo tiempo, apoyador y limitante, y que asegure una repartición de los investimentos hacia los diferentes miembros del equipo. Hace posible un vínculo continuo pero no alienante. La atención llamada institucional se vuelve así el pilar de la elaboración relacional entre los tratantes y los tratados, en los que se trata de interpretar los diferentes movimientos transferenciales / contratransferenciales (Charles-Nicolas, 1988).

La comprensión psicoanalítica de tal tratamiento debe tomar en cuenta la historia individual, la naturaleza del sufrimiento psíquico subyacente y la estructura psíquica del sujeto. Las grandes líneas de trabajo, que se pueden comparar con una reanimación del funcionamiento psíquico de la persona dependiente, son una renovación de la relación de objeto, un trabajo alrededor del vínculo terapéutico y una elaboración de los afectos. El terapeuta puede considerarse alguien que conduce de la acción a lo simbólico, de la sensorialidad a las palabras.

Las terapias individuales se asemejan a las propuestas para los estados limítrofes y los trastornos narcisistas.

Terapia familiar

booksmedicos.org

Las terapias sistémicas se imparten frecuentemente, en el caso de un adolescente, cuando la toxicomanía parece ser el síntoma de una disfunción familiar. Hacen intervenir al conjunto de la familia evitando los desplazamientos de los síntomas de un miembro de la fratría que va mejor hacia otro más frágil. Pueden tener igualmente una indicación en el seno de una problemática de pareja, cuando uno de los cónyuges es toxicómano.

Los grupos

Se trata de una forma de terapia de inspiración religiosa, popularizada por los Alcohólicos Anónimos (AA) en la década de 1930. A partir de ahí se han desarrollado ampliamente a través del mundo grupos de ayuda animados por "pares ayudantes" que retoman esta configuración: los Narcóticos Anónimos (NA) son una versión adaptada a los toxicómanos. Sus miembros proclaman la impotencia del individuo frente al objeto de la dependencia y por ello la necesidad absoluta de abstinencia. El grupo favorece la constitución de una especie de fe común, de "religión privada", de yo ideal grupal, verdadero pilar para la persona dependiente ("terapia de conversión").

Otros grupos llamados de autosoporte, constituidos por usuarios de droga, se formaron durante los años ochenta, a partir de la epidemia de sida, según el modelo del *self help* holandés. A diferencia de los AA y los NA, constituyen también grupos de interés, militantes, que no proclaman necesariamente la abstinencia, sino asimismo el reconocimiento de una diferencia. Ahí se aprende a vivir la toxicomanía de la mejor manera posible y se le da un lugar preponderante a la reducción de los riesgos.

CONCLUSIÓN

En estos últimos cuarenta años el mundo de la toxicomanía ha sufrido numerosas revoluciones y ha visto enriquecer considerablemente su campo: terreno clínico apasionante y cambiante, siempre en evolución al impulso de las políticas, de la aparición de nuevas drogas y de nuevos comportamientos sociales, ahora se beneficia de una reflexión que amplía el perímetro de la noción de adicción, lo que enriquece las prácticas con una nueva dimensión psicopatológica.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, K. (1908), *Les Relations psychologiques entre la sexualité et alcoolisme, Oeuvrescomplètes*, t. I, Payot, París, 1965, pp. 53-60.

Angel, S. (2003), *Les Toxicomanes et leurs familles,* Armand Collin, París.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los*

booksmedicos.org

criterios diagnósticos del DSM-5. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]
Becker, H. S. (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance,* Métailié. [*Outsiders. Hacia una sociología de la desviación.* Versión española de Jaime Arrambide, Siglo XXI, Buenos Aires, 2012.]
Bergeret, J. (1992), *La Dépression et les états-limite,* Payot, París.
——— (dir.) (1981), *Le Psychanalyste à l'écoute du toxicomane,* Dunod, París.
Bowlby, J. (1969), *Attachement et perte*, PUF, París, 1978-1984. [*El apego. El apego y la pérdida 1*. Versión española de Mercedes Valcarce Avello, Paidós, Barcelona, 1998.]
Brusset, B. (1990), "Les vicissitudes d'une déambulation addictive (essai métapsychologique)", *Revue française de psychanalyse,* 54, 3, pp. 671-687.
Burroughs, W. (1952), *Junky*, Gallimard, París, 2008. [*Yonqui*. Versión española de Martín Lendínez y Francesc Roca, Anagrama, Barcelona, 2011.]
Charles-Nicolas, A. (1981), "Passion et ordalie", en J. Begeret (dir.), *Le Psychanalyste al'écoute du toxicomane,* Dunod, París.
——— (1988), "La prise en charge au long cours des toxicomanes", *Neuro-psychiatrie,* 3, pp. 125-133.
Corcos, M., y P. Jeammet (2000), "Conduites de dépendance à l'adolescence. Aspects étiopathogéniques et cliniques", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37216-G30, Elsevier Masson, París.
Corcos, M., M. Flament y P. Jeammet (2003), *Les Conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes,* Masson, París.
De M'Uzan, M. (1984), "Les esclaves de la quantité", *Nouvelle revue de psychanalyse,* 30, pp. 129-138.
Ehrenberg, A. (1998), *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, París. [*La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad.* Versión española de Rogelio C. Paredes, Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.]
Fenichel, O. (1945), *La Théorie psychanalytique des névroses,* PUF, París, 1953. [*Teoría psicoanalítica de la neurosis.* Versión española de Mario Carlisky, Paidós, Barcelona, 1984.]
Ferenczi, S. (1911), *Les Addictions*, Payot, París, 2008.
Freud, S. (1890), "Traitement psychique", en S. Freud, *Résultats, idées, problèmes,* PUF, París, 1984, pp. 1-23.
——— (1927) [1928], CLVIII. "Dostoyevski y el parricidio", *Obras Completas de Sigmund Freud,* tomo VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 3004-3015.
Goodman, A. (1990), "Addiction: definition and implications", *British Journal of Addiction,* 85, pp. 1403-1408.
Lejoyeux, M. (2008), *Addictologie,* Masson, París.
Marlatt, G. A., *et al.* (2008), *Prévention de la rechute — Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives,* Médecine & Hygiène Éditions, Ginebra.
Mc Dougall, J. (1982), *Théâtres du Je,* Gallimard, París. [*Teatros de la mente. Ilusión y*

booksmedicos.org

verdad en el escenario psicoanalítico, Julián Yébenes, Madrid, 1994.]
——— (1989), *Théâtres du corps,* Gallimard, París.
Miller, W. R. (2006), *L'Entretien motivationnel — Aider la personne à engager le changement*, Dunod, París. [*La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas,* Paidós, Barcelona/Buenos Aires, 1999.]
Olivenstein, C. (1982), "L'enfance du toxicomane", en C. Olivenstein, *La Vie du toxicomane,* PUF, París, 1991.
——— (1987), *La Clinique du toxicomane*, Les Éditions Universitaires, París. [*La vida del toxicómano,* Fundamentos, Madrid, 1986.]
——— (2001), *Toxicomanie et devenir de l'humanité. Le centre médical Marmottan: une expérience française,* Odile Jacob, París. [*La toxicomanía.* Versión española de Pilar Cataño, Fundamentos, Madrid, 1985.]
Organización Mundial de la Salud (1964), *Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance*, Ginebra. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
——— (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* trad. al francés, Masson, París, 1993.
Rado, S. (1975), "La psychanalyse des pharmacothymies", *Revue française de psychanalyse,* 39, 4, pp. 603-618.
Sifnéos, P. (1972), *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Harvard University Press, Cambridge.
Valleur M., y A. Charles-Nicolas (1982), "Les conduites ordaliques", en C. Olivenstein, *La Vie du toxicomane* PUF, París, 1991, pp. 90-93.
Vincent, J. D. (1999), *Biologie des Passions*, Odile Jacob, París. [*Biología de las pasiones.* Versión española de Joaquín Jordá, Anagrama, Barcelona, 1987.]
Winnicott, D. W. (1951), "Objets transitionnels et phénomènes transitionnels", en D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Payot, París, 1969. [*Escritos de pediatría y psicoanálisis.* Versión española de Jordi Beltrán, Paidós, Barcelona, 1999.]
Zuckerman, M. (1979), S*ensation Seeking: beyond the Optimal Level of Arousal,* L. Erlbaum Associates, Nueva York.

booksmedicos.org

[1] Neologismos cacofónicos que ha aceptado en su Diccionario la Real Academia Española, bajo el impulso del inglés, lengua materna de la mayor población adicta del orbe. [T.]

booksmedicos.org

XLI. OTRAS FORMAS DE ADICCIÓN

MARC VALLEUR

La reciente creación en Francia de una formación médica especializada en adictología surgió de la voluntad de aproximación de los campos de la alcohología, la toxicomanía y la tabacología. Como lo subrayaba en 1997 el informe de Roques, la distinción entre drogas legales e ilegales casi no se apoya en las diferencias de peligrosidad o de mecanismos farmacológicos. Esta aproximación se efectuó bajo una óptica de salud pública y de racionalización de la atención, y según las voluntades políticas del momento pretendía "evitar satanizar" las toxicomanías o, por el contrario, dramatizar el uso del tabaco y el alcohol.

Pero el campo de las adicciones, para la mayoría de los especialistas, no debe permanecer limitado a la dependencia respecto a una sustancia, sino integrar las "adicciones conductuales" o "adicciones sin droga": de esta manera se insistiría claramente en la dimensión psicopatológica o "existencial", en la relación particular entre un sujeto y un objeto —o una conducta—, y ya no en los efectos de una sustancia sobre el organismo, en la intoxicación, en la que el término *alcoholismo* toma la delantera.

Los debates, en ocasiones apasionados, son de orden epistemológico: ¿las adicciones conciernen a la medicina y la biología, o son mejor abordadas bajo el ángulo de las ciencias humanas y sociales? Pero también de orden político: ¿las adicciones no son el producto de una "sociedad de hiperconsumo" (Stiegler, 2008; Reith, 2007; Schull, 2006)? ¿Es necesario, y hasta dónde, restringir las libertades de consumo, imponer a la mayoría limitaciones para darse cuenta de la existencia de una minoría de *adictos*?

Ya sea que se contemplen como hábitos inveterados o como relaciones pasionales, por un lado, o como modificaciones fisiológicas, por el otro, estas adicciones conciernen al mismo tiempo a la "historia interior de vida" y a los "mecanismos vitales" (Binswanger, 1971) de la interioridad o de la fisicalidad (Descola, 2006). Para algunos aspectos, esta noción obliga a plantear preguntas que conciernen a nuestra epistemología más profunda, a reavivar los más antiguos debates sobre el alma y el cuerpo, sobre la naturaleza y la cultura…

XLI.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XLI.1.1. *Historial*

booksmedicos.org

El abuso del juego, como el abuso del alcohol, ha existido siempre, y las prohibiciones religiosas (no hay que dirigirse sin razón a las potencias superiores o "tentar a Dios" planteándole sin cesar preguntas) son el lejano cimiento de las actuales prohibiciones y de los controles de los juegos de azar y los monetarios. Desde finales del siglo XVIII, las bebidas espirituosas y, más tarde, a partir de la mitad del siglo XIX, los opiáceos: opio, morfina y posteriormente heroína, ponen el acento en la tolerancia y la dependencia física. Finalmente, la cocaína, conocida desde el siglo XIX pero que tomó un lugar preponderante a partir de la década de 1980, modificó un poco la visión de la dependencia, conduciendo a desplazar el interés de la abstinencia hacia el *craving,* el impulso irresistible a volver a consumir tras una abstinencia.

Pero el primer tratado terapéutico, médico, sobre una adicción concierne probablemente al juego patológico: *Alea, sive de curanda in ludendi pecuniam cupiditate (Del azar o del tratamiento de la avidez por el dinero del juego)* de Pascasius Justus Turcq (Toon Van Houdt, 2008). Trata sobre la enfermedad del juego y los medios de remediarla a través de acciones "biológicas" (enfriar la bilis muy caliente de los jugadores excesivos) y psicoterapéuticas (discutir sobre el azar y la imposibilidad de dominarlo). Ahora bien, este texto se remonta a 1561, lo que tiende a convertir la adicción en una preocupación no solamente del ingreso en la democracia (con el texto de Benjamin Rush sobre las bebidas espirituosas, que data de 1784), sino ya desde el humanismo del Renacimiento.

XLI.1.2. *Terminología y situación nosográfica*

Cuatro argumentos hablan a favor de la adopción de la noción de adicción en un sentido amplio, que reagrupe las toxicomanías, el alcoholismo, el tabaquismo, el juego patológico, algunos trastornos de las conductas alimentarias, las conductas sexuales y las relaciones amorosas alienantes, más aún que la cleptomanía y la tricotilomanía: *a)* el parentesco entre los diversos trastornos así agrupados, y que se definen por la repetición de una conducta, supuesta por el sujeto como prevenible, dominable, oponiéndose a la incertidumbre de las relaciones del deseo; *b)* la importancia de la "sobreposición" *(overlaps)* entre las diversas adicciones (por ejemplo frecuencia del alcoholismo, del tabaquismo, de las toxicomanías, incluso de los trastornos de las conductas alimentarias entre los jugadores patológicos); *c)* la frecuencia del paso de una adicción a otra; un toxicómano puede, por ejemplo, volverse alcohólico, más tarde jugador y después comprador compulsivo, y *d)* el parentesco de las proposiciones terapéuticas: grupos de autoayuda, mismos principios de tratamientos de conversión y de redención moral…

Las "adicciones conductuales" fueron descritas con el nombre de "toxicomanías sin droga" por el psicoanalista norteamericano Otto Fenichel desde 1945. Este autor, que distinguió los trastornos de tipo compulsivo de los trastornos impulsivos, especialmente a partir de la noción de *egosintonía,* debe considerarse como el iniciador del reagrupamiento de los "trastornos del control de los impulsos" en la tercera (1980) y

booksmedicos.org

cuarta (1994) ediciones del DSM de la ANP. El juego patológico es, sin duda, la adicción sin droga más reconocida (INSERM, 2008). En la quinta edición del DSM (DSM-5, ANP, 2013) forma parte de las adicciones, junto a las dependencias de sustancias, en cuanto "trastorno adictivo no ligado a una sustancia", en tanto que otros trastornos, como la cleptomanía y la piromanía, permanecen como "Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de las conductas". La décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992) clasifica todas estas adicciones conductuales bajo la rúbrica "Trastornos de los hábitos y de los impulsos".

XLI.1.3. *Criterios diagnósticos*

Los criterios del juego patológico, semejantes a los de la dependencia de una sustancia, fueron utilizados por Aviel Goodman (1990) para proponer un filtro que podría aplicarse a todas las adicciones. Este filtro es muy utilizado por los especialistas y muy citado en la literatura científica (véase el cuadro XLI.1). Esta criteriología permite ordenar dentro del cuadro de las adicciones numerosas conductas. Con Adès y Lejoyeux (1999) se podrían incluir aquí las compras compulsivas, las adicciones sexuales, la dependencia al trabajo, la cleptomanía, la piromanía, el trastorno explosivo intermitente, la tricotilomanía… Es evidente que estos criterios pueden aplicarse fácilmente a las conductas de bulimia, con o sin vómitos, pero mucho más difícilmente a la anorexia restrictiva. Con Kalant (2010) es, no obstante, posible subrayar que un buen número de estos criterios (tolerancia, abstinencia, efectos sobre la existencia, etc.) conciernen a consecuencias y no pueden servir para definir la adicción misma. Ésta está constituida por el hecho de que el sujeto prosigue la conducta a pesar de las consecuencias negativas, y sobre todo que fracasa, a pesar de su voluntad, en reducirla o suprimirla: es la clásica "pérdida de la libertad para abstenerse", que da lugar a una solicitud de atención y legitima una intervención terapéutica. Este criterio "subjetivo" de sentimiento de alienación es, de manera general, la mejor manera de trazar una frontera entre lo "normal" y lo "patológico" y responder, por ejemplo, a las preguntas del tipo: "¿Existe la adicción a los juegos de la red?"

CUADRO XLI.1. *Definición de las adicciones según Goodman (1990)*

A) Imposibilidad de resistir a los impulsos para realizar ese tipo de comportamiento.
B) Sensación creciente de tensión que precede inmediatamente al inicio del comportamiento.
C) Placer o alivio durante su duración.
D) Sensación de pérdida de control durante el comportamiento.
E) Presencia de al menos cinco de los nueve criterios siguientes:
1. Preocupación frecuente relativa al comportamiento o su preparación.
2. Intensidad y duración de los episodios más importantes que lo deseado en un principio.
3. Tentativas repetidas de reducir, controlar o abandonar el comportamiento.

booksmedicos.org

4. Tiempo importante consagrado a preparar los episodios, a emprenderlos o a restablecerse de ellos.
5. Aparición frecuente de los episodios cuando el individuo debe cumplir obligaciones profesionales, escolares o universitarias, familiares o sociales.
6. Actividades sociales, profesionales o recreativas mayores sacrificadas debido al comportamiento.
7. Perpetuación de los comportamientos aunque el sujeto sepa que causa o agrava un problema persistente o recurrente de orden social, financiero, psicológico o físico.
8. Marcada tolerancia: necesidad de aumentar la intensidad o la frecuencia para obtener el efecto deseado, o disminución del efecto brindado por un comportamiento de la misma intensidad.
9. Agitación o irritabilidad en caso de imposibilidad de entregarse al comportamiento.

F) Ciertos elementos del síndrome han durado más de un mes o se han repetido durante un periodo más largo.

XLI.2. Datos e investigaciones biomédicos

XLI.2.1. *Epidemiología*

Los estudios en la población general tienden a demostrar que el juego patológico, la adicción sin droga menos discutida, está relativamente difundido: entre 2 y 3% de la población adulta, siendo más frecuente el trastorno en el hombre que en la mujer. Tanto en los Estados Unidos como en Canadá los estudios tienden a demostrar que esta prevalencia es del orden de 1 a 2%, o más si se incluye en la investigación a los "jugadores problema". Estas cifras son objeto de debate y algunos autores tienden a mostrar que estaría más cerca de 0.5 por ciento.

La pregunta sobre el vínculo entre la oferta de juego y la incidencia del juego excesivo es evidentemente fundamental para los políticos, y por ello es muy controvertida, como ocurre con la "ley de Ledermann" para el alcoholismo. Hay que observar que debe tomarse en cuenta no sólo el aspecto cuantitativo, sino también el cualitativo de la oferta, pues la adictividad diferencial de los juegos desempeña un papel importante: los juegos "de ilusión", como las grandes loterías, casi no dan lugar a adicción, en tanto que los "juegos de sensación", como las máquinas de monedas, con su frecuencia muy elevada, son mucho más adictivos.

XLI.2.2. *Investigaciones biológicas*

Una gran parte de la bibliografía tiende a considerar que el juego modifica los circuitos cerebrales de manera similar a las drogas excitantes, lo que va en el sentido de las impresiones clínicas. La "droga" involucrada sería la adrenalina, las secuencias repetidas, en los juegos de sensación de frecuencia elevada, que constituyen otros tantos fenómenos de estrés, susceptibles de modificar el equilibrio entre los circuitos adrenérgicos y serotoninérgicos. La hipótesis, no obstante, es difícil de probar, especialmente debido a la ausencia de experimentación animal (los investigadores carecen

booksmedicos.org

de modelos animales de adicciones sin sustancia).

XLI.3. La clínica

Trataremos esencialmente del juego patológico, que ha sido objeto de numerosas investigaciones y que es, al mismo tiempo, el más difundido y el menos discutido.

La trayectoria del jugador es mostrada frecuentemente como elemento descriptivo que justifica la asimilación con una enfermedad progresiva: con el norteamericano Custer (Custer y Milt, 1985), y antes que él, Dupouy y Chatagnon (1929), se admite generalmente que el jugador patológico pasa por una serie de fases estereotipadas: *a)* fase de ganancia *(winning phase):* es el compromiso con el mundo del juego, tal vez con la creencia de que las ganancias van a poder resolver todas las dificultades existenciales preexistentes. Pero también es posible plantear la hipótesis de que la ganancia, el encuentro con la suerte, tiene, si no el papel traumático de un "encuentro con lo real", por lo menos el de una desestabilización, una pérdida de las orientaciones anteriores; *b)* fase de pérdida *(loosing phase):* el jugador volverá a jugar para intentar "recuperarse". Dupouy y Chatagnon subrayaron la aparición de una dimensión de necesidad: primero necesidad de dinero, relacionada con la idea de ganar nuevamente, después simplemente necesidad de volver a jugar. Durante largo tiempo, es en el juego donde el individuo buscará la solución a las dificultades que se acumulan, y *c)* fase de desesperanza *(desperation phase):* la depresión es la comorbilidad más importante del juego patológico, y ésta será la causa de más de 10% de los suicidios efectivos.

El conjunto de estas fases se extiende a lo largo de varios años (de 10 a 15), favoreciendo la asimilación metafórica del juego patológico a una enfermedad física progresiva. Para Custer, no habría entonces más que cuatro tipos de salida a esta situación: el suicidio, la delincuencia y el encarcelamiento, la huida y la solicitud de ayuda.

Esta descripción de una enfermedad progresiva es criticable en el caso del juego como en el de las otras adicciones. Slutske (2006) subraya que los elementos epidemiológicos dan una visión menos lineal del juego excesivo: existe en numerosos jugadores una alternancia entre periodos de juego intensos y periodos de moderación o de abstinencia; las "curaciones espontáneas", sin intervención terapéutica, son frecuentes; los estudios epidemiológicos muestran la existencia de numerosos jugadores patológicos que no consultan los sitios de atención específicos.

Para un cierto número de autores sería, pues, más conforme a la realidad describir el curso del juego patológico como "variable", más que como "crónico", y considerar que los casos más graves que necesitan intervenciones importantes sólo constituyen un subgrupo de jugadores patológicos. Esta relativa "labilidad" de la patología adictiva en materia de juego patológico podría permitir, por lo demás, relativizar el impacto de los datos epidemiológicos, en los cuales los adolescentes presentan tasas muy elevadas de prevalencia en relación con los adultos: más que predecir una explosión de juego

booksmedicos.org

patológico en los años venideros, estos datos podrían revelar la existencia de trastornos transitorios de la adolescencia. Estos elementos son comunes a muy numerosas adicciones y se podrían aplicar observaciones del mismo tipo a la dependencia de la cocaína y los excitantes (Valleur y Matysiak, 2002).

La clínica del juego excesivo permite descubrir una tipología (Blaszczynski y Nower, 2002) que se puede poner en evidencia tanto para el alcoholismo como para el conjunto de las adicciones. De esta manera se distinguen tres categorías de "adictos":

a) los impulsivos, buscadores de sensaciones, los que corren riesgos, u ordalizantes: son sobre todo hombres jóvenes, próximos de los clásicos toxicómanos, con una dimensión de revuelta o de búsqueda de límite y de sentido;
b) los adictos por "automedicación": deprimidos, ansiosos, víctimas de acontecimientos traumáticos, como el desempleo, el divorcio, el anuncio de una enfermedad grave, que buscan en el juego al mismo tiempo un antidepresivo, la huida de la realidad y una reparación mágica;
c) los adictos "por costumbre", que a imagen de los clásicos "alcohólicos a la francesa", forman parte de una cultura y un entorno familiar que han valorado siempre el juego y el dinero.

XLI.4. Casos clínicos

La señora X. consulta por consejo de su cirujano. Con más de 60 años y jubilada, no logra suspender sus visitas ruinosas al casino, a pesar de que, sobreendeudada, corre el riesgo de tener que vender su departamento, único bien que le queda. El anuncio de un cáncer digestivo, mientras se encontraba sola (está divorciada desde hace mucho tiempo y su único hijo trabaja en el extranjero), desencadenó un verdadero frenesí de juego. El casino ha sido, durante dos o tres años, el único sitio en el que olvida su enfermedad y donde se siente acogida y segura. Pero actualmente las preocupaciones financieras ocupan un primer plano, en tanto que su enfermedad está bien estabilizada en el plano somático. Sigue el consejo de prohibirse el casino y realiza balances regulares con una trabajadora social para establecer un plan contra el sobreendeudamiento. La psicoterapia le permite poco a poco reflexionar sobre la función que desempeñó el juego y logra poco a poco reanudar relaciones afectivas y sociales satisfactorias.

El señor X, de 55 años, es enviado a consulta a su egreso de la prisión donde purgó una pena bastante larga por robos y fraudes. Siempre se ha considerado un aventurero, y habiendo abusado de un gran número de sustancias psicoactivas considera que el juego fue, en su caso, la peor de las drogas, la única que no logró controlar. El tratamiento se estructura como el de un toxicómano. En el curso de una sesión cuenta un episodio que constituyó un giro en su vida: cuando estaba casado intentaba mal que bien "conducirse correctamente", pero no pudo hacer frente a su paternidad. Llamado a la clínica porque su mujer iba a dar a luz, huyó al casino donde despilfarró todo el dinero de la pareja… Aparece un tema importante: el de su propia filiación, y sus dudas respecto a quién sería su verdadero padre.

booksmedicos.org

El señor Y, de 70 años, viene por sí mismo a solicitar la ayuda para dejar de jugar, de manera compulsiva, a todos los juegos de emoción: ya no el casino, porque logró que le prohibieran la entrada, sino los sorteos y las carreras de caballos en los bares donde se juegan pronósticos. Ex gerente de una empresa, reporta que en su juventud y al momento de la muerte de su padre, ya había tenido una fase de juego excesivo que había ya necesitado que solicitara que se le prohibiera la entrada. La fase actual se inició después de su jubilación, y sobre todo después de que se estableció un tratamiento antiparkinsoniano. Este tratamiento incluye el ropinirol, un agonista dopaminérgico conocido por su capacidad de liberar los impulsos. La modificación de este tratamiento por el neurólogo constituyó la base del tratamiento. Pero esto no fue cosa fácil, porque el señor Y encontraba en los efectos secundarios ciertas ventajas, especialmente una desinhibición sexual que lo impulsaba, de hecho, a sobrepasar las dosis prescritas.

XLI.5 Psicopatología

XLI.5.1. *El enfoque psicoanalítico*

De 1914, con el trabajo de un cierto Von Hattingberg, a 1957, con *Psychology of Gambling* de Edmund Bergler, los enfoques psicoanalíticos han dominado la reflexión sobre el juego excesivo.

El célebre texto de Freud sobre Dostoievski y la muerte del padre, de 1928, sigue siendo el más conocido sobre esta materia. Freud veía en el juego dostoievskiano una innegable pasión patológica, y puso el acento en los fantasmas masturbatorios edípicos adolescentes, transpuestos a la acción de las manos de los jugadores sobre el tapete verde. Resumiendo lapidariamente su interpretación, el juego aparecía como una convocatoria de las "grandes potencias parentales", según una secuencia en dos tiempos: en un primer tiempo, a través de la ganancia o la esperanza de ganar, el jugador regresa a una posición de omnipotencia infantil, realizando simbólicamente la muerte del padre y la posesión de la madre. Pero a la suerte sigue el destino y la pérdida toma el sentido de un castigo simbólico.

La pregunta que se plantean los psicoanalistas es la del sentido del juego, más que la de los mecanismos de la adicción, que llamarán la atención de la psicología científica. Este sentido, como es evidentemente el caso de Dostoievski, es el de una confrontación con la ley que el jugador intenta integrar bajo la forma de una experiencia ordálica. La pregunta del jugador al *automaton* del azar (*automaton* es una de las categorías causales aristotélicas que puede corresponder a nuestro azar) se resume así para Jacques Lacan en su seminario sobre *La carta robada:* "¿Qué eres, cara del dado que yo volteo en tu encuentro *(tychè)* con mi fortuna? Nada, más que esta presencia de la muerte que hace de la vida humana esa prórroga obtenida cada mañana en nombre de las significaciones de las que tu signo es el cayado"; *tychè* es otra causa aristotélica que puede corresponder a nuestra "suerte".

booksmedicos.org

XLI.5.2. *Los enfoques conductuales*

El condicionamiento pavloviano constituye el campo de los clásicos "reflejos condicionados". Este condicionamiento es también convocado para explicar el desencadenamiento del *craving* por estímulos habitualmente asociados a la práctica del juego. Según B. F. Skinner, capitoste del conductismo, el juego excesivo se debe a los mecanismos de reforzamiento aleatorios, según los mecanismos del amaestramiento animal. En 1953, en *Science and Human Behavior,* afirmaba que:

> la eficacia de tales programas para producir elevados niveles de respuesta la conocen desde hace tiempo los propietarios de los establecimientos de juego. Máquinas de monedas, ruleta, dados, carreras de caballos, etc., proporcionan, según un programa, refuerzos de rendimiento variable […] El jugador patológico es el ejemplo mismo del resultado. Como el palomo con sus cinco respuestas por segundo durante varias horas, el jugador es víctima de una contingencia de reforzamiento imprevisible. La ganancia o la pérdida a largo término casi no tiene importancia frente a la eficacia de este programa.

XLI.5.3. *Los enfoques cognitivos*

La mayor parte de la bibliografía internacional se ocupa actualmente de las creencias y cogniciones de los jugadores, especialmente las diversas maneras de negar o desconocer las "leyes del azar". El sociólogo James Henslin (1967) había demostrado en los años sesenta que los jugadores de dados lanzaban el dado con fuerza si querían obtener una cifra elevada, y suavemente si querían una cifra baja. De ahí deducía que operaba en ellos un pensamiento "mágico" o "animista". La psicóloga Ellen Langer (1975) confirmó un poco después estos datos, mostrando que en ocasión de secuencias de juego aleatorio del tipo "cara o cruz", si los jugadores comenzaban ganando y después perdían cada vez más, pensaban que no tenían suerte. Pero si ganaban más al final que al principio, estaban persuadidos de haber aprendido a jugar bien, y por ello se atribuían el resultado… Estas atribuciones erróneas, la negación de "la independencia de los turnos", en la ruleta o en las máquinas de monedas, son actualmente muy estudiadas (especialmente por el psicólogo quebequense Robert Ladouceur, 2000) y están en el centro de las proposiciones terapéuticas de "reestructuración cognitiva".

En estas investigaciones se oponen, pues, enfoques centrados en los mecanismos de la conducta y los enfoques de sentido, lo que explica las tensiones entre los investigadores. Alrededor de la "realidad" de la adicción al juego, como en los debates sobre la "dureza" de las enfermedades adictivas en su conjunto, se encuentran reunidos todos los ingredientes para reavivar una "guerra de las ciencias" (Holden, 2001; Valleur, 2009; Le Moal, 2009; Delattre, 2010). Cualquiera que sea el objeto, siempre es posible

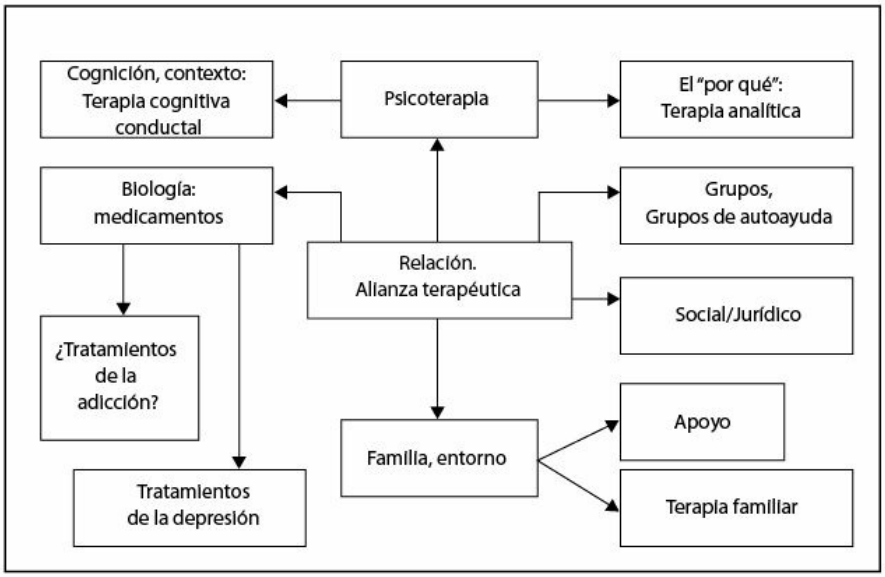
booksmedicos.org

oponer los enfoques científicos objetivos y los enfoques "del sentido", que van a priorizar diferentes ángulos de abordaje.

XLI.6. TRATAMIENTO

Más que oponer las proposiciones terapéuticas, es más interesante, sin duda, un enfoque integrativo. Por eso la atención de las adicciones sin droga debería ser posible en los centros de atención de las adicciones en general. De esta manera se pueden establecer "enfoques multimodales" en los que la calidad de la acogida y de las relaciones permita el empleo de diversos "instrumentos", según el caso, en función de la situación del paciente (figura XLI.1).

FIGURA XLI.1. *Ejemplo de enfoque multimodal*



Como en todas las adicciones, el tratamiento puede y debe integrar dimensiones muy diversas. Idealmente debería incluso ser posible organizar estancias de ruptura para que el paciente pueda tomar distancia en relación con el contexto del juego y en relación con su entorno. La escucha y los consejos dados a los próximos son de particular importancia: se trata especialmente —aun dejándolos libres en sus decisiones personales — de ayudarles a ponerse al abrigo de los gastos desconsiderados e incontrolables. La *parte social* puede incluir consejos jurídicos, la cuestión de la protección de los bienes (curatela), finalmente (y no necesariamente como medida inicial) la ayuda al expediente del sobreendeudamiento (las recaídas corren el riesgo de conducir a una situación inextricable). La *psicoterapia* está siempre en el centro de la atención. El *tratamiento farmacológico* es frecuentemente útil, en especial los antidepresivos, pues la depresión es

booksmedicos.org

la regla más que la excepción. Los antidepresivos pueden tener igualmente un cierto efecto sobre las ideas obsesivas y las rumiaciones.

Se trata de una "patología" de recaídas, comparable a las toxicomanías y más particularmente a la dependencia de los excitantes, marcados por una relativa facilidad de abstinencia, pero más tarde por una importancia del *craving* (los impulsos irresistibles para jugar) y las recaídas. Debe priorizarse la dimensión del acompañamiento a largo plazo y de prevención de las recaídas.

Conclusión

Las investigaciones sobre el juego están repartidas desde hace mucho tiempo entre los trabajos sobre el juego normal, sobre el sitio que toma en la sociedad o el psiquismo, su historia, la significación singular del investimento del juego para un sujeto dado, y por otra parte los trabajos sobre los mecanismos de la dependencia. Lo mismo puede ocurrir con todas las adicciones: se puede poner el acento en la dimensión de "enfermedad del cerebro" o en los condicionantes singulares que pudieron conducir a un sujeto dado, debido a su personalidad y a su historia, a sobreinvestir un consumo o una conducta. Esta tensión entre visiones aparentemente opuestas, donde una prefiere los mecanismos y la otra la subjetividad, postulan frente al objeto "adicciones" diversas entidades conocidas desde siempre y que han tenido que ver con la religión y la moral, y cuya constitución como enfermedades en el curso de la historia implica la puesta en evidencia de una dimensión biológica que algunos (Peele y Brodsky, 1975) contemplan como una reificación abusiva.

Pero las guerras entre los sostenedores de la biología y los partidarios de las ciencias humanas y sociales son, sobre todo, la demostración de que dos tipos de mirada son siempre posibles respecto de un mismo objeto: retomando la formulación de Ian Hacking (2001), las posiciones de cada protagonista van a depender, antes que todo, de su grado de "nominalismo", de su manera de ver el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

Adès, J., y M. Lejoyeux (1999), "Dépendances comportementales: achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37396-A20, Elsevier Masson, París. [*Las nuevas adicciones. Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero.* Versión española de María Ginés Nonell, Kairós, Barcelona, 2003.]

——— (1999), *La Fièvre des achats,* Sanofi-Synthélabo Éd., París.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los*

booksmedicos.org

criterios diagnósticos del DSM-5. Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]
Bergler, E. (1957), *The Psychology of Gambling,* Hill and Wang, Nueva York; reedición, International University Press, 1985.
Binswanger, L. (1971), *Introduction à l'analyse existentielle,* Minuit, París.
Blaszczynski, A., y L. Nower (2002), "A pathways model of problem gambling", *Addiction,* 97, pp. 487-499.
Custer, R., y H. Milt (1985), *When Luck Runs Out,* Facts on File Publications, Nueva York.
Delattre, N. (2010), "Scientisme et guerre des sciences", *Psychotropes,* 3-4, 16, pp. 77-88.
Descola, P. (2006), *Par-delà nature et culture*, Gallimard, París. [*Más allá de naturaleza y cultura*. Versión española por Horacio Pons, Amorrortu, Buenos Aires, 2012.]
Dupouy, R., y P. Chatagnon (1929), "Le joueur, esquisse psychologique", *Annales médicopsychologiques,* 2, 1929.
Fenichel, O. (1945), *La Théorie psychanalytique des névroses,* PUF, París, 1953. [*Teoría psicoanalítica de la neurosis.* Versión española por Mario Carlisky, Paidós, Barcelona, 1984.]
Freud, S. (1927) [1928], CLVIII. "Dostoyevski y el parricidio", *Obras completas de Sigmund Freud*, tomo VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 3004-3015.
Goodman, A. (1990), "Addiction: definition and implications", *British Journal of Addiction,* 85, pp. 1403-1408.
Hacking, I. (2001), *Entre science et réalité, la construction sociale de quoi?,* La Découverte, París. [*¿La construcción social de qué?* Versión española de Jesús Sánchez Navarro, Barcelona, 2001.]
Henslin, J. M. (1967), "Craps and magic", *American Journal of Sociology,* 73, 3, pp. 316-330.
Holden, C. (2001), "Behavioral addictions: do they exist?", *Science*, 294, pp. 980-982.
INSERM (2008), *Jeux de hasard et d'argent, contexte et addiction, Expertise collective,* INSERM Éd., París.
Kalant, H. (2010), "What neurobiology cannot tell us about addiction", *Addiction,* 105, pp. 780-789.
Ladouceur, R., C. Sylvain, C. Boutin y C. Doucet (2000), *Le Jeu excessif, comprendre et vaincre le gambling,* Éd. de l'Homme, Montréal.
Langer, E. J. (1975), "The illusion of control", *Journal of Personality and Social Psychology,* 32, 2, pp. 311-328.
——— (1975), "Heads I win, tails it's chance: the illusion of control as a function of the sequence of outcomes in a purely chance task", *Journal of Personality and Social Psychology,* 32, 6, pp. 951-955.
Le Moal, M. (2009), "Voiles toutes vers le passé", *Psychotropes*, 15, 2, pp. 45-51.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles*

booksmedicos.org

mentaux et des troubles du comportement, trad. fr., Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Peele, S., y A. Brodsky (1975), *Love and Addiction,* Taplinger, Nueva York.
Reith, G. (2007), "Gambling and the contradictions of consumption: a genealogy of the 'pathologica' subject", *American Behavioral Scientist*, 50, 13, pp. 1-23.
Roques, B. (dir.) (1998), *La Dangerosité des drogues,* informe a la secretaría de Estado de la Salud, Odile Jacob, París.
Rush, B. (1784), "An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind", en Y. Henderson, *A New Deal in Liquor a Plea for Dilution,* Doubleday / Doran & Company, Nueva York, 1935, pp. 185-228.
Schull, N. D. (2006), "Machines, medication, modulation: Circuits of dependency and self-care in Las Vegas", *Culture Medicine and Psychiatry,* 30, pp. 223-247.
Skinner, B. F. (1953), *Science and Human Behavior,* Appleton Century Crofts, Nueva York. [*Ciencia y conducta humana.* Versión española de María Gallofré, Fontanella, Barcelona, 1963.]
Slutske, W. (2006), "Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U. S. national surveys", *American Journal of Psychiatry,* 163, pp. 297-302.
Stiegler, B. (2008), *Prendre soin de la jeunesse et des générations,* Flammarion, París.
Valleur, M. (2009), "La nature des addictions", *Psychotropes,* 15, 2, pp. 21-44.
Valleur, M., y J.-C. Matysiak (2002), *Les Addictions,* Armand Colin, París; reedición, 2006.
Van Houdt, T. (2008), "Healing words. Ancient rhetoric and medecine in Pascasius Justus treatise, Alea sive de curanda ludendi in pecuniam cupididat", *Res publicalitterarum,* Documentos de trabajo del grupo de investigación, *Nomos,* 18, pp. 2-16.

booksmedicos.org

XLII. ALCOHOLISMO

FEDERICO CARO

Las características culturales francesas han favorecido durante largo tiempo una minimización de la gravedad de la intoxicación alcohólica en la población. Estos últimos 40 años, especialmente gracias a las campañas de prevención de los accidentes viales, se nota una disminución del consumo global de alcohol en Francia. En efecto, el consumo de 26 litros de alcohol puro por año y por habitante de más de 15 años en la década de 1960, disminuyó a 12 litros en 2011 (Palle, 2013). Sin embargo, Francia sigue siendo el mayor consumidor de vino con un promedio de 46 litros de vino per cápita (Organisation Internationale de la Vigne et du Vin, 2012). Además, la diferencia entre hombres y mujeres se ha reducido a partir de la década de 1990.

Los recursos para la atención de las personas que presentan un problema de alcohol son todavía limitados. Menos de 20% de las personas "adictas" consultan a un profesional, y esto, 10 años después, en promedio, de los primeros síntomas. Los dispositivos de salud pública comienzan a organizarse para mejorar la cobertura de la población y el acceso al tratamiento. Actualmente existen centros especializados en adictología para tratar los casos más difíciles, pero el diagnóstico podría realizarlo todo trabajador de la salud y el tratamiento inicial podría ser confiado al médico general.

XLII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XLII.1.1. *Historial y terminología*

El término *alcoholismo,* que sucedió al de "embriaguez", fue utilizado por primera vez por Magnus Huss en 1849 (Renaudin, 1853) para describir únicamente las consecuencias conductuales: "Conjunto de manifestaciones patológicas del sistema nervioso, en sus esferas psíquicas, sensitivas y motoras, que se observa en los sujetos que durante un periodo prolongado han bebido de manera continua y excesiva bebidas alcohólicas". A partir de esta definición el alcoholismo se percibió esencialmente de manera moralista, y aparecieron más de cincuenta clasificaciones en el curso de los siglos XIX y XX. Fouquet (1951) puso el acento en el aspecto adictivo del alcohol y la imposibilidad de abstenerse de él: "Hay alcoholismo cuando, de hecho, un individuo ha perdido la libertad de

booksmedicos.org

abstenerse del alcohol". Algunas definiciones (Jellinek, 1960) hacen alusión a los daños causados al individuo o a la sociedad: "Se puede llamar alcoholismo todo uso de bebidas alcohólicas que cause un daño cualquiera al individuo, a la sociedad o a ambos".

El término *adicción* es de etimología latina, a partir de las raíces *ad-dicere*: "decir a", y expresa una pertenencia en el sentido de esclavitud. Goodman (1990) definió la adicción como un comportamiento que tiene como objeto producir placer o aliviar un malestar interior, y que se caracteriza por el fracaso repetido de su control y su persistencia a pesar de sus consecuencias negativas (véanse también los capítulos XL y XLI).

La ventaja del concepto de adicción es el de ser inclusivo, permitiendo un abordaje común de las diferentes adicciones y una mejor organización de los dispositivos de atención (Reynaud, 2006). Permite de esta manera escapar de la trampa de los vocablos estigmatizadores, tales como "alcoholismo" o "toxicomanía"; además, cualquiera que sea el producto adictivo, hace intervenir el mismo mecanismo de reforzamiento neurobiológico.

XLII.1.2. *Las clasificaciones internacionales*

Los criterios utilizados para describir la clínica de la adicción al alcohol se elaboraron a partir del modelo propuesto por Edwards y Gross (1976). Describen el síndrome de dependencia del alcohol con siete características principales (véase el cuadro XLII.1).

CUADRO XLII.1. *Criterios del síndrome de dependencia del alcohol según Edwards y Gross (1976)*

a) La fijación progresiva de las modalidades de consumo de alcohol hacen los comportamientos ritualizados y estereotipados;
b) la preeminencia de las conductas de búsqueda de alcohol toman la delantera sobre las otras actividades;
c) el aumento de la tolerancia produce un aumento de las dosis;
d) el evitamiento de los síntomas de abstinencia consumiendo alcohol temprano por la mañana o incluso en la noche;
e) el sentimiento subjetivo de una compulsión para beber;
f) los síntomas recurrentes de abstinencia: temblores, sudores, náuseas y trastornos del humor, y
g) la reinstalación de los otros seis elementos al concluir el periodo de abstinencia.

La décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la OMS (1992) utiliza un modelo bidimensional, clínico y conductual que distingue el *uso*

booksmedicos.org

nocivo (o *abuso*) de la *dependencia*.

El *uso nocivo* o *abuso* es un consumo de alcohol "riesgoso" o "peligroso" para la salud. La CIE-10 habla de las complicaciones de la salud física o psíquica, con los daños psicoafectivos o sociales. Estas conductas pueden evolucionar hacia la dependencia. No hay un umbral de consumo en esta definición, siendo el criterio la aparición de las consecuencias del consumo.

El síndrome de dependencia del alcohol es un estado neurofisiológico de adaptación debido al consumo regular de la sustancia, con tolerancia, *craving* (deseo irrefrenable de consumir el producto) y síndrome de abstinencia específico que aparece en caso de suspensión brusca del alcohol. El síndrome de abstinencia no puede aliviarse más que por la propia sustancia o un sustituto. Para la CIE-10, la dependencia corresponde a un modo inadaptado de utilización de una sustancia que conduce a una alteración del funcionamiento o a un sufrimiento clínicamente significativo. Se deben encontrar, por lo menos, tres síntomas, como por ejemplo la tolerancia, el síndrome de abstinencia específico de la sustancia o el *craving*, durante un periodo continuo de 12 meses.

La quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013) ya no considera la distinción entre abuso y dependencia. Clasifica el alcoholismo entre los "trastornos adictivos", los cuales incluyen las adicciones ligadas a sustancias (entre ellas el alcohol) y las adicciones no ligadas a sustancias. Los trastornos adictivos ligados al alcohol se individualizan en: *a)* trastorno de la utilización del alcohol (que designa la utilización crónica y puede ser "ligero", "moderado" o "severo"); *b)* intoxicación (que designa la utilización aguda y puede asociarse o no a un trastorno de la utilización del alcohol en el sentido crónico y regular del término), y *c)* abstinencia del alcohol (con o sin trastornos de las percepciones, trastornos que remiten al *delirium tremens*).

Observemos, finalmente, que los términos de dependencia, abuso o adicción al alcohol pueden entenderse en un sentido tanto cuantitativo como cualitativo. No obstante, las definiciones cuantitativas son, en general, poco utilizadas, al no haber marcadores biológicos específicos. Factores como las enzimas hepáticas y las γ-GT (gama-glutamil-transpeptidasa) cambian considerablemente de un individuo al otro, y de manera no proporcional al consumo de alcohol.

XLII.1.3. *Clasificaciones tipológicas*

Este tipo de clasificaciones es más útil para los clínicos, puesto que se basa en un elemento representativo (conductual, epidemiológico, clínico o enfoque multidimensional) que caracteriza a un grupo, a partir del cual se establece la atención dirigida y adaptada. Las *tipologías psico-conductuales* utilizan criterios clínicos conductuales, por ejemplo, el de Jellinek y el de Fouquet. Las *tipologías multidimensionales* toman en cuenta datos genéticos, psicopatológicos, epidemiológicos y clínicos, combinándolos con factores de riesgo genéticos o ligados al sexo o a la edad. La principal de estas clasificaciones es la

booksmedicos.org

establecida por Cloninger.

Clasificación de Fouquet

Esta clasificación, pionera en la alcohología francesa, data de los años cincuenta (Fouquet, 1956). Este autor describe tres tipos:

- la *alcoholitis* corresponde al consumo social prolongado, masculino, bien tolerado, continuo, sin ebriedades patológicas frecuentes ni sentimientos de culpa, cuyos efectos somáticos se hacen sentir muchos años más tarde, y que se encuentra todavía en Francia de manera muy amplia. Concierne sobre todo al vino y la cerveza;
- la *alcoholosis* o *neurosis alcohólica* concierne más bien a los aperitivos y los licores, es discontinua, frecuentemente con desagrado por el alcohol entre las tomas; las ebriedades son frecuentes y la dependencia, intensa; es ampliamente mayoritaria entre las mujeres;
- la *somalcoholosis* o *dipsomanía* corresponde a una minoría de los casos y se presenta de manera impulsiva *(crisis)* de algunas horas a algunos días, y conduce al coma etílico. Aquí puede utilizarse cualquier alcohol, incluido el alcohol puro; coexiste con trastornos intensos de la personalidad.

Clasificación de Cloninger

El psiquiatra y geneticista Cloninger (1987) propuso dos tipos de alcoholismo, que se diferenciarían principalmente según las tendencias individuales a la búsqueda de la novedad, el evitamiento del sufrimiento y la dependencia de la recompensa. Esta clasificación utiliza el test psicológico Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) para describir dos tipos de alcoholismo:

- el *tipo I* o de entorno, "ambiental", sería el más frecuente y se observa en ambos sexos. Este tipo se presenta a partir de los 20 años de edad y tiene una evolución lenta. Está asociado con factores de riesgo, como el abuso del alcohol en uno de los padres, carencias afectivas durante la infancia y la desorganización familiar. La personalidad sería poco patológica y estaría, no obstante, marcada por la debilidad del yo; no hay noción de criminalidad ni antecedentes psiquiátricos personales;
- el *tipo II,* exclusivamente masculino, comienza durante la adolescencia con una rápida evolución hacia la dependencia y hacia graves complicaciones somáticas y sociales. Los factores de riesgo son esencialmente genéticos (dependencia del alcohol del padre), así como, a veces, trastornos neuropsicológicos precoces, como el síndrome de hiperactividad y el déficit de la atención. Se describen

booksmedicos.org

frecuentemente trastornos de la personalidad antisocial. El pronóstico es menos bueno que para el tipo I.

Numerosos estudios han examinado la pertinencia de la clasificación de Cloninger, que ha sido ampliamente criticada por el débil tamaño de la muestra del estudio *princeps* (,de los cuales sólo 31 eran mujeres). Cloninger en 1981 y Bohman en 1986 plantearon la posibilidad de un *tipo III,* un alcoholismo "femenino de transmisión matrilineal", con una evolución desfavorable.

Clasificación de Babor (1997)

Esta clasificación utiliza los criterios diagnósticos del DSM-III para distinguir dos grupos: *a)* el *alcoholismo de tipo A,* con un inicio después de los 20 años, evolución lenta, psicopatología asociada, complicaciones menos frecuentes y un mejor pronóstico;*b)* el *alcoholismo de tipo B*, con inicio precoz, elevada frecuencia de alcoholismo familiar, dependencia severa, tendencia adictiva a otras sustancias (poliadicción) y rasgos de personalidad antisocial. Esta tipología es la mejor validada desde un punto de vista estadístico. Las terapias cognitivo-conductuales estarían más adaptadas al grupo B y las terapias interactivas al grupo A.

Clasificación de Adès y Lejoyeux (1997)

Esta clasificación integra los criterios de tipología primaria y secundaria de Cloninger y de Babor. El *alcoholismo primario* (70% de los adictos) corresponde al tipo II de Cloninger y al grupo B de Babor; es más frecuente en el hombre, se caracteriza por una búsqueda de sensaciones y tendencia a la impulsividad. El *alcoholismo secundario* corresponde al tipo I de Cloninger y al A de Babor; es de inicio más tardío y el consumo estaría asociado a una patología psiquiátrica.

Es importante observar que estas clasificaciones tipológicas no consideran comúnmente los comportamientos de alcoholización sin dependencia.

De una manera general, para la práctica clínica se pueden obtener de estas clasificaciones los criterios que deben tomarse en cuenta: el sexo, la edad del sujeto y el inicio de las conductas alcohólicas; los antecedentes familiares; la frecuencia y las modalidades de evolución de estas conductas; la existencia de la comorbilidad psiquiátrica o somática; los rasgos de personalidad, y, finalmente, el ambiente social, familiar, profesional y sociocultural.

XLII.2. DATOS E INVESTIGACIONES BIOMÉDICOS

booksmedicos.org

XLII.2.1. *Epidemiología*

El alcoholismo y sus consecuencias siguen siendo un problema mayor de salud pública. En efecto, se estima que en Francia alrededor de cinco millones de personas tienen trastornos médicos, sociales o psicológicos asociados a un consumo excesivo de alcohol, y dos millones de ellas son dependientes del alcohol (INSERM, 2003). Igualmente, 15 a 20% de los pacientes hospitalizados presentarían un problema de alcohol. Uno de cada cinco pacientes que consultan en medicina general tendría un consumo arriesgado de alcohol, pero las complicaciones serían difíciles de descubrir en el inicio de la patología adictiva.

La adicción al alcohol en Francia es la segunda causa de mortalidad que puede prevenirse, después de fumar. Es causante de 36 500 muertes de hombres y de 12 500 de mujeres, de 13 y 5% de la mortalidad total en Francia, respectivamente (Guerin 2013). De estas muertes, 15 200 pudieron deberse a algún tipo de cáncer, 12 233 a una enfermedad cardiovascular y 7 772 a un padecimiento de carácter digestivo.[1]

El abuso del alcohol tiene también consecuencias indirectas, especialmente sobre los accidentes de trabajo (10 a 20% de éstos tienen por origen el alcohol), los accidentes viales (en 2008, 845 decesos se imputaron al alcohol)[2] y el pasaje al acto auto y heteroagresivo (más de la mitad de los gestos suicidas estarían asociados a una ingesta de alcohol y 30% de los agresores habrían consumido alcohol antes o durante su gesto).

XLII.2.2. *Datos neurobiológicos*

Las investigaciones a partir de modelos animales muestran que ciertos roedores presentan una preferencia por las soluciones alcoholizadas, y que ésta aumentará en función de un contacto prematuro con el producto, del nivel de ansiedad y de la tasa básica de los neurotransmisores (De Witte, 2006). El principal sistema involucrado parece ser el sistema GABAérgico, con una influencia sobre el cambio de conducta (en particular la coordinación), pero también sobre la tolerancia y la abstinencia del producto. Los estudios en genética están a favor de un determinismo, por lo menos parcial, de la vulnerabilidad a la dependencia alcohólica (Le Strat, 2006).

XLII.2.3. *El producto*

El término *alcohol* viene del árabe *al-kohl*: “espíritu de vino”. El etanol, o alcohol de consumo, se obtiene por la fermentación de vegetales ricos en azúcar o por destilación. Se conoce desde por lo menos hace cinco mil años. Es un producto *psicoactivo* que tiene efectos muy variables según las personas y la manera de consumirlo, pudiendo sus manifestaciones ir desde la euforia y la desinhibición hasta la sedación y la tristeza.

booksmedicos.org

El alcohol es al mismo tiempo lipofílico e hidrófilo. La absorción digestiva del alcohol es rápida, por simple difusión, y se completa en dos horas aproximadamente. Se efectúa a nivel del estómago, el duodeno y el intestino delgado proximal, y puede modificarse por la cantidad del producto, su concentración y la presencia de alimentos en el tracto digestivo. El etanol se metaboliza en 95% en el hígado, con tres sistemas de oxidación que intervienen en diversos grados según que el consumo sea ocasional o más regular: el primero y más importante en los consumidores ocasionales es el de la *alcohol-deshidrogenasa* (ADH) y la *aldehído-deshidrogenasa* (ALDH); el segundo mecanismo es el del sistema MEOS (*Microsomal Ethanol Oxydizing System*); finalmente, el sistema de la catalasa y la oxidación radicalar del etanol pueden funcionar de manera transitoria.

Un adulto cataboliza, en promedio, 0.5 g de alcohol por hora, pero el polimorfismo genético de las enzimas, las características del consumo y la talla y el sexo de los individuos van a influir en esta velocidad.

XLII.2.4. *Cuantificación del consumo de alcohol*

Los comportamientos de consumo de alcohol incluyen:

—la *abstinencia* o el *no consumo* de alcohol, primario o secundario, que puede ser temporal, definitivo, momentáneo, etcétera;
—el *uso* se define como todo consumo de alcohol que no plantea problemas. Debe ser moderado e ingerido fuera de toda situación de riesgo. Este uso puede ser experimental, ocasional, puntual, intermitente, periódico, acostumbrado o habitual, regular o continuo, etcétera;
—las formas patológicas son descritas con los términos de *uso nocivo* o *abuso* y de *síndrome de dependencia del alcohol (alcoholodependencia)*.

Tanto el "uso" como, sobre todo, las formas patológicas pueden conducir a las *ebriedades*. Una *ebriedad patológica* (intoxicación alcohólica aguda) se caracteriza por una modificación significativa del humor con excitación psicomotriz y manifestaciones agresivas; es frecuentemente amnésica y puede concluir en el coma.

Para obtener las cifras del *consumo declarado de alcohol* hay que cuantificar el consumo de los pacientes gracias a la definición de la unidad internacional de alcohol (UIA), que en Francia es de 10 g de etanol puro (12 g de etanol puro en los Estados Unidos). Una bebida alcoholizada contiene un cierto grado de etanol puro: por ejemplo, el vino de 12 g de etanol contiene 12% de etanol por 100 ml. de vino, o sea, aproximadamente 10 g de etanol por cada vaso de 10 centilitros.

En el plano clínico, se deberá estar atento a las cantidades de líquido consumidas y a la concentración de etanol puro contenido en la bebida, durante los días e incluso las semanas que preceden a la consulta. Clínicamente, los límites se han fijado en un máximo de 4 UIA en ocasión de un consumo puntual, en 14 UIA por semana para una

booksmedicos.org

mujer y en 21 UIA por semana para un hombre.

En Francia se considera un consumo de riesgo si sobrepasa 20 g de alcohol por día las mujeres y 30 g por día los hombres. Este riesgo se define por los perjuicios físicos o psíquicos inducidos por un consumo repetido y por la ausencia de criterios de dependencia. Estos umbrales clínicos deben interpretarse según las características de cada individuo, su manera de reaccionar al alcohol, su talla y su peso, sus antecedentes somáticos y psiquiátricos, el consumo rápido o asociado a otros productos psicoactivos, como los de un tratamiento medicamentoso.

Una conducta de alcoholización "masiva" y puntual, conocida en los países anglosajones con el nombre de *binge drinking* (Wohl, 2009), se desarrolla entre los jóvenes y merece señalarse; aquí, la persona consume más de 60 g de etanol puro muy rápidamente en búsqueda de un *desfondamiento* gracias al producto.

XLII.2.5. *Evaluación: los auto y los heterocuestionarios*

En un enfoque preventivo, es importante descubrir los consumos riesgosos, abusivos o de dependencia de la población adulta.

Las *situaciones de riesgo* están representadas por las personas que frecuentan regularmente a los profesionales de la salud; los que presentan quejas de fatiga, que muestran nerviosismo, irritabilidad o que padecen trastornos del sueño o del humor; las personas con dificultades socioprofesionales y afectivas. Los instrumentos más simples para el descubrimiento son los cuestionarios estandarizados administrados por los profesionales de la salud o autoadministrados, que pretenden detectar la existencia de un mal uso del alcohol, sin poder calificar su tipo.

Existen más de 25 cuestionarios de este tipo en la bibliografía (Yersin, 1999), de los que dos son ampliamente utilizados: el AUDIT y el CAGE.

El cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) fue creado por Barry y Fleming (1993). Fue desarrollado por la OMS y permite detectar a las personas que tienen un consumo de riesgo o un perfil de consumo con consecuencias. Brinda una rica información al explorar los últimos 12 meses del individuo y tiene la ventaja de poderse utilizar como autocuestionario. No existe consenso sobre una calificación umbral. La sensibilidad es de 51 a 97% y la especificidad es de 78 a 96%.

Una variante, el AUDIT-C, incluye las tres primeras preguntas del AUDIT, probadas y validadas (Bush *et al.,* 1998). Se concibió para descubrir un consumo de alcohol riesgoso y peligroso. La primera pregunta aborda la frecuencia del consumo de alcohol, la segunda se refiere a la cantidad de alcohol absorbida en el curso de un día de consumo ordinario, y la tercera es sobre la frecuencia de los consumos episódicos masivos.

El *cuestionario* CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eyes-opener) fue creado por Mayfield *et al*. (1974). [Fue traducido al francés por Rueff en 1989 con el acrónimo DETA.] Incluye las siguientes cuatro preguntas:

booksmedicos.org

1. ¿Ha experimentado la necesidad de disminuir su consumo de bebidas alcohólicas?
2. ¿Su entorno ya le ha hecho observaciones respecto de su consumo?
3. ¿Ya ha tenido la impresión de que bebe demasiado?
4. ¿Ya ha tenido la necesidad de alcohol desde la mañana para sentirse en forma?

Es probable la dependencia del alcohol si el individuo responde "sí" a dos preguntas o más. Este instrumento tiene una sensibilidad de 43 a 94% y una especificidad de 70 y 97%. Está destinado a la identificación del mal uso de alcohol; tiene la ventaja de ser simple, autoaplicado y explorar la vida entera. Una calificación positiva informa sobre la existencia de un problema ligado al alcohol, pero no discrimina el carácter reciente o antiguo.

XLII.2.6. *Los análisis biológicos*

Se utilizan para descubrir el consumo crónico de alcohol, pero tienen una débil sensibilidad, lo que impide su utilización para el descubrimiento de los consumos abusivos o de riesgo.

La γ-GT (dosificación sérica de la gama-glutamiltransferasa) comienza a aumentar tras dos a tres semanas de consumo regular de alcohol de al menos 4 UIA por día, con un regreso a la normal en dos a cuatro semanas si la persona se vuelve abstemia. La sensibilidad es de alrededor de 50% en ausencia de hepatopatía, y vecina a 80% en presencia de hepatopatía, y la especificidad sería de 60 a 80%. Observemos que la γ-GT puede aumentar en otras numerosas situaciones (toma de medicamentos o patologías somáticas).

El *VGM* (volumen globular medio). La macrocitosis —más de 98 μm^3— aparece al cabo de dos o tres meses de consumo crónico y excesivo de alcohol, regresando a la normal tras dos meses de abstinencia. La sensibilidad es casi de 60% y su especificidad dependerá de la ausencia de otras situaciones clínicas, como el embarazo, la cirrosis y algunas patologías hematológicas.

Si se toman en cuenta estas dos dosificaciones, la sensibilidad será vecina a 90-95% en los adictos al alcohol y de 65% en los usuarios de riesgo.

La *CDT* (transferrina desialilada) estará aumentada en el caso de un sobreconsumo cotidiano de alcohol durante más de una semana, con un regreso a la normal al cabo de dos a tres semanas de abstinencia. La sensibilidad no es mejor que la de la γ-GT, pero si el consumo es muy importante (más de 7 UIA/día) la sensibilidad se acercará a 90%. La especificidad es de aproximadamente 90%. Sólo algunas condiciones particulares podrán modificarla fuera del sobreconsumo de alcohol: la enfermedad de las glicoproteínas, el embarazo, mutaciones genéticas específicas, cirrosis biliar primitiva o insuficiencia hepática grave. Es un examen costoso y se realiza en situaciones de excepción.

Las *aminotransferasas:* aspartato aminotransferasa (ASAT) (SGOT) y alanino aminotransferasa (ALAT) (SGPT). La dosificación de las enzimas hepáticas permitirá

booksmedicos.org

determinar la degradación de las células del hígado y su carácter reversible o irreversible.

XLII.3. Clínica

Los trastornos psiquiátricos y somáticos consecutivos al consumo excesivo de alcohol son numerosos y más o menos específicos. La cirrosis hepática alcohólica, las psicosis alcohólicas y los cánceres de las vías aero-digestivas (alcoholotabaquismo) son las tres principales causas de mortalidad ligadas al consumo excesivo de alcohol (Observatorio Francés de Drogas y Toxicomanía, OFDT, junio de 2009). La ebriedad patológica puede comprometer el pronóstico vital (coma hipoglicémico).

XLII.3.1. *Trastornos psiquiátricos*

Una persona puede tener tendencia a consumir alcohol en busca de un efecto desinhibidor y ansiolítico, pero un consumo crónico entrañará todo tipo de trastornos ansiosos: trastorno de pánico, fobia social o agorafobia. En caso de un estado de estrés postraumático, las personas con dependencia de alcohol tienen manifestaciones y complicaciones más importantes, especialmente una respuesta mediocre al tratamiento (Riggs *et al.,* 2003).

La adicción al alcohol y los síntomas depresivos están estrechamente unidos. Un consumidor regular puede presentarlos, e inversamente, los pacientes con síntomas depresivos tienen una mayor tendencia a consumir regularmente alcohol. En consecuencia, el riesgo de desarrollar un episodio depresivo mayor está también aumentado (Gilman *et al.,* 2001). Es importante, pues, en el proceso terapéutico, investigar bien los síntomas presentes antes de la adicción. Si los síntomas aparecen después de la adicción debido a los efectos depresógenos del alcohol, es preferible no prescribir un tratamiento antidepresivo antes de tres o cuatro semanas de abstinencia, esperando una desaparición sintomática espontánea.

XLII.3.2. *Trastornos neurológicos*

El síndrome de abstinencia específico del alcohol está ligado a la deshidratación y a la hiperexcitabilidad debidas a las modificaciones neuronales membranales. Incluye sudores, temblores, vómitos, agitación, hipertensión arterial, aceleración del pulso. Se puede utilizar la escala de Cushman para evaluar regularmente la evolución de la abstinencia y prevenir complicaciones, como las convulsiones o el *delirium tremens* (DT). Este último aparece generalmente dentro de las 72 horas que siguen a la suspensión del alcohol (o más si hay una poliadicción, sobre todo a los medicamentos). El paciente estará agitado,

booksmedicos.org

ansioso y podrá presentar alucinaciones auditivas o visuales. Existe un riesgo vital que debe ser atendido en un servicio médico especializado. La existencia de un antecedente de DT exige realizar siempre la siguiente abstinencia en medio hospitalario (véase el capítulo XXV).

La *encefalopatía de Gayet-Wernicke* incluye trastornos oculomotores (parálisis oculares, nistagmus), marcha atáxica (trastornos cerebelosos y vestibulares) y trastornos psíquicos (somnolencia, enlentecimiento psicomotor, confusión y trastornos mnésicos). Está ligada a la avitaminosis B1 (tiamina), consecuencia de la neurotoxicidad del alcohol; esta neurotoxicidad podría tener un factor de predisposición genética. La encefalopatía debe ser tratada de urgencia en un servicio especializado con perfusión de vitamina B (véase también el apartado LI.3).

El *síndrome de Korsakoff* puede ser secundario a la encefalopatía de Gayet-Wernicke, incluso si existen otras etiologías (tumores, isquemias, traumatismos), o tener un inicio insidioso (Jauhar *et al.,* 2000). Se caracteriza por trastornos crónicos de la memoria (hechos recientes y antiguos), perturbaciones manifiestas de la percepción del tiempo y de la cronología de los acontecimientos, así como dificultades para aprender nuevos conocimientos. El paciente puede presentar falsos reconocimientos y confabulaciones. La anosognosia está presente en la mayoría de los casos. Las otras funciones cognitivas están relativamente preservadas. Se observan lesiones neurológicas en el hipocampo, el tálamo, los cuerpos mamilares y los lóbulos frontales (Visser *et al.,* 1999) (véase también apartado LI.3).

La *demencia alcohólica,* finalmente, de instalación progresiva, está caracterizada por una alteración de la memoria episódica y de las funciones ejecutivas. El cuadro clínico de la demencia alcohólica incluye un "cuadro de demencia frontal o subcortical, dominado por las modificaciones de la conducta y los déficits de las funciones ejecutivas" (Pierucci-Lagha, 2003).

Existen otras complicaciones neurológicas raras, como la mielinosis centro-pontina, la enfermedad de Marchiafava-Bignami y la pelagra (carencia de vitamina PP).

XLII.3.3. *Trastornos somáticos*

Patologías cardiovasculares

El consumo regular de alcohol a dosis elevadas (más de 60 g en cada toma) aumenta el riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, trastornos del ritmo, coronariopatías) en el hombre. Varios estudios han mostrado que consumos inferiores a 25 g por día podrían proteger las coronarias de la aparición de ateromas. Hay frecuentemente una hipertensión arterial transitoria durante el periodo agudo de la abstinencia.

booksmedicos.org

Patologías digestivas

La hepatitis alcohólica aguda puede presentarse en cualquier paciente dependiente del alcohol en ocasión de periodos de consumo masivo. Los síntomas son dolor localizado, fiebre, intolerancia digestiva, ictericia, alteración del estado general y, ocasionalmente, encefalopatía con confusión mental. La evolución hacia la insuficiencia hepatocelular puede producir hipertensión portal que puede complicarse con una hemorragia digestiva y coma hepático.

La esteatosis hepática, reversible con la abstinencia, está marcada por un aumento del tamaño del hígado y el inicio de una alteración en su función. La enfermedad hepática puede evolucionar hacia la *cirrosis*. Tanto la fibrosis irreversible del hígado como la hipertensión portal secundaria pueden generar várices, ulceraciones y sangrados esofágicos.

El consumo masivo puede causar pancreatitis crónica y gastritis agudas.

El individuo dependiente del alcohol corre un importante riesgo de presentar mala nutrición debido a la disminución del aporte alimentario, los trastornos de la digestión y la absorción y las alteraciones del metabolismo de ciertos nutrientes, como las vitaminas B1, B6 y PP, el ácido fólico y el zinc. El consumo agudo puede provocar trastornos hidroelectrolíticos por su efecto diurético y el consumo crónico puede producir retención hidrosódica, deplesión de magnesio, calcio y fósforo.

Patologías endócrinas

El hipogonadismo no es frecuente, pero provoca una disminución de la libido y de la fecundidad, trastornos menstruales con alteraciones de la ovulación en la mujer e hiperestrogenia en ambos sexos.

Riesgo fetal durante el embarazo

El alcohol es teratógeno a todo lo largo del embarazo, y la alcoholemia del feto será superior a la de la madre debido a un catabolismo enzimático menos eficaz por estar menos desarrollado. Además, el alcohol perturba la embriogénesis y la multiplicación celular, genera radicales libres que pueden dañar al sistema nervioso central, con disminución del volumen cerebral, malformaciones y un retardo en la mielinización.

El neonato podrá sufrir del *síndrome de alcoholismo fetal* (SAF), que incluye retardo del crecimiento, disminución del perímetro craneal, dismorfia craneofacial, signos de disfunción del sistema nervioso central (retraso mental, retardo del desarrollo psicomotor, trastornos cognitivos y de la conducta). El SAF concierne de 1.3 a 3.5 nacimientos por cada 1 000, por año, en Francia.

booksmedicos.org

XLII.3.4. Repercusión social del alcoholismo

Como la mayor parte de las adicciones, la del alcohol será descubierta por el entorno a partir de las dificultades sociales y el fracaso de los proyectos educativos, profesionales o afectivos. El consumo abusivo de alcohol principia al mismo tiempo que las dificultades personales, pues el alcohol ayuda a ciertos pacientes a "olvidar". Pero muy pronto alcohol y preocupaciones se presentarán simultáneamente con una tendencia al aislamiento, al pasaje al acto auto o heteroagresivo y a los conflictos interpersonales.

El alcohol es todavía una de las principales causas de los accidentes viales. Mientras más grave es el accidente en cuanto a mortalidad, más concernido está el alcohol. A pesar de los esfuerzos, las mediciones positivas espontáneas de alcohol al volante han todavía aumentado de 2 a 3.3% en el curso de los últimos años (OFDT, junio de 2009).

XLII.4. Caso clínico

El señor R., de 45 años, es enviado al servicio de adictología con la orden de recibir atención. Por segunda vez en menos de un año ha tenido un grave accidente de auto bajo los efectos del alcohol, lo que provocó una cancelación de su licencia por dos años y una condena por otros dos con libertad condicional. En ocasión de la primera entrevista R. evoca su deseo de tener un seguimiento regular y recibir un tratamiento. Un mes más tarde, sin tener noticias de él, su mujer nos llama para explicar que retomó la conducción de su vehículo diariamente para poder ir a su trabajo. Retomó el consumo de alcohol para "levantarse el ánimo". Se recibe a la pareja en consulta y la señora R. nos dice que estos abusos del alcohol duran desde hace más de diez años, con crisis de agresividad ocasionales. El consumo actual de su marido es continuo a lo largo del día. La señora R. ya habló con el médico general, quien prescribió acamprosato hace dos años, pero el señor R. rápidamente suspendió su tratamiento. La esposa dice no tener dinero y piensa que se habría separado de él si la pareja no tuviera dos hijos en pleno periodo de adolescencia. Después de tres semanas de consultas regulares, la búsqueda de comorbilidad, especialmente hepática, y una disminución de su consumo, el paciente acepta una cura de abstinencia de cuatro semanas. Durante la hospitalización se realizan análisis clínicos y neuropsicológicos a profundidad. Se estableció un régimen alimentario adaptado a la situación y un tratamiento con acamprosato y naltrexona.

A su egreso R. continuará su seguimiento regular por un adictólogo y una psicóloga. Se le propone integrarse al grupo "prevención de la recaída" y se le orienta hacia una asociación de ayuda mutua de ex consumidores.

XLII.5. *Psicopatología*

Tanto los enfoques psicoanalíticos como los enfoques cognitivistas tratan de manera general la dependencia de una sustancia psicoactiva; presentamos brevemente estos trabajos en los capítulos precedentes XL y XLI. La literatura psicoanalítica en lengua

booksmedicos.org

francesa tiene algunas obras dedicadas especialmente al alcoholismo; señalemos las de A. de Mijolla (1973) y J.-P. Descombey (1985, 2005).

XLII.6. Terapéutica

El enfoque terapéutico es pluridisciplinario, en particular psicoterapéutico, farmacológico y, en ocasiones, psicosocial.

Un primer aspecto es el preventivo. Todo profesional de la salud, frente a una persona que abusa del alcohol, deberá inicialmente realizar una "intervención breve" (Andersone, 2008), es decir, una primera evaluación del *estadio de cambio* (según la teoría cognitivo-conductual), seguida de un consejo personalizado. Debe contemplarse la atención especializada cuando el paciente ha intentado infructuosamente suspender la ingesta, si hay complicaciones somáticas, riesgo significativo para la abstinencia, o finalmente cuando existe una comorbilidad psiquiátrica o adictológica (Alta Autoridad de Salud, HAS, 2007).

Los tratamientos actuales utilizan lo más frecuentemente las terapias cognitivo-conductuales y sus aplicaciones concretas, que son la entrevista motivacional, la administración del deseo, el riesgo, la recaída y la reafirmación del yo. El enfoque analítico sigue siendo una de las mejores posibilidades para la atención del paciente dependiente del alcohol, motivado por un trabajo sobre las raíces inconscientes de su adicción. En todos los casos el terapeuta debe estar preparado para la eventualidad de las recaídas y mantener el compromiso terapéutico tanto tiempo como el paciente se adhiera al seguimiento.

Pueden proponerse una terapia familiar o una psicoterapia de grupo. Los grupos de ayuda mutua, como los Alcohólicos Anónimos (AA), pueden ser una ayuda preciosa, permitiendo al paciente beneficiarse del sostén de sus pares, lo que disminuye considerablemente la culpabilidad de las recaídas y de los fracasos.

Una vez que el paciente ha investido su atención y que se ha observado una cierta reducción o al menos un control del consumo, puede contemplarse la *abstinencia*. Ésta puede realizarse de manera ambulatoria si no hay contraindicaciones (antecedentes de abstinencias complicadas, *delirium tremens,* epilepsia, poliadicción, hepatopatías crónicas…), y si el paciente se encuentra dentro de un contexto socioeconómico favorable. El tratamiento de abstinencia necesita el establecimiento de un protocolo terapéutico específico que incluye la hidratación, el tratamiento sintomático, la vitaminoterapia y la prescripción de benzodiacepinas de vida media larga por su efecto ansiolítico y anticonvulsivante. Esta prescripción debe adaptarse a cada paciente y disminuirse progresivamente hasta la suspensión en el término de diez a quince días.

Tras la mejoría de la abstinencia se puede proponer al paciente una "post-cura" en un centro terapéutico, con una duración de tres a seis meses, teniendo como finalidad la consolidación de la abstinencia y la reconstrucción de un ritmo de vida.

booksmedicos.org

El tratamiento medicamentoso

Se han probado varios medicamentos para el tratamiento de la adicción al alcohol, dos de los cuales muestran una eficacia moderada y variable de un individuo a otro: el *acamprosato* y la *naltrexona*. Deben prescribirse durante varios meses después de la abstinencia y acompañar la atención global del paciente. Actualmente se estudian otras moléculas, como el *baclofeno* (Lejoyeux, 2009), agonista de los receptores del ácido gama-amino-butírico B (GABA-B), y el *nalmefeno,* antagonista de los receptores opiáceos.

El *acamprosato* es un agonista de los receptores del ácido gama-amino-butírico (GABA). Disminuye el deseo de consumir el producto, lo que puede ayudar a la reducción del riesgo de recaída a corto y mediano plazo. Su mecanismo de acción todavía no está claro pero probablemente se halla ligado a la inhibición de la hiperexcitabilidad neuronal. Podría también tener un papel de protección neuronal en ocasión de la abstinencia.

La *naltrexona* es un antagonista de los receptores a los opiáceos. Reduce el deseo compulsivo por el consumo.

Ambos medicamentos pueden prescribirse simultáneamente para mejorar, en ciertos casos, su eficacia.

Conclusión

El consumo excesivo de alcohol es una realidad en la cultura francesa. Las implicaciones sociales, económicas y de salud pública deben apreciarse en su justo valor con el fin de poner en práctica medidas de prevención de la dependencia de alcohol.

Los pacientes sólo consultan muy tardíamente, lo más frecuentemente a solicitud de su entorno o por exhorto de las autoridades. Las complicaciones socioeconómicas, somáticas y psíquicas son muy importantes, por lo que los actores del campo de la salud están involucrados en la detección precoz de los síntomas y en la orientación del paciente hacia su médico tratante o los servicios especializados. La atención global debe dejar un lugar considerable al trabajo de acompañamiento psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Adès, J., y M. Lejoyeux (1997), "Les classifications de l'alcoolisme: principes et éléments des nosographies actuelles", en J. Adès y M. Lejoyeux (dirs.), *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*, Masson, París, pp. 43-55.

Alta Autoridad de Salud (2007), *Abus, dépendances et polyconsommations: stratégies de soins*.

Anderson, P., A. Gual, J. Colom e INCa (trad.) (2008), *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*, INPES, París, 141 pp.

booksmedicos.org

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]
Aubin, H.-J., D. Marra y D. Barrucand (1997), "Modes d'évaluation standardisée de l'alcoolisme", en J. Adès y M. Lejoyeux (dirs.), *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives,* Masson, París, pp. 57-65.
Babor, T. F. (1997), "La typologie et le traitement de l'alcoolisme", *Alcoologie,* 19, supl. 3, pp. 293-306.
Barry, K. L., y M. F. Fleming (1993), "The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample", *Alcohol and Alcoholism,* 28, pp. 33-42.
Bush, K., D. Kivlahan, M. McDonell, S. Fihn y K. Bradley (1998), "The audit alcohol consumption questions (Audit-C): an effective brief screening test for problem drinking", *Archives of Internal Medicine,* 158, pp. 1789-1795.
Cloninger, C. (1987), "A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal", *Archives of General Psychiatry,* 44, 6, pp. 573-578.
De Mijolla, A. (1973), *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme,* Payot, París; 2ª ed., 1981.
De Witte, P. (2006), "Neurobiologie de la préférence et de la dépendance à l'alcool à partir des modèles animaux", en M. Reynaud, *Traité d'addictologie,* Flammarion, París, pp. 312-319.
Descombey, J.-P. (1985), *Alcoolique mon frère, toi: l'alcoolisme entre médecine, psychiatrie et psychanalyse,* Tolosa Privat, 2ª ed., L'Harmattan, París, 1999.
——— (2005), *L'Économie addictive: l'alcoolisme et autres dépendances,* Dunod, París.
Devgun, M. S., J. A. Dunbar, J. Hagart, B. T. Martin y S. A. Ogston (1985), "Effects of acute and varying amounts of alcohol consumption on alkaline phosphatase, aspartate transaminase, and gamma-glutamyltransferase", *Alcoholism, Clinical and Experimental Research,* 9, pp. 235-237.
Edwards, G., y M. M. Gross (1976), "Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome", *British Medical Journal,* 1, pp. 1058-1061.
Fouquet, P. (1951), "Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme", *Évolution psychiatrique,* 16, pp. 231-251.
——— (1956), *Une thérapeutique de l'alcoolisme: essai de psychothérapie éducative,* PUF, París.
Gache, P., P. Michaud, U. Landry, C. Accietto, S. Arfaoui, O. Wenger y J.-B. Daeppen (2005), "The alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version", *Alcoholism: Clinical & Experimental Research,* 29, 11.
Gilman, S. E., y H. D. Abraham (2001), "A longitudinal study of the order of onset of

booksmedicos.org

alcohol dependence and major depression", *Drug and Alcohol Dependence,* 63, pp. 277-286.
Goodman, A. (1990), "Addiction: definition and implications", *British Journal of Addictions,* 85, pp. 1403-1408.
Guérin, S., A. Laplanche, A. Dunant y C. Hill (2013), "Alcohol-attributable mortality in France", *European Journal of Public Health,* 23 (4), agosto.
INSERM (2003), *Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance, Expertise collective,* INSERM, París.
Jauhar, P., y D. Montaldi (2000), "Wernicke-Korsakoff syndrome and the use of brain imaging", *Alcohol and Alcoholism,* 35, pp. 21-23.
Jellinek, E. M. (1960), *The Disease Concept of Alcoholism,* Hillehouse Press, New Haven.
Le Strat, Y., N. Ramoz y P. Gorwood (2006), "Génétique et alcoolisme: données et hypotheses actuelles", en M. Reynaud, *Traité d'addictologie,* Flammarion, París, pp. 320-328.
Lejoyeux, M. (2009), "Conduites alcooliques: prévention et traitement", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37398-A50, Elsevier Masson, París.
Mayfield, M., G. McCleod y P. Hall (1974), "The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument", *American Journal of Psychiatry,* 131, p. 1123.
Obradovic, I. (2013), "La réponse pénale à la conduite sous influence (alcool et stupéfiants)", OFDT, Saint-Denis.
Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière (ONISR) (2014), "Accidentes viales en 2013. Balance provisional".
Organisation internationale de la vigne et du vin (OIV) (2012), "Statistical report on world vitiviniculture 2012", OIV, París, 32 pp.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Paille, F. (2002), "Évaluation pratique de la consommation d'alcool. Classifications et définitions des conduites d'alcoolisation", *Gastroentérologie clinique et biologique,* 26, B141-B148.
Palle, C., "Alcool" en OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles,* OFDT, Saint-Denis, 2013, pp. 204-213.
Pierucci-Lagha, A., y C. Derouesné (2003), "Alcool et vieillissement", *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement,* 1, 4, pp. 237-249.
Pratt, D. S., y M. M. Kaplan (2000), "Evaluation of abnormal liver-enzyme results in asymptomatic patients", *New England Journal of Medicine,* 342, pp. 1266-1271.
Radouco-Thomas, S., F. Garcin, D. Lacroix *et al.* (1979), "Major concepts and trends in alcoholism", en J. Mendlewics y H. Van Praag (dirs.), *Alcoholism, a Multidisciplanary Approach,* Karger, Basilea.

booksmedicos.org

Renaudin (1853), "De l'alcoolisme chronique par le Dr Magnus Huss. Analyse par le Dr Renaudin, directeur de l'asile de Mareville", *Annales médico-psychologiques,* 5, pp. 60-83.
Reynaud, M. (2006), *Traité d'addictologie*, Flammarion, París.
Riggs, D. S., M. Rukstalis, J. R. Volpicelli, D. Kalmanson y E. B. Foa (2003), "Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: potential pitfalls to PTSD treatment", A*ddictive Behavior,* 28, pp. 1717-1730.
Rueff, B. (1989), *Alcoologie clinique,* Flammarion, París.
Selzer, S. L. (1971), "The Michigan alcoholism screening test", *American Journal of Psychiatry,* 127, p. 1658.
Visser, P. J., L. Krabbendam, F. R. Verhey, P. A. Hofman, W. M. Verhoeven, S. Tuinier *et al.* (1999), "Brain correlates of memory dysfunction in alcoholic Korsakoff's syndrome", *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* 67, pp. 774-778.
Wohl, M., y J. Adès (2009), "Conduites alcooliques: épidémiologie et aspects cliniques", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37398-A30, Elsevier Masson, París.
Yersin, B. (1999), "Les questionnaires de dépistage en alcoologie", *Alcoologie,* 21, pp. 397-401.
Yersin, B., Y. Trisconi, F. Paccaud, F. Gutzwiller y P. Magnenat (1989), "Accuracy of the Michigan alcoholism screening test for screening of alcoholism in patients of a medical department", *Archives of Internal Medicine,* 149, pp. 2017-2074.

booksmedicos.org

[1] Las causas de muerte enteramente atribuibles al alcohol son: cardiomiopatía alcohólica, várices esofágicas, gastritis alcohólica, hepatitis alcohólica, fibrosis y cirrosis del hígado —excepto cirrosis biliar—, encefalopatía de Wernicke, trastornos mentales y del comportamiento, así como degeneración del sistema nervioso debido al alcohol y polineuropatía alcohólica (Guerin, 2013). La intoxicación patológica puede ser peligrosa para la vida (coma hipoglucémico).

[2] El número total de accidentes viales mortales pasó de 6 920 en 2001 a 3 933 en 2008. En 1 349 casos en 2001, y 845 casos en 2008, al menos uno de los conductores tenía una alcoholemia positiva (OFDT, junio de 2009). El alcohol está asociado a 10-16% de los accidentes corporales y a 30-37% de los accidentes mortales (Whol, 2008).

booksmedicos.org

XLIII. PSICOPATÍA

ÉRIC CORBOBESSE

La psicopatía es una figura familiar de la psiquiatría desde hace un siglo; es uno más de los términos psiquiátricos que han tenido larga vida y resistido al proyecto de revisión planteado por el DSM. Es un término complejo, en primer lugar conductual y descriptivo. El psicópata es inicialmente aquel que mezcla pasajes al acto y transgresiones en el seno de una historia marcada por la repetición y la progresiva complicación. Esta aparente simplicidad para caracterizarla y reconocerla no explica la ambigüedad de tal definición. En efecto, es seguramente una de las entidades de la psicopatología que se encuentran de manera más aguda en las fronteras de la psiquiatría. La psicopatía se sitúa en la interfaz de la medicina, la sociología, la moral, la educación, la política y lo judicial. Ha navegado a lo largo de los decenios al gusto de las diferentes modas de comprensión y por ese hecho tiene una historia más bien tormentosa. Actualmente el término *psicópata* conserva una cierta indefinición y puede tener entonaciones diferentes. Por ejemplo, el "psicópata norteamericano" puede adoptar los rasgos del "asesino serial", rostro que no adquiere en Francia. Además, en el seno mismo de la psicopatología, la psicopatía se mezcla con numerosos otros diagnósticos, como la toxicomanía y los estados limítrofes, y responde a numerosas tentativas de comprensión.

Por estas razones la psicopatía es objeto de interés en otros campos conexos. Es claro que no hay conductas psicopáticas separables del sistema en el que se despliegan sus manifestaciones. La sociología desea diferenciarlas nombrándolas "sociópatas" e insistir así en el papel del entorno social en la génesis de las conductas. La Escuela de Chicago, entre otras, se ha esforzado en demostrar que existe una construcción sociológica de la desviación. El psicópata concentra igualmente el interés de los criminólogos, que han producido una abundante literatura sobre el tema.

XLIII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XLIII.1.1. *Historial*

La historia de la psicopatía es notable (Côté, 2000). Nos hace viajar a los rincones de la historia de las ciencias médicas y nos las enseña, finalmente, al igual que la

booksmedicos.org

sintomatología. La imagen del psicópata, que no tenía todavía ese nombre, nació con la psiquiatría médica en el siglo XIX. En su tentativa de clasificación de 1801, Pinel describió un tipo de individuo que se le asemeja. Calificó sus síntomas como manía sin delirio. Su alumno Esquirol evocó una patología de la voluntad.

Después se mezclaron la moral y la religión: Morel vio en ella, en 1857, el candidato ideal para argumentar seriamente su teoría de la degeneración nerviosa. Todo un linaje de psiquiatras imprimió entonces, de manera profunda, el sello del "desequilibrio constitucional" (Magnan, 1884), del "criminal nato" (Lombroso, 1870), de las "perversiones instintivas" neurológicas e innatas. En la vulgata popular, los psicópatas permanecieron, en un trasfondo, como los "peores productos de la degeneración mental" (Dupré, 1912), atavismo hereditario que tendría todavía, sin duda, una larga vida…

Hubo que esperar a Emil Kraepelin, el padre de la nosografía psiquiátrica moderna, para que viera la luz el término *psicópata* en el curso de las diferentes ediciones de su *Tratado* (1883-1909). Kraepelin hizo a un lado las tesis de la degeneración y la idea de un trastorno neurológico, pero conservó el carácter constitucional. Describió "estados psicopáticos" y dibujó la sintomatología tal como se le conoce todavía hoy en día: los "querellantes, mentirosos y estafadores…". Fue igualmente el primero en diferenciar al psicópata del simple perturbador o delincuente. Su alumno Schneider (1923) formuló la hipótesis de un trastorno de la personalidad. Describió sus diferentes formas, como la forma explosiva y la apática.

Algunos años más tarde, la psiquiatría de lengua inglesa se reapropió el término *personalidad psicopática* y lo popularizó ampliamente. El psiquiatra norteamericano Hervey Cleckley publicó, en 1941, *The Mask Of Sanity (La Máscara de la normalidad),* que reagrupó numerosas descripciones clínicas y estableció un retrato consistente del individuo psicópata. Se convirtió en el texto de referencia. A partir de los años sesenta, el canadiense Robert Hare, confrontado durante sus estudios con una primera experiencia particularmente intensa con un detenido, retomó los trabajos de Cleckley para su tesis y consagró su carrera a proseguir investigaciones sobre el tema. Está en la base de la escala de psicopatía que lleva su nombre, tal como existe actualmente (Hare y Neumann, 2008).

Finalmente, la psicopatía se ha hecho notar en Francia, recientemente, tras la publicación de un reporte del INSERM, a finales de 2005, o más precisamente a partir de que el proyecto de una encuesta precoz de la delincuencia en los niños hubiera levantado un tormentoso debate entre políticos, clínicos e investigadores.

XLIII.1.2. *Situación nosográfica*

Las nosografías modernas otorgan un lugar aparte a los trastornos de las conductas y a los trastornos de la personalidad. Introducidas no obstante para escapar del término *psicopatía,* demasiado moral, están lejos de lograr la unanimidad. La CIE-10 aísla la "personalidad disocial" y la "personalidad emocionalmente lábil". El DSM-5 aísla la

booksmedicos.org

"personalidad antisocial" y *borderline* (véase también el capítulo XXXVI).

CUADRO XLIII.1. *La escala de psicopatía de Hare (PCL-R)*

1. Locuacidad y encanto superficial
2. Sobrestima de sí mismo
3. Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento
4. Tendencia a la mentira patológica
5. Engaño y manipulación
6. Ausencia de remordimientos y de culpabilidad
7. Afecto superficial
8. Insensibilidad y falta de empatía
9. Tendencia al parasitismo
10. Débil dominio de sí mismo
11. Promiscuidad sexual
12. Aparición precoz de problemas de conducta
13. Incapacidad de planificar a largo plazo de manera realista
14. Impulsividad
15. Irresponsabilidad
16. Incapacidad de asumir la responsabilidad de sus actos
17. Numerosas cohabitaciones de corta duración
18. Delincuencia juvenil
19. Violación de las restricciones de la libertad condicional
20. Diversidad de los tipos de delitos cometidos por el individuo

No obstante, el término *psicopatía,* antiguo y bien conocido por todos, continúa existiendo. Se le encuentra tanto en el discurso popular como en el de los equipos psiquiátricos. Permanece compartido por la comunidad científica, figura en la bibliografía contemporánea de la investigación y posee una escala que tiene autoridad: la escala de Hare, *Psychopathy check list-revised* (PSL-R) (véase el cuadro XLIII.1). Es por lo demás interesante precisar que la definición de la personalidad psicopática, extraída de la historia tumultuosa del concepto, es más rica y menos conductual que las definiciones de las personalidades "antisocial" y "disocial", que no son, entonces, sus equivalentes. Según una fórmula autorizada, se hablará de *organización de la personalidad de expresión psicopática*.

XLIII.2. DATOS E INVESTIGACIONES BIOMÉDICOS

XLIII.2.1. *Epidemiología*

La tasa de prevalencia es de 2 a 3% a lo largo de la vida. Los delincuentes están lejos de ser todos ellos psicópatas; incluso los delincuentes son obligados un día a rechazar a los

booksmedicos.org

más psicópatas del grupo. Los psicópatas presentarían el pronóstico más sombrío dentro de la población delincuente.

La psicopatía está sobrerrepresentada entre los hombres, en el medio psiquiátrico y todavía más en el medio carcelario (hasta 10 a 30%, según los estudios). No obstante, mientras que se encuentra una fuerte correlación entre psicopatía y comportamiento violento, estos comportamientos violentos se limitan más específicamente a ciertas formas llamadas oportunistas: amenazas, agresiones físicas, ocasionalmente violación. El homicidio es raro e incluso, desde el punto de vista estadístico, más frecuente entre los no psicópatas.

XLIII.2.2. *Comorbilidades*

Al lado de una sintomatología "pura", es habitual encontrar y hablar de "conductas psicopáticas" asociadas a otros diagnósticos psiquiátricos. Se evoca entonces una comorbilidad, o bien adaptaciones secundarias a un trastorno primario: todo el espectro de los trastornos mentales está involucrado, lo que permite ir de la psicopatía histérica a la esquizofrenia seudopsicopática. Se puede encontrar igualmente el término en el caso de la "cicatrización" de ciertas psicosis infantiles.

XLIII.2.3. *Datos neurofisiológicos y bioquímicos*

Los estudios muestran trastornos anatómicos cerebrales de tipo prefrontal y, en lo que concierne a la bioquímica, una hiposerotoninergia. Estos aspectos estarían en el origen de la impulsividad y la desinhibición.

XLIII.3. Clínica

XLIII.3.1. *Descripción clínica*

Para quien entrevista al psicópata, la recolección anamnésica comienza inicialmente con una biografía, marcada frecuentemente desde la más tierna edad. Esta historia es ya, por sí misma, significativa: ¡no hay psicópata sin una historia! Estos relatos sorprenden por su semejanza. Sus semiologías familiares y sociales son impresionantes, las trayectorias caóticas: fugas, abandonos, internamientos, fracasos escolares. La adolescencia y la edad adulta muestran la misma inestabilidad, prueba de esta inmensa dificultad para instalar durablemente relaciones. Después aparecen repetidas relaciones con la ley seguidas de recidivas sin poder tomar en cuenta las experiencias pasadas. Estos ciclos de agresión

booksmedicos.org

contra el entorno se suceden, entrañando inexorablemente rechazo y exclusión, siempre hacia medios cada vez más represivos, violentos o anónimos, siendo frecuentemente el medio carcelario la etapa obligada, cuando no el final del camino.

Desde un punto de vista individual, el rostro del psicópata puede adoptar máscaras muy diferentes en función de los momentos de vida, de los interlocutores, de los contextos del encuentro: esta imposibilidad para establecer una relación de auténtica reciprocidad constituye una de sus características mayores. Tanto violento como seductor, impulsivo o apragmático, el psicópata no deja de perturbar. Hay que insistir en sus contrastes, esos contrarios y esas alternancias clínicas intrínsecas al funcionamiento psíquico del psicópata: tan escandaloso en sus conductas como pobre en su vida psíquica, oscilando sin cesar entre una necesidad afectiva desmesurada y el rechazo brusco, entre aburrimiento y mitomanía, entre soledad y dependencia… Sin contar los accesos psiquiátricos agudos más diversos, espontáneamente reversibles.

De manera clásica, el psicópata responde a los conflictos intrapsíquicos con pasajes al acto auto o heteroagresivos, en lugar de una elaboración mental y verbal. La culpabilidad no tiene, aparentemente, un lugar en él. Parece imputarla al mundo exterior: su entorno y la sociedad entera, de la que se siente víctima en una especie de deuda invertida. Esto puede conducir a veces a expresiones paranoides y persecutorias.

De manera tradicional, la psicopatía muestra: *1)* la pasividad, a la cual corresponde una búsqueda de sensaciones que vienen a luchar contra el aburrimiento; *2)* la dependencia y la dificultad de identificación, que determinan una gran sensibilidad al contexto y que pueden tornar a estos individuos paradójicamente conformistas; *3)* exigencias megalomaniacas, solicitudes inmensas y no verbalizadas de reconocimiento, de ideal y de amor, bajo la forma de una búsqueda sin fin que conduce a la insatisfacción y a la repetición; *4)* la impulsividad y la necesidad de satisfacción inmediata, así como el descorazonamiento rápido frente al fracaso; *5)* la agresividad frente a las frustraciones, contra los otros o contra sí mismo, hasta el suicidio; *6)* la inestabilidad afectiva y tímica: hiperemotividad, labilidad emocional que alterna con un distanciamiento y una inafectividad aparente, sucediendo los periodos de aburrimiento a las explosiones intermitentes de angustia o de exaltación, y *7)* las particularidades de la vida sexual: en un ambiente de erotización de las relaciones sociales, la vida sexual permanece pobre, las relaciones amorosas quedan sometidas ya sea a la dependencia, ya sea a la superficialidad.

XLIII.3.2. *Evolución y complicaciones*

En el recorrido del psicópata están sembrados numerosos riesgos tanto psiquiátricos como médicos y sociales. Para el psicópata es habitual recurrir de manera aguda o crónica a productos diversos, como el alcohol y las drogas, a la vez como fuente de apaciguamiento y como lucha contra el aburrimiento. El alcoholismo y la toxicomanía, con frecuencia severos, son, pues, corolarios particularmente frecuentes de la patología.

booksmedicos.org

Las condiciones de vida más bien rudas y la poca capacidad para tomar cuidado de sí mismo estarán en el origen de complicaciones médicas, lo más frecuentemente infecciosas (tuberculosis, VIH, hepatitis, sífilis), que van a gravar igualmente la esperanza de vida.

Finalmente, la exclusión y la marginalización pueden estar en el origen de una progresiva desocialización, aquí también particularmente grave. La calle, los centros de albergue son los lugares que recogen así a un número no despreciable de psicópatas. En esta situación de precariedad, la atención y la reinserción son más difíciles que en el seno de la población precaria no psicópata.

Cuando estas múltiples complicaciones no han conducido a enfermedades o a una muerte precoz, es clásico constatar un apaciguamiento y una forma de estabilización de la sintomatología después de los 40 años de edad. En el mejor de los casos, algunos individuos llegan a encontrar un equilibrio con el medio en entornos que van, ya sea a valorizar, ya sea a aceptar los rasgos de personalidad tan particulares que los caracterizan: guardias nocturnos, grupos paramilitares, "sicarios", etcétera.

XLIII.4. Caso clínico

El señor K. es recibido en urgencias por heridas en el brazo que él mismo se infligió. Está alcoholizado, tiene múltiples tatuajes y desde un principio se muestra vehemente. Explica en la recepción que tras una violenta disputa con su amante, experimentó la imperiosa necesidad de cortarse para hacer cesar la profunda angustia que lo invadía. Debido a la espera, K. se enerva y exige ser recibido por un médico lo más rápidamente posible. El equipo decide introducirlo efectivamente a la sala de examen para hacer cesar el escándalo que impone al servicio. Algunos minutos más tarde se muestra particularmente afable y seductor con el médico. Incluso llora abundantemente al explicar cómo su vida es un desastre. Una vez suturado solicita nuevamente de manera insistente, en el límite de la amenaza, que se le prescriba un tratamiento a base de morfina para los dolores dentales que lo hacen sufrir desde hace meses. Frente al rechazo del médico se va golpeando violentamente la puerta.

XLIII.5. Psicopatología

Todo el mundo está de acuerdo en un punto: el origen del trastorno está en el desarrollo. La psicopatía nace del traumatismo, la carencia y la desorganización precoz: duelos, abandonos, accidentes… Las rupturas afectivas y familiares son legión, por no decir sistemáticas.

XLIII.5.1. *Enfoques psicoanalíticos*

booksmedicos.org

Freud no se interesó en la psicopatía; incluso se puede decir que desconfiaba de los delincuentes. Cuando mucho escribió sobre el tema del "criminal por culpabilidad", que sigue siendo una versión neurótica del crimen. La psicopatía está, es claro, lejos de la neurosis, y el psicópata no es del género que frecuenta los consultorios privados. Los alumnos directos de Freud, como August Aicchorn, educador y psicoanalista austriaco, vieron en ella una debilidad del superyó (Aicchorn, 1925). En los escritos de los primeros posfreudianos se encuentran ciertas figuras de impostores: *La historia de un caballero de industria a la luz del psicoanálisis,* de Karl Abraham (1925), y *El caso Jimmy,* de Helen Deutsch (1953).

Pero fue Mélanie Klein quien planteó las bases modernas de la comprensión psicoanalítica de la psicopatía. Para ella, el psicópata no tiene un déficit del superyó, sino más bien un superyó arcaico y sádico. Describió los mecanismos de escisión y de negación que fueron retomados ampliamente por la escuela anglosajona. Spitz vio en ellos una reacción a las carencias precoces. Winnicott (1956) habló de la "tendencia antisocial", y afirmó que un niño sin un marco no se siente libre, sino angustiado, y que entonces se dedica a la búsqueda de un marco diferente al de la familia: "Cuatro paredes fuera de su hogar". Se le ocurrió darle asilo a un joven delincuente y refirió al detalle los límites que le fijó.

En Francia, Flavigny organizó una pieza importante para la comprensión de la psicopatía gracias a la clínica de adolescentes. Describió periodos depresivos en relación con la pérdida de objeto, consecuencia del fracaso de la elaboración de la posición depresiva. Racamier (1986), con su descripción del "perverso narcisista", elaboró un cuadro semejante en ciertos aspectos. Balier (2002), en su trabajo sobre el psicoanálisis de los comportamientos violentos, rehusó marcar la diferencia entre el psicópata y el perverso. Bergeret (2010), por su parte, lo consideró un estado limítrofe.

En la bibliografía contemporánea predominan los autores anglosajones poskleinianos. Kernberg, Kohut y Meloy son los principales teóricos contemporáneos de la psicopatía. Todos ellos insisten en las fragilidades narcisistas y la relación de objeto tan particular observada en la clínica. Kernberg (1975) consideró la psicopatía una variante grave de las organizaciones limítrofes de la personalidad. La colocó en el nivel inferior (es decir, vecina de la psicosis) en su clasificación de los trastornos del carácter. Para él, la angustia, el vacío son el fondo permanente del psicópata. Kohut habla de patología narcisista. Ha sido retomado por Meloy (2002), que insiste en la identificación con un "*self* grandioso" surgido de una mala elaboración del conflicto edípico. Por este hecho el yo empobrecido frente a las carencias identificatorias se encuentra colocado en el seno de un conflicto arcaico con un superyó sádico y un ideal del yo protector. El psicópata se muestra listo para todo con tal de obtener lo que quiere pero no puede impedirse el derrochar, destruir, encontrándose a fin de cuentas todavía más ávido. Al desvalorizar todo objeto, borrando todo riesgo depresivo, la estructura grandiosa del psicópata niega la realidad al objeto y perpetúa el vacío.

Citemos también el imponente trabajo del norteamericano Carl Gacono, quien analizó los resultados de la prueba de Rorschach sometida a diversas poblaciones de psicópatas y

booksmedicos.org

criminales.

XLIII.5.2. *Enfoques cognitivo-conductuales y neuropsicológicos*

Los experimentos realizados según protocolos estandarizados han mostrado trastornos del lenguaje, del tratamiento de las emociones y del aprendizaje e incluso una experiencia reducida del miedo.

XLIII.5.3. *Enfoques familiares*

Como ya se ha visto, las fallas del entorno primario y especialmente familiar son un punto particularmente importante en el estudio de la psicopatía. En los casos más notorios el padre está ausente o es inexistente. A veces se encuentran antecedentes de psicopatía en los hombres de la familia. La madre se describe como imprevisible, alternando fusión y rechazo, fuente de la primera inestabilidad. En los casos menores se encuentra una disciplina muy severa o inconsistente, reglas mal establecidas o ausentes. Todos los autores han insistido en la mediocre calidad del vínculo padre-hijo y la falta de comunicación verbal.

XLIII.6. TERAPÉUTICA

XLIII.6.1. *Principios generales*

Desde las primeras descripciones clínicas se planteó de entrada la incurabilidad del trastorno. Actualmente persiste un amplio pesimismo terapéutico, lo que obliga a adoptar una actitud humilde. Pero regularmente se han descrito transformaciones y cambios, con tal de que se fijen objetivos realistas. Se trata de no intentar a todo precio una desaparición de los síntomas o una modificación definitiva de la personalidad. Con un fin de rehabilitación social, parece igualmente realista optar por una mejor adaptación al medio ambiente o una reinserción socioprofesional mínima. No hay que hacer de la recidiva un criterio de evaluación del tratamiento.

Los psiquiatras y los psicólogos encuentran al psicópata habitualmente en los tribunales, en prisión, en los centros de albergue y de reinserción social, en ocasiones en el hospital, con accesos agudos transitorios o para tratar otras patologías concomitantes. La atención es, pues, en su gran mayoría institucional, en el sentido amplio del término. Algunos preconizan la creación de lugares específicos intermedios entre la prisión (demasiado represiva) y el hospital (demasiado asistencial), pues ambos pueden

booksmedicos.org

mostrarse contraproducentes e incluso agravantes. Cualquiera que sea el enfoque elegido, el margen de maniobra terapéutica es estrecho. Existe, no obstante, algún consenso general de tratamiento. Primero, no hay que permanecer solo en este tipo de tratamientos; se impone un trabajo en equipo, de preferencia con miembros formados y que hayan adquirido una cierta experiencia. La atención debe ser multidisciplinaria y asociar profesionales del derecho, equipos socioeducativos, psicólogos y psiquiatras. Esto obliga además a una buena articulación entre lo sanitario y lo judicial.

Permanece abierto el debate concerniente a la prevención. Es posible diagnosticar precozmente a individuos con riesgo psicopático, frecuentemente bajo la forma de trastorno escolar, pero no es evidente que se adopten medidas preventivas. Algunos temen una respuesta demasiado específica que conduciría de hecho a una predicción poco afortunada sobre un comportamiento por venir, cuyo determinismo social es conocido.

XLIII.6.2. *Tratamiento medicamentoso*

El tratamiento sigue siendo sintomático, no hay ninguna molécula específica, y frecuentemente va en el sentido del apaciguamiento y la sedación de la impulsividad o de la angustia aguda. Debe tomarse en cuenta el riesgo de dependencia. A veces la aceptación de un neuroléptico de acción prolongada y a dosis leves puede contribuir a una cierta estabilidad y a una continuidad en la relación terapéutica.

XLIII.6.3. *Los enfoques psicoterapéuticos*

Siendo difícil todo enfoque del individuo psicópata, las psicoterapias son particularmente audaces y necesitan valor y humildad. Esto sólo es posible en el seno de un equipo y de una institución.

La atención analítica demanda evidentemente adecuaciones consecuentes del marco. La mayoría de los autores proponen actitudes activas, incluso directivas, en la realidad, alrededor de los límites y de una contratransferencia particularmente intensa. Las finalidades teóricas son el poder retomar una continuidad ahí donde sólo había ruptura, colocar palabras donde no había más que actos. El trabajo debe tomar en cuenta la repetición de las agresiones hacia el nuevo entorno, hacer revivir un objeto perdido en el mejor de los casos y hacer posibles las movilizaciones internas de representaciones. La institución permite la repartición de los investimentos sobre diferentes miembros con la posible ayuda de relevos exteriores con el fin de evitar lo más que se pueda los ciclos fusión / ruptura.

Las terapias conductuales y cognitivas proponen módulos específicos que pretenden un autocontrol aumentado por las técnicas de control de la impulsividad, la formación de aptitudes sociales o la administración de la cólera.

booksmedicos.org

Finalmente, ha habido tentativas de terapia comunitaria, sobre todo en los países anglosajones. Proponen un entorno en el que las reglas son al mismo tiempo estrictas y explícitas. Sin exceso de limitaciones se confían al sujeto responsabilidades valorizantes y controladas.

Conclusión

Una cosa es segura, al psicópata, ¡"nadie lo quiere"! Nada de tratamientos medicamentosos, de psicoterapias arriesgadas, de encuentros marcados por el miedo o el rechazo. ¿Quién debe ocuparse de ellos? ¿La justicia o la medicina? ¿Se trata de una enfermedad? ¿Son curables los psicópatas? ¿Y si no lo son, son responsables? La apuesta, para el futuro, corresponde a la investigación y la inventiva.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, K. (1925), *L'Histoire d'un chevalier d'industrie à la lumière de la psychanalyse, Œuvres complètes,* t. II, Payot, París, 1965, pp. 275-289.

Aichhorn, A. (1925), *Jeunes en souffrance*, Éditions du Champ Social, Nîmes, 2002. [*Juventud desamparada.* Versión española de R. del Portillo, Gedisa, Barcelona, 2006.]

Alta Autoridad de Salud (2005, 2006), *Prise en charge de la psychopathie. Recommandations de la commission.*

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Balier, C. (2002), *Psychanalyse des comportements violents,* PUF, París.

Bergeret, J. (2010), *La Violence fondamentale,* Dunod, París. [*La violencia fundamental: El inagotable Edipo.* Versión española por Carlos Padrón y Soledad Escassi, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1990.]

Chartier, J.-P. (2003), *Guérir après Freud. Psychoses et Psychopathie,* Dunod, París.

Cleckley, H. (1941), *The Mask of Sanity,* Mosby, Nueva York.

Colectivo (1980), *Les Psychopathies, Confrontations psychiatriques*, 18.

Côté, G. (2000), "Vers une définition de la psychopathie", en *Psychopathie: théorie et recherche,* Presses Universitaires du Septentrion.

Deutsch, H. (1953), "L'imposteur: contribution à la psychologie du moi d'un type de psychopathe", en H. Deutsch, *La Psychanalyse des névroses,* Payot, París, pp. 270-286.

Flavigny, H. (1977), "De la notion de psychopathie", *Revue de neuropsychiatrie infantile,* 25, 1, pp. 19-75.

booksmedicos.org

Gacono, C. (2000), *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy: A Practitioner's Guide,* Lawrence Erlbaum Associates.
Kernberg, O. F. (1975), *Borderline Conditions End Pathological Narcissism,* Jason Aronson, Nueva York.
Hare, R. D., y C. S. Neumann (2008), "Psychopathy as a clinical and empirical construct", *Annual Review of Clinical Psychology,* 4, pp. 217-246.
Meloy, J. R. (2002), *Les Psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique,* Frison-Roche, París.
Mercuel, A., M.-J. Guedj, S. Rampa, E. Gallois, J. Gauillard y F. Caroli (2003), "Conduites Psychopathiques", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37320-A30, Elsevier Masson, París.
Morel, B. A. (1857), *Traité de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine,* J.-B. Baillière, París.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]
Pham Gilles, T. H. (2000), *Côté psychopathie: théorie et recherche,* Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve-d'Ascq.
Racamier, P.-C. (1986), "Les perversions narcissiques", en P.-C. Racamier, *Le Génie des origines,* Payot, París, 1992.
Schneider, K. (1923), *Les Personnalités psychopathiques*, PUF, París. [*Las personalidades psicopáticas.* Versión española de Bartolomé Llopis, Morata, Madrid, 1980.]
Winnicott, D. W. (1956), "La tendance antisociale", en D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Payot, París, 1989. [*Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Versión española de Jordi Beltrán, Paidós, Barcelona, 1999.]

booksmedicos.org

XLIV. PERVERSIONES SEXUALES (PARAFILIAS)

NATHALIE GLÜCK

La noción de perversión sexual ha variado a lo largo de los siglos, según las creencias y las ideologías de los grupos humanos, así como el grado de tolerancia de las sociedades. Prácticas consideradas "pecados" en numerosas religiones (onanismo, sodomía, homosexualidad…) son actualmente banalizadas en las sociedades de cultura occidental. Ya no forman parte de las nosografías psiquiátricas. Paralelamente, el ascenso en potencia de la noción de individuo, con el respeto de su libre albedrío y de su poder de decisión, así como la relativización de la noción de "norma", han también restringido el lugar de las perversiones en psiquiatría: solamente entran ahora en ella las manifestaciones que entrañan un cierto sufrimiento para el individuo, o en todo caso, el sentimiento de ceder a un impulso contra el cual no puede resistir, a pesar de su carácter en ocasiones reprensible. Según los países, hay una gran disparidad en la manera como las perversiones son toleradas o reprimidas, especialmente en el Código Penal.

XLIV.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XLIV.1.1. *Historial y terminología*

Las perversiones sexuales, definidas inicialmente como prácticas sexuales que se apartan de la conducta genital heterosexual, comenzaron a interesar a la psicopatología en el curso del último tercio del siglo XIX. Dos obras ejercieron una gran influencia: *Estudio médico legal sobre los atentados a las costumbres*, de Ambroise Tardieu (1857), y *Psychopathia sexualis*, de Richard von Krafft-Ebing (1886).

En el curso de los decenios la noción de perversión se enriqueció con la de *perversidad* y conoció una considerable amplitud, que sobrepasó con mucho las prácticas sexuales. De esta manera es necesario distinguir las perversiones sexuales:

a) de los *trastornos de la identidad sexual,* en particular del *transexualismo* (convicción de pertenecer al sexo opuesto al de su anatomía, deseo de vivir y ser aceptado como persona perteneciente a ese sexo), habitualmente acompañado de un sentimiento de malestar o de inadaptación hacia su propio sexo anatómico, y del

booksmedicos.org

deseo de cambiar por una intervención hormonal o quirúrgica;

b) de los fantasmas o de los comportamientos derivados de esos fantasmas que se utilizan en los preliminares de los actos sexuales considerados normales;

c) de las violencias o agresiones sexuales: las agresiones sexuales no entran todas dentro del cuadro de las perversiones, y es especialmente el caso de numerosas violaciones cometidas sobre víctimas adultas;

d) de los comportamientos perversos de la *estructura perversa,* siendo esta última definida por las conductas de utilización y de manipulación del otro humano, que tienden a negarle sus propios deseos o incluso su carácter de ser viviente. Las perversiones sexuales pueden observarse en pacientes que presentan estructuras neuróticas o psicóticas; por el contrario, la cuestión de la estructura perversa es debatida, y aquellos que sostienen su existencia piensan que se acompaña casi constantemente de perversiones sexuales, pero a veces de manera discreta (Bonnet, 2007). Aquí se encuentra la noción de *perversidad,* así como la distinción entre perversión sexual y *perversión narcisista,* siendo definida esta última como una conducta movida por "la necesidad, la capacidad y el placer de ponerse al abrigo de los conflictos internos y en particular del duelo, haciéndose valer en detrimento de un objeto manipulado como un utensilio y un aprovechamiento" (Racamier, 1992, 1993);

e) de ciertos comportamientos antisociales, transgresores o adictivos, como la piromanía, la cleptomanía, los trastornos del comportamiento alimentario, la impostura, la mitomanía, que Eiguer (1997) califica de "perversiones morales". La distinción es tanto más difícil que poco después surge el concepto de *adicción sexual,* que no deja de estar vinculada con ciertas perversiones sexuales *strictu sensu.*

XLIV.1.2. *Situación nosográfica*

El CIE-10 de la OMS (1992) distingue los *trastornos de la identidad sexual* (transexualismo, trasvestismo bivalente) de los *trastornos de la preferencia sexual,* entre los cuales coloca especialmente el fetichismo, el trasvestismo fetichista, el exhibicionismo, el voyeurismo, la paidofilia y el sadomasoquismo.

El DSM-5 de la ANP (2013) utiliza el término *trastornos parafílicos,* entre los cuales coloca el voyeurismo, el exhibicionismo, al froteurismo, el masoquismo sexual, el sadismo sexual, la paidofilia, el fetichismo y el trasvestismo, así como ciertas perversiones sexuales más raras. El DSM-5 establece una diferencia entre "parafilia" y "trastorno parafílico": este último es una parafilia cuya satisfacción genera un perjuicio, o riesgo de perjuicio, para la persona o para los demás; así, la parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener el "trastorno parafílico", y sólo este último justifica la intervención clínica.

Las parafilias están caracterizadas por fantasías imaginativas sexualmente excitantes,

booksmedicos.org

impulsiones sexuales o de los comportamientos. Pueden estar en el origen de un sufrimiento clínicamente significativo, o de una alteración del funcionamiento social o profesional, y para algunos presentarse como un impulso sexual al cual el individuo cede, a veces con un intenso desasosiego.

De hecho, el escenario perverso puede utilizarse únicamente como soporte para la masturbación, o requerir la participación de un compañero que a veces consiente y a veces no. En este último caso, el compañero se encuentra implicado por sorpresa, por engaño o por fuerza dentro de una relación sexual de la que se convierte en víctima; en las perversiones extremas puede ahí encontrar la muerte.

XLIV.2. Datos e investigaciones biomédicos

XLIV.2.1. *Epidemiología*

Las perversiones sexuales más frecuentes son la paidofilia, el exhibicionismo y el voyeurismo. Pueden estar asociadas entre sí; una tercera parte de los paidófilos o de los violadores serían igualmente exhibicionistas; de manera recíproca, un tercio de los exhibicionistas serían paidófilos, un tercio estarían atraídos por los jóvenes adolescentes y 20% habrían cometido o intentado cometer una violación. Los exhibicionistas, paidófilos y violadores tienen frecuentemente numerosas víctimas, de algunas decenas a varias centenas para un mismo autor del delito (Thibault, 2000); por el contrario, los autores de incesto tienen pocas recidivas.

Los principales datos disponibles sobre las agresiones sexuales provienen de las estadísticas judiciales (Conferencia de consenso, 2001).

En Europa, 15% de las mujeres y 4.5% de los hombres sufren al menos una agresión sexual en su vida. En Francia, antes de los 18 años, 9.7% de las mujeres habrían sufrido un abuso sexual (6% una agresión sexual fuera de la violación, 3.7% una violación o una tentativa), y 4.6% de los hombres. Los casos de incesto constituyen en Francia 20% de los procesos judiciales, 75% de las agresiones sexuales contra niños y más de 57% de las violaciones de menores. De los agresores, 99% son hombres. Las mujeres están frecuentemente implicadas dentro del marco de una complicidad con un agresor masculino. Por otra parte, 5% de los hombres habrían participado en una violación en su vida. Las parafilias más "benignas" son sin duda subestimadas entre las mujeres, dado que se expresan de manera más discreta (Bonnet, 2007). En el 75 a 90% de los casos, las víctimas de agresiones sexuales conocen a sus agresores; en dos tercios de los casos existe un lazo de parentesco entre ellos, y de autoridad en un tercio. En lo que concierne a las violaciones, un tercio son realizadas por el cónyuge, y solamente 15% por perfectos desconocidos. En las instituciones, 65% de las agresiones y 80% de las violaciones son cometidas por los que ahí residen.

booksmedicos.org

XLIV.2.2. *Factores de riesgo*

Diferentes datos surgen de los estudios aplicados en los autores de agresiones sexuales. Son frecuentes los antecedentes sufridos de maltrato moral y físico, de abusos sexuales, de violaciones en la infancia en los futuros agresores. Una cuarta parte de estos individuos reproducirían ulteriormente, los maltratos sobre niños, y las explicaciones psicodinámicas propuestas hacen referencia a los conceptos de compulsión de repetición y de identificación con el agresor.

Está establecido el papel del alcohol y de otros tóxicos con efecto desinhibidor (50 a 70% de las violaciones se cometerían bajo el influjo del alcohol).

A veces se diagnostican verdaderas enfermedades psiquiátricas en los autores de agresiones sexuales (esquizofrenia, por ejemplo), pero estas observaciones siguen siendo más bien raras. Las patologías más frecuentemente encontradas son los trastornos de la personalidad, particularmente la antisocial (psicopatía, capítulo XLIII), con antecedentes de pasajes al acto y de delitos de otras naturalezas (robos, tráfico, etcétera).

También se encuentran a veces retrasos mentales, por el sesgo de la dificultad de integrar los lineamientos morales y educativos. Las lesiones cerebrales, congénitas o adquiridas (en particular frontales o temporales), pueden acompañarse de trastornos de la conducta sexual.

XLIV.2.3. *Investigaciones biológicas*

Las modificaciones de los niveles plasmáticos de la testosterona parecen influir en la agresividad y en el comportamiento sexual; por otra parte, un estudio en un grupo de paidófilo sugiere una disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-testicular. No obstante, la hipótesis de un determinismo hormonal de las parafilias sigue siendo poco apoyada en la actualidad.

Se evoca la implicación de ciertos neuromoduladores, por una parte a partir de los comportamientos sexuales desviados observados en pacientes tratados con L-dopa o con agonistas dopaminérgicos, y por otra parte en vista de los efectos benéficos de los inhibidores de la recaptura de la serotonina en ciertas perversiones sexuales, especialmente cuando su clínica incluye una dimensión obsesiva.

Los pacientes que sufren anomalías genéticas sobre los cromosomas sexuales (cariotipos XXY y XYY), frecuentemente asociados con retraso mental, parecen presentar conductas agresivas y sexualmente desviadas un poco más frecuentemente que lo normal, sin que se pueda hablar por esto verdaderamente de una hipótesis genética en las parafilias.

XLIV.3. La clínica

booksmedicos.org

XLIV.3.1. *Características generales*

Las parafilias se caracterizan por la existencia de un escenario imaginario estructurado muy particular, utilizado de manera repetitiva y estereotipada, incluso ritualizada, para la obtención de la excitación erótica. Este libreto da lugar frecuentemente a una especie de puesta en escena, indispensable para concretar el goce. El comportamiento perverso es actuado bajo el imperio de un deseo irresistible, un impulso difícilmente controlable, en tanto que la puesta en escena es, por su lado, muy controlada (Bonnet, 2007).

Frecuentemente se encuentra un fondo depresivo subyacente, así como un odio inconsciente con un llamado al otro bajo el modo de desafío.

XLIV.3.2. *Las diferentes perversiones sexuales*

Las perversiones como la paidofilia, el exhibicionismo y ciertas formas de sadismo están reprimidas bajo diversas calificaciones penales: atentado al pudor, atentado y abuso sexual, violación, tortura, actos de barbarie, crimen, asesinato. Todos estos hechos son agravados según la premeditación, la edad y el grado de debilidad de la víctima y su posible vínculo con el autor (vínculo de autoridad parental). En ciertos casos la penalización dependerá de factores ligados a la pareja (edad, consentimiento para estos actos). Las parafilias siguen siendo frecuentemente prácticas ocultas, no afectan en apariencia el funcionamiento social ni dan lugar, si no es que rara vez, a una solicitud de atención, ya sea que el individuo no sufre por ella y limita su práctica dentro de los límites que autoriza la ley, ya sea porque el miedo o la vergüenza experimentados le impidan recurrir a un enfoque terapéutico a pesar de una sensación de sufrimiento o de ansiedad.

El *exhibicionismo* consiste en la exposición por el paciente de sus órganos genitales frente a una persona extraña tomada de sorpresa por ese comportamiento. Esta exposición no tiene por objeto invitar a la persona a una relación sexual, sino obtener, por la reacción de sorpresa de ésta, una excitación seguida generalmente de una masturbación.

El *fetichismo* designa la utilización preferencial, incluso exclusiva, de objetos inanimados (ropa interior, pieles, botas, etc.), o de una parte del cuerpo humano (cabellos, pie) para obtener la excitación sexual. La utilización del fetiche puede estar integrada dentro de una relación con una pareja.

El *frotteurisme* caracteriza el acto de tocar o frotarse contra una persona que no consiente a ello, más particularmente los senos o las nalgas de una mujer, con el fin de excitación sexual. Estos comportamientos son generalmente perpetrados en el anonimato, en la multitud, en los transportes públicos, etcétera.

El *voyeurismo* consiste en obtener excitación sexual observando ocultamente a una persona que no consiente en ello, desnuda o en el momento de desvestirse, o a parejas durante sus relaciones sexuales.

booksmedicos.org

El *trasvestismo* designa el uso de vestimenta del otro sexo con un fin de excitación erótica, asociada a veces con diversos métodos tendientes a acentuar el parecido con el otro sexo (uso de hormonas sexuales, por ejemplo). Hay que distinguir este comportamiento del disfraz de una persona transexual que desea poner en concordancia su apariencia exterior y su identidad sexual experimentada, el trasvestismo fetichista está a veces asociado con una disforia de la identidad sexual.

El *masoquismo sexual* caracteriza la necesidad de sufrimiento corporal: ser golpeado, amarrado o humillado para obtener la excitación sexual. Estas prácticas (que no siempre excluyen peligro para el individuo) implican generalmente a una pareja a la que el masoquista dicta sus deseos, clásicamente bajo la forma de un contrato que lo constituye como el esclavo de su pareja, pero que es obligatorio tanto para uno como para el otro. Estas prácticas pueden también incluir actos automutiladores.

El *sadismo sexual* consiste en la necesidad, para alcanzar la excitación sexual, de infligir a una pareja, consentidora o no, sufrimientos corporales reales, sevicias que pueden ir hasta provocar la muerte, o por lo menos sufrimientos morales, como la humillación o el miedo. Los abusos sexuales y las violaciones pueden ser obra de perversos sádicos, pero las agresiones sexuales pueden encontrarse en otros contextos (satisfacción inmediata de una necesidad sexual en un psicópata impulsivo, necesidad de afirmar un poder o saciar un odio hacia las mujeres, facilitación del pasaje al acto por un contexto grupal: revoluciones, guerra, depuración étnica).

La *paidofilia* define la preferencia sexual más o menos exclusiva por niños prepúberes. La legislación francesa considera la minoría de 15 años como circunstancia agravante de un abuso sexual o de una violación. El DSM-5 coloca el límite en 13 años, teniendo el paidófilo por lo menos 16 y cinco más que la víctima. La paidofilia puede ser exclusiva, y comienza entonces generalmente en la adolescencia, o no exclusiva (en periodo de estrés o bajo la acción de los tóxicos). La atracción por los niños puede ser homo o heterosexual, o concernir indiferentemente a ambos sexos. Los paidófilos atraídos por las niñas son dos veces más numerosos, y están frecuentemente casados; aquellos atraídos por los chicos son más frecuentemente paidófilos exclusivos, y presentan una fuerte tasa de recidiva. Buscan frecuentemente estatus profesionales que les permitan estar en contacto con niños. La paidofilia puede involucrar a niños desconocidos o familiares, e incluso ejercerse en el interior de la familia de manera incestuosa. Los actos en sí mismos pueden ir de la simple masturbación en presencia de niños o de imágenes de niños y los tocamientos más o menos furtivos, a las solicitudes de caricias precedidas de conductas de seducción, y hasta las violaciones con amenazas y culpabilización para obtener el secreto; las violaciones seguidas del crimen de niños, a veces muy jóvenes, son muy raras. Generalmente el discurso de los paidófilos muestra aparentes convicciones de que fueron sus víctimas las que provocaron o desearon la relación, a la cual ellos mismos consintieron para darles placer o para instruirlas.

Se han descrito igualmente otras perversiones sexuales más raras: la gerontofilia, la necrofilia (relaciones sexuales con cadáveres, que pueden semejarse a los actos sexuales perpetrados con enfermos anestesiados o comatosos), la zoofilia, la urofilia y la

booksmedicos.org

coprofilia, u otras también como el triolismo, el intercambio de parejas o la sexualidad en grupo, siendo estas últimas prácticas muy difundidas entre las personalidades neuróticas.

XLIV.4. Caso clínico

El señor L. es un hombre de 48 años de origen sudamericano, que vive en Francia desde la edad de 20 años. Está casado pero vive separado de su mujer; la pareja tiene dos hijos de 23 y 22 años. Trabaja como empleado de un comercio y vive solo en un pequeño departamento. Es enviado al centro médico-psicológico con la obligación de seguir un tratamiento por dos años, tras haber sido arrestado mientras se masturbaba en un parque, cerca de un grupo de mujeres jóvenes. L., que ya ha sido arrestado por conductas exhibicionistas, las reconoce minimizándolas ("Nunca he agredido a nadie") y expresa un sentimiento de culpabilidad más bien sincero, pero moderado. Por el contrario, se dice "fastidiado" por el hecho de que su "manía" es muy tenaz: "Puedo permanecer durante varias semanas sin tener necesidad de hacerlo, pero después el deseo me llega poco a poco, se vuelve una idea fija, y ya no puedo impedírmelo". No le fue prescrito ningún tratamiento medicamentoso, pero se instauraron entrevistas con pretensión psicoterapéutica con una frecuencia mensual. Algunos meses más tarde, las conversaciones prosiguen de manera ahora fluida y el paciente relata diferentes partes de su vida y de su situación actual. Aproximadamente ocho meses después del principio de su tratamiento, el señor L. viene a la consulta diciendo que ha recordado un incidente "que seguramente va a interesar" a su interlocutor. "En la ciudad donde crecí, la casa de mis padres tenía un jardín que colindaba con el jardín de una casa de citas. Yo iba ahí de tiempo en tiempo. Una tarde —yo tenía siete años—, caí sobre un militar que iba al sanitario al fondo del jardín. Platicamos y después me obligó a practicarle una felación". El relato no prosiguió más que cuando el psiquiatra le planteó preguntas para precisar la edad, los lugares, los pensamientos que el paciente pudo tener en ese momento. Un año y medio más tarde, el paciente señala de manera incidental, al dar rodeos a una frase: "Ya hace varios meses que no he tenido mi manía". Parece llevar una vida más abierta, ha tomado la costumbre de frecuentar algunos sábados en la noche un restaurante latinoamericano donde encuentra compatriotas, cuando había cortado los puentes con su comunidad de origen. Dos meses antes de que se cumplieran los dos años, L. recuerda al psiquiatra que ya pronto no estará obligado a venir a verlo y lo invita al restaurante que frecuenta. El psiquiatra rehúsa con el mayor tacto posible, agradeciéndole y recordándole que tiene completamente la posibilidad de proseguir sus consultas tras el periodo impuesto por el juez. L. dice que comprende. Vino a sus dos últimas consultas y ya no se tuvo más noticias de él después.

XLIV.5. Psicopatología

XLIV.5.1. *Enfoques psicoanalíticos*

Freud introdujo el tema de las perversiones sexuales en sus *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad* (Freud, 1905a), en relación con el descubrimiento de la sexualidad

booksmedicos.org

infantil y el desarrollo psicosexual del niño a través de los diferentes estadios evolutivos desplegados sobre las zonas erógenas preferencialmente investidas (boca, ano, pene) y que dan nacimiento a las pulsiones parciales correspondientes; de este modo, el niño es un "perverso polimorfo". Estas pulsiones parciales permanecen activas en la sexualidad adulta normal, incluso si están "subordinadas a la primacía de lo genital", y concurren frecuentemente a la excitación sexual en el nivel de los preliminares amorosos e, *in fine,* a la realización del coito. Fue en ese sentido como Freud (1905b) concibió entonces las perversiones como "el negativo de las neurosis", a saber, formaciones en las cuales las pulsiones parciales no fueron reprimidas (para conducir a la sublimación y a los investimentos culturales) ni integradas dentro de la sexualidad adulta. Debido a esto, los fantasmas que se podrían calificar como perversos son frecuentemente convocados por los neuróticos, y sólo cuando su utilización toma un carácter de fijeza obligatoria y cuando su realización se torna el fin preferente de la sexualidad se puede hablar de patología perversa. Los comportamientos perversos pueden observarse de manera fugaz o transitoria en los adolescentes, cuya sexualidad está en curso de estructuración; en las personas que tienen habitualmente una sexualidad normal, cuando son sometidas a traumatismos psíquicos o a situaciones extremas, o en la senilidad.

Un giro en la teoría psicoanalítica de la perversión apareció con el texto sobre el fetichismo (Freud, 1927). Este autor describió ahí la retractación de la percepción de la diferencia de los sexos (diferencia percibida en el plano anatómico pero negada en su significación y sus implicaciones afectivas), permitiendo escapar de la angustia de castración y, de manera más arcaica, de la angustia de separación. Para Freud, que hizo del fetichismo el paradigma de todas las perversiones, el pequeño niño futuro perverso estaría sumergido en un estado de estupor y de pánico por el descubrimiento de la ausencia de un pene en su madre. Esta constatación, que debería forzarlo a reconocerse otro y diferente a ella, es negada gracias a la *escisión del yo* y al desplazamiento del investimento erótico y narcisista hacia un elemento de realidad perteneciente, sin duda, inicialmente al cuerpo de la madre o vecino de éste (pie, calzado, trenza, ropa interior). Este fetiche condensa la dimensión fálica de la imagen de la madre y sirve así como sustituto del pene materno faltante. El perverso se lo apropia para utilizarlo de manera repetitiva en sus escenarios eróticos con el fin de provocar y dominar su goce. La naturaleza autoerótica de la perversión tiene como condición la negación del estatus de sujeto en la pareja, tratada como una "cosa" sin que esto provoque culpabilidad.

La escisión aparece, pues, como un mecanismo esencialmente psicótico, pero de un tipo nuevo: permite "negar la realidad" pero sin desembocar en una construcción delirante, pudiendo las dos partes del yo, al mismo tiempo, sin conflicto ni dialectización posible, hacer cohabitar una realidad (la ausencia de pene en la mujer) y su contrario. No obstante, el tema sigue siendo objeto de debate en la literatura psicoanalítica: la existencia de una estructura perversa distinta de las otras estructuras clásicas de la psique, las neuróticas y las psicóticas. El modo de investimento objetal de los perversos es de tipo narcisista, sus mecanismos de defensa están más próximos a la psicosis que a la neurosis (negación, escisión, pasaje al acto), pero no presentan los síntomas psicóticos clásicos.

booksmedicos.org

Bergeret (2003) vincula las perversiones con los estados limítrofes, que son un linaje intermedio más que una verdadera estructura. Kestemberg (2001) propuso la noción de "psicosis fría" para explicar este tipo de organizaciones psicóticas no delirantes (véase también el capítulo XXXVII).

Esta extensión del concepto necesita distinguir perversiones sexuales y perversidad / perversión narcisista. Este concepto, desarrollado por autores como Racamier (1993) y Eiguer (1997), describe a los individuos que se defienden de su fragilidad narcisista negando en ellos mismos toda falla y proyectando sobre los demás toda herida que podría alterar la imagen grandiosa de sí mismos. Su vida de relación está marcada por la necesidad de dominar y rebajar al otro, atacando su pensamiento por la manipulación destructora y la descalificación insidiosa. De ahí obtienen una "ebriedad narcisista" diferente del goce sexual observado en las parafilias (Pirlot y Pedinelli, 2009). Para Balier y Bouchet-Kervella (2008), no obstante, este tipo de funcionamiento psíquico se encuentra frecuentemente en los comportamientos sexuales violentos, las violaciones, e igualmente para Zagury (1996) entre los asesinos en serie.

Estos componentes son actuaciones sin mediación fantasmática dentro de un contexto de desintrincación pulsional, cuya finalidad es preservar la representación de sí mismo y escapar de la descompensación psicótica. Balier y Bouchet-Kervella (2008) hablan aquí de *recurso al acto*, que diferencian del *pasaje al acto* de los perversos sexuales con un funcionamiento más próximo a los estados limítrofes. En éstos, la representación narcisista está sostenida por la movilización de la libido en un escenario fantasmático muy particular que concurre en los procesos de intrincación pulsional. En el primer caso se trata de afirmar el dominio sobre el otro para preservar su integridad; en el segundo, el poder encontrar la satisfacción erótica sin caer bajo el dominio del otro. En el plano etiológico, los primeros se encuentran más bien en sujetos que han vivido carencias afectivas ultraprecoces, maltratos, abandonos o interrupciones graves en la atención, que generan angustia de anonadamiento; los segundos han también sufrido generalmente traumatismos infantiles mal superados (que pueden ser agresiones sexuales, en particular entre los paidófilos), susceptibles de resurgir bajo la forma de sentimientos de vacío, de angustia de derrumbe depresivo, pero un cierto investimento libidinal del que fueron inicialmente objeto limita su necesidad de recurrir a la destructividad.

XLIV.5.2. *Psicopatología cognitiva*

Entre los paidófilos se encuentra la existencia de distorsiones cognitivas. En ellos, la excitación sexual (que se puede objetivar con ayuda de la pletismografía) se desencadena por estímulos eróticos atípicos, de tipo paidófilo, y la representación del niño está igualmente perturbada, legitimando a sus ojos sus pasajes al acto.

XLIV.5.3. *Enfoques familiares y sistémicos*

booksmedicos.org

No existe, propiamente hablando, un modelo sistémico de las perversiones sexuales; no obstante, se plantea la hipótesis de que ciertas modalidades de relación, como la confusión de los papeles y la pérdida de aquellas de distancias en las familias de transacción incestuosa, podrían ser la semilla de las perversiones.

XLIV.6. Enfoques terapéuticos

Conviene distinguir a las perversiones y agresiones sexuales que dieron lugar a un proceso penal con una condena de obligación de tratamiento, ya sea o no dentro del marco de la ley del 17 de junio de 1998, de los pacientes que sufren de perversiones y solicitan espontáneamente un tratamiento.

La obligación del tratamiento puede crear condiciones favorables al compromiso con la terapia en personas que hasta entonces no estaban motivadas o que incluso permanecían en la negación de sus trastornos.

Hay que distinguir la aceptación del tratamiento, frecuentemente oportunista, de la adhesión, que es la construcción progresiva de una voluntad de cambio sostenida por el compromiso de ambas partes. La conducta de los pacientes que se presentan espontáneamente a la consulta y no son objeto de una diligencia judicial, puede también tener una dimensión oportunista cuando son impulsados por el temor de una revelación de sus víctimas y esperan indulgencia. El terapeuta debe estar atento a no dejarse encerrar dentro de una relación de complicidad perversa y debe recordar los límites del secreto profesional.

XLIV.6.1. *Principios generales*

La atención de los autores de infracciones sexuales dentro del cuadro de la ley se apoya en ciertos principios: *a)* prevenir la recidiva; *b)* atenuar el sufrimiento psíquico del paciente; *c)* establecer un marco de atención estructurado, pluridisciplinario, con una oferta de atención diversificada, propuesta por equipos que han adquirido una formación específica (lo que es poco frecuente actualmente en Francia), y *d)* mantener una relación clara entre el equipo tratante y la autoridad judicial. Recordemos aquí que dentro del marco del seguimiento socio-judicial de la ley de 1998, la interfaz está constituida por el médico coordinador. Por otra parte, en todos los casos, el contenido de la atención está preservado por el secreto médico, quedando advertido el paciente de que nuevas transgresiones obligarán al consultante a derogar este secreto.

XLIV.6.2. *Los diferentes medios terapéuticos propuestos*

booksmedicos.org

Ninguno ofrece actualmente una garantía absoluta contra la recidiva. Se pueden proponer:

a) Psicoterapias de grupo. Los grupos orales abiertos o cerrados se dirigen, en un nivel cognitivo, a favorecer la toma de conciencia del carácter patológico de los actos y a movilizar los recursos conscientes de los pacientes para obtener una autorrepresión de los comportamientos desviados. Sus indicaciones reposan esencialmente en el reconocimiento previo de los actos. También pueden pretender la movilización en el plano inconsciente, por ejemplo, por medio de técnicas psicodramáticas.

b) Psicoterapias individuales. Se pueden proponer a algunos pacientes terapias de inspiración analítica, en función de la calidad de su *insight* y de su motivación. Las terapias de mediación corporal (relajación, psicomotricidad) están indicadas en ciertos casos. Las terapias cognitivo-conductuales han sido desarrolladas particularmente en los países anglosajones, mezclando técnicas aversivas y tentativas de reeducación sexual con estrategias más amplias de mejoría de las competencias sociales. Sus resultados serían globalmente prometedores.

c) Quimioterapias con psicotrópicos. Los inhibidores de la recaptura de serotonina se han propuesto en ciertos casos de exhibicionismo o de paidofilia emparentados con trastornos obsesivo-compulsivos.

d) Quimioterapias hormonales. Están reservadas a los pacientes que aceptan y están motivados, conscientes de que el control de sus comportamientos desviados requiere una reducción casi completa de su actividad sexual, y tienen la ventaja de la reversibilidad respecto de la castración física. Se conciben dentro del marco de una atención más global. El individuo, librado de sus pulsiones intempestivas, se torna más accesible a los diferentes enfoques psicoterapéuticos. Sus principales indicaciones son los paidófilos multirrecidivistas, pero también pueden proponerse a los violadores y a los exhibicionistas. Los antiandrógenos periféricos del tipo del acetato de ciproterona generan una disminución de los fantasmas y las conductas sexuales desviadas, pero su administración oral no favorece una buena observancia. Los inhibidores de la GnRH *(gonadotrophin releasing hormon)* tienen la ventaja de una administración inyectable de acción prolongada y una eficacia que parece superior. Se utilizan principalmente la *triptorrelina* y la *leuprorelina*. Los principales efectos secundarios están ligados a la hipoandrogenia (astenia, bochornos, desmineralización ósea) y son generalmente modestos.

Conclusión

Las perversiones sexuales, cuya definición y enfoques han variado en el curso del tiempo y de las evoluciones culturales, ocupan en nuestros días un sitio relativamente marginal en la práctica psiquiátrica. Fuera de la actividad pericial, los psiquiatras se confrontan principalmente con ellas dentro del marco de los tratamientos obligatorios, en los cuales la oferta de atención y las pistas terapéuticas empiezan a estructurarse. Más allá de las

booksmedicos.org

perversiones sexuales propiamente dichas, llamadas parafilias en el DSM, el término *perversión* se utiliza actualmente dentro de un marco conceptual ampliado, como lo muestran las nociones de perversidad o de perversión narcisista desarrolladas por los autores contemporáneos.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Balier, C., y D. Bouchet-Kervella (2008), "Étude psychanalytique des auteurs de délits Sexuels", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37510-A40, Elsevier Masson, París.

Bergeret, J. (2003), "Les états-limite: essai d'une nouvelle conceptualisation économiqueet structurelle", *Perspectives psychiatriques,* 42, 5, pp. 385-394.

Bonnet, G. (1983), *Les Perversions sexuelles,* PUF (Que sais-je?), 4ª ed., París. [*Las perversiones sexuales.* Versión española de J. C. Cruz y J. A. Roble, México, 2010.]

Eiguer, A. (1997), *Petit traité des perversions morales,* Bayard, París. [*Pequeño tratado de perversiones morales.* Versión española de Adriana María Vázquez Delgadillo, Nueva Imagen, México, 2001.]

Fédération Française de Psychiatrie (2001), *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle,* Conferencia de consenso, John Libbey Eurotext, París.

Freud, S. (1905), XXVI. "Tres ensayos para una teoría sexual", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1169-1237.

——— (1905), XXI. "Análisis fragmentario de una histeria", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo III, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 933-1002.

——— (1927), CLV. "Fetichismo", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2993-2996.

Kestemberg, E. (2001), *La Psychose froide*, PUF, París.

Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* trad. fr., Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]

Pirlot, G., y J. L. Pedinielli (2009), *Les Perversions sexuelles et narcissiques,* Armand Colin, París.

Racamier, P.-C. (1992), "Autour de la perversion narcissique", en P. C. Racamier, *Le Génie des origines: psychanalyse et psychose,* Payot, París, pp. 279-340.

——— (1993), *Cortège conceptuel*, Apsygée Éditions, París.

booksmedicos.org

Thibault, F. (2000), "Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement", *Encyclopédie médico-chirurgicale,* 37-105-G-10, Elsevier Masson, París.
Zagury, D. (1996), "Entre psychose et perversion narcissique. Une clinique de l'horreur: le tueurs en série", *Évolution psychiatrique,* 61, 1, pp. 87-112.

booksmedicos.org

booksmedicos.org

PARTE 5

Trastornos mentales e intervenciones psiquiátricas en situaciones particulares

XLV. INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA INFANTIL

VÉRONIQUE LAURENT
FRANÇOISE CHAINE

Presentar en un capítulo único un panorama de la paidopsiquiatría es una empresa difícil. Unas corrientes teóricas contrastadas atraviesan la disciplina: las aportaciones de la genética y de la neurobiología, de las ciencias de la conducta y del psicoanálisis, orientan sensiblemente el interés más o menos electivo de los clínicos hacia tal o cual semiología. Esto determina en parte sus elecciones terapéuticas.

Son, pues, más bien las particularidades de la entrevista evaluadora y terapéutica con un niño las que van a constituir la trama de este capítulo. La clínica desarrollada en él será principalmente psicodinámica, de inspiración psicoanalítica, ligada al funcionamiento siempre en reorganización del niño en el seno de su familia.

XLV.1. ESPECIFICIDAD DE LA INFANCIA

El estatus de niño no remite a un estado constituido. Además, su desarrollo psicoafectivo se efectúa por crisis sucesivas. Éstas producen síntomas que se pueden llamar normales, o por lo menos banales, y sin un valor predictivo por sí mismos. La existencia de una sintomatología, incluso ruidosa, no constituye por sí misma la condición de una patología. No significa más que el hecho de que hay conflicto: intrapsíquico (entre el niño y sí mismo) o con el medio exterior (entre el niño y su entorno). Lo patológico reside en el carácter invasor de estos síntomas, su fijeza, su aparición en una edad inhabitual o su asociación con otros signos. De manera inversa, el criterio de adaptación al medio no puede ser considerado por sí mismo como sinónimo de buena salud psíquica. Cuando todos los esfuerzos del niño están movilizados alrededor de una preocupación de hiperadaptabilidad, esto se hace en detrimento de su constitución interna y puede revestir un carácter preocupante. Es el caso de las personalidades llamadas de *faux-self* que pueden, después de la pubertad o de la edad adulta, presentar descompensaciones psiquiátricas o psicosomáticas mayores.

La evaluación clínica del niño debe tomar igualmente en cuenta la noción de *maduración*. Ésta se define como "la capacidad que lleva en sí el equipo neurobiológico

booksmedicos.org

del sujeto para desarrollar formas más complejas" (Birraux, 2001). El ser humano se distingue del mundo animal por el hecho de una inmadurez prolongada tanto somática como psíquica. Esto condiciona su imposibilidad durante mucho tiempo de bastarse a sí mismo y por ello su extrema dependencia del medio. La cuestión de la adecuación entre las limitaciones del medio exterior y el equipamiento personal del que dispone el niño será determinante para su desarrollo. Anna Freud fue una de las primeras en insistir sobre la importancia de este papel del entorno (1968). Las acciones inadaptadas del entorno constituirán estímulos excesivos a los cuales el niño no podrá aportar una respuesta adecuada. Por el contrario, él solicita interacciones suficientes.

Finalmente, la evaluación clínica del niño supone el examen de las particularidades de su *desarrollo psicosexual*. Freud (1905) nos familiarizó con la existencia de una sexualidad infantil presente mucho antes de la adquisición de la madurez genital. Los destinos de las pulsiones sexuales infantiles están estrechamente articuladas con las potencialidades adquiridas progresivamente por el niño a lo largo de su desarrollo psicoafectivo. Un efecto a destiempo es inducido por la existencia de una fase llamada de *latencia,* que separa, por una puesta en suspenso de lo sexual, dos periodos de floración pulsional: la que se sitúa durante los primeros años de la vida y la que reaparece con la entrada en la adolescencia. Este destiempo va a revelar la calidad de la organización psíquica inicialmente establecida.

Autores cada vez más numerosos, como Bernard Golse (2008), se interesan actualmente en las difíciles preguntas planteadas por la articulación entre equipamiento neurocognitivo y psicoafectividad.

XLV.2. El encuentro con el niño

XLV.2.1. *El contexto*

El niño conducido a la consulta no tiene solicitud para sí mismo; ésta remite más bien a las expectativas que los adultos tienen frente a él (Mazet y Houzel, 1978, 1979). La queja puede ser intrafamiliar o, por el contrario, sólo planteada por las instituciones (escuela, servicios sociales, servicios de protección materno-infantil, médico general) contra la opinión de la familia. En general, la solicitud manifiesta es la de una rápida conformidad de un niño cuyas conductas impiden el buen funcionamiento del grupo familiar o escolar. En todos los casos la presentación del niño debe interpretarse a través del prisma de las particularidades de esta demanda. Por su parte, este último permanece prisionero dentro de su omnipotencia infantil. Ya sea que se considere organizador del sistema familiar o que se sienta totalmente sometido a él, se vive generalmente como responsable de los problemas que lo rodean y carga una culpabilidad que su psiquismo inmaduro puede más o menos reconocer. Si, a lo largo de los encuentros, evoluciona la naturaleza de las proyecciones familiares, la relación del niño con la persona del

booksmedicos.org

consultante se modificará también rápidamente. El polimorfismo semiológico de los niños puede ser importante de una consulta a otra.

La noción de sufrimiento psíquico en el niño es difícil de captar por los adultos, incluso cuando éstos prestan atención. Pocos son capaces de imaginar que éste exista, asociando ellos mismos, de manera defensiva, la infancia a un periodo de despreocupación. Los niños agitados son percibidos como muy consentidos y perturbadores, los niños inhibidos como fáciles y soñadores. Estos últimos son, además, significativamente menos objeto de solicitud de consulta, siempre y cuando sus capacidades de aprendizaje permanezcan en la media de los niños de su edad.

En ocasión de las consultas paidopsiquiátricas, los padres van a tomar progresivamente conciencia de lo que los trastornos de su niño expresan de su sufrimiento. Esta capacidad de identificación supone necesariamente la supresión, al menos parcial, en los adultos, de los mecanismos de defensa que protegen la idealización de su propia infancia. Un niño que se coloca en peligro ya no es entonces "un cabeza dura", sino un niño deprimido cuyas acciones pueden ser comprendidas como equivalentes suicidas. Esta puesta en perspectiva debe ser suficientemente progresiva para no perturbar a los padres y suscitar negación y huida. Consultar a causa de un niño implica, pues, una profunda puesta en duda del equilibrio familiar y personal de los padres. Estos últimos no son frecuentemente conscientes de ello al principio, y no siempre adquieren tal conciencia. Algunos, a lo largo de las consultas terapéuticas, se muestran demasiado frágiles para soportar incluso lo que el sufrimiento de su hijo denuncia de su propio sufrimiento infantil masivamente reprimido. Es necesario saber tomar en cuenta esta apreciación del funcionamiento de los padres en el tratamiento propuesto al niño. A veces se queda uno sorprendido de la tolerancia de ciertos padres a los trastornos graves de su hijo, mientras que esos trastornos alarman al entorno. Por el contrario, algunos niños parecen particularmente adaptados a un medio de vida caótico. Este tipo de adherencia entre padres e hijos puede parecer sumamente patológico al consultante. No obstante, es muestra de una forma de cicatrización de los efectos traumáticos de las interacciones y debe movilizarse con la mayor prudencia. "No existe algo así como un niño solo, a menos que se incluyan los cuidados maternos", escribió Winnicott (1958). Esto puede aplicarse también a las propuestas terapéuticas. Ésta es la razón por la cual en la mayor parte de los casos hay que dejar el tiempo de varios encuentros espaciados antes de establecer una indicación precisa sólo para el niño.

XLV.2.2. *Particularidades del encuentro con el niño*

La consulta debe permanecer centrada en el niño, evitando dos escollos. El primero es identificarse demasiado con su sufrimiento, instaurando con él una forma de complicidad vivida como seductora y manteniendo a sus padres a distancia, incluso considerándolos responsables y culpables de sus trastornos. El segundo escollo es el estar demasiado identificado con la queja de los padres y otorgar más interés a sus tentativas de

booksmedicos.org

elaboración que a las manifestaciones a veces difícilmente canalizables y comprensibles del niño. Por el contrario, es interesante observar las interacciones entre el niño y los padres que lo acompañan, antes de ver al niño solo. Se procederá en general en el otro sentido con el adolescente (el joven solo primero, y después con sus padres).

Una vez que el niño está solo frente al consultante, la disimetría de la situación crea una extrañeza, que correctamente manejada puede servir de palanca para relanzar procesos psíquicos más allá de las fijaciones patológicas concernidas en los síntomas presentados. La calidad de la relación que se establece con el niño desempeña un papel fundamental en la apreciación de su desarrollo. Esto implica un tiempo de disponibilidad suficiente para tomar en cuenta la parte del discurso de los padres y la de la realidad del niño (duración de una hora en promedio para una consulta padre-hijo). No se trata de pretender la rápida desaparición de los síntomas, lo que respondería más bien al deseo de los adultos, sino permitir al niño encontrar los medios de "curarse a sí mismo", es decir, retomar el curso de su desarrollo.

Además de la palabra, se proponen al niño mediaciones diversas: caja de juegos que contienen personajes, animales, objetos que poseen cargas simbólicas (por ejemplo: barreras, biberón…), dibujos, plastilina.

A través de estas propuestas de juego o de dibujo, se trata no de ponerse a nivel del niño para jugar con él, sino de comprender el material como se haría con un sueño relatado por un adulto. Este frente a frente con el consultante, una vez que los padres salieron del consultorio, moviliza en el niño representaciones diversas según la naturaleza de su funcionamiento. En ciertos casos, su mímica o su conducta permiten pensar que el encuentro suscita en él fantasmas aterradores *(*"Me van a dejar ahí, me van a poner una inyección"…) o excitantes ("Se van a decir secretos, se va a hablar de hacer el amor, del pajarito, del pipí-caca"). Se puede entonces verbalizarlos ligando estas emociones con la situación de consulta, lo que basta frecuentemente para tranquilizarlo y permitirle establecerse más serenamente dentro de la relación con el consultante, bajo un modo prevalente de naturaleza primaria o más secundarizado.

En casos más severos, especialmente en los funcionamientos que incluyen una parte traumática, es imposible para el consultante tener acceso a lo que esta situación extraña suscita en el niño. Hay casos en los que sus capacidades fantasmáticas están aplastadas por un falso *self,* especie de hiperadaptabilidad defensiva adherida. La inquietud del encuentro, en lugar de ser transformada en material psíquico, induce entonces una modalidad de funcionamiento esencialmente represivo. El niño intenta agradar al adulto para sustraerse a la verdadera naturaleza del encuentro. Su miedo, especialmente el de ser designado como "loco", lo conduce hacia esta hiperconformidad que fija al conjunto de su personalidad.

En otros casos son los trastornos de las conductas los que se observan y remiten a una carencia en el desarrollo de los procesos de mentalización. En lugar de suscitar representaciones, la excitación del encuentro fracasa para ser tratada psíquicamente y debe descargarse en el cuerpo por la repetición de actos (agitación, acrobacias, lanzamiento de objetos). Los beneficios secundarios pueden asociarse a estos

booksmedicos.org

comportamientos. Se obtienen a partir de la naturaleza de las respuestas parentales. Si son represivas, pueden en efecto mantener la búsqueda masoquista del niño para ser castigado. Son posibles otros beneficios secundarios, como la descalificación del consultante, que es tomado como un tercero que debe contener "mágicamente" al niño en presencia de sus padres.

XLV.3. Patologías psiquiátricas infantiles

XLV.3.1. *La identificación de los trastornos*

Existen tres grandes clasificaciones diagnósticas en paidopsiquiatría, cuyas bases teóricas son diferentes. Las citaremos sin detenernos en sus detalles. La Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA) es una clasificación multiaxial con un concepto dinámico de los trastornos psíquicos. Fue publicada en 1988 bajo la dirección de Roger Misès y es la única clasificación específica para el niño y el adolescente. Durante mucho tiempo ha permanecido como la más ampliamente utilizada para la recolección epidemiológica de los sectores de psiquiatría infanto-juvenil. Actualmente existe la tendencia a utilizar las clasificaciones diagnósticas estandarizadas anglosajonas en busca de una armonización internacional. Estas clasificaciones (DSM-5, CIE-10) están basadas en un enfoque estadístico con recolección de criterios sintomáticos posibles. Propugnan la utilización, cada vez que sea posible, de los mismos criterios en el niño y en el adulto, estableciendo un principio correlativo entre ambos. Como lo señalan Bursztejn *et al*. (2003), esta elección hace hincapié en considerar los signos premonitorios de una patología adulta en detrimento de la especificidad y la complejidad psicopatológica del niño. La puesta en evidencia de factores de vulnerabilidad genética y de heredabilidad alienta actualmente numerosos trabajos de investigación.

La lista de los trastornos paidopsiquiátricos que justifican una calificación diagnóstica en las clasificaciones estandarizadas es muy extensa (véase, por ejemplo, Marcelli, 2009). Reagrupa las manifestaciones somáticas (alimentaria, esfinteriana, espasmo del sollozo, trastornos del sueño); los trastornos de la palabra y del lenguaje (acceso al lenguaje oral y escrito, mutismo electivo, tartamudeo), los trastornos psicomotores (trastorno de la lateralización, disgrafia, dispraxia, inestabilidad), los trastornos del comportamiento (estereotipias, agresividad, conductas de oposición, robo, fuga, actos delictivos), los trastornos intelectuales (retraso mental, niños superdotados), pero también los trastornos intrapsíquicos (ansiedad, angustia de separación, fobias, inhibiciones, manifestaciones obsesivas, depresión), y finalmente los trastornos de la identidad sexual.

El autismo infantil precoz fue descrito inicialmente por Kanner en 1943. En el DSM-5 (2013) se incluye dentro del campo más amplio de los *trastornos del espectro autístico* (llamados anteriormente *trastornos invasores del desarrollo*), que forman parte de los trastornos del neurodesarrollo con las discapacidades mentales, el déficit de atención con

booksmedicos.org

hiperactividad y los trastornos de la comunicación, del aprendizaje y del desarrollo motor. Es probablemente el único campo clínico paidopsiquiátrico cuya semiología aparece precozmente como relativamente específica. Fuera de estos casos, por fortuna un tanto raros en relación con el conjunto de las solicitudes de consulta, la identificación de los trastornos se apoya en el contexto: edad del niño, calidad de su entorno, existencia de factores traumáticos en su historia. Los síntomas que llevan a consultar no son necesariamente los más graves, sino los más notorios o los más perturbadores para la vida familiar o escolar.

Mientras más joven es el niño más se expresa su malestar en el plano somático o conductual. Puede tratarse de un trastorno por déficit en el establecimiento de una función o de una etapa a la cual el niño debería habitualmente haber accedido, como la higiene o el lenguaje. Desde maternal, y sobre todo a la entrada a la escuela primaria, son las quejas alrededor de la inestabilidad y los trastornos del aprendizaje los que constituyen la mayoría de las demandas de consulta.

La expresividad de las manifestaciones psíquicas del niño es tanto más fuerte cuanto que aborda uno de los *periodos de crisis* de su desarrollo: fase preedípica o ingreso a la *pubertad*. Por el contrario, el niño en fase de "estabilidad psíquica", es decir, de *latencia*, de 5-7 años (fase del "niño adulto") a 10-12 años, puede parecer razonable. Algunas manifestaciones poco escandalosas, como las inhibiciones, ciertas manifestaciones fóbicas (fobias escolares) y la aparición de signos obsesivos, pueden no obstante llamar la atención de los adultos sobre la existencia de un sufrimiento psíquico.

La evaluación diagnóstica de los trastornos de un niño debe tomar siempre en cuenta la existencia y posibles repercusiones de factores contextuales y ambientales. En ciertos casos, lo que hay que tener en cuenta en la evaluación de su funcionamiento psíquico actual es el peso de los trastornos somáticos más o menos graves sobre el pronóstico evolutivo del niño. Pero lo más frecuente es el contexto de vida familiar el que pesa sobre su desarrollo. Puede tratarse de acontecimientos de la vida con potencialidad traumática los que están a veces en el origen de los trastornos reactivos, incluso a término, de los reordenamientos profundos en la organización de su personalidad (separación, divorcio de los padres, muerte de un próximo, accidente…). También hay que saber buscar los signos de carencia afectiva o educativa, de maltrato o de abuso sexual. Finalmente, no hay que menospreciar las repercusiones traumáticas potenciales de la emigración para ciertos niños en situación de gran precariedad social y psíquica. En todos estos casos, hay que cuidarse, no obstante, de establecer demasiado rápidamente relaciones de causa a efecto entre los traumatismos físicos o psíquicos, incluso recientes, y las modificaciones del funcionamiento mental del niño.

XLV.3.2. *Evaluación del funcionamiento del niño*

Sólo la clasificación francesa CFTMEA hace referencia en el niño a los tres grandes registros de funcionamiento psíquicos generalmente descritos en el adulto: neuróticos,

booksmedicos.org

psicóticos y limítrofes. Diferentes autores se han preocupado por poner en evidencia los criterios dinámicos que concurren, a lo largo del encuentro con el niño, a su justa evaluación (Freud, 1968; Diatkine, 1967). Tal evaluación no estandarizada requiere no obstante una cierta experiencia clínica.

Evaluar el funcionamiento del niño consiste en apreciar de manera conjunta (Lang, 1999):

—*los mecanismos de defensa contra la invasión de la angustia y el surgimiento de una representación inaceptable*. Según el nivel más o menos elevado de estos mecanismos, la angustia se muestra contenida y ligada psíquicamente o, por el contrario, fracturada bajo la forma de una externalización del conflicto en la descarga motora o en las explosiones fantasmáticas no controladas. La naturaleza de la angustia se sitúa según el caso en el registro secundario o más arcaico;

—*las modalidades preferenciales de relación de objeto*. Remiten a la representación de fantasmas prevalentes relativas a las posiciones narcisistas, orales (pasivas /activas canibalescas), anales (retención / expulsión), fálicas, genitales, y a los diferentes registros: narcisista, fusional, dual, anaclítico, triangular. Se apreciará igualmente la calidad del contacto, la amenaza de ruptura con lo real, la pérdida de distancia, la fuga hacia lo fantasmal;

—*los procesos de pensamiento* se aprecian en varios niveles. Se puede inicialmente evaluar la calidad de paraexcitación (y su capacidad para filtrar las excitaciones). Se mide también la fuerza respectiva de los procesos primarios inconscientes que impulsan la reproducción de las primeras experiencias de satisfacción, y de los procesos secundarios preconscientes y conscientes (pensamiento, juicio, control) que permiten la estabilidad de los investimentos y el aplazamiento de las satisfacciones. Finalmente se aprecia el acceso a la simbolización, en la que los símbolos tienen una significación constante en relación con los significados.

—*la naturaleza de las angustias predominantes*. En las psicosis infantiles, éstas se mantienen dentro del campo de lo arcaico (anonadamiento, destrucción, engullimiento, fragmentación, fusión). En los estados limítrofes y en ciertas depresiones, se expresan en forma de angustias de separación, de abandono y de intrusión. En los funcionamientos neuróticos, una vez alcanzada la posición edípica se trata principalmente de angustia de castración.

XLV.3.3. *Grandes registros de funcionamiento*

A partir de esta evaluación se distinguen tres registros de funcionamiento, que se tratan a continuación.

Estructura psicótica

booksmedicos.org

Se caracteriza por la naturaleza arcaica de las angustias, la ruptura o amenaza de ruptura con lo real, la infiltración por lo fantasmático con borramiento de los límites entre lo real y lo imaginario. Los procesos primarios dominan o infiltran constantemente los procesos secundarios. Los movimientos pulsionales se vierten directamente sobre lo real y sobre el cuerpo con una carga agresiva importante y poco ligada. El acceso a lo simbólico está gravemente perturbado. La relación de objeto guarda un carácter primitivo sin acceso a la triangulación edípica. Los mecanismos de defensa prevalentes son el repliegue narcisista, la negación y la escisión, la proyección y la identificación proyectiva (Klein, 1959), la falta de distinción entre el yo y el no-yo. Se observa generalmente en el plano clínico una restricción de los investimentos cognitivos y bloqueos funcionales, especialmente en los ámbitos del lenguaje y de la psicomotricidad.

Al lado de las psicosis autísticas y de las psicosis infantiles homogéneas más o menos deficitarias, se observan frecuentemente cuadros de *disarmonías evolutivas,* en las cuales los procesos psicóticos se codean con modos de funcionamiento más secundarizados pero poco estables. El contacto aquí es de mejor calidad. La adaptación a lo real es posible en ciertas condiciones favorables pero permanece sometida al riesgo de infiltración por procesos primarios bajo diversas formas (huida hacia fabulaciones poco controladas, expresión fantasmática arcaica y poco elaborada, descargas motrices). Esta clínica conduce a la aparición de angustias de desestructuración que actúan sobre la coherencia del sí mismo.

Estructura neurótica

Más que de neurosis constituida, se habla de reacciones neuróticas, que son compromisos pasajeros que bloquean el desarrollo y pueden estar en el origen de una patología neurótica ulterior. Hay que distinguir las etapas casi fisiológicas de la *neurosis infantil* en el sentido de Serge Lebovici (1979), y el pronóstico más inquietante de los síntomas neuróticos fijados, con mecanismos de defensa rígidos que impiden seriamente el buen desarrollo del niño. La problemática neurótica implica el acceso a relaciones triangulares bajo el modo edípico. Las angustias predominantes son las de castración. Los síntomas logran un compromiso neurótico situándose entre la expresión del deseo y su represión. No alteran la prueba de realidad. Los investimentos narcisistas y objetales son suficientemente estables como para permitir la circulación de la agresividad dando acceso a la ambivalencia. El nivel de simbolización es bastante elaborado debido a la predominancia de los procesos secundarios sobre los primarios.

Estados limítrofes

Se trata de patologías frecuentemente heterogéneas que aparecen en ocasión del acceso a la posición depresiva, concepto desarrollado por Melanie Klein (1934). La angustia no

booksmedicos.org

está aquí todavía enteramente ligada a las representaciones objetales diferenciadas y sexuadas. Los procesos primarios permanecen todavía activos a pesar de la instauración progresiva de los procesos secundarios. No hay formación de un compromiso neurótico, sino coexistencia de dos posiciones antagonistas debido a la escisión del yo. La fragilidad narcisista importante no permite la interiorización suficiente del conflicto y de su representación. Entonces se proyecta hacia los objetos externos o se descarga en acciones conductuales. Las relaciones duales son todavía privilegiadas, incluso si se aborda la triangulación. En estos funcionamientos, la inhibición y el bloqueo, tanto cognitivo como afectivo, obstaculizan los aprendizajes. La angustia permanece como el síntoma mayor. Concierne más a la separación que a la castración. Infiltra el conjunto del funcionamiento y toma diversos aspectos: pesadillas, fobias, rituales de protección, cóleras ansiosas, crisis histeroides, síntomas caracteriales, somatizaciones.

XLV.4. Dispositivo de la atención

La consulta es el primer momento de una atención que puede ser multifocal en función de la naturaleza de los trastornos.

XLV.4.1. *La consulta terapéutica*

Si la apreciación de los trastornos psíquicos en paidopsiquiatría requiere antes que todo la consulta, ésta es para el psiquiatra psicoanalista un acto terapéutico en sí misma (Ody, 2002). No se trata para él de limitarse a la observación de la semiología presentada por el niño, de completar ésta con una anamnesis exhaustiva de los padres y de deducir de ella una conducta a seguir, relativamente estandarizada, basada esencialmente en principios reeducativos, cognitivo-conductuales o medicamentosos.

Este primer momento de encuentro del clínico con el niño y su familia es, principalmente, un momento fundador, basado en la co-creación de una interacción en la que el metaanálisis servirá de palanca para el tratamiento. Según la manera como esta interacción, siempre en movimiento, sea vivida y retomada por los protagonistas, permitirá o no al niño encontrar un eco particular a sus síntomas: al descubrir su significación inconsciente, el consultante busca liberar su carga afectiva que permanece fijada, con el fin de tornarla nuevamente disponible para el desarrollo global de su joven paciente. Los fundamentos de este encuentro se recuperarán en ocasión de los encuentros terapéuticos ulteriores y podrán colorear el conjunto de la atención, ya sea que se trate de una psicoterapia, de una reeducación ortofónica o psicomotriz, o de un internamiento en una institución. En cierto número de casos, especialmente cuando desde el principio no se contempla una empresa psicoterapéutica individual, la consulta ofrece la posibilidad de un verdadero trabajo terapéutico. Vuelve a dar grosor al tejido psíquico entre los padres y el niño, dentro de un marco que no coloca a este último desde un

booksmedicos.org

principio en un conflicto de obediencia (estar de conformidad con las expectativas de los padres o dejar hablar a su propio funcionamiento).

XLV.4.2. *Las terapéuticas ambulatorias no medicamentosas*

Existe una gran diversidad de formas de atención en paidopsiquiatría. Algunas se dirigen esencialmente a los síntomas o a los comportamientos inadaptados (reeducaciones, rehabilitaciones, terapias conductuales o cognitivas). Otras buscan alcanzar reordenamientos en la estructura psicopatológica subyacente (psicoterapia analítica, psicodrama, terapias mediatizadas de inspiración analítica). Pueden dirigirse al niño solamente o a la familia en su conjunto (guía paterna, terapia madre-hijo, terapia familiar). Se realizan a veces en grupos con una pretensión más o menos educativa, reeducativa o terapéutica (Privat y Quelin-Souligoux, 2005).

XLV.4.3. *Las terapéuticas institucionales*

Aquí también existe, en los intersectores de psiquiatría infanto-juvenil franceses, una pluralidad de dispositivos institucionales originales, de día o de tiempo completo, creados a lo largo de la historia de estos servicios de atención. Los grandes cuadros genéricos son los siguientes:

Los *centros de ayuda terapéutica de tiempo parcial* proponen una atención secuencial compatible con el mantenimiento de una integración escolar en medio ordinario. Las patologías más concernidas son las disarmonías psicóticas y los estados limítrofes. Una variante de estos centros son las *unidades de atención intensiva nocturna* que se ocupan de las mismas patologías. Los niños pueden entonces permanecer escolarizados de tiempo completo.

Los *hospitales de día* están destinados más bien a los niños autistas y psicóticos que acogen toda la jornada. No obstante, estos últimos años la tendencia ha sido hacia un aumento de la atención de tiempo parcial asociada a tiempos de re-escolarización en las clases de integración de la educación nacional.

La *hospitalización de tiempo completo* sigue estando indicada en ciertas situaciones psiquiátricas agudas poco frecuentes. Más frecuentemente, puede ser necesario poner al niño de manera temporal a distancia de su medio familiar para apreciar la naturaleza de las repercusiones, sobre la agravación de su estado clínico, de las interacciones con su entorno.

La *ayuda familiar terapéutica* concierne a los niños para los cuales se considera patógeno el medio familiar y justifica su colocación en una familia que lo acoja. Pero la patología de los niños y de sus familias necesita el acompañamiento intensivo de esta colocación por un equipo paidopsiquiátrico institucional.

booksmedicos.org

XLV.4.4. *Sitio de la prescripción de los psicotrópicos en paidopsiquiatría*

Ésta sigue sigue siendo bastante marginal para la mayor parte de los paidopsiquiatras, para quienes la elección de una prescripción psicotrópica en un niño no es un acto banal. No obstante, algunos equipos de clínicos buscan invertir esta tendencia queriendo desdramatizar el recurrir a la prescripción. En todos los casos se trata de reducir un comportamiento perturbador del niño con el fin de evitar que la situación se deteriore. Este deterioro puede concernir a la tolerancia del propio niño hacia sus trastornos, o la de la familia y el entorno social respecto de él. La cuestión de la prescripción se plantea, por ejemplo, cuando un trastorno perturba gravemente los aprendizajes escolares del niño (hiperactividad con déficit de atención), constituye un impedimento social importante (situación aguda de agresividad) o mantiene un círculo vicioso patógeno (insomnio, enuresis, automutilaciones, tics severos). No obstante, el medicamento no puede permanecer como una respuesta terapéutica aislada. El riesgo mayor de una prescripción medicamentosa demasiado rápida es generar un corto circuito que haga callar artificialmente la expresión escandalosa de un conflicto psíquico en el niño. El recurso privilegiado a este tipo de opción terapéutica puede tener consecuencias ulteriores a nivel del pronóstico. El niño corre el riesgo de interiorizar este bloqueo realizado a sus tentativas de elaboración de sus conflictos internos y buscar ulteriormente soluciones más rápidamente autocalmantes aportadas por productos externos. Hay que tomar en cuenta otros riesgos, como la repercusión sobre las funciones cognitivas y las disquinesias tardías para los tratamientos neurolépticos tradicionales de largo curso.

Además de la necesidad de un examen somático previo, algunas reglas elementales de prudencia se pueden resumir así:

- la decisión casi nunca se toma desde el primer encuentro. Cuando está indicada la prescripción puede entonces hacerse fuera de un contexto de urgencia, siempre traumática para el niño. Si excepcionalmente se debe recurrir rápidamente al medicamento, es necesario volver a ver al niño y a sus padres muy rápidamente para juzgar el efecto de este primer encuentro sobre el sistema familiar. A veces queda uno sorprendido del efecto tranquilizante que esta prescripción pudo provocar;
- la prescripción siempre se concibe dentro de una atención multifocal. La sola prescripción es peligrosa. Debe estar integrada, sistemáticamente, dentro de un marco terapéutico que permita una elaboración: consultas terapéuticas, psicoterapia individual o atención institucional;
- la duración del tratamiento debe ser limitada y reevaluada muy regularmente.

Como quiera que sea, los efectos de los psicotrópicos en el niño siguen siendo bastante aleatorios, en particular en los tratamientos a mediano y largo plazo. Pocos han recibido la autorización de comercialización con estos fines. Se constata, más

booksmedicos.org

frecuentemente que en los adultos, desvanecimientos o respuestas paradójicas con la prescripción de neurolépticos. Las benzodiacepinas deben evitarse por las mismas razones que en el caso del adulto. Los tratamientos de tipo hipnótico, como la *alimemazina,* son objeto de prescripciones mucho más moderadas que cuando la automedicación familiar era habitual. Importado de los Estados Unidos, el uso de los psicoestimulantes anfetamínicos *(metilfenidato)* se ha extendido en Francia en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Su eficacia y su buena tolerancia han sido establecidas por numerosos estudios (Le Heuzey y Mouren-Simeoni, 2003), pero su uso todavía está condicionado a la escuela a la que pertenecen los paidopsiquiatras.

En el adolescente, las reglas de prescripción están más próximas a las del adulto en lo que concierne a la selección de las moléculas.

XLV.4.5. *Vínculos de acompañamiento*

Los vínculos con el conjunto de los servicios médico-sociales, socio-judiciales y pedagógicos a cargo del niño o de su familia forman parte integral del trabajo del paidopsiquiatra, en particular en su función de clínico de sector. El tejido relacional, que integra a los padres en el lugar central que sigue siendo el suyo, permite asegurar un seguimiento del niño en una atención global de sus necesidades. Más particularmente:

- las relaciones con la *protección materna e infantil* concerniente a los niños hasta los seis años, en particular en los casos de las familias consideradas "con múltiples problemas";
- desde maternal, la educación nacional es la interlocutora más habitual. Es frecuentemente debido a su consejo por lo que los padres son invitados a consultar al paidopsiquiatra. La ley del 11 de febrero de 2005 para la igualdad de los derechos y las oportunidades ha reforzado su misión en materia de integración de los niños en situación de discapacidad. Las disposiciones por establecerse tienen que ver, a partir de esta ley, con las decisiones en el seno de la *Casa Departamental de Personas con Discapacidad*;
- las intervenciones de la *Ayuda Social para la Infancia* en el campo de la protección de los menores se efectúan bajo diversas formas: *Ayuda Educativa en Medio Abierto*, internamiento temporal en un centro infantil, colocación familiar. A los problemas estrictamente educativos se asocian frecuentemente dificultades de orden médico-psicológico que pueden ser objeto de una solicitud ulterior de los servicios paidopsiquiátricos. Por lo demás, ocurre frecuentemente que, al concluir un tratamiento, se requiere un acompañamiento socioeducativo complementario, lo que lleva al consultante a estimular a la familia para que haga una solicitud a los servicios sociales de sector;
- es necesario recurrir a la protección judicial del menor cuando las carencias

booksmedicos.org

educativas intrafamiliares graves se han puesto en evidencia por los profesionales de la infancia y cuando los padres rehúsan aceptar la ayuda propuesta. La constatación o la sospecha por el consultante de un maltrato psíquico o físico del niño, incluso de sevicias físicas o de abusos sexuales sobre su persona, debe ser objeto de un señalamiento a las autoridades competentes. A partir de la ley del 5 de marzo de 2007 sobre la protección de la infancia en peligro, ya no se pide al psiquiatra dirigirse personalmente al Ministerio Público sino a la *Célula Departamental de Recolección y de Tratamiento de las Informaciones Preocupantes*, encargada de determinar la conducta a seguir. Recordemos también que el juez de niños puede dictar un *"mandato de internamiento provisional"*, que ordena internar al menor en una estructura susceptible de albergarlo, cualquiera que sea su naturaleza (judicial, social, médico-social o sanitaria); estos mandatos pueden, pues, concernir también a estructuras de atención psiquiátrica;

- las relaciones con los servicios de psiquiatría del adulto pueden ser necesarias cuando los padres de los jóvenes pacientes tratados presentan también una patología mental.

XLV .5 Perspectivas evolutivas

Los psiquiatras se han preguntado regularmente sobre la predictibilidad de las patologías adultas a partir del estudio de los trastornos infantiles. Algunas investigaciones se han ocupado de evidenciar, en el niño, signos precoces específicos de un riesgo de descompensación grave (Widlöcher, 1973). Otros estudios, monográficos retrospectivos, han seguido la evolución a largo plazo de individuos tratados desde la infancia (Lucas, 2002). En una actitud inversa, y utilizando los mismos criterios diagnósticos para las dos poblaciones, algunos autores han investigado en los niños signos premonitorios de patologías del adulto, especialmente cuando uno de sus padres está afectado (Craddock y Jones, 1999) (véase también el capítulo LII).

Nos contentaremos aquí con dar una versión sucinta de posibilidades evolutivas generales que no pueden, por supuesto, presagiar la singularidad de las evoluciones individuales. Lo haremos a partir de los tres grandes registros de funcionamiento psíquico definidos más arriba.

XLV.5.1. *La sintomatología llamada neurótica*

Ésta no corresponde necesariamente en el niño pequeño a conflictos psíquicos suficientemente elaborados mentalmente para formar parte del campo de la neurosis propiamente dicha. Más frecuentemente, en particular en lo que concierne a las fobias, las evoluciones seguirán el curso de las patologías narcisistas, incluso disarmónicas, porque los miedos que se manifiestan en el niño son portadores de angustias todavía muy

booksmedicos.org

arcaicas. Por otro lado, la sintomatología obsesiva intensa (ritualizaciones, ideas obsesivas y ciertas formas de intelectualización), que aparecen durante el periodo de latencia y de ingreso en la adolescencia, expresa frecuentemente la lucha del niño contra una sexualización, una agresividad o las angustias primitivas que amenazan con invadirlo. Entonces es también predictora de una evolución hacia una patología narcisista o incluso anunciadora de una futura descompensación psicótica. La sintomatología histérica es la que escapa más de esta generalización. La evolución tiende frecuentemente hacia un reordenamiento neurótico-normal de las manifestaciones, sobre un fondo de personalidad de tipo histérico, a veces hacia una histeria constituida. La proximidad de estas neurosis con ciertas patologías limítrofes en la edad adulta está en el origen de diversas organizaciones fronterizas.

XLV.5.2. *Autismos y psicosis infantiles*

A pesar de ciertas situaciones excepcionales, especialmente concernientes a los autistas de alto potencial, el riesgo evolutivo habitual de las psicosis infantiles sigue siendo el empobrecimiento intelectual y el estado deficitario. La mayor precocidad de la atención y el mejor conocimiento que se tiene de este riesgo no bastan siempre para impedirlo. Esto se debe, por una parte, al hecho de que estos niños no pudieron estar en disposición de aprender, pero también a los procedimientos de ataque del pensamiento inherente a su patología. Algunos tienen un porvenir menos negativo, mediante un marco suficientemente protegido, y se organizan de un modo seudoneurótico. Pero el equilibrio permanece generalmente frágil y necesita diversas adaptaciones del marco de vida para preservarlo.

XLV.5.3. *Los estados limítrofes*

No existe un *continuum* entre los estados limítrofes del niño, el adolescente y el adulto. La estructura psíquica permanece semejante pero difieren las particularidades del sistema defensivo. No es fácil determinar los factores que predestinan a la constitución de un trastorno de la personalidad en la infancia, o después de la pubertad, incluso en la edad adulta, y el factor "gravedad" no basta. En el niño, las angustias de abandono subyacentes a estas organizaciones psíquicas pueden estar enmascaradas por el estado de dependencia infantil y proteger de una expresividad sintomática. Esto podrá reforzarse por factores del entorno familiar o por un arreglo en falso *self*, que pueden de manera temporal remediar los trastornos graves de la personalidad. Por ejemplo, un niño hiperestimulado en el plano cultural y cognitivo puede durante largo tiempo compensar las debilidades en su construcción personal sin que el fracaso escolar llegue a llamar la atención. Un arreglo en falso *self* puede tener la misma consecuencia. Siendo el aspecto escolar el que constituye el punto de atención más frecuente de la demanda de atención a

booksmedicos.org

esa edad, estos casos escapan así durablemente de la orientación hacia una consulta de paidopsiquiatría. La amenaza de descompensación es entonces mayor en la adolescencia, en la que diversas manifestaciones, como una fobia escolar grave, una anorexia mental o una toxicomanía podrán hacer súbitamente irrupción y denunciar la fragilidad estructural desconocida hasta entonces. La fobia del funcionamiento mental, la evacuación de los pensamientos morbosos, el recurso privilegiado a las manifestaciones conductuales impiden, de hecho, las capacidades de aprendizaje o estimulan un modo adherido que no resiste las exigencias crecientes de la escolaridad. Incluso en los casos favorables en los que la integración profesional y la autonomía alcanzan un nivel satisfactorio, especialmente debido a una atención bien conducida en la infancia, es habitual que persistan dificultades afectivas y relacionales que fragilizan o empobrecen la calidad de vida personal.

Conclusión

El psiquiatra psicoanalista de adultos tiene familiaridad con la escucha de la historia familiar de su paciente en el sentido que Freud dio a ésta. Esta familiaridad es menor respecto de las especificidades de la psicopatología del niño, de su destino, del manejo y de lo que está en juego con sus tratamientos. Algunas corrientes teóricas ven en la uniformación de los dos campos clínicos una confirmación de la primacía neurobiológica. Al insistir en sus diferencias, el paidopsiquiatra psicoanalista propone, por su lado, otro diálogo con el clínico de adultos en la comprensión general de los procesos morbosos y de sus perspectivas terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Birraux, A. (2001), *Psychopathologie de l'enfant,* In Press, París.

Bursztejn, C., B. Golse y R. Misès (2003), "Classifications en psychiatrie de l'enfant", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* Elsevier Masson, París.

Craddock, N., e I. Jones (1999), "Genetics of bipolar disorders", *Journal of Medical Genetics,* 36, pp. 585-594.

Diatkine, R. (1967), "Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant", *La Psychiatrie de l'enfant,* 10, pp. 1-42.

Freud, A. (1968), *Le Normal et le Pathologique chez l'enfant. Estimations du développement*, Gallimard, París. [*Normalidad y patología de la niñez. Evaluación del desarrollo.* Versión española de Humberto Nagera, Paidós, Buenos Aires,

booksmedicos.org

1981.]
Freud, S. (1905), XXVI. "Tres ensayos para una teoría sexual", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo IV, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1170-1237.
Golse, B. (dir.) (2008), *Le Développement affectif et intellectuel de l'enfant,* 4ª ed., Elsevier Masson, París. [*El desarrollo afectivo e intelectual del niño.* Versión española de Mercedes Torres Viñals, Masson, Barcelona, 1987.]
Kanner, L. (1943), "Les troubles autistiques du contact affectif", *Neuropsychiatrie de l'enfance,* 38, 1-2, 1990, pp. 64-84.
Klein, M. (1934), "Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs", en *Essais de psychanalyse,* Payot, París, 1968.
——— (1959), *La Psychanalyse des enfants,* PUF, París.
Lang, J.-L. (1999), *Psychopathologie psychanalytique de l'enfant. Méthodologie, études théoriques et pratiques,* L'Harmattan, París.
Le Heuzey, M. F., y M. C. Mouren-Simeoni (2003), "Psychostimulants", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, Elsevier Masson, París.
Lebovici, S. (1979), *L'Expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert*, PUF, París.
Lucas, G. (2002), "La méthode monographique ne demeure-t-elle pas irremplaçable?", en G. Lucas (dir.), *Psychiatrie de l'enfant: quels patients, quels traitement?* PUF, París, pp. 63-74.
Marcelli D., y A. Branconnier (2009), *Enfance et psychopathologie*, 8ª ed., Elsevier Masson, París, [*Psicopatología del adolescente*. Versión española de Susana Simó Perales-Zabka, Elsevier Masson, Barcelona, 2005.]
Mazet, P., y D. Houzel (1979), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 1, Maloine, París; 4ª ed., revisada y corregida, 1986. [*Psiquiatría del niño y del adolescente*, Editorial Médico y Técnica, Barcelona, 1981.]
——— (1978), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, 7ª ed., Maloine, París.
Misès, R. (dir.) (1988), "Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent", *Psychiatrie de l'enfant*, 31, 1, pp. 67-134.
Ody, M. (2002), "Place et fonction de la consultation thérapeutique psychanalytique", en G. Lucas (dir.), *Psychiatrie de l'enfant: quels patients, quels traitements?* PUF, París, pp. 75-101.
Privat, P., y D. Quelin-Souligoux (2005), *Travailler avec les groupes d'enfants,* 2ª ed., Dunod, París. [*El niño en psicoterapia de grupo*, Síntesis, Madrid, 2003.]
Widlöcher, D. (1973), "Étude psychopathologique des états prépsychotiques", *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 21, 12, pp. 735-744.
Winnicott, D. W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, París, 1969. [*Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Versión española de Jordi Beltrán, Paidós, Barcelona, 1999.]

booksmedicos.org

booksmedicos.org

XLVI. INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA DEL ADOLESCENTE

ALAIN BRACONNIER

Muchos piensan que la adolescencia, tal como la concebimos, es un fenómeno reciente:

> El niño pasaba directamente y sin intermediarios de las faldas de las mujeres, de su madre o de su "nana" o de su "mamá grande", al mundo de los adultos. Quemaba las etapas de la juventud o de la adolescencia. De niño se convertía inmediatamente en un hombrecito, vestido como los hombres o como las mujeres, mezclado con ellos, sin otra distinción que la talla. Es probable que en nuestras sociedades de *Ancien Régime,* los niños entraban más pronto en la vida de los adultos que en las sociedades primitivas [P. Ariès, 1969].

La adolescencia como periodo de la vida sería para algunos, pues, un fenómeno reciente en la historia de la humanidad. No obstante, la importancia otorgada a los ritos de paso en la mayoría de las culturas —y esto desde hace mucho tiempo— brindaría un punto de vista contradictorio por lo menos sobre la necesidad de un compromiso personal y de un reconocimiento por el *socius*. Muchos afirman, en efecto, que la adolescencia siempre ha sido un periodo identificable en la vida del individuo, con sus características propias en cada época y en cada cultura.

El principio de la psiquiatría de la adolescencia reúne, por su parte, muchos más votos. Se puede remontar su origen a mediados del siglo XX. Anteriormente sólo se localizaban dos grandes categorías de trastornos: la delincuencia y los inicios de la esquizofrenia. La diferenciación progresiva de la psiquiatría del adolescente se produjo realmente en Francia a partir de la separación entre la psiquiatría del adulto y la paidopsiquiatría. Más recientemente se ha manifestado el interés por la población de "adolescentes y jóvenes adultos", es decir, un periodo que va de los 14-15 a los 20-22 años, dada la prolongación cultural de la dependencia respecto de los padres en las sociedades occidentales.

XLVI.1. LAS DOS CONCEPCIONES DE LA PSIQUIATRÍA DE LA ADOLESCENCIA

Se descubren dos concepciones actuales en el ámbito internacional respecto de la psiquiatría del adolescente.

booksmedicos.org

XLVI.1.1. *La clínica de la adolescencia es específica*

Esta concepción defiende las particularidades clínicas y psicopatológicas de este periodo de la vida, en razón de las especificidades observadas en la expresión sintomática (como, por ejemplo, la intensidad pero también la inestabilidad de las conductas) y en los retos psicopatológicos (construcción de la identidad). Este punto de vista es apoyado generalmente por aquellos que se refieren a un enfoque psicodinámico. Los adolescentes en situación de sufrimiento son entonces acogidos y comprendidos como individuos que atraviesan una etapa específica del desarrollo cuyos avatares pueden ser la fuente de dificultades pasajeras o más durables. En este último caso se teme la instalación de una organización psicopatológica que se estructura poco a poco. Su repercusión ulterior en el curso de la vida de adulto debe entonces ser la fuente de una preocupación no solamente terapéutica, sino también preventiva.

Esta concepción defiende la idea de que esta etapa del desarrollo está caracterizada por una transformación progresiva de los vínculos que el sujeto ha construido a lo largo de su infancia con su mundo exterior, en particular con sus padres, pero también con su mundo interior (Marcelli y Braconnier, 1987). Estas transformaciones, deseadas y temidas, necesitan un trabajo de elaboración de la angustia. Pueden inicialmente ser la fuente potencial de una estructuración conflictiva neurótica, fóbica, histérica u obsesiva. Estas transformaciones obligan, igualmente, al sujeto a separarse de la dependencia infantil y de los vínculos que eran su fuente. La resistencia a este desprendimiento, o mejor aún a esta ruptura del compromiso, pueden ser la fuente potencial ya sea de conductas de dependencia de objetos exteriores, como por ejemplo la droga (Corcos *et al*., 2003), ya sea de la amenaza depresiva en razón del rechazo de la pérdida del paraíso perdido de la infancia. Esta amenaza conduce a sentimientos de nostalgia, de depreciación e incluso de desvalorización actual. Estas resistencias pueden también manifestarse en una conservación de los vínculos paternos, que se vuelve entonces patológica. Esto se traducirá entonces en comportamientos explícitos o implícitos de infantilismo o, por el contrario, de actitudes violentas y *durables* de oposición, para encontrar el camino de la autonomía y de la feliz afirmación de sí mismo. Finalmente, estas transformaciones, que llevan al sujeto a construir su propia identidad, pueden también fracasar y llevarlo entonces a una confusión de identidad o incluso a una emergencia psicótica más o menos transitoria.

Así, las expresiones clínicas y el funcionamiento psíquico observados aquí están en estrecha dependencia con los reacomodos ligados a la aparición de la pubertad (Gutton, 1991). Su aspecto transitorio o, por el contrario, durable, llevará a distinguir una situación de crisis que forma parte de la famosa *crisis de la adolescencia,* de una situación que evoque una organización patológica ya estructurada. Muy frecuentemente, sólo el tiempo permitirá afinar el diagnóstico.

XLVI.1.2. *La clínica de la adolescencia forma parte de las*

booksmedicos.org

La segunda concepción, más clásica, es defendida por los partidarios de una especificidad clínica y psicopatológica moderada de la adolescencia. Sus partidarios, tanto desde un punto de vista clínico, psicopatológico, como evidentemente terapéutico, eligen generalmente no aislar los problemas de la adolescencia tanto de aquellos de la infancia como de aquellos del adulto. Esta posición se encuentra más fácilmente entre quienes adoptan un punto de vista del desarrollo, neurobiológico o cognitivo-conductual. Sobre este último punto de vista se apoyan los diferentes trastornos psiquiátricos presentados en las clasificaciones internacionales concernientes a la adolescencia y que se encuentran, ya sea en la parte consagrada al niño, por ejemplo, los trastornos de las conductas y los trastornos oposicionistas, ya sea en la parte consagrada al adulto, como los trastornos del humor y la esquizofrenia. La adolescencia se concibe aquí como el acmé del surgimiento manifiesto de los trastornos psiquiátricos del adulto.

XLVI.2. La cuestión de lo normal y de lo patológico en la adolescencia

Más que en toda otra edad de la vida, la cuestión de lo normal y de lo patológico se plantea con agudeza en la adolescencia, en razón de la multiplicidad de las conductas desviadas, de su labilidad, de la dificultad para captar la organización estructural subyacente, de la difuminación del cuadro nosográfico habitual y del papel nada despreciable de la familia y del entorno social. Todos los indicadores clínicos son otras tantas incertidumbres: los criterios con los cuales, en otras edades, se funda la noción de lo normal y de lo patológico fracasan aquí:

—la normalidad en el sentido de la norma estadística incitaría a considerar normales conductas claramente desviadas en otros momentos, con el riesgo de quitarles todas las significaciones de sufrimiento (como ocurre con la idea del malestar del adolescente);
—la normalidad en el sentido de la norma sociológica correría el riesgo de empujar a la totalidad de la adolescencia dentro del campo patológico (debido a la frecuencia de conductas aparentemente provocadoras e incluso antisociales);
—tomando en cuenta los dos puntos precedentes, ¿la normalidad opuesta a la enfermedad conduciría a hablar de la "adolescencia-enfermedad"? La patología no sería ya identificable en relación con los movimientos propios de este periodo del desarrollo, lo que difumina todavía más toda frontera posible entre lo normal y lo patológico.

No obstante, frente a las conductas aparentemente desviadas del adolescente, el psiquiatra es interpelado directamente por la familia y la sociedad. Es más o menos

booksmedicos.org

obligado a responder: ¿este adolescente se volverá un adulto normal o se hundirá en la patología? El que las conductas desviadas parezcan ser el signo de un conflicto internalizado (trastornos de la conducta alimentaria, sentimiento depresivo persistente), de un conflicto dentro del campo familiar (conducta de oposición a los padres, fracasos o incluso rechazo escolar) o de un conflicto dentro del campo social (toxicomanía, violencias repetitivas), no cambia en nada la pregunta. El adolescente es un adulto potencial: se le pregunta al psiquiatra —y él mismo se interroga— no solamente sobre los problemas planteados en la actualidad, sino sobre la potencialidad de un devenir patológico.

Frente a esta demanda pronóstica, el consultante puede estar tentado de adoptar dos tipos de estrategias psicopatológicas opuestas. Puede adoptar una actitud fácilmente calificada de "empática", en la que solamente se toma en cuenta la "vivencia" del adolescente, y entonces todas las conductas corren el riesgo de ser consideradas un componente banal y normal de la "crisis de la adolescencia". Si entonces se evita el riesgo de situarlo dentro de un cuadro nosográfico arbitrario, este enfoque, por el contrario, tiende a anular el sentido de estas conductas (sufrimiento, llamada de auxilio) o a utilizar un tamiz nosográfico empírico (tal adolescente se parece a tal otro, le da un aire a…). Daniel Widlöcher planteó claramente los términos de esta opción: "¿Hay que objetivar al máximo la conducta para reducirla a un síntoma identificable con una etiología? ¿O, por el contrario, reducir esta conducta al sentido que reviste dentro de la subjetividad del adolescente y no interesarse sino en la 'vivencia' de este último?" (Widlöcher, 1986).

Por el contrario, el clínico puede, según el modelo tradicional, intentar hacer coincidir las diversas conductas desviadas del adolescente con los síntomas de las entidades morbosas definidas dentro del campo psiquiátrico del niño o del adulto. Este modo de identificación semiológica tiende a hacer de cada conducta inhabitual un síntoma morboso. La experiencia clínica más elemental muestra que este esquema es todavía menos válido en la adolescencia que en las otras etapas de la vida.

Según Widlöcher, la solución a estas dificultades reside en una mejor comprensión de las conductas del adolescente. Toda conducta debe ser contemplada en sí misma, después colocada dentro del conjunto de las conductas del sujeto apreciando su armonía, la fluidez de estos grupos de conductas o, por el contrario, su disonancia y rigidez. De esta manera, "tal síntoma muy inquietante forma parte de un sistema de conductas fluidas, tal otro de un sistema rígido y perfectamente identificable desde el punto de vista psicopatológico" (Widlöcher, 1986). Estos "sistemas rígidos" realizan conjuntos de conductas tendientes a co-variar las unas con las otras. Definen también un funcionamiento psicopatológico más fácilmente identificable en el plano psiquiátrico. Recordemos la frase de Freud (1932): "La patología aísla y exagera ciertas relaciones".

Al lado de esta distinción entre sistema "fluido" y sistema "rígido", otros autores utilizan el punto de vista del desarrollo ya evocado para intentar evaluar lo normal y lo patológico en la adolescencia. De hecho, estos dos puntos de vista se asocian muy frecuentemente:

booksmedicos.org

> La distinción entre los estrés normales temporales y los trastornos psíquicos puede parecer trabajosa si sólo se toma en consideración un fenómeno aislado, una conducta o un comportamiento dado. Por el contrario, la evaluación del funcionamiento global de la personalidad permite en general captar las interferencias y precisar el riesgo que pueden mostrar para impedir la prosecución de la evolución hacia la edad adulta [Laufer, 1981].

Se desprenden de esta manera dos modalidades de análisis clínico: *1)* por un lado, la flexibilidad opuesta a la rigidez y a la repetición de las conductas, así como la manera en la que estas conductas interfieren con el funcionamiento global de la personalidad, es decir, los acontecimientos actuales y la organización mental históricamente construida; *2)* por otro lado, el obstáculo más o menos importante que estas conductas representan para la prosecución del desarrollo psíquico, es decir, un análisis prospectivo sobre las interacciones entre estos acontecimientos actuales y el proceso psíquico en curso. Estas dos modalidades de análisis asociadas aportan un esclarecimiento dinámico a la comprensión de la psicopatología individual y a la cuestión de lo normal y de lo patológico en la adolescencia.

Dos ilustraciones clínicas permiten comprender mejor el reto de lo normal y lo patológico en este periodo de la existencia.

XLVI.2.1. *Primera ilustración clínica: la crisis de la adolescencia*

Se puede definir la crisis de la adolescencia como un momento temporal de desequilibrio y de sustitución rápida que pone en duda el equilibrio normal del individuo. Su evolución es abierta, variable; depende tanto de factores internos como externos. Ya sea que se trate de Anna Freud, de Pierre Male, de Moses Laufer, de Evelyne Kestemberg o muchos otros, la idea central es que la crisis de la adolescencia remite a un "conflicto de desarrollo". Este conflicto es experimentado por todos los adolescentes en diversos grados y plantea la pregunta de lo normal y de lo patológico. La adolescencia constituye, desde este punto de vista, un proceso que corresponde a un momento de reorganización psíquica que se inicia en la pubertad, dominado por el efecto de ésta sobre el psiquismo, por el reforzamiento de la depresión subyacente que corre en el aparato psíquico a todo lo largo de la existencia, por interrogaciones sobre la identidad, por los acomodos de las identificaciones anteriores y por la idealización de sí mismo con la cual el adolescente debe confrontarse. Esta evolución es abierta. Puede conducir a una conquista progresiva de sí mismo, también puede desembocar en una decepción monótona o en momentos de angustia difícil de controlar o incontrolable. La crisis de la adolescencia constituye, pues, una etapa decisiva y el acmé de un proceso de desarrollo.

La sintomatología clínica es variada. El diagnóstico diferencial entre las perturbaciones ligadas al proceso normal de desarrollo y la verdadera patología se vuelve

booksmedicos.org

una tarea difícil. En el curso de una misma consulta, un adolescente "en crisis" puede presentar conductas o expresar contenidos que recuerdan los que se encuentran en un sujeto completamente normal pero también en un individuo psicópata, depresivo o incluso psicótico. El pediatra y psicoanalista Donald W. Winnicott (1977) escribió:

Hay un vínculo entre las manifestaciones del adolescente normal y los diversos tipos de personas enfermas:

—la necesidad de evitar toda solución falsa corresponde a una actitud de rechazo del psicótico al compromiso […];
—la necesidad de sentirse real o de no sentir nada completamente está ligada a la depresión psicótica con despersonalización;
—la necesidad de provocar corresponde a la tendencia antisocial que se manifiesta en la delincuencia.

Todos los psiquiatras que se han ocupado de esta noción de crisis de la adolescencia han tenido la tendencia a utilizar una terminología proveniente de la patología para comprender las manifestaciones y el sentido de ésta. Acabamos de ver que Winnicott compara ciertos elementos del proceso de la adolescencia con lo que se observa en el psicótico y sobre todo en el delincuente. Para Anna Freud (1958), "la pubertad puede aproximarse a los accesos psicóticos debido a la adopción de ciertas actitudes de defensas primitivas […]". Para ella, en esta edad, sólo una diferencia económica de intensidad distingue lo que es normal de lo que es patológico. Esto está, no obstante, matizado en razón, por ejemplo, de defensas específicas encontradas preferentemente en esta edad, como la intransigencia, el ascetismo o la intelectualización (Braconnier, 2010). Muchos insisten también en el trabajo de duelo de los "objetos" infantiles llevado a cabo durante la adolescencia, con todos los movimientos depresivos que acompañan ese trabajo. Así, entre la depresión clínica, la crisis psicótica aguda y las conductas psicopáticas de un adolescente enfermo, por un lado, y por el otro la problemática del duelo, los acomodos de identidad-identificación y el conflicto de generación o de reivindicaciones sociales propias de la "crisis de la adolescencia", hay algo más que una continuidad sintomática: para la corriente psiquiátrica que se apoya en el psicoanálisis hay una real similitud estructural, similitud cuyo resultado sería negar toda línea de separación entre la "crisis de la adolescencia" necesaria, estructurante, que conduce a la madurez, y una posible organización patológica fija.

Esta noción de crisis de la adolescencia plantea tres preguntas.

- La primera pregunta hace hincapié en el riesgo de confusión entre los acontecimientos intrapsíquicos preconscientes o inconscientes y las actitudes conductuales aparentes. Todos saben, en particular en lo que concierne a los temas de este periodo de la existencia, que una actitud conductual aparentemente grave como, por ejemplo, un comportamiento autodestructivo, no corresponde necesariamente a un trastorno mental severo, y viceversa.

booksmedicos.org

- La segunda pregunta ha sido planteada por los estudios epidemiológicos longitudinales que utilizan pruebas psicológicas y cuestionarios sobre las representaciones de los vínculos con los otros y la imagen de sí mismo. Varios estudios han concluido en la existencia de diferentes grupos de adolescentes, y no una población adolescente definida de manera relativamente homogénea por esta noción de crisis. Así se han podido distinguir un "grupo de crecimiento continuo", cuyos individuos no manifiestan ni conflicto intrapsíquico importante ni periodos de ansiedad o de depresión; un "grupo de crecimiento por olas", en el cual en situación de tensión o de conflicto se tornan rígidos los mecanismos de *coping* ("enfrentar") o de defensa; un "grupo de crecimiento tumultuoso", en el cual los problemas conductuales y los conflictos familiares son más intensos que en los dos grupos precedentes, al igual que la angustia y las tendencias depresivas, y finalmente un "grupo en sufrimiento importante", en el cual los trastornos psiquiátricos se manifiestan de manera patente y grave (Choquet y Ledoux, 1994).
- La tercera pregunta concierne a lo normal y lo patológico. Es particularmente frecuente en psiquiatría de la adolescencia, está ligada a las dos preguntas precedentes y concierne a la evaluación clínica y por ende a sus consecuencias respecto de la actitud terapéutica.

XLVI.2.2. *Segunda ilustración clínica:el funcionamiento limítrofe*

Limítrofe entre la infancia y la edad adulta, entre una personalidad todavía en desarrollo y una personalidad ya en parte estructurada, el adolescente llamado normal, por las modalidades de funcionamiento que manifiesta, evoca en muchos aspectos el "funcionamiento limítrofe" de las personalidades *borderline*. Las analogías posibles entre ambos funcionamientos, el "funcionamiento del adolescente" y el "funcionamiento limítrofe" de las personalidades *borderline*, aparecen en el cuadro XLVI.1 (Braconnier, 2000, enseñanza no publicada).

Asimismo, el proceso de mentalización encontrado frecuentemente en la adolescencia recuerda en muchos aspectos los modos de pensamiento que se encuentran en la "personalidad limítrofe" (cuadro XLVI.2) (Braconnier, 2000, enseñanza no publicada).

CUADRO XLVI.1. *Analogías entre funcionamiento del adolescente y personalidades* borderline

• Sentido de la realidad presente pero fácilmente alterado por la conflictiva interna de la vida fantasmática y por la búsqueda inmediata de la realización del deseo.
• Dificultades de autorregulación, de control de los impulsos y de tolerancia a la frustración.
• Funcionamiento dominado por la inestabilidad afectiva y relacional.
• Debilidad del yo que incluye comportamientos y juicios impulsivos y totalitarios.
• Diferentes tipos de angustia, frecuentemente difusos.

booksmedicos.org

• Sentimientos de hastío y sentimientos de vacío.
• Sentimientos de identidad por momentos difusos, inaprensibles o confusos.
• Alternancia de momentos de megalomanía y de desvalorización.
• Apoyo en percepciones u objetos exteriores frente a un mundo interno fuente de displacer.
• Mecanismos de defensa primitivos: negación, proyección, escisión.

CUADRO XLVI.2. *Procesos de mentalización en el adolescente y la personalidad* borderline

• Dificultades de simbolización.
• Dificultad de percibirse como un ser intencional dentro de la psique de otra persona.
• Incapacidad para discriminar las conductas y para interpretar las situaciones interpersonales en función de estados mentales subyacentes.
• Problemas para armonizar sus conductas y sentirse depositario de ellas.
• La atribución de los estados mentales a los otros permite difícilmente volver significativo y previsible el comportamiento de los demás; más allá de las apariencias y de una generosidad frecuentemente proyectiva se constata una capacidad de empatía y de reciprocidad social únicamente con la persona a la cual se siente idéntico.
• Dificultad para identificar y nombrar las experiencias.
• Problemas para definir objetivos de vida realistas.

XLVI.3. CONDUCTA DIAGNÓSTICA EN LA ADOLESCENCIA Y DIFERENCIACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES PSICOPATOLÓGICAS

Sin duda, más que en otras etapas de la vida, no es nada fácil, frente a los síntomas polimorfos o que sobresalen en la escena clínica en relación con los demás, saber si tenemos que ver con tal entidad psicopatológica más que con otra. Las razones de esto son, ya sea el interés dirigido hacia aquello que es lo más aparente en detrimento del problema psicopatológico subyacente, ya sea la aparición de trastornos todavía no fijos, organizaciones en vías de estructuración, o bien la no especificidad de los síntomas tomados aisladamente.

XLVI.3.1. *Ilustración del interés dirigido sobre lo que es más aparente: conductas de riesgo, ¿"amenaza depresiva" o depresión?*

Atribuida frecuentemente al proceso normal de desarrollo, la expresión durable de una taciturnidad, una irritabilidad, una tristeza en la adolescencia ha sido largo tiempo descuidada. Actualmente la experiencia clínica, así como múltiples trabajos contemporáneos, revelan que 35 a 40% de los adolescentes manifiestan en un momento o en otro de su adolescencia un "problema depresivo". Muchos de entre ellos

booksmedicos.org

experimentan un verdadero sufrimiento depresivo y, de éstos, las dificultades de dos terceras partes no son reconocidas psicológica o médicamente. Las consecuencias de estos periodos depresivos son, no obstante, numerosas y a veces graves. Están en el origen de fracasos escolares, apetencia por las drogas o el alcohol, trastornos del carácter, ataques de la imagen de sí mismos y, sobre todo, de conductas suicidas.

En el curso de la adolescencia, hablar de "sufrimiento depresivo" o incluso de "depresión", en singular, es probablemente un error. La clínica psiquiátrica lleva a distinguir una depresión propiamente dicha, de hecho poco frecuente sobre todo al principio de la adolescencia, de una *depresividad,* que se manifiesta esencialmente en quejas funcionales o una tendencia a la acción, fuente de conductas de riesgo de repetición. Estas "acciones" crean un desplazamiento o un corto circuito del sufrimiento depresivo en vías de estructuración, pero instituyen un círculo vicioso que va de la depresividad a estos síntomas o comportamientos que, paradójicamente, en un primer momento apaciguan las emociones depresivas para reforzar su intensidad más tarde. Este círculo vicioso se observa muy particularmente entre los adolescentes que presentan conductas adictivas o trastornos de la conducta alimentaria.

La "amenaza depresiva" que algunos designan con el término de *depresividad* y la depresión propiamente dicha no pueden confundirse clínicamente si se acepta el punto de vista que sostiene que el centro de la depresión, contrariamente al de la depresividad, se caracteriza por el hecho de ya no poder hacer nada, de ya no poder hacer más que esta nada, estando entonces la ilusión humana aplastada por la decepción de sí mismo. La depresión se define como la "desvalorización de sí mismo, la autodepreciación dolorosa, está desprovista de idea consciente de culpabilidad; se es incapaz de hacer el mal porque se es incapaz de hacer cualquier cosa que sea…" (Pasche, 1963). En la amenaza depresiva o en la depresividad, el individuo, en este caso el adolescente, lucha ansiosa y conductualmente contra el sufrimiento depresivo que percibe consciente o preconscientemente que lo invade de manera progresiva. Está a la búsqueda de soluciones que le permitan al mismo tiempo la prevención y la adecuación del dolor que lo habita.

El origen de los sufrimientos depresivos de la adolescencia no es unívoco. Si las vulnerabilidades neurobiológicas son indiscutibles, ello se debe frecuentemente a situaciones familiares (duelo, padre deprimido, conflictos familiares, divorcio) o existenciales (decepción sentimental, fracaso escolar, enfermedad física).

XLVI.3.2. *Ilustración de una organización psicopatológica en vías de estructuración: los inicios de la esquizofrenia*

La mayoría de los estados esquizofrénicos principian entre los 15 y los 25 años. Mientras más precoz es el inicio más grande es el riesgo de gravedad evolutiva. Ciertamente los tres síndromes de la fase psicótica franca son bien conocidos y reconocibles:

booksmedicos.org

—*desfallecimiento psicomotor:* reducción y empobrecimiento progresivos y marcados de las actividades verbales, mentales y motoras, distintos del aburrimiento y de la taciturnidad de todo adolescente, y evidentemente de una depresividad;
—*desorganización del pensamiento:* pensamientos, palabras o conductas extrañas, afectos inapropiados, que deben diferenciarse de la famosa originalidad de la "crisis de la adolescencia";
—*distorsión de la realidad:* ideas proyectivas permanentes, ideas delirantes, alucinaciones, que deben diferenciarse de las actitudes de extrañeza y de negación encontradas en ciertos momentos de la adolescencia.

El interés que hay actualmente en la fase prodrómica muestra toda la importancia de conocer bien sus manifestaciones en la adolescencia. En esta fase prodrómica el adolescente se queja de ya no poder dirigir sus pensamientos, yendo de la dificultad reciente de concentración al vacío del pensamiento. Se queja también de no poder controlar sus actos, yendo desde la inercia desagradable hasta la agitación desorganizada. El adolescente se queja igualmente de ya no experimentar sus emociones, yendo de la frialdad inapropiada hasta las cóleras incontrolables. A esto se agregan los sentimientos frecuentes y dolorosos de ser observado, lo que debe diferenciarse de una fobia social. Según los estudios, la duración media de esta fase va de uno a cinco años.

Aquí la dificultad está, una vez más, en la distinción entre lo normal y lo patológico. En efecto, tomados aisladamente, estos síntomas se encuentran en muchos adolescentes. Por ejemplo, 51% tienen la experiencia de pensamientos mágicos, 39.7% de pérdidas notorias de iniciativa, 18.4% de aislamiento o de repliegue social, etc. (McGorry *et al.,* 1995). Se ve que los síntomas, tomados aisladamente, se tornan no específicos. Además, las dificultades diagnósticas de la fase psicótica debutante están igualmente ligadas a la presencia de síntomas relacionados con el diagnóstico de esquizofrenia en otros trastornos psiquiátricos que se inician en ese momento de la vida. En la adolescencia, un comportamiento extraño, trastornos del pensamiento o incluso ideas aparentemente delirantes pueden ser los síntomas de organizaciones psicopatológicas diferentes (figura XLVI.1).

Clásicamente, se conoce la dificultad para pronosticar el devenir de un adolescente que presenta un estado psicótico agudo. ¿Se trata de una *bouffée délirante* transitoria, de la consecuencia de un consumo de drogas alucinógenas, de la puerta de entrada en un trastorno bipolar o en un proceso esquizofrénico? Únicamente la evolución permitirá, lo más frecuentemente, establecer el diagnóstico. Frente a las diferentes dificultades que acabamos de evocar, este apoyo en la evolución sigue siendo una regla general para este periodo de la existencia, que es bueno tener siempre en mente.

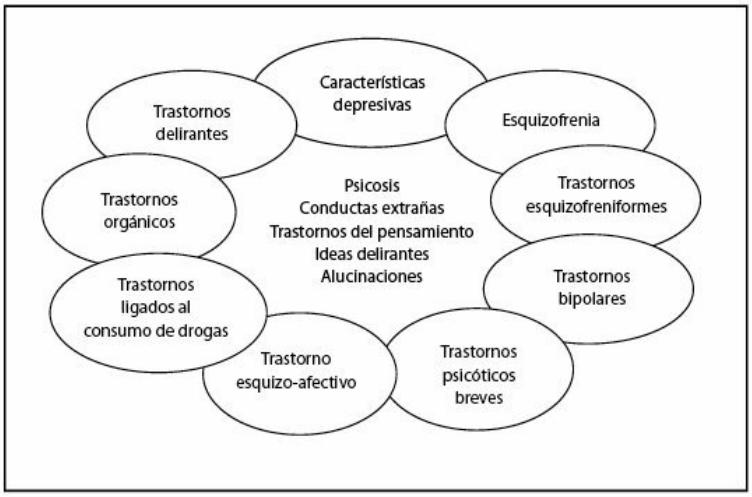
En resumen, ¿cuáles son los indicadores que el clínico debe saber apreciar y evaluar? Más allá de la singularidad de las conductas de sufrimiento o de desviación, dos parámetros deben ser objeto de atención: el cúmulo de los problemas en un momento dado y la repetición de los problemas en el tiempo.

booksmedicos.org

—El *cúmulo de los problemas:* factor de fragilización esencial, alerta sobre un malestar que el adolescente no necesariamente reconocerá como tal.

—La *repetición de las conductas problemáticas* es el segundo factor a evaluar. Esta repetición debe tanto más llamar la atención cuanto que se trate de conductas nuevas o de conductas que ya existían en la primera infancia, pero que habían desaparecido en parte o totalmente al final de ella. Por su potencial de fijación, tal conducta amenaza el desarrollo en proceso y en el futuro. No hay que bajar la guardia pensando necesariamente que esto pasará con la edad, sino, más bien, en la situación de atención, hay que analizar su contratransferencia "a flor de piel". Hay que comprender que el adolescente sufre, aun negando generalmente este sufrimiento y actuándolo por medio de conductas violentas o de riesgo, por llamadas más o menos explícitas o provocadoras, o por verdaderos retraimientos depresivos o, de manera todavía más grave, psicóticos.

FIGURA XLVI.1. *Dificultades diagnósticas en el inicio de la psicosis (The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre,* EPPIC, *citado por Grivois y Grosso, 1998)*



XLVI.4. COMPRENSIÓN DE LOS TRASTORNOS Y CONDUCTA TERAPÉUTICA

¿Cómo comprender estos aspectos patológicos? Éstos pueden comprenderse, en gran parte, como la consecuencia de fijaciones de vínculos patológicos en diferentes etapas de la infancia, como, por ejemplo, los vínculos demasiado ambivalentes frente a una imago parental, tal como pueden encontrarse en las organizaciones neuróticas infantiles o en las organizaciones depresivas de la infancia. Este fracaso parcial puede deberse igualmente a las problemáticas de la infancia en las cuales dominan las defensas narcisistas que no han permitido relaciones objetales suficientes. Se puede encontrar un fracaso más global de

booksmedicos.org

las capacidades de transformación de los vínculos en el curso de la adolescencia, en individuos cuya organización limítrofe está dominada por la escisión, o incluso más en los procesos psicóticos dominados por la construcción de una neorrealidad.

Los tratamientos que encontramos que son necesarios para los adolescentes son de interés, por lo menos por una parte, por tomar en cuenta esta manera de definir la patología en esta edad. Se recomiendan generalmente las consultas terapéuticas repetidas con o sin los padres que pueden desembocar en psicoterapias (o psicodramas) estructuradas.

En el caso de los fracasos más globales, ligados a organizaciones limítrofes y todavía más a organizaciones psicóticas, la continuidad del tratamiento es tanto más esencial cuanto que la amenaza de ruptura se expresa tanto en el mundo intrapsíquico del adolescente como en su realidad externa. Se trata entonces de no reforzar de manera "iatrogénica" estos riesgos de ruptura. Siempre deben tomarse en cuenta las dificultades familiares, las rupturas escolares y sociales, las amenazas de negación de la realidad, y tener en mente las escisiones entre los participantes. La preocupación permanente de los equipos tratantes institucionales de analizar los riesgos de escisión, de negación o de transgresión debe ampliarse al conjunto de los acompañantes sociales, jurídicos, educativos, parentales, alrededor y con el adolescente. Los riesgos mayores de pasaje al acto y por tanto de ruptura de la atención no son, frecuentemente, sino la consecuencia de estos fracasos parciales o más globales, pero pueden también estar ligados al hecho de no haberlos tomado suficientemente en cuenta, ni de haber tenido el tiempo de establecer un marco terapéutico siempre difícil de constituir y de mantener frente a los problemas más difíciles. Aceptar por parte de los equipos tratantes mismos los fracasos parciales, las rupturas momentáneas de los vínculos y los pasajes al acto sin por ello poner en peligro la continuidad del tratamiento, constituye una posición terapéutica fundamental. Por eso hay que estar convencidos de esta necesidad y convencer también a las diferentes personas, tratantes o no, que rodean al adolescente. Ésta no es la tarea más fácil, puesto que a veces la decepción, e incluso el agotamiento, suceden a la esperanza, a pesar de la importancia de los esfuerzos brindados.

Frente a los fracasos parciales de la transformación de los vínculos, la continuidad de los tratamientos resulta necesaria en razón del tiempo indispensable para que estos fracasos sean suficientemente tomados en cuenta, diagnosticados, elaborados y sobrepasados, en particular dentro del mundo interno del individuo. Lo que es válido para la atención institucional lo es igualmente para los tratamientos individuales. Es frecuente, cuando uno se ocupa de adolescentes para los cuales se ha comprometido un proceso psicoterapéutico individual, fijar toda la atención en la continuidad del proceso psicoterapéutico. La finalidad es, justamente, retomar y proseguir ahí donde los vínculos construidos en el curso de la infancia no hubieran sido suficientemente elaborados o no hubieran permitido un desarrollo feliz y completado antes de la llegada de la adolescencia.

Las amenazas de suspensión del tratamiento, o incluso las suspensiones por parte del adolescente pero también a veces de su entorno, en particular el familiar, están lejos de

booksmedicos.org

ser excepcionales. En esta problemática de fracaso parcial de transformación de los vínculos, la anticipación de estos fracasos, cuando se presentan de manera suficientemente explícita dentro del marco del trabajo psicoterapéutico, debe ser una preocupación constante del terapeuta.

Conclusión

El mundo intrapsíquico tiene necesidad de continuidad en la infancia para que los vínculos internos y externos se construyan en el adolescente. Si la adolescencia normal se caracteriza por una transformación de los vínculos más o menos bien establecidos en el curso de la infancia, la adolescencia patológica puede entenderse como un fracaso parcial o más global de las capacidades de transformación de esos vínculos. La atención que de ahí se desprende necesita tomar en cuenta esta manera de definir la patología en esta edad y, de manera muy evidente, no reforzar de manera iatrogénica el fracaso de la transformación de estos vínculos o de su establecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Ariès, P. (1969), "Le rôle de la mère et de l'enfant dans la famille moderne", *Les Carnets de l'enfance,* 10, pp. 36-46.

Braconnier, A. (2010), *Protéger son Soi*, Odile Jacob, París.

Choquet, M., y S. Ledoux (1994), *Adolescents: enquête nationale. Analyses et Prospective,* INSERM, París.

Corcos, M., M. Flament y P. Jeammet (2003), *Les Conduites de dépendance,* Masson, París.

Freud, A. (1958), "Adolescence", *Psychoanalytic Study of the Child,* 13, pp. 255-278.

Freud, S. (1932), CLXVII. "Nueva suite de lecciones de introducción al psicoanálisis", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VIII, 3ª ed., Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, pp. 3101-3206.

Grivois, H., y L. Grosso (1998), *La Schizophrénie débutante,* John Libbey Eurotext, París.

Gutton, P. (1991), *Le Pubertaire,* PUF, París. [*Lo puberal*. Versión española de Irene Agoff, Paidós, Buenos Aires, 1993.]

Laufer, M. (1981), "Adolescence breakdown and the transference neurosis", *International Journal of Psycho-Analysis,* 62, pp. 51-59.

McGorry, P. D., C. Mc Farlane, G. Patton *et al.* (1995), "The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary Survey", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 92, p. 241.

Marcelli, D. y A. Branconnier (1983), *Adolescence et psychopathologie,* Payot, París; 7ª ed., Masson, París, 2008. [*Psicopatología del adolescente.* Versión española de

booksmedicos.org

Susana Simó Perales-Zabka, Elsevier Masson, Barcelona, 2005.]
Pasche, F. (1963), "De la dépression", *Revue française de psychanalyse,* 27, 2-3, pp. 191-222.
Widlöcher, D. (1986), *Métapsychologie du sens,* PUF, París.
Winnicott, D. W. (1977), *Jeu et réalité, l'espace potentiel,* Gallimard, París. [*Realidad y juego*. Versión española de Floreal Mazía, Gedisa, Barcelona, 2008.]

booksmedicos.org

XLVII. INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA DEL ANCIANO

DELPHINE MONTAGNIER, CÉCILE HANON LAURENT GLÉNISSON

La explosión demográfica de la población anciana en el curso de los últimos decenios ha impulsado a las sociedades a reconsiderar la oferta de atención destinada a nuestros mayores con el fin de responder mejor a sus necesidades específicas. La salud mental apareció como un componente mayor de la salud de las personas ancianas. Aunque la psiquiatría del individuo de la tercera edad no sea reconocida en todas partes como una subespecialidad al mismo título que la paidopsiquiatría (especialmente en Francia), ha desarrollado un cuerpo de saber, de prácticas y de organizaciones institucionales que le es propio.

XLVII.1. HISTORIAL DE LA PSIQUIATRÍA DEL INDIVIDUO ANCIANO

Como lo recuerda Richard (2001), la psiquiatría del anciano es reciente en su práctica pero antigua en su saber. Largo tiempo ignorada por las ciencias médicas, la vejez se convirtió en un tema de estudio médico gracias a los alienistas del siglo XIX. Pinel publicó en 1804, en *La Médecine clinique*, un capítulo consagrado al estudio de los pacientes ancianos del hospicio de la Salpêtrière, y Charcot, en 1874, dictó las *Lecciones clínicas sobre las enfermedades de los viejos y las enfermedades crónicas* (Pollet, 2001). El "método anatomoclínico" se aplicó entonces al estudio del cerebro senil. A finales del siglo XIX se describieron varias patologías mentales de "involución senil", a imagen de la melancolía involutiva de Kraepelin y de la psicosis alucinatoria crónica descrita por Ballet. De manera paralela evolucionó el concepto de demencia. Utilizado por Pinel (1800) a principios del siglo XIX en su *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* para designar una de las "especies distintas" de alienación mental, el término abarcaba a finales del mismo siglo una gran variedad de enfermedades mentales, entre ellas la demencia senil (Albou, 2006). Esta última continuó siendo objeto de numerosas investigaciones en el curso de la primera mitad del siglo XX y pasó progresivamente hacia el campo de la neurología. La psiquiatría, cuyo pensamiento estuvo dominado por el psicoanálisis, se interesó entonces poco por la patología de las personas ancianas.

La situación cambió tras la segunda Guerra Mundial con la toma de conciencia del envejecimiento demográfico. A principio de la década de 1970 se individualizó una medicina de la persona anciana: la geriatría; más tarde evolucionó igualmente la oferta de

booksmedicos.org

la atención psiquiátrica contribuyendo al surgimiento de la psiquiatría de la persona anciana. A finales de la década de 1970 se creó la sección de psiquiatría del anciano en el seno de la Asociación Mundial de Psiquiatría y a partir de los años ochenta vieron la luz otras sociedades científicas, entre ellas la Sociedad de Psicogeriatría de Lengua Francesa (Hanon y Camus, 2010).

Los debates persisten hasta nuestros días en torno a la especificidad de la psiquiatría del individuo anciano, centrados esencialmente en la definición de la vejez como periodo distinto de la vida, pero también sobre el campo de aplicación de esta disciplina y, de hecho, sobre su nombre (psicogeriatría, gerontopsiquiatría, psiquiatría geriátrica, psiquiatría de la tercera edad).

XLVII.2. *Aspectos epidemiológicos*

Frente a la necesidad de los médicos y las autoridades para percibir mejor los trastornos mentales de esta población, ha surgido a partir de los años ochenta una epidemiología de la psiquiatría del individuo de la tercera edad. Sus resultados son muy variables por el momento, principalmente en razón de las diferencias metodológicas entre los estudios: los criterios utilizados, el límite de edad elegido y el tipo de población considerada (población general, pacientes hospitalizados, sujetos que viven en una institución) (Hybels y Blazer, 2002). Según numerosos autores, las clasificaciones y los instrumentos de evaluación disponibles hasta ahora no estarían adaptados a la sintomatología psiquiátrica del anciano. La demencia ha sido durante largo tiempo el principal centro de interés de estas investigaciones epidemiológicas. Numerosos estudios se han interesado igualmente en la depresión. Por el contrario, se conoce todavía poco sobre la epidemiología de los otros trastornos psiquiátricos en el individuo anciano.

XLVII.3. LA CLÍNICA

A partir de la clasificación propuesta por Richard (2001), expondremos sucesivamente: *a)* la evolución de las patologías psiquiátricas con el envejecimiento; *b)* las especificidades clínicas de las afecciones comunes a todas las generaciones cuando sobrevienen en una edad avanzada, y *c)* los cuadros clínicos que se observan principalmente entre los sujetos ancianos.

XLVII.3.1. *Evolución de las patologías psiquiátricas con el envejecimiento*

Muy pocos estudios han tenido un seguimiento longitudinal suficientemente prolongado

booksmedicos.org

como para informar sobre la evolución a largo y a muy largo plazo de los trastornos psiquiátricos.

Clásicamente, se considera que con la edad los *trastornos depresivos* tienen tendencia a la cronicidad: el intervalo que separa los episodios se reduce, la duración de éstos se alarga, las remisiones son menos completas.

Los *episodios maniacos* se hacen raros y se espacian; la edad tiene un efecto atenuante sobre la sintomatología, incluso si la duración del episodio tendiera a prolongarse (Polosan *et al.,* 2006).

Se observa igualmente una modificación de la sintomatología de la *esquizofrenia* con el avance de la edad: los síntomas positivos se reducen en tanto que los negativos (retraimiento social, negativismo y apatía) persisten o se acrecientan (Rigaud *et al.,* 2005). Ésta puede ser entonces la ocasión para intentar una disminución de los tratamientos. Los otros *trastornos delirantes crónicos,* no disociativos, serían por su parte bastante estables en el tiempo.

Los *trastornos de la personalidad* (y según parece también los rasgos) tendrían tendencia a acentuarse con la edad. Pueden constituir, por lo demás, un factor de vulnerabilidad de descompensación frente a los inevitables nuevos equilibrios del yo en el curso del envejecimiento (Ferrey y Le Gouès, 2000).

XLVII.3.2. *Particularidades geriátricas de las afecciones psiquiátricas comunes a todas las generaciones*

Nubukpo y Clément (2010) señalan que "la psicopatología del envejecimiento, frecuentemente dominada por la regresión, el sobreinvestimento del cuerpo y el duelo, confiere una coloración particular a las manifestaciones del sufrimiento psíquico del individuo anciano".

Patologías ansiosas y neuróticas

La ansiedad es la manifestación psiquiátrica más frecuente en las personas ancianas. A menudo es secundaria a una afección somática o psiquiátrica, pero también llega a organizarse en trastornos ansiosos que pueden entonces estar dominados por la ansiedad generalizada y las fobias. Los trastornos de pánico y obsesivos-compulsivos son más raros (Ancelin *et al.,* 2006). En el *trastorno ansioso generalizado,* las inquietudes hipocondriacas y los síntomas físicos se asocian a preocupaciones continuas frecuentemente alrededor de la dependencia, la soledad y la muerte. Es posible la aparición tardía de *ataques de pánico*. Su sintomatología es atenuada, menos aguda y en ocasiones de aspecto confusional o agitado. Son frecuentes las conductas de evitación. La *agorafobia* puede manifestarse específicamente por el miedo de sufrir una caída, ya sea que el sujeto la haya experimentado ("síndrome poscaída") o no, así como provocar

booksmedicos.org

un progresivo confinamiento en el domicilio y después en un espacio restringido entre el sillón y la cama. Finalmente, las *obsesiones* tienden a empobrecerse en tanto que se mantienen los rituales (Rigaud *et al*., 2005). La *patología histérica* está marcada por una avidez afectiva, quejas somáticas múltiples y solicitudes de atención nunca satisfechas o destinadas al fracaso, fuente frecuente de rechazo por parte de la familia o del personal de salud. Pueden presentarse fenómenos conversivos y tomar el carácter de un síndrome demencial ("síndrome de Ganser") (Ploton *et al*., 2003).

Trastornos del humor

Los *estados depresivos* son frecuentes en el anciano. En razón de una semiología atípica, frecuentemente engañosa, su prevalencia es difícil de evaluar. Se estima entre 1 y 4% si se consideran los episodios depresivos mayores según los criterios del DSM, y entre 8 y 16% si se considera la presencia de síntomas depresivos (Blazer, 2003). Sus aspectos clínicos son variables. La tristeza rara vez se expresa de manera explícita y más bien se observa lasitud, un sentimiento doloroso de vacío o indiferencia afectiva ("depresión sin tristeza" o "subsindrómica"), y la clínica no deja de evocar la noción psicosomática de "depresión esencial", modalidad depresiva característica de los funcionamientos psíquicos operatorios (Talpin *et al.,* 2005). Son posibles otras "máscaras": somática, cognitiva ("depresión seudo-demencial"), ansiosa, del carácter, regresiva, delirante o conativa (centrada en la apatía y la falta de motivación).

Debe plantearse la pregunta de la presencia o ausencia de una patología demencial frente a una depresión de aparición tardía, siendo la situación inversa igualmente verdadera. Los síntomas depresivos que aparecen en la edad avanzada pueden constituir las primeras manifestaciones de la enfermedad demencial, estar en relación con la percepción íntima del déficit o favorecer una revelación precoz de la demencia. Algunos autores vinculan depresión y demencia utilizando la noción de "compromiso demencial": "Ahí donde habría tema para la depresión y donde ésta ha fracasado, se vuelve necesario no pensar para no pensar en la propia muerte, [y la demencia] se convierte en una existencia preservada pero privada de contenido mental por invalidación del pensamiento" (Menecier *et al.,* 2007).

Contrariamente a los trastornos depresivos, los *trastornos bipolares* del anciano se han descrito poco. Los estados maniacos tienen una expresión clínica más atenuada en relación con los sujetos jóvenes: la hiperactividad y la expansión del afecto son menos frecuentes, la euforia deja su lugar a la irritabilidad, las ideas de persecución remplazan a las ideas de grandeza. Son frecuentes los estados mixtos. También son frecuentes los trastornos cognitivos con desorientación témporo-espacial; la presentación confusional no es rara (Polosan *et al*., 2006). Los trastornos bipolares de aparición tardía obligan a buscar un origen orgánico neurológico u hormonal. El diagnóstico diferencial entre un episodio maniaco y una demencia fronto-temporal que se inicia puede ser delicado.

booksmedicos.org

Trastornos psicóticos

La prevalencia de los trastornos psicóticos en el anciano es muy variable según los estudios (de 3 a 30%) y su clínica es heterogénea (Polosan *et al.,* 2006).

Integrados en el seno de una nosografía anglosajona controvertida en Francia, los *trastornos psicóticos de aparición tardía y muy tardía* se definen como la instalación de una enfermedad esquizofrénica después, respectivamente, de los 45 y los 65 años. Estos trastornos engloban, sin reconocerle especificidad, a la muy francesa "psicosis alucinatoria crónica". En el plano sintomatológico, "el delirio reviste, como en el adulto joven, las mismas funciones defensivas protectoras, compensatorias o adaptativas, pero en general y contrariamente a él, el contenido del delirio se muestra menos rico, más concreto, más centrado en el cuerpo, la situación actual o el perjuicio" (Péruchon, 2002). Los elementos disociativos son raros. Estos delirios son favorecidos por el aislamiento social o sensorial y una personalidad anterior narcisista, dependiente o evitativa.

Los *trastornos psicóticos por desaferentación* están ligados a los déficits sensoriales vinculados con la edad. El *síndrome de Charles Bonnet* se favorece por una baja de la agudeza visual y está caracterizado por alucinaciones esencialmente visuales, complejas y generalmente bien toleradas. El *síndrome de Ekböm* es un delirio de infestación cutánea por parásitos, asociado a alucinaciones cenestésicas muy ansiógenas. Se describen igualmente delirios paranoides con alucinaciones auditivas que se presentan en los individuos que han desarrollado sordera.

Además, los individuos ancianos que presentan *trastornos del humor* tienen una mayor propensión a desarrollar ideas delirantes que el adulto joven (depresión delirante, síndrome de Cotard, manía delirante…).

Finalmente, los trastornos psicóticos pueden revelar una *enfermedad demencial* o darle un cierto tinte a su evolución. Su frecuencia y su especificidad clínica son diferentes según el tipo de enfermedad demencial (véase el capítulo LI).

El diagnóstico diferencial con un *síndrome confusional* no es siempre fácil, pero siempre hay que evocarlo, dado que los ancianos son particularmente propensos y porque el pronóstico vital puede quedar rápidamente comprometido.

Adicciones

Las adicciones no son raras entre las personas ancianas pero son poco conocidas. Las más frecuentes son las dependencias de alcohol y medicamentos, en particular las benzodiacepinas (De Brucq y Vital, 2008). No obstante, se encuentran otras adicciones: cannabis, compras y juego patológicos. Una conducta adictiva en un individuo anciano puede complicar una depresión o un trastorno ansioso. En el plano psicopatológico pone en duda la capacidad del individuo para hacer frente a los procesos y a los retos del envejecimiento (especialmente en cuanto a pérdida y dependencia). "Para no sentir el horrible fardo del Tiempo que quiebra vuestras espaldas y os empuja hacia la tierra, hay

booksmedicos.org

que embriagaros sin tregua", escribió Baudelaire (*El Spleen de París*, 1862).

Trastornos del sueño

El sueño se modifica continuamente desde la infancia y a todo lo largo de la vida. Cambia su arquitectura: fragmentación del sueño por un aumento de los despertares nocturnos y disminución del sueño lento profundo, produciendo un sueño menos reparador. El ritmo vigilia-sueño está marcado por un fenómeno de avance de fase, teniendo los individuos ancianos una tendencia a acostarse y a despertarse más tempranamente, y la aparición de somnolencia diurna (Rigaud *et al*., 2005). Las quejas sobre el sueño son frecuentes y el consumo de medicamentos destinados a inducirlo aumenta con la edad.

Suicidio

Según los estudios, 5 a 10% de los individuos ancianos presentarían ideas suicidas (Ancelin *et al*., 2006). La tasa de tentativa de suicidio (número de tentativas relacionado con la población general de la misma edad) es menos elevada que en los individuos jóvenes (Moquet y Bellamy, 2006). Por el contrario, la tasa de mortalidad por suicidio aumenta con la edad, y se triplica entre los 25 y los 85 años (15 contra 40 sobre 100 000). En Francia, un cuarto de los 13 000 decesos anuales por suicidio corresponde a individuos de más de 65 años de edad. Los factores asociados son el sexo masculino, la viudez o la soltería, la edad avanzada, la existencia de una patología invalidante y dolorosa, y las lesiones sensoriales. Una enfermedad psiquiátrica estaría presente en alrededor de 80% de los casos —en la mitad, una enfermedad depresiva— (Harwood y Jacoby, 2006). La particularidad de los individuos ancianos es la alta frecuencia de suicidios "logrados": se cuentan alrededor de dos tentativas por un suicidio en tanto que la relación es de 1/10 entre los individuos jóvenes.La utilización más frecuente de medios suicidas violentos y la frecuencia de la premeditación reflejan una mayor intencionalidad.

XLVII.3.3. *Cuadros clínicos específicos de la persona anciana*

Síndrome de deslizamiento

Propuesto por Carrié en 1956, el término *síndrome de deslizamiento* designa un cuadro clínico específico de la edad avanzada: con posterioridad a un episodio agudo somático y tras un intervalo libre durante el cual el sujeto pareciera "salir del asunto", sobreviene un

booksmedicos.org

rápido deterioro de su estado general no explicable por la evolución de la enfermedad inicial. La persona se parapeta en una actitud clinófila, asténica, indiferente, con rechazo activo de la alimentación y la bebida, y sufre trastornos digestivos y urinarios. Está como "deslizándose hacia la muerte" y, en efecto, el deceso sobreviene lo más frecuentemente después de algunas semanas a pesar de un tratamiento bien llevado y de la cuidadosa atención de enfermería. En tanto que el cuadro clínico es relativamente consensual, las preguntas sobre su etiología son numerosas. Se discute la correspondencia entre síndrome de deslizamiento y síndrome depresivo. Este síndrome se asimila para algunos a un estado melancólico grave. En una lectura psicosomática se trataría de una verdadera desorganización psíquica y somática secundaria al traumatismo, en un individuo cuyas capacidades de adaptación a la realidad han sido sobrepasadas: "En estos sujetos, en quienes la experiencia de la realidad es demasiado costosa y a quienes parece que les falta el tiempo, se instala la negación de esta vivencia traumática porque les dispensa el afrontarla" (Pellerin, 2004).

Síndrome de Diógenes

El término *dsíndrome de Diógenes* apareció por vez primera en 1975, bajo la pluma de Clark y Mankikar, para designar un cuadro que asocia, en una persona anciana, la negligencia de sí mismo y de su hábitat con silogomanía (acumulación irracional de todo tipo de objetos inútiles y desechos), y negación de los trastornos con rechazo de atención. Se trata de un trastorno raro cuyo descubrimiento es lo más frecuentemente fortuito (accidente médico o doméstico), o tras las quejas de los vecinos. Se encuentra una patología psiquiátrica en alrededor de 50% de los casos, aunque se puede considerar este síndrome un trastorno de conducta con varias patologías: psicóticas (síntoma deficitario o reacción al sentimiento de persecución), afectivas (derrumbe abandónico), neuróticas (trastorno obsesivo-compulsivo o ansiedad de separación-duelo imposible) o demenciales (síndrome fronto-temporal). Hanon *et al*. (2004) proponen una lectura del síndrome de Diógenes a la luz de la teoría psicoanalítica del yo-piel de Didier Anzieu. En el síndrome de Diógenes, la acumulación de objetos y el atascamiento de los sanitarios vendrían a "suturar", a colmar un yo-piel herido y permitir la restauración entre psiquismo y mundo exterior, necesaria para la supervivencia de estas personas. La atención es difícil y dependerá de la calidad de la alianza que habrá podido establecerse, frecuentemente con gran dificultad, entre el paciente y el equipo tratante.[1]

Patologías demenciales

Si un síndrome demencial puede sobrevenir en la edad adulta, los datos epidemiológicos muestran que dos tercios de los pacientes dementes tienen 85 años y más, y que cerca de

booksmedicos.org

20% de los individuos de más de 75 años presentan una demencia, prevalencia que aumenta con la edad (Mura *et al.,* 2010). La noción de demencia ha evolucionado mucho en el curso de los dos últimos siglos. Actualmente, el DSM-5 define un trastorno neurocognitivo que puede ser "mayor" o "ligero", que incluye a las demencias tradicionales y se define como "una declinación cognitiva en relación al nivel de logros anteriores en uno o varios terrenos (atención compleja, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, cognición perceptivo-motora o social)".

Según la etiología, se hablará de demencias primitivas o demencias secundarias. Las demencias primitivas están ligadas a afecciones neurodegenerativas y son con mucho las más frecuentes. La lesión puede ser cortical (enfermedad de Alzheimer, demencias fronto-temporales, atrofias corticales focales progresivas), subcortical (en la enfermedad de Parkinson, la parálisis supranuclear progresiva o enfermedad de Steele-Richardson y la corea de Huntington), o córtico-subcortical (demencia de cuerpos de Lewy, degeneración córtico-basal). Las etiologías de las demencias secundarias son múltiples: vasculares, traumáticas, inflamatorias (esclerosis en placas, esclerosis lateral amiotrófica), endócrinas (hipotiroidismo), metabólicas, nutricionales o tóxicas (enfermedad de Wilson, alcohol, carencias vitamínicas), infecciosas (neurosífilis, encefalopatía por VIH, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, etcétera).

El proceso demencial de deconstrucción no abarca solamente el registro intelectual. Aunque no aparezcan dentro de los criterios diagnósticos del síndrome demencial, las manifestaciones no cognitivas, afectivas o conductuales son constantes en la evolución de las demencias. Una Conferencia de consenso de la International Psychogeriatric Association, en 1997, las designó con el nombre de "signos y síntomas conductuales y psicológicos de la demencia" (véase el capítulo LI).

XLVII.4. Psicopatología

En el plano psicoafectivo, la vejez es un periodo de la vida caracterizado por numerosos cambios, vividos por el sujeto desde la perspectiva de la pérdida (de sus capacidades, de su papel social, de sus próximos), y por la cercanía de la muerte. Su travesía depende de la personalidad del individuo, de sus capacidades de restauración narcisista y de invención de un nuevo modo de ser, de una cierta "potencia" (Villa, 2010), pero también del sostén que encuentre en su entorno familiar y social. Algunos autores hablan de un verdadero "trabajo de envejecimiento" (Bianchi *et al.,* 1989) que se inicia cuando el sujeto se confronta a un cambio del estatus de la muerte, ahora ya próxima, y que implica una lectura de su historia personal. No todas las personas ancianas son "buenos viejos", como el *Booz endormi* (Booz dormido) descrito por Victor Hugo. La vejez pone a prueba el yo por las pérdidas de objeto y las heridas narcisistas que la acompañó y de las que debe intentar defenderse (Charazac, 2001). La regresión o el desinvestimento de los objetos exteriores, incluso de la vía interior, son frecuentemente la solución adoptada (Ferrey y Le Gouès, 2000), y se encuentran de este modo personas semejantes a

booksmedicos.org

Harpagón, *Tatie Danièle* y el *Rey Lear*.[2] Para los especialistas de la psicosomática esta "despsiquización" o "desmentalización" va a generar alexitimia y un sobreinvestimento del cuerpo (Péruchon, 2002), que podrían desembocar en una patología somática si los mecanismos de defensa del individuo se encuentran sobrepasados.

El funcionamiento psíquico del demente ha sido objeto igualmente de estudios psicopatológicos. Para describirlo, Le Gouès (1991) utiliza la noción de *psicolisis*. Se trata de una regresión del pensamiento, desde los niveles simbólicos sutiles hacia los niveles perceptivos sensoriales. El saber afectivo perdura y guía entonces al pensamiento restante: el sujeto ya no es capaz de descubrir las expresiones verbales y está privado de expresión por el pensamiento y la palabra, pero es muy sensible al tono del interlocutor, al clima transferencial y al ambiente afectivo.

XLVII.5. Terapéutica

"El enfoque del paciente anciano debe ser global desde un principio" (Rigaud *et al.,* 2005). El psiquiatra no se las tiene que ver con un individuo en devenir, sino con un ser realizado y, su actitud debe ser la de intentar comprender su sufrimiento dentro del marco de su vida actual, pero también de su vida pasada (Richard, 2001). Debido a esto, un elemento importante de la actitud diagnóstica concierne a la recolección de informaciones sobre la historia personal y la historia clínica del paciente. Las comorbilidades médicas, los hábitos y condiciones de vida, la calidad del entorno así como el funcionamiento cognitivo deben ser evaluados. Casi siempre es necesario recurrir a las redes de atención pluridisciplinarias para examinar los diferentes problemas y orientar las elecciones terapéuticas.

XLVII.5.1. *Tratamientos medicamentosos*

La prescripción de los psicotrópicos en el individuo anciano debe tomar en cuenta las modificaciones fisiológicas observables en el envejecimiento (disminución de la eliminación renal y del metabolismo hepático, modificaciones de los volúmenes de distribución, aumento de la fracción libre de los medicamentos, modificación del número y de la sensibilidad de los receptores) y las comorbilidades, frecuentes y que generan polimedicación y riesgo de interacciones medicamentosas (Hanon *et al.,* 2009). Los efectos secundarios de los psicotrópicos afectan sobre todo a los sistemas nervioso central y vegetativo, así como al sistema cardiovascular: sedación, confusión, mareos y caídas (ligadas a la hipotensión ortostática, la sedación, un síndrome parkinsoniano o un efecto miorrelajante). Otros efectos indeseables son propios de ciertas moléculas.

Las *benzodiacepinas* recomendadas para individuos ancianos son las de media vida corta. Más allá de los efectos secundarios ya citados, habrá que desconfiar de las

booksmedicos.org

reacciones paradójicas, más frecuentes en los individuos de la tercera edad. Los *inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina* (ISRS) constituyen actualmente el tratamiento de primera elección de los estados depresivos de las personas ancianas. Frecuentemente son bien tolerados; no obstante, implica un riesgo mayor de hiponatremia y de aparición de un síndrome extrapiramidal y uno serotoninérgico. El *litio* se utiliza poco en razón de las patologías y asociaciones medicamentosas frecuentes que contraindican su utilización. Los *valproatos* y la *carbamazepina* pueden utilizarse teniendo en cuenta sus efectos inhibidores e inductores enzimáticos respectivamente. La utilización de los *neurolépticos* atípicos es preferible a la de los neurolépticos convencionales por razones de tolerancia, especialmente en lo que concierne a los síntomas extrapiramidales y anticolinérgicos (constipación, retención urinaria, trastornos de la acomodación, xerostomía). Están contraindicados en los casos de demencia de cuerpos de Léwy.

Para todos los psicotrópicos se aconseja iniciar con medias dosis y aumentarlas progresivamente para alcanzar la dosis mínima eficaz apenas sea posible. La monoterapia es el ideal a seguir.

XLVII.5.2. *Enfoques psicoterapéuticos*

Freud (1905) consideraba a los individuos ancianos inaccesibles a sus métodos: "Por una parte, la plasticidad de los procesos psíquicos con los cuales cuenta la terapia falta habitualmente […] por otra parte, el material a elaborar prolonga indefinidamente la duración del tratamiento". Si actualmente se considera que "nunca es demasiado tarde para detectar las situaciones conflictivas ocultas e intentar resolverlas por la psicoterapia" (Richard, 2001), las *curas tipo* son raras, reservadas si acaso a individuos que ya han tenido una experiencia del análisis. No obstante, el paciente puede sensibilizarse respecto de su funcionamiento personal por medio de una *psicoterapia de inspiración analítica* (Charazac, 2001). La *psicoterapia de sostén* pretende, con una actitud contenedora, apoyadora y valorizante, restaurar la vida relacional y la estima de sí mismo en el paciente. La técnica de *reanimación mental* (Le Gouès, 1991) se dirige a los pacientes al salir de un accidente somático que presente una "desvitalización" de su aparato psíquico de naturaleza no demencial. Se trata de detectar las producciones y capacidades supervivientes y acompañar su relanzamiento. Las *terapias cognitivo-conductuales* serían tan eficaces como en el adulto joven (Rigaud *et al.,* 2005). Las *técnicas centradas en el cuerpo* (psicomotricidad, relajación, masaje, *snoozelen*[3]) permiten enriquecer la sensorimotricidad y reinvestir el cuerpo como objeto de placer y de relación. También pueden aplicarse las *terapias de grupo*, como los grupos de palabra y los centrados en un objeto (escritura, lectura, relatos de vida), así como las actividades psicoterapéuticas institucionales (ergoterapia, por ejemplo). También se podrán proponer *terapias familiares* o *de pareja*. Las *terapias no medicamentosas destinadas a los pacientes dementes* deberán adaptarse al estadio de la enfermedad. En las formas iniciales el sostén

booksmedicos.org

frente a frente ayuda a mantener y relanzar el pensamiento, asumiendo el terapeuta una función de "yo auxiliar" (Ferrey y Le Gouès, 2000). También pueden proponerse los métodos reeducativos (estimulación o rehabilitación cognitiva). Para las formas más avanzadas se podrá recurrir a las terapias mediatizadas (musicoterapia, expresión plástica, ergoterapia) o a los enfoques corporales (psicomotricidad, canto, danza) (Charazac, 2001). El trabajo con los familiares es particularmente importante con el fin de restaurar un equilibrio doméstico que incluya la enfermedad y permita abordar un posible trabajo de separación.

XLVII.5.3. *Sitios de vida y sitios de atención*

La política de atención domiciliaria de las personas ancianas comenzó en Francia con la Comisión Laroque, en 1962, y ésta sigue siendo su primer objetivo (Rigaud *et al*., 2005). Así se han establecido redes de ayuda a domicilio, y diversas asociaciones de ayuda comunitaria y clubes "tercera edad" participan en una acción preventiva luchando contra la soledad y el aislamiento. Cuando no es posible ni deseable permanecer en el domicilio, se puede dirigir al paciente a una casa de retiro (llamadas actualmente *establecimientos de albergue para personas ancianas dependientes*). Las soluciones intermedias están constituidas por los hogares-albergues o residencias-servicios (privadas) y de manera menos usual por departamentos comunitarios y de acogida familiar. Algunos servicios o polos de psiquiatría del sujeto anciano se han implantado en el seno de los sectores psiquiátricos, de los hospitales generales o geriátricos, de instituciones privadas, pero esas iniciativas están repartidas de manera desigual en el territorio francés y ninguna directiva actual enmarca estas diversas prácticas. De manera más independiente, se han creado equipos móviles y hospitales de día psicogeriátricos que funcionan con equipos pluridisciplinarios. Las consultas de memoria locales y los "centros de investigación y de recursos de memoria" (regionales) proponen, frecuentemente bajo la forma de hospitalización de día, balances de las funciones cognitivas. El dispositivo geriátrico participa igualmente en este tipo de atención. Sobre todo alrededor de la atención de la demencia se ha promovido una organización específica.

Conclusión

La separación de la vida en etapas cronológicas corre el riesgo de compartimentación y de escisiones. No obstante, la psiquiatría de la persona anciana confronta una nosografía y una semiología específicas. Induce una práctica clínica particular que debe tomar en cuenta una temporalidad diferente, la dimensión cognitiva, las consecuencias farmacológicas del envejecimiento, la relación terapéutica transgeneracional y la incertidumbre respecto de la capacidad terapéutica… Esta práctica no puede hacer abstracción del temor al envejecimiento, tanto del anciano como de su entorno, y de los

booksmedicos.org

efectos transferenciales que genera.

BIBLIOGRAFÍA

Albou, P. (2006), "Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie", *Neurologiepsychiatrie-gériatrie,* 6, 32, pp. 45-50.

Ancelin, M.-L., S. Artero, I. Beluche, A. Besset, J.-P. Boulenger, I. Carrière, I. Chaudieu, P. Courtet, A.-M. Dupuy, I. Jaussent, A. Malafosse, J. Norton, G. de Roquefeuil, J. Ryan, J. Scali, J. Touchon y K. Ritchie (2006), "Le projet Esprit: une étude longitudinale en population générale des troubles psychiatriques en France chez des sujets de plus de 65 ans", *L'Encéphale,* 32, 4, pp. 615-621.

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Bianchi, H., J. Gagey, J.-P. Moreigne, G. Balbo, D. Y. Poivet y L. V. Thomas (1989), *La Question du vieillissement: perspectives psychanalytiques,* Dunod, París.

Blazer, D. G. (2003), "Depression in late life: review and commentary", *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences,* 58, 3, pp. 249-265.

Charazac, P. M. (2001), "Psychothérapies du sujet âgé", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37-540-C-50, Elsevier Masson, París.

De Brucq, H., e I. Vital (2008), "Addictions et vieillissement", *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement,* 6, 3, pp. 177-182.

Ferrey, G., y G. Le Gouès (2000), *Psychopathologie du sujet âgé*, Masson, París. [*Psicopatología del anciano*. Versión española de Ramón Cano Salto, Masson, Barcelona, 1994.]

Freud, S. (1905), XXIV. "Psicoterapia (tratamiento por el espíritu)", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo III, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 1014-1027.

Hanon, C., y V. Camus (2010), "Formation à la psychiatrie du sujet âgé: quels enjeux?", *L'Information psychiatrique,* 86, 1, pp. 15-20.

———, D. Montagnier y J.-P. Clément (2009), "Utilisation des psychotropes chez le sujet âgé", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Traité de médecine Akos,* 7-0321, Elsevier Masson, París.

———, C. Pinquier, N. Gaddour, S. Saïd, D. Mathis y J. Pellerin (2004), "Le syndrome de Diogène, une approche transnosographique", *L'Encéphale,* 30, 4, pp. 315-322.

Harwood, D., y R. Jacoby (2006), "Suicide chez les sujets âgés", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37500-A80, Elsevier Masson, París.

Hybels, C. F., y D. Blazer (2002), "Epidemiology and geriatric psychiatry", en M. T.

booksmedicos.org

Tsuang y M. Tohen (dirs.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology,* John Wiley & Sons, Nueva York, pp. 603-628.
Le Gouès, G. (1991), *Le Psychanalyste et le Vieillard,* PUF, París.
Menecier, P., O. Rouaud, C. Arezes, D. Nasr, L. Menecier-Ossia, A. Charvet-Blanc y L. Ploton (2007), "Troubles bipolaires et démence: association fortuite ou filiation? À propos d'un cas et revue de la littérature", *Psychologie et neuropsychiatrie vieillissement,* 5, 1, pp. 23-34.
Moquet, M.-C., y V. Bellamy (2006), "Suicides et tentatives de suicide en France", *Études et résultats* (DREES), 488, pp. 1-8.
Mura, T., J.-F. Dartigues y C. Berr (2010), "How many dementia cases in France and Europe? Alternative projections and scenarios 2010-2050", *European Journal of Neurology,* 17, 2, pp. 252-259.
Nubukpo, P., y J.-P. Clément (2010), "Hospitalisation en psychogériatrie et place des autres structures", *L'Information psychiatrique,* 86, 1, pp. 33-38.
Pellerin, J. (2004), "Évolutions affectives spécifiques au vieillissement", *La Revue du praticien,* 54, 7, pp. 717-724.
Péruchon, M. (2002), "Psychopathologie et senescence", *Psychiatrie française,* XXXIII, 2, pp. 17-25.
Pinel, P. (1800), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie,* Richard, Caille et Ravier, París; 2ª ed., 1809 (reed. de la 2ª éd. P. J. Garabé y D. B. Weiner, Les Empêcheurs de Penser en rond, París, 2005). [*Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma o la manía*. Versión española de Luis Guarnerio y Allavena, Imprenta Real, Madrid, 1804.]
Ploton, L., J. Gaucher, G. Ribes, J.-M. Talpin, C. Joubert y F. Blanchard (2003), "La pathologie hystérique", *Neurologie-psychiatrie-gériatrie,* 3, 18, pp. 28-32.
Pollet, G. (2001), "La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIXe siècle: sociogenèse d'un nouvel âge de la vie", *Retraite et société,* La Documentation Française, 3, 34, pp. 29-49.
Polosan, M., J. Palazzolo y T. Gallarda (2006), *Vieillissement, trouble bipolaire et schizophrénie,* CNRS Éditions, París.
Richard, J. (2001), *Psychiatrie gériatrique, esquisse d'une histoire médicale par l'élaboration de son langage,* Pierre Margada Éditeur, Sprimont.
Rigaud, A. É. S., C. Bayle, F. Latour, H. Lenoir, M.-L. Seux, O. Hanon, R. Péquignot, P. Bert, P. Bouchacourt, F. Moulin, I. Cantegreil, E. Wenisch, F. Batouche y J. de Rotrou (2005), "Troubles psychiques des personnes âgées", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37540-A10, Elsevier Masson, París.
Talpin, J.-M., M. Péruchon, P. Charrazac, C. Joubert, D. Brouillet, S. Martin y A. Chevance (2005), *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement,* Dunod, París.
Villa, F. (2010), *La Puissance de vieillir,* PUF, París.

booksmedicos.org

booksmedicos.org

[1] En 1998, E. Cybulska señaló lo inapropiado de dar a esta conducta el nombre del filósofo cínico Diógenes de Sinope, y propuso el de síndrome de Plyushkin, por el personaje de *Las almas muertas* de N. Gógol (E. Cybulska, "Senile squalor: Plyushkin's not Diogenes' syndrome", *Psychiatric Bulletin,* 22, 1988, pp. 319-320). [T.]

[2] Harpagón: personaje de *El avaro* de Molière; Tatie Danièle: personaje del filme *Tía Danielle,* de Étienne Chatiliez (1990) —odiosa, mezquina, ladrona, mentirosa, caprichosa e insoportable—; Rey Lear: personaje central de la tragedia del mismo nombre de Shakespeare, cuyo tema es la ingratitud filial, la vejez y la locura. [T.].

[3] Neologismo formado por las palabras holandesas *snuffelen* (buscar o explorar) y *doezelen* (adormecerse o cabecear). Utiliza una poliestimulación ambiental con luces, colores, sonidos, música, esencias, y se utiliza en casos de autismo y otros déficits del desarrollo, en demencias o en casos de daño cerebral. Se desarrolló originalmente en los Países Bajos en los años setenta. [T.]

booksmedicos.org

XLVIII. TRASTORNOS MENTALES EN RETRASOS Y DEFICIENCIAS MENTALES

MARGUARITA DIAWARA

La deficiencia mental es uno de los trastornos más frecuentes de la salud del niño. Los estudios epidemiológicos realizados en los países desarrollados concuerdan en evaluar la frecuencia en 0.7-0.8% de los nacimientos. El papel de los pediatras, y en su caso el de los paidopsiquiatras, es múltiple: establecer el diagnóstico del tipo de déficit, reconocer su causa, transmitir este saber a los padres del niño y, después, ayudar a favorecer el desarrollo óptimo de este último. Las acciones médicas de atención son múltiples aun cuando las más de las veces no exista tratamiento etiológico: consejo para la mejor inserción escolar, búsqueda y prevención de las discapacidades asociadas, tratamientos medicamentosos en ciertos casos.

Llegadas a la edad adulta, estas personas pueden mostrar variadas discapacidades, asociadas a diversos trastornos psiquiátricos, que para algunos son incompatibles con la vida autónoma. En ese sentido interesan a la psiquiatría del adulto. El concepto de *discapacidad múltiple* apareció para designar a las personas que presentan un retardo mental grave o profundo acompañado de déficits físicos considerables que limitan su movilidad. El concepto se refiere a la importancia de brindar a estas personas ayudas humanas y ayudas técnicas individualmente adaptadas, con el fin de favorecer su desarrollo. La aportación importante de esta definición de la discapacidad múltiple proviene del hecho de que ya no se centra únicamente en la etiología cerebral de los trastornos, sino en sus consecuencias funcionales (las deficiencias) e insiste en los medios que hay que desplegar para compensar estas discapacidades, asegurándose especialmente de que la persona recibirá el apoyo requerido para sus necesidades.

XLVIII.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS Y SITUACIÓN NOSOGRÁFICA

XLVIII.1.1. *Historial y evolución de los conceptos*

El concepto *discapacidad* sólo pudo nacer a partir del momento en el que la noción de inteligencia pudo ser mejor precisada, lo que es relativamente reciente (Epelbaum y Speranza, 2002). No obstante, el hombre no tuvo necesidad de criterios verdaderamente

booksmedicos.org

científicos para, muy tempranamente, descubrir a aquellos que no disponían de las capacidades habituales de pensamiento. En la Antigüedad, las medidas concernientes a los "débiles" fueron extremas. Podían ser considerados depositarios del mal y provocar una repulsión mezclada con miedo. En ciertas ciudades griegas, se pronunciaba frecuentemente la condena a muerte a partir del momento en el que el desarrollo del niño se mostraba desfalleciente de manera manifiesta. Otras civilizaciones dieron al retrasado mental un estatus situado "fuera de lo común": en Egipto podía ser considerado portador de poderes divinos, y era protegido e incluso divinizado.

En la Edad Media, los retrasados, aunque a veces fueron considerados diabólicos, estaban mezclados con la población, cohabitando con otras categorías de desviación: "locos", criminales, posesos… El rey de Francia Felipe el Hermoso intentó afrontar mejor el problema nombrando a un curador y proponiendo que el encierro pudiera hacerse en los hospicios que comenzaron a ver la luz entonces. En los siglos XVI y XVII empezaron a aparecer estudios que intentaban describir el "carácter" de los "idiotas"; se discutió sobre las etiologías y nació el interés en un posible tratamiento médico y pedagógico.

No fue sino hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX cuando se establecieron las investigaciones científicas y pedagógicas que obedecían a una cierta metodología. Se organizó un movimiento profundo: se trataba de desmembrar la noción imprecisa de retrasado. Se distinguieron los "locos" (que Pinel liberó de sus cadenas, según la leyenda, instaurando el "tratamiento moral"), los criminales, que continuaron encerrándose, y los "idiotas", que representaban todavía una población mal definida (demencias severas, retrasos profundos, estados estuporosos, etc.). Los vocablos *idiota*, *idiocia* e *idiotismo* adquirieron entonces valor de términos médicos; provenían del griego *idios*, *idiotis*, que significaban la persona que es un "simple particular", sin conocimiento o educación, "privado" (en su oposición a "público"). Esquirol explicó, en su obra *De las enfermedades mentales* (1838), que "la palabra *idios, privatus*, *solitarius,* expresa el estado de un hombre que, privado de razón, está solo, aislado de alguna manera del resto de la naturaleza". Distinguió: *a)* la *idiocia,* estado original (con una noción siempre presente de organicidad), más o menos severa, que "no es una enfermedad, es un estado en el cual las facultades intelectuales nunca se manifestaron"; en un grado menor se encontraban los *imbéciles,* y *b)* la *demencia,* de los sujetos "ricos convertidos en pobres", en quienes las capacidades intelectuales, normales en un principio, se degradan progresivamente para llegar a un estado de retraso.

Seguin (1846), pionero en este campo, y más tarde Binet y Simon (1907), gracias al desarrollo de la psicología cuantitativa, diferenciaron entre *idiotas*, *imbéciles* y *débiles.* A principios del siglo XX, con el establecimiento de la obligatoriedad escolar, el interés se dirigió hacia aquellos que presentaban un déficit más ligero que los "idiotas e imbéciles" de antaño, y Zazzo (1979) describió la "debilidad ligera": "primera zona de la insuficiencia mental, relativa a las exigencias de la sociedad, ellas mismas variables de una sociedad a otra, de una edad a otra".

La mayoría de los investigadores adoptan actualmente un enfoque multidimensional y

booksmedicos.org

del desarrollo. Según este enfoque multifactorial, los procesos genéticos, neurobiológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales actúan concertadamente para determinar, en cada caso particular, la naturaleza y la severidad del retraso, el comportamiento y los esfuerzos activos de adaptación, así como la evolución de las discapacidades a todo lo largo de la existencia.

XLVIII.1.2. *Situación nosográfica*

La deficiencia mental ha sido definida por la American Association on Mental Retardation como la asociación, antes de los 18 años de edad, de un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media y una limitación de competencia adaptativa en terrenos como la autonomía, la comunicación, las capacidades sociales, los aprendizajes, el trabajo, etcétera.

La CIE-10 de la OMS (1992) define al retardo intelectual como una detención del desarrollo mental o un desarrollo mental incompleto, caracterizado por una insuficiencia de las facultades y del nivel global de inteligencia, especialmente en lo que se refiere a las funciones cognitivas, el lenguaje, la motricidad y las capacidades sociales.

XLVIII.1.3. *Definición operativa del déficit mental*

El *déficit mental* debe analizarse en función de su modo de instalación: *a) demencial*: se trata de un deterioro secundario de las capacidades mentales (por ejemplo, vinculado con la eclosión de una enfermedad somática: algunos tipos de epilepsia pueden generar tales trastornos), y *b) no demencial:* surge desde un principio en el desarrollo psíquico del niño, como, por ejemplo, en ocasión del establecimiento de una psicosis de expresión deficitaria o dentro del marco de enfermedades genéticas (trisomía 21).

Además, el déficit mental se define a partir de pruebas psicológicas de nivel. La evaluación de la inteligencia es compleja y plantea varias preguntas: ¿qué representa verdaderamente la inteligencia? ¿Un factor general ("factor G") que sería una medida "global" de la inteligencia? ¿Facultades de adaptación más difíciles de aprehender? Existen diferentes pruebas, siendo la más conocida la de Wechsler (1973), que determinan un *cociente intelectual* (CI). Hay pruebas de desarrollo intelectual que miden el CI como avance o retraso del niño en relación con su clase de edad, y las pruebas de eficiencia intelectual que miden el CI a partir de un índice de dispersión en relación con la media de una clase de edad. El 68% de la población general, incluyendo todas las edades, obtiene un CI comprendido entre –1 desviación estándar y + 1 desviación estándar (CI entre 85 y 115).

Las pruebas son por supuesto útiles para apoyar los diagnósticos y contemplar las orientaciones; sin embargo, conviene utilizarlas con precaución, debido a que pueden no reflejar sino de manera muy parcial la realidad de una persona deficiente (Hutau y

booksmedicos.org

Lautrey, 1997).

La *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente* (Misès *et al*., 1988; CFTMEA, 1990), al igual que la CIE-10, califica el grado del déficit en función del CI. Así, el retraso mental es profundo (CI inferior a 20), grave (CI entre 20-25 y 35-40), medio (CI entre 35-40 y 50-55), ligero (CI entre 50-55 y 70); el nivel llamado "límite" corresponde a un CI de entre 70 y 80. El DSM-5, como su edición precedente, no utiliza el CI porque considera que los grados de las incapacidades intelectuales se definen mejor por el "funcionamiento adaptativo" que por el CI, ya que es el funcionamiento el que determina el nivel de la ayuda y de los apoyos requeridos.

Fuera del nivel mental, la clasificación francesa de los trastornos mentales de la infancia y de la adolescencia diferencia categorías de deficiencia: armónica, disarmónica, con déficits múltiples sensoriales o motores, y las demencias:

- *deficiencias armónicas:* formas en las cuales los trastornos de la inteligencia aparecen fijos y constituyen el elemento central del cuadro clínico. El lenguaje está alterado en su función simbólica. Le es difícil al sujeto evocar su vida interior (ensoñaciones, fantasmas), las inhibiciones de fondo son frecuentes y hay ausencia de curiosidad;
- *deficiencias disarmónicas:* los rasgos deficitarios están intrincados con los trastornos de la personalidad o instrumentales (lenguaje, psicomotricidad). Estas discapacidades representan un estadio evolutivo en el proceso de deficiencia. A partir de los dos o tres años es posible individualizar las formas de tendencia neurótica y las formas de tendencia psicótica. Las primeras son menos severas que las segundas con dificultades de inhibición y de identificación;
- *déficits múltiples sensoriales o motores:* trastornos neurológicos severos, deficiencia profunda;
- *demencias*: reducción de las capacidades mentales; los trastornos están vinculados directamente a factores orgánicos conocidos.

Mientras más se desciende hacia las deficiencias graves más se encuentra un origen orgánico a los trastornos. En 30 a 40% de los casos no se conoce el origen.

XLVIII.2. Datos e investigaciones biomédicos

XLVIII.2.1. *Epidemiología*

La prevalencia del retraso mental en la población general se conoce desde hace mucho tiempo, pero su frecuencia sigue siendo controvertida. Según los estudios, se puede considerar razonablemente una prevalencia de 1.5 a 2%; Curry *et al*. (1997) la sitúan más abajo, en 1.14%. Se trata de un reto mayor que ocasiona frecuentes motivos de

booksmedicos.org

consulta con los clínicos cuya misión es asegurar el descubrimiento precoz de los retardos mentales, la búsqueda de sus causas, así como su atención y el acompañamiento de las familias.

XLVIII.2.2. *Etiologías del retardo mental y comorbilidades*

Las causas de deficiencia mental son numerosas (cuadro XLVIII.1). Su investigación necesitará frecuentemente varias consultas para seguir la evolución del niño y practicar los exámenes en función de las constataciones clínicas.

El cuadro XLVIII.2 presenta las diferentes patologías orgánicas relacionadas con los retrasos mentales. Alrededor de 30% de los casos son atribuibles a factores prenatales (infecciones, consumo de alcohol) y trastornos cromosómicos; 20% están ligados a factores ambientales, en tanto que 15% se explican por trastornos perinatales (anoxia) y posnatales (enfermedades). La herencia es la causa en aproximadamente 5% de los casos. Alrededor del 30% de los diagnósticos de retraso mental permanecen como de causa desconocida (Mc Laren, 1987).

CUADRO XLVIII.1. *Causas de deficiencia mental*

Causas	*Frecuencia (%)*
Anomalías cromosómicas	4-28
Síndromes dismórficos	3-7
Enfermedades genéticas conocidas	4-14
Anomalías morfológicas del SNC	7-17
Complicaciones ligadas a la prematurez	2-10
Retardo mental cultural-familiar	3-12
Factores ambientales y medicamentosos	5-13
Causas endócrinas	1-5
Desconocidas	30-50

booksmedicos.org

CUADRO XLVIII.2. *Patologías orgánicas en relación con los retrasos mentales*

I. Causas prenatales	
1. Aberraciones cromosómicas *a)* Sexuales: 45X (Turner), 47XXX, 48XXXX, 47XXY (Klinefelter), Xfrágil. *b)* Autosómicas: Trisomía 21, Trisomía 18, Trisomía 13, Trisomía 8, Deleción del brazo del cromosoma 5 *(cri du chat)*, Síndrome de Prader-Willi. 2. Enfermedades metabólicas Fenilcetonuria Enfermedad de Menkes Enfermedad de Tay-Sachs Galactosenias Mucopolisacaridosis (Sanfilippo) Enfermedad de Wilson Enfermedad de Lesch y Nihan	3. Hipotiroidismo congénito 4. Encefalopatías, malformativas o no Enfermedad de Krabbe 5. Embriopatías Rubeola Medicamentosas Radioterápicas 6. Fetopatías Toxoplasmosis Síndrome de inmunodeficiencia adquirida Listeriosis Sífilis Sufrimiento fetal crónico Toxemia
II. Causas perinatales	
Prematurez Posmaturez	Accidentes obstétricos Ictericia nuclear
III. Causas posnatales	
1. Secuelas de infecciones Meningitis Encefalitis 2. Traumatismos Hematoma subdural Traumatismo craneal	3. Deshidratación 4. Estado de mal epiléptico y enfermedad epiléptica severa Síndrome de West Síndrome de Lennox

XLVIII.3. CLÍNICA

Describiremos inicialmente la semiología general de las deficiencias mentales y después nos ocuparemos de algunas situaciones que interesan más particularmente al psiquiatra, puesto que combinan la deficiencia mental con las patologías psiquiátricas de la infancia.

booksmedicos.org

Los *retrasos mentales profundos* y los *retrasos mentales graves* corresponden a cuadros severos, con restricción importante de la autonomía social y de las capacidades de adaptación; están marcados frecuentemente por la presencia de déficits asociados (trastornos visuales, auditivos, motores, etc.), incluso por la presencia de lesiones cerebrales observables (malformaciones cerebrales) o procesos somáticos más o menos claramente establecidos (epilepsia severa), que agravan la situación de por sí precaria. Para los CI inferiores a 34, la edad mental corresponde a la de un niño de dos años aproximadamente. El acceso al lenguaje se encuentra extremadamente limitado, incluso impedido; los trastornos esfinterianos son muy frecuentes; la impulsividad es masiva, la liberación de la agresividad sin control permanece regular; el retraimiento afectivo, las estereotipias y las automutilaciones en caso de frustración pueden estar a veces en primer plano. Estos individuos dependen generalmente de una institución durante toda su vida.

Los *retrasos mentales medios* corresponden a los cuadros en los que la edad mental se detiene, generalmente alrededor de los seis años. El acceso al lenguaje es posible con un lenguaje muy "concreto", "práctico", pero que no obstante permite los intercambios; el individuo puede acceder a una cierta autonomía, adquirir los rudimentos de la lectura y la escritura. En el curso de la infancia, la escolaridad habitual no se alcanza a largo término, y el niño ha debido recurrir a una atención adaptada y especializada, tomando en cuenta las dificultades parentales para aceptar la situación. Aquí también la impulsividad, la liberación de la agresividad sin control, el retraimiento afectivo, las estereotipias y automutilaciones en caso de frustración son manifestaciones frecuentes.

Los *retrasos mentales ligeros* corresponden a situaciones que frecuentemente se descubren en la escuela. El niño ha presentado dificultades escolares, generalmente en maternal o en el jardín de niños, mientras que la autonomía, el lenguaje, la inserción social permanecen de buena calidad, a pesar de la frecuencia de momentos de inhibición (retraimiento, aislamiento de los pares) o, por el contrario, de intolerancia a la frustración (cóleras, agitación, etc.). Los procesos de simbolización están regularmente lesionados y el acceso a un pensamiento hipotético-deductivo es difícil (la edad mental está fijada entre 10 y 11 años). Es posible obtener un progreso si estos niños pudieron beneficiarse de instrumentos pedagógicos adaptados para utilizar al máximo sus capacidades.

XLVIII.3.2. *Enfermedades epilépticas, psicosis infantiles y disarmonías evolutivas*

Existen organizaciones deficitarias que se construyen progresivamente en el seno de ciertas psicosis infantiles o disarmonías evolutivas.

El desmembramiento de la encefalopatía epiléptica efectuado por Misès y sus colaboradores (1968) sigue siendo un ejemplo en el análisis verdaderamente clínico y psicopatológico del cuadro de la deficiencia mental, un análisis esencial e indispensable

booksmedicos.org

para establecer una estrategia terapéutica adaptada. En el seno de una población de niños epilépticos, Misès *et al*. (1994) distinguen:

- *formas demenciales verdaderas*. El déficit es central y la degradación progresiva, vinculada con la evolución de la enfermedad epiléptica;
- *psicosis de expresión deficitaria*. Existe una perturbación global de la personalidad, de la comunicación, de la relación con la realidad, frecuentemente con la presencia de trastornos no específicos y precoces del desarrollo (trastornos esfinterianos, alimentarios, del lenguaje con retardo en su aparición, retraso del lenguaje o de la palabra, inversión pronominal, falta de acceso al "yo", pobreza de contenidos y ausencia de mensaje realmente relacional), intensa angustia corporal (angustia de fragmentación, trastornos de la imagen corporal), rituales defensivos desencadenados por la relación (estereotipias que aparecen cuando se fuerza la relación), variados trastornos del comportamiento (conductas extrañas, heteroagresividad, etcétera);
- *disarmonías evolutivas de expresión deficitaria*, vecinas al concepto de "patología limítrofe", verdaderas "seudodebilidades" que no son sino reactivas, funcionales en un primer momento, y que pueden estructurarse secundariamente; la impronta del fracaso escolar y de la discapacidad enmascaran el resto de la sintomatología (angustias de abandono, elementos depresivos narcisistas, etcétera).

Aquí se ve cómo la antigua dicotomía entre debilidad armoniosa (presentada frecuentemente como ligada al déficit de origen orgánico) y disarmónica (más bien ligada a una patología del entorno o a una psicosis "funcional") está ampliamente sobrepasada, puesto que un sujeto puede presentar completamente en un principio un cuadro "disarmónico" y evocar entonces la psicosis, para fijarse secundariamente en una sintomatología "armónica", con una verdadera cicatrización de los procesos psicóticos en beneficio de la fijación de una discapacidad que ocupa ahora la escena principal.

XLVIII.3.3. *Cuadros autísticos precoces y discapacidad mental*

Los cuadros autistas precoces, con desarrollo de una discapacidad mental más o menos importante y más o menos directamente dependiente de trastornos de la inteligencia social, representan también todo un campo de investigación en desarrollo (Frith, 1992). Los vínculos dialécticos entre la presencia verosímil de una dimensión genética y el establecimiento rápido de disfunciones interactivas padre-hijo ligadas a los estilos particulares de relación, incluso desconcertantes, del bebé, deben llevar a un abordaje multidisciplinario y multidimensional de los trastornos. Así, en el enfoque de la discapacidad, nada aparece en cuanto a diagnóstico y etiopatogenia como unifactorial: para avanzar, el clínico debe efectuar, antes que todo, una evaluación global del sujeto y de los funcionamientos interactivos padres / hijo, familiares y sociales, en una actitud a la

booksmedicos.org

vez clínica y verdaderamente psicopatológica.

La evolución y el pronóstico varían según los autores y en particular de la extensión de la noción de autismo. En el caso del autismo propiamente dicho (Kanner), en ausencia de lenguaje antes de los cinco años el pronóstico es desfavorable, frecuentemente con una evolución deficitaria que anuncia un destino asistencial. En otros casos, la evolución de la ecolalia hacia un lenguaje más o menos elaborado que permanece ligado a un contexto preciso, así como los aprendizajes en sector, permiten una adaptación relativa en el seno de la familia sin una verdadera autonomía. Finalmente, en ciertos casos, se asiste al desarrollo de un verdadero lenguaje e incluso a una adaptación social, a merced de los efectos del encuentro…

Dentro del conjunto de las psicosis precoces, en más de la mitad de los casos la evolución es favorable hacia un simple trastorno de la personalidad (de tipo psicopático, fóbico-obsesivo, esquizofrénico, etc.) con inserción socioprofesional (especialmente en los establecimientos y servicios de ayuda para el trabajo, instituciones médico-sociales de trabajo protegido). En aproximadamente un tercio de los casos la evolución es más o menos pesadamente deficitaria, ya sea con un cierto mantenimiento de las capacidades de relación, ya sea con autismo predominante y dependencia institucional mayor (Misès, 2002; Marcelli y Braconnier, 1999).

XLVIII.4. Casos clínicos

XLVIII.4.1. *Florence*

Florence, de 29 años, vivía desde hacía varios en una habitación de aislamiento y de seguridad de un hospital psiquiátrico en razón de una posición de retraimiento masivo, sin soportar ningún vestido sobre su cuerpo, jugando con sus excrementos y pudiendo colocarse en peligro en un entorno ordinario. Estaba totalmente mutista y pasiva al contacto, fuera de momentos de angustia expresados por gritos y gestos clásticos o automutilatorios. Los antecedentes señalaban una anoxia perinatal severa, con deficiencia grave y trastornos psicóticos en la infancia. Su madre la visitaba dos a tres veces por semana para pasar tardes enteras nutriendo a su hija como una lactante.

En estas condiciones recibimos a Florence en nuestra MAS.* Inmediatamente se estableció un programa de atención intensiva (baño matinal, desayuno en su habitación con la asistencia de una terapeuta, sin participar en las actividades de animación). En algunas semanas esta joven comenzó a desplazarse libremente en la unidad, ya no se quitaba la ropa y más tarde parecía buscar la compañía de los miembros del equipo. Algunos meses después compartía sus alimentos con los otros residentes y realizaba evidentes tentativas de comunicación no verbal. Su rostro, más expresivo, y su relativa tranquilidad estando en grupo confirmó una cierta disponibilidad para la relación. Al mismo tiempo, las dosis de su tratamiento neuroléptico disminuyeron a un cuarto e incluso proyectamos la suspensión completa de la medicación.

booksmedicos.org

XLVIII.4.2. *Pauline*

Pauline, de 34 años, fue objeto de una admisión en atención temporal en una de las unidades residenciales de nuestro albergue para adultos (MAS). Previamente había habitado en varios establecimientos especializados de donde era dirigida regularmente a su hospital de sector, y ninguno de estos establecimientos había podido proseguir su atención en razón de los trastornos incompatibles con la organización de una vida en colectividad, así como de un comportamiento riesgoso. En efecto, Pauline trepaba sistemáticamente sobre el mobiliario, el alféizar de las ventanas y los calefactores.

Después de una semana a prueba, el equipo de la unidad residencial en la que Pauline había sido admitida se encontró totalmente desbordado por esta joven que, efectivamente, no podía ser acomodada de manera segura y tranquila en ese lugar, a pesar de la presencia del educador de su establecimiento de origen. El equipo, tras discutirlo, propuso una nueva admisión, esta vez en nuestra "unidad de apaciguamiento" situada dentro de una de las unidades residenciales de nuestro albergue.

En menos de una semana, el equipo de la unidad de apaciguamiento llamó nuestra atención sobre la necesidad imperativa de proseguir un trabajo que mostrara la evidencia de una evolución en proceso. El equipo arguyó que Pauline no se ponía nunca en peligro cuando caminaba sobre las mesas del comedor, y que este comportamiento traducía una necesidad esencial de orientarse dentro del espacio de un entorno del que era necesario que ella tuviera siempre un cierto control. Se constató entonces que, en efecto, Pauline se desplazaba con mucha precaución de un mueble al otro. Entonces fue readmitida en la unidad residencial y sus conductas fueron objeto de una mayor tolerancia, a pesar de la vigilancia que siempre necesitaban. Fue muchos meses más tarde, y gracias a un trabajo educativo y psicológico continuo, cuando Pauline "descendió de los muebles" y llegó a utilizar el espacio de una manera más segura.

Aquí se ve que el éxito o el fracaso de nuestra atención pueden depender a veces del entorno que proponemos. En este caso, Pauline, en el curso de su primer internamiento, no estaba en capacidad de dominar y de integrar un sitio vital compuesto por un grupo de residentes ya organizados alrededor de reglas de vida colectiva, a pesar de la calidad de la atención y del acompañamiento de un equipo que intentaba adaptarse a esta nueva residente. Por el contrario, la disponibilidad del equipo de la unidad de apaciguamiento, cuya primera misión de observación y de acompañamiento no imponía a los residentes una integración dentro de un grupo ya constituido y organizado alrededor de proyectos colectivos de vida, permitió un enfoque específico de ciertas formas severas de autismo.

XLVIII.5. Psicopatología

Las consideraciones psicopatológicas han sido expuestas brevemente en el apartado XLVIII.3. Además, se ocupan de ciertos desarrollos concernientes a las psicosis en general (apartado XXIII.5).

XLVIII.6. Terapéutica

Como se ha visto, no existe un déficit mental en general, sino numerosos sujetos

booksmedicos.org

discapacitados, tanto por la profundidad de sus déficits como por los trastornos asociados, la organización psicopatológica subyacente, las diversas etiologías posibles. Así, no existe una actitud terapéutica común, sino una serie de medidas cuya utilización dependerá de cada caso individual.

No contemplaremos aquí las terapias propias de una etiología particular (antiepiléptica, extractos tiroideos, dieta sin fenilalanina, etc.) (Tardieu, 2002). Para las expresiones sintomáticas psíquicas no existen tratamientos específicos, sino sintomáticos: el recurso a los antidepresivos si hay depresión, a los neurolépticos sedantes en caso de agitación, etc., teniendo siempre en cuenta la mala tolerancia, los efectos paradójicos de los medicamentos y el fenómeno de escape tras algunos meses.

De una manera general, los ejes terapéuticos se organizan alrededor de tres direcciones: el abordaje psicoterapéutico del individuo y de su entorno, las medidas educativas y las medidas institucionales.

XLVIII.6.1. *Abordaje psicoterapéutico*

Puede tratarse de psicoterapia de sostén o de psicoterapia de inspiración analítica. Su indicación depende del lugar de la sintomatología deficitaria dentro del seno de la organización psicopatológica: mientras la discapacidad aparezca más como el síntoma de un sufrimiento psicoafectivo del que son muestras la angustia o diversas conductas patológicas asociadas, más indicada parece la psicoterapia. El abordaje familiar, bajo forma de *counseling* o de psicoterapia familiar, no debe menospreciarse, puesto que el deficiente mental siempre suscita dificultades de relación en el seno de la familia: tendencia al rechazo o a la sobreprotección, dimisión frente a la profundidad del déficit o rechazo de éste.

XLVIII.6.2. *Medidas educativas e institucionales*

Éstos son los enfoques posibles cuando el individuo parece organizarse alrededor de síntomas deficitarios o de síntomas psicóticos no específicos. La importancia es brindar a estas personas un sostén humano y auxilios técnicos individualmente adaptados con el fin de favorecer su desarrollo. Estos auxilios consisten en desarrollar un plan de intervención y un plan de servicios adaptados a sus necesidades. Esta tarea concierne al equipo pluridisciplinario que conoce bien las necesidades de la persona (Zucman, 1998).

Para los deficientes mentales adultos existen diferentes estructuras: talleres protegidos, centros de atención especializados, centros de día, departamentos colectivos, establecimientos sociales y médico-sociales, como las casas de atención especializada, las residencias de atención medicalizada, las residencias de doble tarifa, los establecimientos y servicios de ayuda para el trabajo, las instituciones especializadas y las estructuras de acogida especializadas (Coudert y Epelbaum, 2003). En Francia es frecuentemente el

booksmedicos.org

sector asociativo, a veces la psiquiatría de sector, el que reúne estas diferentes estructuras que permiten atender mejor, a lo largo de una vida, a estos pacientes. La atención y la integración de los padres, cada vez que son posibles, forman parte integral del programa de atención y de reeducación.

Las medidas educativas e institucionales tienen en común poner en evidencia la necesidad de disponer de un enfoque muy individualizado, sin el cual la adaptación de un equipo a problemáticas tan pesadas y complejas sería vana.

Cualquiera que sea el tipo de establecimiento de recepción, cada equipo debe también elaborar proyectos de vida a partir de nociones dinámicas y ponerlos en duda regularmente. Es indiscutible que, para trabajar junto a individuos que presentan tales dificultades de integración social, los terapeutas deben disponer de un real compromiso personal, que no sea fuente de angustia o de momentos depresivos demasiado intensos, pero que no excluye por ello la eventualidad de vivencias difíciles. De ahí el interés por desarrollar un espíritu de cuerpo en el seno de estas instituciones de manera que cada uno, cualquiera que sea su función, tenga un papel bien definido, reconocido por los otros, cumplido con rigor y flexibilidad. Aquí se encuentra toda la dimensión insoslayable del trabajo institucional correlacionado con el trabajo intrapsíquico de los residentes del establecimiento.

Conclusión

Relegados durante largo tiempo y casi rechazados en las unidades llamadas de "defectología" en el seno de los hospitales psiquiátricos, los pacientes deficientes mentales con trastornos psíquicos pronunciados se benefician actualmente de instituciones especializadas que han heredado el *savoir-faire* de las técnicas de psicoterapia institucional, y que se sirven al mismo tiempo de toda la gama de enfoques educativos desarrollados a lo largo del tiempo. Gracias a un trabajo coherente, paciente y colectivo, estos pacientes revelan una clínica y una psicopatología muy ricas que han renovado nuestros conocimientos en materia de pacientes gravemente perturbados, ofreciéndoles al mismo tiempo modalidades de acogida dignas de su humanidad.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2013), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ª ed. (DSM-5), Washington. [*DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Versión española de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Editorial Panamericana, Madrid, 2014.]

Asociación Norteamericana de Retraso Mental (1921), *Definition, Classification and Systems of Support,* AAMR, Washington, 10ª ed., 2002. [*Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Versión española de M. A. Verdugo y C. Jenaro. Alianza

booksmedicos.org

Editorial, Madrid, 2004.]
Binet, A., y T. Simon (1907), *Les Enfants anormaux: guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*, Armand Colin, París. [*Niños anormales: guía para la admisión de niños anormales en clases de perfeccionamiento,* Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, Madrid, 1992.]
CFTMEA-R-2000 (1990), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, Vanves. [*Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente.* Versión española de Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental (AFAPSAM), Polemos, Buenos Aires, 2004.]
Coudert A.-J., y C. Epelbaum (2003), "Déficience mentale: prise en charge médico-sociale chez le jeune adulte", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37219-C50, Elsevier Masson, París.
Curry, C. J., A. Sandhu, L. Frutos y R. Wells (1996), "Diagnostic yield of genetic evaluations in developmental delay/mental retardation", *Clinical Research*, 44.130A.
Epelbaum, C., y M. Speranza M. (2002), "Concept de déficience mentale", *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie,* 37219-C10, Elsevier Masson, París.
Frith, U. (1992), *L'Énigme de l'autisme,* Odile Jacob, París. [*Autismo: hacia una explicación del enigma*. Versión española de Celina González Serrano, Alianza Editorial, Madrid, 2004.]
Hutau, M., y J. Lautrey (1997), *Les Tests d'intelligence,* La Découverte, "Repères", París.
Marcelli, D., y A. Branconnier (1999), *Adolescence et psychopathologie,* 5ª ed., Masson, París. [*Psicopatología del adolesc*ente. Versión española de Susana Simó Perales-Zabka, Elsevier Masson, Barcelona, 2005.]
Mc Laren, J., y S. E. Bryson (1987), "Review of recent epidemiological studies of mental retardation: Prevalence, associated disorders, and etiology", *American Journal of Mental retardation,* 92, pp. 243-254.
Misès, R. (1973), "Réévaluation dans l'approche psychopathologique des déficients intellectuels", *Confrontations psychiatriques,* 10, pp. 9-30.
Misès, R., J. Fortineau, P.-H. Jeammet, J.-L. Lang, P.-H. Mazet, A. Plantade *et al.* (1988), "Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent", *Psychiatrie de l'enfant,* 31, pp. 67-134.
Misès, R., J. Misès y H. Beauchesne (1968), "Le démembrement de la démence épileptique chez l'enfant", *Psychiatrie de l'enfant,* 11, pp. 181-265.
Misès, R., R. Perron y R. Salbreux (1994), *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant,* ESF Éditeur, París.
Organización Mundial de la Salud (1992), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement,* Masson, París, 1993. [*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Edición española de J. J. López Ibor, Meditor, Madrid, 1992.]

booksmedicos.org

Séguin, E. (1846), *Traitement moral, hygiène, et éducation des idiots et des autres enfants arriérés,* J. B. Baillière, París.
Tardieu, M. (2002), "Déficience mentale: recherche de la cause et traitement en neurologie pédiatrique", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37219-C70, Elsevier Masson, París.
Wechsler, D. (1973), *La Mesure de l'intelligence de l'adulte,* PUF, París.
Zazzo, R. (1969), *Les Débilités mentales*, Armand Colin, París; 3ª ed., 1979.
Zucman, E. (1998), *Accompagner les personnes polyhandicapée: Réflexions autour des apports d'un groupe d'étude du CTNERHI,* Éditions du CTNERHI, París.

booksmedicos.org

Maison d'accueil spécialisée: albergue permanente para adultos deficitarios gravemente dependientes. [T.]

booksmedicos.org

XLIX. SITUACIONES CLÍNICAS DIFÍCILES Y PELIGROSIDAD

DOMINIQUE MATHIS

La noción de situación clínica difícil tiene un sentido inmediato para todo terapeuta que se ha confrontado con ella, pero abarca, de hecho, situaciones bastante heterogéneas. No puede describirse con un enfoque clásico de tipo sintomático o nosográfico. Implica frecuentemente la noción de peligrosidad y de trastorno grave del comportamiento, sin que por ello estas situaciones, que no son raras en psiquiatría, basten por sí mismas para ser calificadas de difíciles.

XLIX.1. DEFINICIÓN Y CONTORNOS DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DIFÍCIL

La definición necesita un enfoque global, sistémico, que remite a la pregunta: ¿dónde se encuentra en definitiva la dificultad? ¿Del lado del paciente, del lado de la institución que lo recibe, o en el encuentro paciente-institución? La situación clínica difícil es aquella que pone en dificultad al terapeuta o a la institución que ha tomado a su cargo al paciente en un momento preciso de su historia común; aquella que, de una u otra manera, conduce a una situación de estancamiento terapéutico. Al situarse en el encuentro entre el paciente y la institución en un momento dado, el estancamiento terapéutico plantea la pregunta de la clínica, pero también las respuestas terapéuticas en un sentido amplio, lo que incluye a los medicamentos, los equipos tratantes (incluyendo la representación que éstos tienen de sus misiones), las instituciones como tales, como la reglamentación que las rige.

La peligrosidad, pregunta más específica en el seno de estas situaciones de estancamiento, ocupa un sitio importante en la historia de la psiquiatría, hasta el punto de que ciertos autores han hecho de ella un "mito fundador" de nuestra disciplina (Senninger, 2007). El Código Penal de 1810 preveía en su artículo 64 (actualmente artículo 122-1, apartado 1, del Código Penal) la transferencia de la responsabilidad de los enfermos mentales criminales de la justicia hacia la psiquiatría. La ley de 1838, que estructuró la práctica psiquiátrica en Francia, instituyó la separación de los delincuentes y de los enfermos mentales. Dio toda su importancia a la noción de estado de peligrosidad al ordenar el internamiento de toda persona *"*cuyo estado de alienación comprometería el orden público o la seguridad de las personas*"* (artículo 18), prescribiendo "en caso de peligro inminente […] todas las medidas preventivas necesarias*"* (artículo 19). Este texto quedó sin cambio notable en su principio hasta las leyes del 27 de junio de 1990 y del 5 de julio de 2011, que retomaron lo esencial de las disposiciones de la de 1838 respecto de

booksmedicos.org

la cuestión de la peligrosidad (véase el capítulo XIV).

El psiquiatra es interpelado, pues, en su práctica, frecuentemente respecto de la presencia o ausencia de un estado de peligrosidad en las diferentes etapas de la atención psiquiátrica (diagnóstico, tratamiento). No obstante, este estado complejo y plural sigue siendo difícil de definir. Incluye inicialmente el riesgo de actos auto o hetero-agresivos, pero también, más ampliamente, el de todo acto violento. La Comisión Salud-Justicia (Burgelin, 2005) señala en su reporte:

> Por una parte, la peligrosidad se apoya en un sistema de valores y de normas que forman parte de una sociedad determinada, y por ello es variable en el tiempo como en el espacio. Además, el estado de peligrosidad de un mismo individuo no presenta necesariamente un carácter permanente y lineal, pero puede, por el contrario, ser transitorio, atenuarse e incluso desaparecer o acrecentarse. Por otra parte, la peligrosidad de una persona reviste diferentes formas: puede ser de orden criminológico o psiquiátrico.

XLIX.2. Epidemiología

Se puede examinar el vínculo entre peligrosidad y psiquiatría a partir del ejemplo de la esquizofrenia, patología a la vez frecuente y grave. El principal peligro para la persona afectada de esquizofrenia concierne inicialmente a ella misma: el riesgo de suicidio es 35 veces más elevado que en la población general, y el riesgo de ser víctima de una agresión es 14 veces más elevado. También es mayor el riesgo de comportamiento violento, seis veces más elevado aproximadamente. Este riesgo aumenta de manera muy significativa con la ingestión de alcohol y de tóxicos (se multiplica por siete y hasta por 17, según los estudios), pero también por los factores de riesgo sociales y familiares que se encuentran en la población general (De Beaurepaire *et al.,* 2004).

Los diferentes estudios que exploran la peligrosidad en las personas que sufren de esquizofrenia permiten realizar varias observaciones. Inicialmente, el riesgo de peligrosidad permanece bajo. Después, este riesgo aparece mucho más bajo en esta patología que el riesgo ligado a la ingesta de tóxicos o a los trastornos de la personalidad. Finalmente, los actos de violencia de las enfermedades mentales presentan un crecimiento proporcional al del aumento de la violencia en la población general (Wallace, 2004). Se puede así concluir que "la mayoría de las personas violentas no son enfermos mentales, y la mayor parte de los enfermos mentales no son personas violentas" (Friedman, 2006).

El vínculo estadístico descrito entre peligrosidad y esquizofrenia es cuantitativo y no cualitativo. Cuando uno se interesa más específicamente en los mecanismos de las conductas violentas en los esquizofrénicos, éstas se muestran heterogéneas y plurifactoriales. Se esbozan dos subgrupos (Naudts, 2006):

booksmedicos.org

a) pacientes en los cuales las conductas violentas están sostenidas por dimensiones propias de la esquizofrenia: el delirio, el tema de la identidad y de la filiación, la disociación, la ambivalencia, la vivencia de extrañeza, y a veces son seguidas por un acto autoagresivo, ya sea inmediatamente, ya sea después del tratamiento;
b) pacientes en los cuales los actos violentos frecuentemente han preexistido a la aparición de los primeros síntomas esquizofrénicos y están vinculados con hábitos o a un modo de vida antisocial.

XLIX.3. LA CLÍNICA

Expondremos la evaluación de la peligrosidad de manera relativamente independiente de su pertenencia nosográfica, dado que estas situaciones no están únicamente en función de la psicopatología del individuo, sino también del contexto global en el cual evoluciona.

XLIX.3.1. *Evaluación clínica de la peligrosidad*

Los factores de riesgo del acto violento pueden agruparse según los diferentes campos: histórico, clínico y contextual.

Los factores de riesgo históricos

Incluyen dos grupos de *antecedentes:*

a) los antecedentes de actos delictivos y de comportamientos violentos (multiplicidad y gravedad de las infracciones, precocidad del inicio en los comportamientos violentos, conductas violentas recientes, portación habitual de un arma);
b) los antecedentes de violencias y traumatismos sufridos (maltratos físicos o psíquicos en la infancia o en la edad adulta, traumas psíquicos de todo tipo).

Los factores de riesgo clínicos

Algunos síntomas de *patologías psiquiátricas* se describen clásicamente como facilitadores del riesgo de violencia: ideas delirantes de persecución con un perseguidor identificado en los delirios paranoides; síndrome de influencia con órdenes alucinatorias de pasaje al acto, sentimiento de peligro inminente, trastorno del reconocimiento de la intencionalidad de los demás en la esquizofrenia; impulsividad, irritabilidad, trastorno del juicio, asociados a la megalomanía de los episodios maniacos; ideas delirantes de

booksmedicos.org

indignidad, de ruina, de persecución, de suicidio, en los episodios melancólicos; finalmente, la expresión de amenazas, sobre todo cuando se acompañan de un libreto de ejecución.

Los trastornos de la personalidad con las dimensiones de impulsividad, de funcionamiento en "corto circuito" con falta de mentalización, de dificultad para representarse las consecuencias de un acto violento, de intolerancia a la frustración, de ausencia de empatía y de egocentrismo, son elementos que aumentan el riesgo de violencia. Se les encuentra especialmente en la psicopatía y en los estados limítrofes.

El abuso de alcohol y de tóxicos aumenta el riesgo de violencia tanto en la población general como en los individuos que presentan trastornos mentales. Los comportamientos violentos aparecen en la intoxicación aguda (efecto desinhibidor o psicodisléptico de los tóxicos), pero también en estados de abstinencia o en ocasión de reacciones paradójicas (por ejemplo con las benzodiacepinas).

La cuestión de las comorbilidades es fundamental en la evaluación de la peligrosidad. El riesgo de violencia aumenta con el número de trastornos asociados: abuso de alcohol o de sustancias, pero también situación de crisis existencial o de pérdida de objeto, depresión, ideas de suicidio… La cólera, la falta de introspección, la hostilidad y la suspicacia aumentan también el riesgo de violencia.

Los factores de riesgo contextuales

Considerar las variables situacionales forma parte integral de la evaluación del riesgo de violencia. Los factores de riesgo contextual son los factores ligados al entorno, a las condiciones sociales y a las demás circunstancias que componen el marco vital. Se pueden citar al estrés en general y los acontecimientos de vida "estresantes" recientes, los factores de frustración social (pobreza, rivalidad), un soporte social y familiar pobre y relaciones afectivas inestables, así como dificultades laborales.

Así como existen factores de riesgo, existen *factores de protección* en relación a la peligrosidad. Los más comúnmente citados son la participación en un programa de atención y la intensidad del seguimiento establecido, la buena observancia del tratamiento, la mejoría de las capacidades de introspección, la calidad del cuadro social (por ejemplo, alojamiento estable) y afectivo, así como la existencia de proyectos. La evaluación de las capacidades del individuo para reconocer sus dificultades o sus trastornos, así como su adhesión a los tratamientos, es fundamental. Debe buscarse su capacidad para reconocer su implicación en el acto violento y para representarse sus consecuencias.

XLIX.3.2. *Instrumentos de evaluación*

Se han desarrollado instrumentos de evaluación de la peligrosidad, pero éstos no

booksmedicos.org

remplazan la evaluación clínica (Voyet, 2009). No obstante, tienen la ventaja de brindar una evaluación formal según los criterios sistematizados. Pueden tener un efecto apreciable de distanciamiento de la situación por evaluar y tratar, estando sometido el equipo médico y tratante a la ruda prueba entre la presión emocional de los pacientes y la de la necesidad de protegerlos, así como a su entorno, de nuevos pasajes al acto. Las escalas de evaluación son de dos tipos.

Los instrumentos "actuariales" están basados en análisis estadísticos y no son, pues, sino una ecuación que conduce a una probabilidad cuya fiabilidad puede discutirse. La VRAG (Violence Risk Apraisal Guide) se utiliza en la evaluación del riesgo de recidiva del comportamiento violento. Incluye 12 ítems y conduce a una clasificación del riesgo de violencia (0 a 100%).

Los instrumentos semiestructurados toman en cuenta el contexto y la clínica y dejan más lugar a la evaluación del examinador. La HCR-20 *(*Historical Clinical Risk Assessment*)* es la escala más utilizada para la evaluación del riesgo de recidiva y ha mostrado un cierto valor predictivo a corto y mediano plazo (Gray *et al*., 2008). Incluye 20 ítems repartidos en tres subescalas: histórica, clínica y administración del riesgo.

Citemos igualmente otra escala, el IMPC (Instrumento de Medida de los Progresos Clínicos) (Millaud, 2007), utilizada para evaluar la evolución, a lo largo del tratamiento, de los comportamientos violentos en los pacientes psicóticos. Fue desarrollada en el Instituto Pinel de Montreal, que recibe pacientes de esa aglomeración urbana que han cometido actos médico-legales. Está compuesta de 11 variables que van desde los síntomas psicóticos hasta la capacidad para solicitar ayuda, la higiene y las capacidades de socialización.

XLIX.4. Caso clínico

El señor M. es enviado a una unidad para enfermos difíciles por un hospital de sector debido a "un estado delirante resistente a las terapéuticas con trastornos conductuales mayores, agresividad y peligrosidad". Tiene 26 años de edad y mide 1.96 m, lo que lo hace particularmente impresionante para los terapeutas que se ocupan de él. Se trata de su primer episodio psiquiátrico, que apareció cuando se encontraba buscando un empleo tras sus estudios de técnico superior. Fue hospitalizado tras una interpelación por las fuerzas del orden en razón de los trastornos del comportamiento en la vía pública, dentro del marco de un amplio delirio megalomaniaco, cósmico y místico, con automatismo mental invasor. Dice que realiza telepatía, se percibe omnipotente, tiene una misión pacifista universal, tiene la intuición de una próxima catástrofe cósmica, es un inventor genial y posee "la Fuerza". El equipo tratante se confronta a su oposición a la atención y a su angustia: si no es agresivo de manera dirigida, es impulsivo y enérgico, y han tenido lugar varios pasajes al acto en contra de los terapeutas. Han sido necesarias medidas de contención física durante varias semanas. Frente a la resistencia del cuadro clínico el paciente es dirigido a la unidad para enfermos difíciles.

El equipo de esta unidad es confrontado, en un primer momento, a las mismas dificultades aunque se observa, no obstante, una clara disminución de los pasajes al acto. Después de seis meses de persistencia del estado delirante a pesar de varios ensayos

booksmedicos.org

terapéuticos, el estado del paciente se agrava súbitamente: en pocos días se instala un estado catatónico severo que pone en juego el pronóstico vital. Se instaura un tratamiento electroconvulsivo de urgencia. El estado del paciente mejora entonces de manera completamente notable. Las experiencias alucinatorias desaparecen y puede criticar sus "sueños", como llama a sus experiencias delirantes. Algunas semanas más tarde es transferido a su servicio de sector. Se observa aquí la ausencia de cambios del cuadro clínico en el curso de los primeros meses de hospitalización en la unidad para enfermos difíciles, aunque su expresión conductual se apaciguó ampliamente. Se puede pensar que fue la organización del marco de atención y su función limitante lo que permitió este apaciguamiento. El episodio catatónico que siguió a este estado estuvo sin duda en relación con el tratamiento neuroléptico: todo ocurrió como si la evolución de este paciente debiera haber pasado por una "crisis" que fuera resolutiva del episodio. La unidad para enfermos difíciles permitió acompañar esta evolución y esta crisis sin un daño irreparable.

XLIX.5. Psicopatología

Desde un punto de vista psicopatológico se distinguen la violencia y el acto violento. La primera es descrita por los psicoanalistas como intrínseca al hombre: para Freud la violencia es inherente a la expresión de los instintos y pulsiones, y por esto posee un "carácter elemental". En *El malestar en la cultura* (1930), supone que "la tendencia a la violencia es una disposición pulsional originaria, autónoma del ser humano, es el peligro principal para el ser humano e incluso para la especie". Bergeret (2000) habla, por su lado, de "violencia fundamental o instintiva": "El papel de la violencia instintiva no es el atacar al otro y, sobre todo, no por placer. Se trata fundamentalmente de proteger la existencia y la integridad narcisista del individuo". En esto se une a Freud, quien, dentro del marco de su primera teoría de las pulsiones, consideraba más bien la agresividad una manifestación de las pulsiones de autoconservación o pulsiones del yo (aquellas que posteriormente expresarán el polo narcisista de los investimentos libidinales). Ulteriormente, Freud (1920) vinculó más bien la agresividad a la pulsión de muerte, dentro del marco de su segunda teoría de las pulsiones, y esta óptica fue amplificada en la obra de Melanie Klein, en la que la agresividad será sinónimo de sadismo.

Si la violencia tiene un carácter elemental y fundamental, no es, por el contrario, el caso del acto agresivo o violento. La agresividad (en el sentido psiquiátrico del término) o el acto de violencia constituyen comportamientos ya relativamente elaborados. De manera general, el psicoanálisis entiende el pasaje al acto como una falta de mentalización en la que la expresión conductual viene a llenar las carencias o las lagunas de la elaboración mental (Millaud, 1998). Se observa una diferencia clínica entre, por un lado, el "recurso al acto", verdadero corto circuito que pone a la actividad de pensamiento fuera de acción bajo la forma de la descarga, y que está ligada a los lances de supervivencia y de defensa de la integridad (homicidios de algunos esquizofrénicos, pero también de ciertas psicosis frías, casos de violación…), y, por otra parte, el "pasaje al acto", que conserva lazos con una actividad fantasmática arcaica y mal elaborada, pero que no obstante intenta, aunque sólo sea por la repetición, vincular la violencia a la libido

booksmedicos.org

(Balier, 1998).

XLIX.6. Terapéutica

La atención de las situaciones clínicas difíciles y de la peligrosidad plantea diferentes cuestiones: marco de la atención y tipo de la institución que se hará cargo de ella, el tratamiento propiamente dicho y, finalmente, la articulación de la atención con el sistema judicial (si ya se ha cometido una infracción).

XLIX.6.1. *El marco de la atención*

Éste debe permitir el encuentro con el paciente y su investimento sin que este encuentro sea parasitado por el miedo. Si esto no es posible, el paciente puede entonces ser transferido hacia una unidad cerrada (del tipo de la unidad psiquiátrica intersectorial departamental) o a una unidad más especializada, como las establecidas para los enfermos difíciles. Estas últimas acogen a pacientes hospitalizados de oficio que presentan *"*un estado peligroso mayor, cierto o inminente, incompatible con su mantenimiento en una unidad de hospitalización ordinaria*"* y que requieren *"*protocolos terapéuticos intensivos adaptados, medidas de seguridad particulares, establecidas en una unidad especialmente organizada para este efecto*"* (Decreto del 14 de octubre de 1986 relativo a las unidades para enfermos difíciles). Los pacientes son habitualmente dirigidos a estas unidades por los servicios psiquiátricos del sector pero también por las prisiones (Kottler *et al.,* 1998).

Históricamente, la primera unidad para enfermos difíciles se abrió en Francia en 1901, en el hospital de Villejuif, "un servicio de alienados viciosos apto para albergar a los alienados criminales y a los criminales alienados internados de oficio en los asilos de la región del Sena", como lo informó Henri Colin, que fue su primer director médico (Colin, 1912). Actualmente existen cinco unidades de este tipo en Francia, lo que representa un poco menos de 500 camas. Hay que señalar que esta respuesta institucional es muy variable de un país al otro y que el número de lugares en unidades llamadas de "seguridad" es frecuentemente más elevado en el norte de Europa (por ejemplo, en el Reino Unido) que en el sur (como en España).

El funcionamiento de las unidades para enfermos difíciles se caracteriza por un marco de atención extremadamente riguroso, por la presencia de un gran número de terapeutas, que han elegido trabajar con este tipo de pacientes, y por la importancia del trabajo en equipo. Este marco de atención es útil por varios motivos. Por una parte, permite un sentimiento de seguridad para los terapeutas, lo que los protege de los movimientos de rechazo o de contratransferencia que pueden suscitar estos pacientes. Por otra parte, tiene para el paciente un papel "limitante" aunque permite el establecimiento de una función de paraexcitación. Este marco específico recuerda también el simbolismo de la

booksmedicos.org

ley y la noción de prohibición, planteando por este hecho límites conductuales que pueden ser estructurantes en el plano psíquico. Coloca sobre el escenario el reconocimiento por el equipo tratante de la peligrosidad del paciente; es al ser reconocido "peligroso" como se convierte, al mismo tiempo, en objeto de una sostenida atención terapéutica.

XLIX.6.2. *El tratamiento medicamentoso*

La prescripción se apoya en una evaluación clínica rigurosa y sus bases son las de la psiquiatría general. No existe tratamiento específico de la peligrosidad, y la molécula "antiagresividad" sigue siendo una utopía. Todas las moléculas pueden utilizarse: los antipsicóticos (la *clozapina* ha mostrado una particular eficacia en este tipo de indicación), los estabilizadores del estado de ánimo y antiepilépticos (que actúan sobre la impulsividad), los antidepresivos, los ansiolíticos (sabiendo que las benzodiacepinas deben utilizarse con precaución en razón de los riesgos de abuso y de las reacciones paradójicas con aumento de la impulsividad). La atención del abuso del alcohol y de los tóxicos asociados a la patología psiquiátrica es de particular importancia.

El tema del reconocimiento de los trastornos y de la adhesión a los tratamientos es central. Esta última mejora con el establecimiento de un seguimiento frecuente, el que por lo demás disminuye el riesgo del pasaje al acto. El "estudio de la evaluación del riesgo de violencia Mac Arthur" (Steadman, 1998), llevado a cabo en más de 900 pacientes egresados de unidades de psiquiatría general, mostró que la mayor parte de los acontecimientos violentos tuvieron lugar dentro de las 20 semanas siguientes a la salida del hospital, y que el número de acontecimientos violentos fue inversamente proporcional a la intensidad del seguimiento psiquiátrico: el grupo "seguido cada cuatro semanas" tuvo cuatro veces más riesgo de violencia que el grupo de "seguimiento semanal".

XLIX.6.3. *La articulación con el sistema judicial*

Esta articulación es compleja y las trayectorias son variadas. Puede realizarse en todos los niveles del recorrido judicial. En ocasión de la detención, el individuo puede ser hospitalizado en psiquiatría si su estado lo necesita y la instrucción judicial prosigue en este caso durante la hospitalización. En el encarcelamiento, el individuo puede beneficiarse de la consulta al psiquiatra de la prisión, y puede ser admitido en el servicio médico-psicológico regional del que depende o ser hospitalizado de oficio en aplicación del artículo D.398 del Código de Procedimiento Penal, pues la atención no puede realizarse en el encarcelamiento, salvo en caso de urgencia, sin el consentimiento del prisionero. Si el juez de instrucción ordena un peritaje psiquiátrico (obligatorio en un juicio criminal) y se concluye en una irresponsabilidad penal por causa psiquiátrica (artículo 122-1, primer apartado del Código Penal), puede generarse un sobreseimiento,

booksmedicos.org

una excarcelación o una absolución seguidos de una hospitalización psiquiátrica, si el sujeto lo necesita, o de una hospitalización judicial (ley del 25 de febrero de 2008), ahora como "hospitalización por decisión del representante del Estado" (ley del 5 de julio de 2011). El sobreseimiento lo aplica el juez de instrucción, que clausura así el proceso, por lo que éste no tiene lugar: el filósofo Louis Althusser (1992), tras la hospitalización posterior al asesinato de su mujer, habló de esta manera:

> He decidido explicarme públicamente […] para liberarme de la condición en la cual la extrema gravedad de mi estado [me había colocado], de mi crimen y también y sobre todo de los efectos equívocos de la orden de sobreseimiento de la que me beneficié sin poder ni de hecho ni de derecho oponerme a su procedimiento. Puesto que es bajo la piedra sepulcral del sobreseimiento, del silencio y de la muerte pública que he sido obligado a sobrevivir y a aprender a vivir.

Por el contrario, si el peritaje psiquiátrico concluye en una responsabilidad penal parcial por motivo psiquiátrico (artículo 122-1, apartado 2), la instrucción prosigue y tiene lugar el proceso.

Por otra parte, un juez puede ordenar la obligación o la conminación de atención psiquiátricas tanto antes como después del juicio. La conminación de atención es una medida más específica con una organización prevista de relaciones entre la justicia y la salud (médico coordinador). La aplicación de las conminaciones de atención (desde 1998 para los agresores sexuales) así como la extensión de sus indicaciones (2005) han conducido a una nueva población en tratamientos ambulatorios que hasta ese momento no llegaba a solicitar el sistema sanitario (Baron-Laforet, 2009). Estas situaciones pueden parecer difíciles, por una parte, porque tienen la particularidad de presentarse a la consulta bajo un modo particular (la persona condenada a una conminación de atención ha dado su consentimiento a un magistrado, pero esta aceptación no equivale a "solicitud"), y por otra parte porque los equipos terapéuticos pueden tener el sentimiento de no haber sido suficientemente formados para recibirlos. En este tipo de situación, es frecuentemente útil organizar el encuentro, proponer las entrevistas de evaluación, mediatizadas o no, si es posible con la opinión de otro profesional. Es necesario plantear el marco del secreto profesional y de sus obligaciones. Finalmente, hay que precisar que se propone un espacio de atención porque los terapeutas piensan que esto es útil, y no porque el hecho de que la persona esté condenada a una conminación de atención signifique que esta conminación concierna sólo al individuo y no también a los terapeutas.

Conclusión

Las situaciones clínicas difíciles no son el resultado de tal o cual categoría nosográfica ni

booksmedicos.org

de un tipo particular de comportamiento violento. Son "momentos particulares" en la trayectoria de un paciente. Se sitúan en el encuentro entre el paciente y la institución que debe tomarlo a su cargo con el fin de ayudarlo a atravesar este momento particular sin demasiado daño para él mismo y para los demás.

La atención de estas situaciones necesita el establecimiento de un marco adaptado, suficientemente limitante como para permitir un sentimiento de seguridad para el paciente, su entorno y los terapeutas. Es entonces esencial conducir un trabajo de reflexión colectivo con un compartir de informaciones y una elaboración colectiva, y esto forma parte del establecimiento del marco. Si la situación de estancamiento perdura o es demasiado aguda (por ejemplo, en ocasión de pasajes al acto en la institución), puede ser contemplada una transferencia hacia otra unidad o a una para enfermos difíciles. Esta transferencia permite entonces pasar el momento de crisis y triangula la situación entre el paciente y el equipo que lo envió. Es útil un trabajo que vincule a ambos equipos para facilitar el retorno del paciente a su servicio inicial. Finalmente, puesto que encargarse de estas situaciones clínicas difíciles es empresa prolongada, se necesitan más tiempo y una mayor paciencia por parte de los equipos tratantes.

BIBLIOGRAFÍA

Althusser, L. (1992), *L'avenir dure longtemps,* Stock, París. [*El porvenir es largo*. Versión española de Marta Pessarrodona, Destino, Barcelona, 1992.]

Balier, C. (1998), *Psychanalyse des comportements violents,* PUF, París.

Baron-Laforet, S. (2009), "Guide des nouvelles obligations de soin", *Information psychiatrique,* 85, 8, pp. 753-757.

Bergeret, J. (2000), *La Violence fondamentale*, Dunod, París. [*La violencia fundamental: el inagotable Edipo*. Versión española de Carlos Padrón y Soledad Escassi, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1990.]

Burgelin, J.-F. (2005), *Santé, justice et dangerosité: pour une meilleure prévention de la récidive,* Acta de la Comisión de Salud y Justicia, La Documentation Française.

Colin, H. (1912), "Le quartier de sûreté de Villejuif, historique", *Annales médicopsychologiques,* octubre-noviembre, 4, pp. 370-391.

De Beaurepaire, C., M. Benezech y C. Kottler (dirs.) (2004), *Les Dangerosités. De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie,* John Libbey Eurotext, París.

Freud, S. (1920), CX. "Más allá del principio del placer", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2504-2541.

——— (1929)[1930], CLIX. "El malestar en la cultura", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VIII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 3017-3067.

Friedman, R. A. (2006), "Violence and mental illness — how strong is the link?", *New England Journal of Medicine,* 355, 20, pp. 2064-2066.

HAS (Haute Autorité de la Santé) (2011), "Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation

booksmedicos.org

des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Recommandations de la commission d'audition" (http://www.has-sante.fr).

Kottler, C., J. Gouyon, J. Senningery G. Robbe (1998), "Unités pour maladies difficiles", *Encyclopédie medico chirurgicale, Psychiatrie,* 37952-A10, Elsevier Masson, París.

Millaud, F. (1998), *Le Passage à l'acte. Aspects psychiatriques et psychodynamiques,* Masson, París.

Millaud, F., N. Auclair, J.-P. Guay y A. McKibben (2007), "Treatment progress scale for violent psychosis patients", *Canadian Journal of Psychiatry,* 52, pp. 735-743.

Naudts, K., y S. Hodgins (2006), "Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin,* 32, 3, pp. 562-572.

Senninger, J. L. (2007), "Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37510-A10, Elsevier Masson, París.

Steadman, H.-J., E. P. Mulvey y J. Monahan (1998), "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods", *Archives of General Psychiatry,* 55, pp. 393-401.

Voyer, M., J.-L. Selon, C. Paillard y N. Jaafari (2009), "Dangerosité psychiatrique et prédictivité", *Information psychiatrique,* 85, 8, pp. 745-752.

Wallace, C., P. E. Mullen y P. Burgess (2004), "Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders", *American Journal of Psychiatry,* 161, 4, pp. 716-727.

booksmedicos.org

L. EXCLUSIÓN SOCIAL Y PRECARIEDAD: CLÍNICAS Y PSICOPATOLOGÍA

LAURENT MULDWORF
JEAN-PAUL ARVEILLER

El término *exclusión social* apareció en 1974 en la obra de René Lenoir *Los excluidos*. Remplazó los de *disminución social, inadaptación* o incluso *pobreza,* comprendidos dentro de una perspectiva puramente económica. Está en relación con una acepción multidimensional en un contexto socioeconómico dentro del que pronto se descubrirían "los nuevos pobres".

L.1. DEFINICIONES

Según el Observatorio Europeo de las Políticas Nacionales de Lucha contra la Exclusión Social, esta última es la no realización de los derechos sociales básicos garantizados por la ley. La sigla SDF (sin domicilio fijo) designa para el gran público esta parte de la población. Castel (1995) vincula la exclusión de los procesos de *desafiliación*, en relación con la incapacidad de expresión de la situación vivida. El término *desafiliación* tiene la ventaja de señalar el proceso de "desconexión", en tanto que el término *exclusión* tiene un carácter más definitivo.

L.2. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS Y EXCLUSIÓN SOCIAL

L.2.1. *El vínculo exclusión-psicopatología*

El tema del vínculo entre psicopatología y exclusión social, que no es evidente, lo ha planteado la sociedad desde hace algunos años por un cierto número de razones.

La primera es que esta población, lejos de ser homogénea, se muestra actualmente en el campo social luego de que durante mucho tiempo se ocultó. Damon (2002) vincula este cambio con el hecho de que los sujetos sin domicilio fijo pasaron del campo de la represión al de la asistencia (supresión del delito de vagabundeo del Código Civil en 1994). La creación del SAMU (*Service d'Aide Médicale urgente*: Servicio de Ayuda Médica Urgente) social por Xavier Emmanuelli en 1993 —el equivalente del mexicano

booksmedicos.org

ERUM (escuadrón de rescates y Urgencias Médicas)— y la ley de orientación relativa a la lucha contra las exclusiones de 1998 son las respuestas más notorias. Una circular de aplicación afirma, en particular, que "los establecimientos de salud que participan en el servicio público hospitalario concurren a la lucha contra la exclusión social".

Una segunda razón, histórica, se relaciona con la tradición psiquiátrica que ha tenido siempre como misión, entre otras, intentar contener la "locura social" (Arveiller, 2006) que toda sociedad engendra (véanse los capítulos II y LVII).

Finalmente, si el papel de la psiquiatría era regularmente evocado en las circulares que emanaban del Ministerio de Salud, en el informe de Lazarus-Strohl (1995) e incluso en las palabras de la ministra Simone Veil en ocasión del establecimiento del programa experimental 1995-1996 relativo a "la atención de los sufrimientos psíquicos de las poblaciones desfavorecidas", hay que reconocer que los sectores psiquiátricos tardaron mucho en interesarse en el tema. La toma en cuenta de las personas excluidas se limitaba entonces a algunas hospitalizaciones, generalmente bajo coacción. La predominancia de la problemática social hizo aparecer entonces a estos pacientes como "parásitos hospitalarios" que buscaban "refugios hospitalarios". Ciertamente algunos equipos militantes ya se habían ocupado del tema en París, Besanzón, Ruan, etc., pero la adaptación de las instituciones a esta población (consultas sin cita, respuestas rápidas, condiciones de acogida adecuadas, "ir hacia el necesitado" sin esperar una solicitud que no tiene la posibilidad de expresar…) no ocurría.

Fue esta resistencia pasiva de las instituciones la que finalmente condujo a la aparición de una circular (23 de noviembre de 2005) que creó los Equipos Móviles de Psiquiatría y Precariedad específicos, previendo un cierto número de medios para su establecimiento en todo el territorio francés y brindando un pliego de cargos técnicos. En 2010 se crearon oficialmente 103 equipos.

L.2.2. *Datos epidemiológicos*

El número de personas afectadas por la precariedad en Francia es difícil de precisar puesto que se trata de una población heterogénea, móvil, no censada, que escapa de los marcos administrativos oficiales.

Declerck (2001) calculó entre 10 000 y 15 000 las personas que viven en la calle de manera habitual. Según él, si se agregan aquellas alojadas en los centros de albergue y de reinserción social y en los centros de urgencia, esta población se elevaría a 30 000 o 45 000 personas en la región parisiense. A escala nacional, algunos expertos estiman en 100 000 las personas en situación de gran precariedad. El centro psiquiátrico de orientación y acogida del hospital Sainte-Anne, de París, recibe cerca de 3 000 sin techo por año y estima en 40% a los individuos que sufren de trastornos psicóticos.

Más recientemente, en 2009, el grupo de investigación Samenta (Salud Mental y Adicciones) procedió a una estimación de los trastornos psiquiátricos y las adicciones entre las personas sin alojamiento de la región de la Isla de Francia (o región parisina)

booksmedicos.org

(Laporte y Chauvin, 2010). La población estudiada comprendió 65% de hombres y 35% de mujeres, siendo la edad media de 38 años; 40% nacieron en Francia, 60% en el extranjero, sobre todo en África, y 25% tenían un empleo. La frecuencia de los acontecimientos vitales que los marcaron era importante (violencias psicológicas o morales repetidas: 41%; violencias físicas regulares: 28%; personas que vivieron en zonas de guerra: 25%; expósitos, etcétera).

En el plano de los trastornos psiquiátricos, la encuesta mostró que un tercio de esta población sufre trastornos psiquiátricos severos, de los cuales 15% son psicosis, 7% trastornos depresivos graves (y 16% ligeros), 12% trastornos ansiosos y 21% trastornos de la personalidad (personalidades disociales, dependientes, *borderline* o emocionalmente lábiles); 22% declararon haber realizado una tentativa de suicidio durante su vida. La comorbilidad fue importante, asociando 40% de los trastornos del humor con una enfermedad crónica (diabetes o trastornos digestivos). La frecuencia de violencias sexuales sufridas fue impresionante (27% de las personas que presentaban un trastorno psiquiátrico severo, 38% de las que presentaban trastornos psicóticos) y la prevalencia de las adicciones fue de 29% (alcohol, cannabis, medicamentos…). Entre las personas que presentaban trastornos psicóticos, 68% recurrieron a atención psiquiátrica, pero solamente 18% de ellas recibían todavía un seguimiento, lo que ilustra la gran frecuencia del abandono de un tratamiento.

Los resultados de la encuesta Samenta confirman los establecidos por Kovess y Mangin-Lazarus (1997) y Kovess (2001): los trastornos psiquiátricos conciernen a un buen tercio de las personas en situación de precariedad, la prevalencia de los trastornos psicóticos es 10 veces superior a la de la población general, la de los trastornos depresivos, cuatro veces, y la de las adicciones, cinco; finalmente, el riesgo suicida es notoriamente más elevado.

L.2.3. *Las personas en situación de calle*

Con base en los datos epidemiológicos y sociológicos existentes se puede proceder a ciertas categorizaciones que, naturalmente, pueden traslaparse. Se podrían distinguir así, por ejemplo:

- *Pacientes psicóticos crónicos en situación de abandono del tratamiento.* La desinstitucionalización de los años ochenta y, más tarde, las restricciones presupuestales ligadas al contexto económico han conducido a una disminución de la mitad del número de camas en los hospitales psiquiátricos. La pérdida de la función asistencial de estos sitios ha hecho que numerosos pacientes psicóticos crónicos vivan en la calle o en los "centros de albergue y de reinserción social". La extrañeza de sus comportamientos y de su actitud (incluyendo a veces protecciones contra "las radiaciones" o "las voces"), la gran incuria, el aislamiento y el rechazo de atención ponen en gran dificultad todo vínculo con los equipos médico-

booksmedicos.org

educativos.

- *Personas que han vivido exilios y traumatismos.* El recorrido de estas personas emigradas acumula traumatismos físicos y psíquicos: guerra civil, catástrofes naturales, actos de barbarie, sevicias físicas, violaciones. A estos traumatismos se agrega una serie de pérdidas, de separaciones y de deterioro social frecuentemente humillantes. El fracaso y el deterioro social provocan una vergüenza insuperable con sentimiento de indignidad que conduce a un cuadro melancólico de retraimiento, inhibición y cuasi mutismo. Las patologías somáticas están frecuentemente asociadas a esta clínica de estrés postraumático.
- *Personas que presentan trastornos graves de la personalidad.* Se encuentran en su biografía traumatismos psíquicos repetidos, rupturas precoces, múltiples internamientos en orfelinatos, negligencias importantes. El cuadro de estos trastornos de la personalidad del tipo del estado limítrofe grave o psicopático induce relaciones interpersonales conflictivas, sentimiento de vacío y de tensión interna, impulsividad que entraña pasajes al acto auto o hetero agresivos. La realización sobrepasa las capacidades de verbalización y las que permiten diferir el impulso. En esta verdadera clínica de la destructividad alimentada por la ingesta frecuentemente masiva de alcohol o de tóxicos, las conductas masoquistas constituyen un acomodo o una búsqueda de lo peor. Declerck (2001) habla a este propósito de compulsión para la repetición de los traumatismos.
- *Personas con una historia exenta de trastornos patentes,* pero que "presentan después de un cierto tiempo una situación de precariedad y de exclusión como la de los auténticos trastornos mentales caracterizados" (Kovess, 2001). Entre estas personas excluidas, sobre todo económicamente, se encuentran numerosas mujeres, trabajadores pobres y personas mayores: 25% de más de 60 años y 39% de más de 50 (De Fleurieu y Chambaud, 2006).

Si la apariencia y el modo de estar en el mundo de todas estas personas pueden variar, la manera de comprenderlas puede encontrarse por medio de lo que algunos han llamado la clínica psicosocial (Furtos, 2000).

L.3. La clínica psicosocial

Los cuadros clínicos presentados no pueden describirse totalmente ni refiriéndose únicamente a la nosografía tradicional, ni resaltando solamente las condiciones socioeconómicas. Por una parte, el lugar de observación influye en la presentación psicopatológica: un cierto número de actitudes y de conductas se desprenden directamente de la confrontación con "la calle". Por otra parte, el fenómeno de exclusión social constituye un proceso, no un estado, que hace intervenir numerosos factores.

Desde 1995, el reporte publicado por los psiquiatras que trabajan en la consulta parisina de Médicos del Mundo (1995) insiste en la inadecuación de los filtros de lectura

booksmedicos.org

nosográficos habituales para describir a las personas que son recibidas ahí. ¿Las pérdidas de sueño y del apetito deben ser consideradas síntomas de un episodio depresivo o son las consecuencias naturales de unas condiciones de vida particulares? ¿El repliegue sobre sí mismo es una manifestación autística psicótica o bien el reflejo de protección frente a un entorno hostil? Estos pacientes muestran que las actitudes que evocan una sintomatología psicótica ceden espontáneamente cuando las condiciones de existencia cambian y si la situación de exclusión no es muy antigua. Mercuel y Letout (1997) consideran que la tasa de trastornos mentales puede así variar, en esta población, de 2 a 90% según los criterios de los estudios, de ahí el término *seudopsicosis* o *síndrome de despersonalización no psicótica* utilizado por algunos (Mercuel, 2007). Se llamará *clínica psicosocial* una manera de comprender a esta población que toma en cuenta las condiciones de existencia y de precariedad, así como del sitio de observación de esta clínica, siendo la pregunta: ¿de qué manera los modelos y los instrumentos de un dispositivo de psiquiatría "pueden volverse parte importante de una clínica del sufrimiento psíquico que se manifiesta en un marco diferente al suyo"? (Furtos, 2000).

La noción de sufrimiento psíquico se muestra aquí particularmente importante, puesto que es transversal y más amplia que la de trastorno mental. Para la mayoría de los autores, el proceso de exclusión constituye, en efecto, una trayectoria que se realiza por etapas sucesivas. Vexliard (1957) definió cuatro fases: agresiva, regresiva, de fijación y de resignación. Paugam (1991) describió tres y Maisondieu (1997) cuatro, pero que conciernen más bien a la mirada del cuerpo social que, para él, fabrica el fenómeno de la exclusión. Chobeaux (2009) describe tres estados: el elegido, el asumido y el sufrido. Todas estas descripciones señalan una especie de ruptura entre un periodo en el que el excluido conserva un cierto número de orientaciones y de valores sociales de referencia, y la basculación hacia una forma de aceptación fatalista de un estado de hecho en el que el excluido no solamente parece ya no luchar, sino que, incluso, trabaja para la consolidación de ese estado.

Durante el periodo que sigue a su instalación en la calle, la persona conserva referencias sociales y, en particular, puede evocar un sufrimiento ligado a la pérdida progresiva de los objetos sociales (familia, habitación, trabajo, red de relaciones…). Experimenta sentimientos como la vergüenza y el descorazonamiento, que con la inhibición constituyen para Maisondieu (1997) la tríada de la exclusión; Lery *et al.* (1991) hablan de "síndrome de desmoralización" y Lazarus y Strohl (1995), de desesperanza.

Con el paso del tiempo, el excluido puede instalarse en un más allá de la deuda social, del sufrimiento, de la vergüenza, de las referencias témporo-espaciales, del dolor físico. "Decide" ya no sufrir y ese "blindaje emocional" (Furtos, 2000) bloquea progresivamente todo posible vínculo con su entorno, pues el "contrato narcisista" no resistió la presión de los elementos exteriores. "En un principio el hombre tenía que luchar contra las dificultades, los obstáculos objetivos, independientes de él. Ahora el principal obstáculo para su integración social está en él mismo" (Vexliard, 1957). Es entonces cuando se encuentran los falsos cuadros de psicosis esquizofrénica en su

booksmedicos.org

dimensión de repliegue autístico y de reticencia.

L.4. Caso clínico

El señor S., de 38 años, reside en un hogar del Ejército de Salvación desde hace aproximadamente un año. Su componente suicida condujo a su educadora referente a advertir de él a nuestro equipo móvil. Su consumo de alcohol y de *crack* no ha dejado de aumentar y ha realizado recientemente varias tentativas de suicidio: se precipitó frente a un autobús, se lanzó al Sena y ha abusado de los medicamentos. Estos pasajes al acto provocaron breves estancias en el servicio de urgencias pero ha rehusado la atención. Acepta con reticencia entrevistarse con los terapeutas del equipo móvil que llegan a conocerlo en el hogar. Es huidizo y expresa opiniones banales. Serán necesarios varios encuentros antes de que acepte ser acompañado por su educadora a la consulta del Centro Médico Psicológico. Fue acompañado en varias ocasiones, presentándose en un estado depresivo mayor, angustiado, rígido, semimutista, obligando a su referente a verbalizar en lugar de él, hasta que fue capaz de apropiarse el trámite de la atención. No pregunta nada y exhibe un discurso viscoso, exterior, separado de su sufrimiento por mecanismos de negación y de escisión: “Estaba borracho, los otros me obligaron”, “Ya no lo volveré a hacer”, “Ahora las cosas marchan bien”. A lo largo de las consultas frecuentes se instauró un tratamiento antidepresivo y ansiolítico que S. viene a recoger dos veces por semana con la enfermera del equipo. Estuvo entonces en posibilidad de relatar su biografía —en la cual se acumulan traumatismos físicos y psíquicos— y expresar sus emociones.

S. nació en Somalia, de una madre de Cabo Verde y un padre etíope. Su madre falleció a consecuencias del parto de su nacimiento. Lo expresa de una manera melancólica: “Yo maté a mi madre”, y rehúsa festejar sus propios aniversarios. Fue criado por su padre, rico comerciante, quien fue asesinado cuando el paciente tenía 10 años durante las masacres y pillajes de la guerra entre Eritrea y Etiopía. El propio paciente fue golpeado y herido. Este episodio traumático se reconstituye gracias a recuerdos fragmentados o vagos, pues fue vivido en un estado de confusión y de embotamiento. El paciente repite que “debió morir con su padre ese día”. El síndrome de estrés postraumático se agrega al sentimiento de culpabilidad por haber sobrevivido. Posteriormente sufrió un recorrido largo y complejo, pues conocidos suyos que eran malhechores lo vendieron a una red de prostitución infantil y a los 12 años se encontró en Francia obligado a prostituirse. Consumió alcohol y cannabis y más tarde, a partir de los 16 años, consumió regularmente cocaína, *crack* y éxtasis. El paciente expresa un sentimiento de vergüenza y de suciedad, se trata a sí mismo de “porquería” que “ya no es un hombre”. Su politoxicomanía le ha permitido “sostenerse y ahora ya no pensar en eso”.

Su humor mejora y se presenta alternativamente sumiso de una manera infantil o provocador y transgresor, buscando atacar el cuadro para hacerse rechazar. Se realizan sesiones regularmente en el hogar del Ejército de Salvación para sostener al equipo educador. En el plano social, carece de documentos y de ingresos, y los trámites tendientes a la obtención del estatus de refugiado son complicados debido a que ingresó a Francia con una falsa identidad. Este trabajo en red permitió limitar la destructividad del paciente (alcoholizaciones, ausentismo, fugas). Los trámites sociales tuvieron finalmente un buen fin y S. obtuvo su carta de refugiado y recuperó el apellido de su padre. Dice: “Debo reconstruir toda mi identidad”.

booksmedicos.org

L.5. Psicopatología de la autoexclusión

L.5.1. *Autoexclusión y adaptaciones secundarias*

Se puede decir generalmente que si se cae en la exclusión, permanecer ahí representa un trabajo. La dificultad del enfoque de estos pacientes se debe al hecho de que el fenómeno de la exclusión no puede explicarse únicamente por una carencia (alojamiento, dinero…), aun cuando ésta haya sido el factor precipitante. En los hechos, las prestaciones materiales no hacen frecuentemente sino alimentar un tonel de las danaides, incluso aumentar de manera perversa la demanda, es decir, la dependencia. ¿Cómo explicar el hecho de que las personas parecen "engancharse" a su situación, no obstante inaceptable a nuestros ojos? ¿No habría aquí un fenómeno de afiliación institucional, es decir, de adaptación paradójica a una situación, tal como la descrita por Goffman (1961), pero esta vez en la institución abierta que es la calle?

Para Vexliard (1957), mientras que en un principio la persona mantiene todavía un vínculo, incluso si éste está marcado por el sello de la agresividad, y ha conservado la idea de una inserción social o por lo menos de una salida de la calle, "el hecho nuevo son los medios que el individuo está obligado a emplear para subvenir a las necesidades elementales de la existencia, pues los medios socialmente admitidos se han vuelto inaccesibles. Aprende a recibir sin dar nada a cambio". Pasará más allá de la reciprocidad y de las lógicas de causalidad y se colocará psíquicamente de conformidad con su nueva realidad racionalizándola, incluso reivindicándola: "La autoaprobación se convierte en una condición vital de este equilibrio, apuesta de supervivencia". Simonnet (2000) llama a estas personas los "rechazantes": se refugian en una situación descrita como "elegida", puesto que es obligatoria para la supervivencia psíquica y a veces llegan hasta a organizar un seudodelirio de perjuicio ("si mi mujer no me hubiera abandonado, si la trabajadora social hubiera hecho su chamba…"), cuya reparación es imposible.

Se puede plantear la hipótesis de una instalación activa en una especie de compromiso existencial en el cual sería más aceptable vivir lo peor rechazando toda falta sobre los demás, que vivir lo malo arriesgando sentirse responsable, y por ello culpable. El "síndrome de autoexclusión" (Furtos, 2008) se convierte entonces en "la evolución de un sufrimiento psíquico que va hasta impedir sufrir, es decir, experimentarse", una *deshabitación* de sí mismo, que se acompaña de signos negativos, de desaparición: anestesia del cuerpo, embotamiento de las emociones e inhibición del pensamiento. En este nivel, la ausencia de demanda, las reacciones terapéuticas negativas deben ser entendidas como defensas paradójicas ante la situación, llevando al fracaso a los actores y las prácticas de la acción social.

L.5.2. *Enfoque psicoanalítico de la autoexclusión*

booksmedicos.org

La psicopatología de los grandes excluidos podría expresarse alrededor de la ausencia y de la pérdida: estos individuos serían sin narcisismo, sin defensas, sin superyó, sin límites, sin sentido de la realidad, sin sentido de la otredad… ¿Qué les queda? Zucca-Quesemand (2007) responde que queda el límite del suelo y de la fuerza de atracción, y que para continuar existiendo se "enraízan" en un proceso de "asfaltización". La pérdida del límite del tiempo borra la historicidad del sujeto, su sentimiento de pertenencia y de continuidad, garantes de su identidad.

Esta colección de "sin" ilustra para Roussillon (2008) el hecho de que el principio de realidad forma parte de una lógica que se apoya en la esperanza que permite el renunciamiento. Aquí la lógica es otra. Es una lógica de supervivencia regida por la huida y las defensas paradójicas: cortar todo vínculo por miedo de tener que perderlo. Huir hacia dentro de sí mismo necesita el retirar una amplia parte de sí mismo practicando una amputación de su propio yo: "yo congelado" (Furtos, 2008), "forclusión de una parte del yo" (Declerck, 2001). Este tipo de escisión fue descrito por Ferenczi (1934) como "escisión narcisista", protectora en ocasión de los traumatismos psíquicos. La fragmentación del yo conduce a una parte inactivada, "muerta", y una parte despierta. La situación traumática escapa así de toda representación y memorización posibles; están concernidas las zonas no representacionales y no verbales de la psique. La compulsión de repetición vendrá a remplazar la rememoración imposible.

Se podría formular la hipótesis de que los individuos en situación de autoexclusión están en un estado traumático permanente y que han instalado una defensa de supervivencia psíquica por una escisión del yo, presentando así una parte inactivada-muerta al exterior, en tanto que una parte viviente restante se ha exiliado, lejos, en el interior del individuo. La apuesta terapéutica sería ir progresivamente al encuentro de esta parte sumergida, ocupando al principio una posición de testigo viviente y presente, en un silencio mucho tiempo necesario.

L.6. Dispositivos y enfoques terapéuticos

El legislador ha propuesto acciones específicas para los excluidos conducidas por los equipos especializados que ya hemos mencionado (EMPP: equipo móvil de psiquiatría de precariedad), mientras que los principios fundamentales del sector psiquiátrico deberían haber sido normalmente aplicados también a ellos, lo que plantea una pregunta ética: ¿la especialización no va a aumentar la exclusión de una población ya marginalizada? Así, uno de los retos es evitar la creación de un dispositivo de centros médico-psicológicos específicos, con el riesgo, a largo plazo, de una disminución de la calidad de la atención.

Los principios fundamentales de la circular del 23 de noviembre de 2005, ya citada, son *ir hacia* y adaptarse a los territorios en los que viven las personas, articularse y coordinarse con los equipos sociales de primera línea, conservar una preocupación ética concerniente a la distancia por encontrar, respetar la libertad y la singularidad del individuo, así como el tiempo necesario para el acompañamiento hacia la atención. Las

booksmedicos.org

acciones, pues, se han desarrollado en dirección a las personas ahí donde se encuentran, con una finalidad de evaluación clínica, orientación y acompañamiento hacia la atención adaptada. Esta etapa que exige frecuentemente una pluralidad de contactos es a menudo preferible a una hospitalización, que puede tener consecuencias nefastas sobre el sitio de vida (pérdida de su lugar) o en la reproducción de un traumatismo. En ocasión de una hospitalización, el Equipo Móvil de Psiquiatría y Precariedad, una de cuyas misiones es favorecer el mantenimiento de la atención, desempeñará un papel de interfaz para sostener el proyecto terapéutico del equipo implicado, y después preparar el egreso del paciente.

El trabajador social es portador frecuentemente de la solicitud del individuo separado de su sufrimiento y separado de los demás: intenta "conducir los procesos de reasignación" (Furtos, 2000). El acompañamiento físico y psíquico por un referente social permite un proceso de identificación con esta persona que se ocupa de él y lo lleva a tratarse. En esta articulación de lo sanitario y lo social, es fundamental la clarificación de los papeles y lugares de cada uno para coordinar sin confusión a los múltiples interventores. La finalidad es la de proponer un proyecto médico-social que deberá resistir a la repetición de los fracasos y a la destructividad de las personas.

Las acciones dirigidas a los actores de primera línea son igualmente importantes: ayuda y sostén, formación, intercambios de prácticas y saberes, supervisiones, etc. Los equipos sociales están confrontados con la destructividad, con los ataques al marco de la institución, a los propios vínculos, por las personas de las que se ocupan. Para evitar las contratransferencias es necesario un trabajo de elaboración de éstas. El objetivo es poder obtener un sentido en una situación confusa y ansiógena, inducida por los trastornos del comportamiento, y evitar pasajes al acto y nuevas rupturas.

El trabajo de interfaz de los equipos móviles psiquiátricos permite mantener la continuidad del vínculo con el paciente preservando la continuidad de los investimentos de los acompañantes implicados, de su interés y de su capacidad para pensar y crear.

Conclusión

En la encrucijada de la clínica, la sociología y la política, el problema de la exclusión social pone en duda nuestro saber y nuestra ética, y requiere proseguir la reflexión psicopatológica e institucional, así como las prácticas transdisciplinarias.

BIBLIOGRAFÍA

Arveiller, J.-P. (2006), *Psychiatrie et folie sociale*, Érès, Tolosa.

Castel, R. (1995), *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, París. [*Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado.* Versión española de Jorge Piatigorsky, Paidós, Buenos Aires, 1997.]

booksmedicos.org

Chobeaux, F. (2009), *Intervenir auprès des jeunes en errance,* La Découverte, París.
Circular 98-736 del 17 de diciembre de 1998, relativa a la misión de la lucha contra la exclusión social de las instituciones de salud que participen en el servicio público hospitalario y de acceso a la atención sanitaria de las personas más desamparadas. No publicado en el *Journal Officiel.*
Circular del 23 de noviembre de 2005, relativa a la toma en consideración de las necesidades en materia de salud mental de las personas en situación de precariedad y de exclusión. No publicado en el *Journal Officiel.*
Damon, J. (2002), *La Question SDF*, PUF, París.
De Fleurieu, A., y L. Chambaud (2006), *Rapport de mission effectuée à la demande de C. Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité.*
Declerck, P. (2001), *Les Naufragés,* Plon, París. [*Los náufragos,* Asociación Española de Neuro-psiquiatría, Madrid, 2006.]
Ferenczi, S. (1934), "Réflexions sur le traumatisme", en S. Ferenczi, *Œuvres complètes,* t. IV, Payot, París, 1982, pp. 139-147. [*Obras completas,* tomo 1. Versión española de Francisco Javier Aguirre, RBA, Barcelona, 2006.]
Furtos, J. (2000), "Épistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy)", *Pratiques en santé mentale,* 1, pp. 23-32.
Furtos, J. (2008), *Les Cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs,* Elsevier Masson, París.
Goffman, E. (1961), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus,* Minuit, París, 1968; 1979. [*Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Versión española de María Antonia Oyuela de Grant, Amorrortu, Buenos Aires, 1972.]
Kovess, V. (2001), *Précarité et santé mentale,* Éditions Doin, París.
Kovess V., y C. Mangin-Lazarus (1997), "La santé mentale des sans-abri à Paris: résultats d'une enquête épidémiologique", *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale,* 9, pp. 17-24.
Laporte, A., y P. Chauvin (2010), *La Santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France,* INSERM / Laboratoire du Samu Social.
Lazarus, A., y H. Strohl (1995), *Une Souffrance qu'on ne peut plus cacher,* Informe del grupo de trabajo "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale", DIV, DIRMI.
Lenoir, R. (1974), *Les Exclus*, Seuil, París.
Lery, J.-F., I. Bardaune, T. Edy, S. Guglielmi y J. Maisondieu (1991), "De la détresse sociale à la souffrance psychique", *Annales médico-psychologiques,* 149, 6, pp. 525-529.
Ley 98-657 del 29 de julio de 1998, de orientación relativa a la lucha contra las exclusiones, *Journal Officiel* del 31 de julio de 1998, pp. 11679-11709.
Maisondieu, J. (1997), *La Fabrique des exclus,* Bayard, París.
Médecins du Monde (1995), *Les Consultations psychiatriques. Informe de una encuesta sobre 400 expedientes,* Médecins du Monde, París.

booksmedicos.org

Mercuel, A. (2007), “Prise en charge des exclus”, en J. D. Guelfi y F. Rouillon, *Manuel de psychiatrie,* París, Elsevier Masson, pp. 606-610.
Mercuel, A., y B. Letout (1997), “Précarité et troubles psychiques”, *Nervure*, X, supl. 7, pp. I-IV.
Observatoire Sociologique du Changement (OSC) y Fnars (2002), *Détresse et ruptures sociales*.
Parquet, P. (2000), *Souffrance psychique et exclusion sociale,* Informe del grupo de trabajo, Secretaría de Estado de la Lucha contra la Precariedad y la Exclusión.
Paugam, S. (1991), *La Disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté,* PUF, París.
Roussillon, R. (2008), “La loi du plus faible”, en J. Furtos, *Les Cliniques de la précarité,* Elsevier Masson, París.
Simonnet, J. (2000), “Si tout le monde n’est pas psychotique, quelle offre?”, *Rhizome,* 3, pp. 6-7.
Vexliard, A. (1957), *Le Clochard,* Desclée de Brouwer, París.
Zucca-Quesemand, S. (2007), *Je vous salis ma rue,* Stock, París.

booksmedicos.org

LI. TRASTORNOS MENTALES EN LAS DIFERENTES AFECCIONES SOMÁTICAS

DELPHINE MONTAGNIER

DIVERSOS estudios muestran que la existencia de una afección somática multiplicaría por dos o tres el riesgo de presentar un trastorno mental. Si esta comorbilidad es frecuente, es muy heterogénea, tanto por la naturaleza de los trastornos mentales concernidos como por los mecanismos etiopatogénicos involucrados. Puede tratarse de manifestaciones específicas comunes a numerosas afecciones. Para ciertas patologías (cerebrales, endócrinas, metabólicas especialmente), el efecto biológico directo de la enfermedad está bastante bien documentado. El trastorno psíquico puede estar vinculado igualmente al impacto psicológico de la enfermedad orgánica, tanto más si se trata de una patología crónica, invalidante o que pone en peligro el pronóstico vital. Además, numerosos tratamientos tienen como efectos secundarios síntomas o verdaderos cuadros psiquiátricos.

LI.1. MANIFESTACIONES PSÍQUICAS Y AFECCIONES NEUROLÓGICAS

LI.1.1. *Epilepsias*

Clasificada en el siglo XIX dentro de la nosología de las enfermedades mentales, la epilepsia pasó en el siglo XX, con la introducción del electroencefalograma (EEG), al campo de la neurología. Los neurólogos describían entonces signos "psíquicos" críticos (contemporáneos de las anomalías del EEG) e intercríticos. El establecimiento reciente de una definición consensual de la epilepsia ha modificado la manera de entender y calificar los trastornos psíquicos de la epilepsia (Fisher *et al.,* 2005).

Trastornos mentales ictales y periictales

El término *ictus* se utiliza para designar el ataque patológico. Clásicamente, los signos psíquicos que aparecen durante las crisis de epilepsia eran considerados el producto de las crisis del lóbulo temporal, pero también podían aparecer en ocasión de las crisis generalizadas como un *aura,* como equivalente comicial o como consecuencia inmediata

booksmedicos.org

de la crisis. Se describieron varios cuadros clínicos, como los estados de ensoñación *(états de rêve)* (con sentimientos de extrañeza, impresión de *déjà-vu* o de *déjà-vécu*), los automatismos psicomotores, los estados crepusculares y confuso-oníricos.

En la definición actual, los trastornos psíquicos han quedado incluidos dentro de las manifestaciones sensoriales (llamadas "interiores complejas"), cognitivas y emocionales de las crisis de epilepsia. Los términos *psicosis ictal* y *periictal episódicas con conciencia alterada* designan los estados confusionales crítico y poscrítico.

Trastornos mentales intercrictales

La posibilidad de ver alternar con las crisis comiciales típicas los cuadros psiquiátricos agudos o subagudos se ha descrito desde hace mucho tiempo (De Toffol *et al.,* 2003).

La idea de una *personalidad epiléptica* ha persistido largo tiempo. Los rasgos de carácter específicos de los individuos epilépticos se han descrito clásicamente: inestabilidad del humor, agresividad explosiva, "viscosidad psicoafectiva" (o *gliscroidia*) con bradipsiquia y adhesividad. No obstante, estas manifestaciones son inespecíficas e inconstantes, y los autores plantean tanto la existencia como la ausencia de trastornos de la personalidad específicos en los individuos epilépticos. Por lo demás, los *trastornos depresivos y ansiosos* son los más frecuentemente encontrados entre los enfermos que sufren de epilepsia. Los suicidios aparecerían cuatro a cinco veces más frecuentemente que en la población general.

La aparición de crisis llamadas actualmente *crisis psicógenas no epilépticas* no es rara entre los individuos que sufren de enfermedad epiléptica declarada y continúa interrogando acerca de las relaciones entre epilepsia y neurosis, y en particular la histeria.

Tres entidades de *trastornos psicóticos intercrictales* que complican frecuentemente las epilepsias parciales temporales refractarias han sido descritas actualmente en función de su cronología en relación con las crisis y su cronicidad:

a) las *psicosis postictales episódicas*, caracterizadas por la secuencia: serie de crisis muy próximas-intervalo libre de 24 a 48 horas-*bouffée délirante* aguda típica sin anomalía crítica en el EEG;
b) las *psicosis intercrictales episódicas:* episodios delirantes que evolucionan en algunas semanas y que se acompañan de una rarefacción, incluso de una desaparición completa de las crisis con normalización paradójica del EEG, y
c) las *psicosis intercrictales crónicas,* que toman el aspecto de cuadros esquizofrenoides, más frecuentemente paranoides que deficitarios.

La noción de "demencia epiléptica", por su parte, ya no tiene actualidad y la aparición de un estado demencial se considera actualmente la consecuencia de posibles procesos cerebrales debidos a la enfermedad epiléptica.

booksmedicos.org

LI.1.2. *Patologías cerebrovasculares*

Las afecciones cerebrovasculares se encuentran entre las afecciones neurológicas más frecuentes. Las manifestaciones psiquiátricas secundarias a ellas son numerosas y ensombrecen frecuentemente el pronóstico.

Las afecciones cerebrovasculares pueden ser la fuente de *trastornos cognitivos* aislados pero también de *cuadros demenciales*. Las demencias vasculares constituyen una entidad heterogénea y las manifestaciones clínicas varían en función del tamaño y la topografía de las lesiones cerebrales. Según los criterios diagnósticos del DSM-5, el diagnóstico se basa en la existencia de un trastorno neurocognitivo, término que reagrupa las demencias (véase el apartado XLVII.3.3), la puesta en evidencia de una lesión cerebrovascular (signos neurológicos focales en el examen clínico o lesiones vasculares en la imagenología) y el establecimiento de un vínculo etiológico (no siempre evidente) entre ambos. Otros signos hablan en favor del origen vascular de la demencia: un inicio rápido, una evolución a tumbos, la fluctuación de los síntomas, labilidad afectiva, trastornos de la marcha con caídas frecuentes e incontinencia esfinteriana precoz. Los mecanismos cerebrales vasculares que entran en juego son múltiples: infarto estratégico que interrumpe una red esencial para el funcionamiento intelectual, infartos múltiples, estados lacunares en relación con oclusiones de las pequeñas arterias terminales, enfermedad de Binswanger (desmielinización de origen isquémico de las neuronas de la sustancia blanca y de los hemisferios), etc. (Duyckaerts y Pasquier, 2002).

Se observa en 11 a 50% de los casos una *depresión* tras un accidente vascular cerebral (AVC), en particular en los casos de lesión de la cabeza del núcleo caudado o lesiones corticales y subcorticales anteriores izquierdas. Por otro lado, la noción de *depresión vascular* se ha desarrollado, a partir de los años noventa, frente a los pacientes ancianos que presentan trastornos vasculares cerebrales o factores de riesgo cardiovascular y que desarrollan tardíamente un trastorno depresivo. Este último presenta ciertas particularidades, como la ausencia de antecedentes de trastornos del humor, un marcado enlentecimiento psicomotor, trastornos cognitivos asociados que involucran principalmente las funciones ejecutivas, una respuesta menos buena a los tratamientos antidepresivos y un importante riesgo de evolución hacia la demencia. Este tipo de depresión estaría causado por la alteración funcional de los circuitos fronto-subcorticales y límbicos (Alexopoulos, 2005).

Las *manías* secundarias a un AVC son raras e involucrarían más bien lesiones subcorticales a nivel de la cápsula interna y hemisféricas derechas (Camus y Schmitt, 2000a).

LI.1.3. *Afecciones neurodegenerativas*

Las afecciones neurodegenerativas ocasionan síndromes demenciales llamados "primitivos". Representan las principales causas de demencia (más de 80%), muy por

booksmedicos.org

arriba de las causas vasculares. Se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades en las cuales las manifestaciones psíquicas aparecen en diversos grados.

En el curso de las *demencias corticales* y *subcorticales* (principalmente la enfermedad de Alzheimer, las demencias fronto-temporales y la demencia por cuerpos de Lewy), las manifestaciones psíquicas y conductuales son casi constantes (Camus y Schmitt, 2000b) y pueden incluso preceder al diagnóstico. Ocurren en más de 50% de los casos a lo largo de la evolución de la enfermedad de Alzheimer, y forman parte de los criterios diagnósticos de las demencias fronto-temporales y de las demencias por cuerpos de Lewy (Duyckaerts y Pasquier, 2002).

Los síntomas *depresivos* son muy frecuentes, incluso si no constituyen siempre un síndrome depresivo típico. No siempre es fácil establecer la diferencia con el embotamiento afectivo, la *apatía* y el apragmatismo propios de la demencia. También pueden observarse desinhibición y *exaltación* del humor, sobre todo en las demencias fronto-temporales. Asimismo, es muy frecuente la *ansiedad.* En un estadio precoz está a menudo en relación con la pérdida de las facultades y las situaciones de tests; en el estadio moderado puede tomar una forma somática; finalmente, en el estadio evolucionado, se presenta frecuentemente bajo formas engañosas, como agitación, gritos, fugas y estereotipias. Pueden ocurrir *ideas delirantes* de robo, perjuicio o celos. Están en general poco estructuradas, ligadas a los trastornos de la memoria y del juicio. Las alucinaciones están en un primer plano en la demencia por cuerpos de Lewy, pero pueden también observarse en las formas evolucionadas de la enfermedad de Alzheimer. Además pueden observarse *trastornos de la identificación:* falta de reconocimiento de la propia imagen en el espejo, desconocimiento de los allegados. Las *ecmesias* (resurgimiento de recuerdos del pasado que se mezclan con recuerdos más recientes) pueden dar un aspecto delirante al discurso del demente. Se describe también una inestabilidad con *deambulaciones,* fuente de agotamiento o de inquietud de los familiares (el síndrome de Godot describe a un paciente que sigue a su cuidador en todos sus desplazamientos), los *trastornos del comportamiento alimentario* (anorexia en la enfermedad de Alzheimer, hiperfagia en las demencias fronto-temporales), trastornos del *sueño* y de las conductas *sexuales*. La agitación y la agresividad, frecuentes en los estadios avanzados, son síntomas de los que habrá que descifrar el sentido, puesto que pueden ser el signo de una incomodidad somática o una manifestación ansiosa o depresiva.

En las *demencias subcorticales* (síndromes demenciales encontrados en la enfermedad de Parkinson, la parálisis supranuclear progresiva o enfermedad de Steele-Richardson y la corea de Huntington), los trastornos cognitivos y las manifestaciones psiquiátricas se asocian a los trastornos motores. El síndrome demencial se caracteriza por la lentitud de la ideación, los déficits mnésicos predominando sobre el recuerdo, los trastornos ejecutivos y los trastornos visoespaciales. Los trastornos psiquiátricos están dominados por las manifestaciones depresivas, delirantes y alucinatorias (Camus y Schmitt, 2000b).

booksmedicos.org

LI.1.4. *Traumatismos craneales*

En los traumatismos craneales por penetración, los síntomas corresponden directamente a las lesiones de las zonas afectadas por el proyectil. Los procesos causantes de los síntomas psíquicos secundarios a los traumatismos craneales cerrados son más complejos: involucran las lesiones cerebrales pero también la gravedad del traumatismo (con o sin coma), la personalidad anterior del herido y su capacidad para restaurarse tras la experiencia de desorganización masiva de la identidad que puede constituir un traumatismo craneal (Robin *et al.,* 2008).

El *síndrome subjetivo de los traumatizados craneales* muestra bien esta complejidad. Complicaría de 50 a 70% de los traumatismos del cráneo cualquiera que sea la violencia del choque. El cuadro clínico está dominado por cefaleas de presentación variable, impresiones vertiginosas y trastornos visuales y auditivos. Estas manifestaciones están asociadas frecuentemente a trastornos de la concentración, la memoria y el sueño, así como a una astenia con considerable fatigabilidad, modificaciones del carácter (labilidad emocional, irritabilidad) y sexuales (impotencia en el hombre). Esta sintomatología muy rica contrasta con la pobreza de los datos recolectados en los exámenes clínicos y paraclínicos. Este síndrome puede persistir muchos años en diversos grados y generar un importante trastorno en las relaciones del paciente.

Puede también aparecer un *trastorno delirante crónico* a consecuencia de un traumatismo craneal, de mecanismo frecuentemente interpretativo y de temática de perjuicio o de reivindicación que gira alrededor del traumatismo.

Los traumatismos craneales pueden dejar igualmente variados *trastornos cognitivos*. En caso de traumatismo severo con coma prolongado, puede presentarse un verdadero cuadro demencial asociado frecuentemente con una atrofia cerebral y secuelas neurológicas.

LI.1.5. *Otras afecciones neurológicas*

Ya sean primarios o secundarios, malignos o benignos, los *tumores cerebrales* pueden manifestarse o complicarse con manifestaciones psíquicas. Estas manifestaciones son variables y se usa clasificarlas según la localización de los tumores (Camus y Schmitt, 2000c). Los *tumores frontales* se manifiestan por trastornos dispráxicos y conductuales: desinhibición del síndrome orbitofrontal, apatía de los síndromes prefrontal dorsolateral y cingular anterior. Pueden observarse manifestaciones de tipo psicótico (alucinaciones esencialmente) en caso de *tumor temporal*, vinculadas con las crisis epilépticas parciales, pero no únicamente. Los *tumores parietales* son frecuentemente silenciosos y están marcados por la anosognosia y la indiferencia, asociadas a trastornos gnósicos y práxicos. Las alucinaciones visuales simples y poco elaboradas son frecuentes en los *tumores occipitales*. Finalmente, pueden observarse manifestaciones afectivas en los *tumores diencefálicos* por interrupción del bucle límbico y sus interacciones córtico-subcorticales.

booksmedicos.org

Puede presentarse la depresión en el curso de la evolución de la *esclerosis en placas* (EEP) en 25 a 50% de los casos. El impacto psicológico de esta enfermedad invalidante parece no ser el único involucrado, y la aparición de síntomas depresivos podría estar ligada con la lesión inflamatoria del haz arqueado y del sistema límbico. Una exaltación afectiva puede también colorear la evolución de la EEP, más frecuentemente en los estadios evolucionados de la enfermedad (Ouallet y Brochet, 2004).

Más raramente se observa una demencia concomitante a la *esclerosis lateral amiotrófica*.

LI.2. Manifestaciones psíquicas y enfermedades endócrinas

La intrincación entre manifestaciones psíquicas y perturbaciones endócrinas se conoce desde hace mucho tiempo y se sitúa en varios niveles: manifestaciones psíquicas en el cuadro de las enfermedades endócrinas (descritas aquí), influencia de los trastornos psíquicos en el curso de la enfermedad endócrina (desencadenamiento o agravamiento), pero también perturbaciones endócrinas subclínicas en ciertas patologías psiquiátricas. Fisiológicamente, el eje hipotálamo-hipofisiario está en el centro de estas interacciones (Duval, 2003).

La fatigabilidad física y psíquica con anorexia, insomnio, ansiedad, irritabilidad de las *insuficiencias suprarrenales* puede evocar un síndrome depresivo. La melanodermia orienta el diagnóstico. La insuficiencia suprarrenal aguda se presenta en forma de un síndrome confusional con trastornos digestivos, deshidratación y dolores musculares.

En el síndrome de Cushing *(hipercorticismo),* los trastornos del humor pueden organizarse en verdaderos síndromes depresivos, melancólico o psicótico, o más rara vez maniaco, incluso mixto, asociados a las clásicas modificaciones corporales (obesidad facio-troncular, estrías, amiotrofia). Pueden igualmente observarse trastornos de la concentración y de la memoria que estarían vinculados con la neurotoxicidad de la hipercortisolemia sobre el hipocampo.

El *hipotiroidismo* puede semejar un cuadro de depresión con enlentecimiento psicomotor e indiferencia. Puede también tomar el aspecto de un deterioro intelectual. Estos signos están asociados con otros propios del mixedema: ganancia de peso, piel infiltrada, depilación, susceptibilidad al frío, bradicardia, constipación. Las psicosis mixedematosas no se observan actualmente sino muy rara vez, en formas muy evolucionadas de la enfermedad.

Algunos síntomas del *hipertiroidismo,* como la agitación psicomotora, el "nerviosismo", los temblores, la taquicardia, la transpiración y el insomnio, pueden hacer concluir equivocadamente que hay un trastorno ansioso, tanto más que un estado de estrés puede estar en el origen de las descompensaciones de la enfermedad de Basedow. Más raramente pueden observarse cuadros de tipo maniaco o verdaderos estados confusionales. Los signos clínicos más específicos son el adelgazamiento sin pérdida de apetito, la amiotrofia, la termofobia, la diarrea y por supuesto el bocio y la exoftalmia.

booksmedicos.org

En caso de déficit precoz, el *hipoparatiroidismo* provoca retardo mental. En el adulto se observan ansiedad, estados confusionales, crisis epileptiformes y tetania, ligada con las perturbaciones del metabolismo del fósforo y del calcio (hipocalcemia). El *hiperparatiroidismo* provoca astenia con debilidad muscular, hiporreflexia, ansiedad, depresión, tratornos del carácter y trastornos cognitivos.

La *diabetes,* especialmente en su forma insulinodependiente, es una patología crónica, invalidante, y su seguimiento necesita la mayor parte del tiempo una atención psicoterapéutica asociada a los tratamientos somáticos. Por otro lado, la hiper y la hipoglicemia pueden generar trastornos psíquicos: fatigabilidad, nerviosismo, ansiedad con sudoración, palpitaciones, vértigos, incluso estado confusional en las hipoglicemias; trastornos de la vigilia, desde el síndrome confusional hasta el coma, en las hiperglicemias.

LI.3 Manifestaciones psíquicas y trastornos metabólicos, carencias nutricionales e intoxicaciones

Todo *trastorno metabólico* es susceptible de provocar perturbaciones psíquicas. Es importante reconocerlos, dado que puede estar en juego el pronóstico vital (Dubas y Verny, 1996). La deshidratación, la hiperhidratación, las diskalemias, la disnatremia y la discalcemia están frecuentemente asociadas a los trastornos de la vigilancia, a veces precedidos por ansiedad o afecto depresivo. Pueden observarse cuadros agudos o subagudos de encefalopatía en casos de insuficiencia aguda o terminal de las funciones renal, hepática, respiratoria, o en la pancreatitis aguda. Se traducen en trastornos neurológicos no focalizados con síndrome confusional y a veces trastornos conductuales (onirismo, agitación ansiosa). Los episodios de *porfiria aguda intermitente* se manifiestan por dolores abdominales, parálisis periféricas y signos psíquicos (insomnio, inestabilidad emocional, ansiedad, síndrome confusional). En la *enfermedad de Wilson* (anomalía del metabolismo del cobre que se acumula en el organismo) los signos más frecuentes son hepáticos (cirrosis), neurológicos (síntomas extrapiramidales, movimientos anormales, epilepsia) y psíquicos (trastornos de la personalidad, del comportamiento, del humor, incluso episodios psicóticos con alucinaciones). El anillo pericorneal de Kayser-Fleischer no es constante pero sí patognomónico. La evolución puede dirigirse hacia un deterioro intelectual e incluso una demencia.

Las *avitaminosis* conciernen lo más frecuentemente a individuos alcohólicos o severamente desnutridos (Llorca *et al.,* 2004). La encefalopatía de Gayet-Wernicke se debe a una carencia de vitamina B1 (tiamina) y su aparición es progresiva o aguda (en ocasión de la administración de una solución glucosada sin vitamina B1). El trípode semiológico asocia la confusión de intensidad variable, un síndrome cerebeloso y la parálisis óculo-motora. El síndrome de Korsakoff puede instalarse posteriormente y es la consecuencia de la lesión del circuito hipocampo-mamilo-talámico (circuito de Papez). Este síndrome asocia trastornos de la memoria anterógrada, falsos reconocimientos,

booksmedicos.org

fabulaciones y anosognosia. La encefalopatía "pelagroide", que resulta de una carencia en vitamina PP (ácido nicotínico), asocia trastornos cutáneos (eritema fotosesible), trastornos digestivos (dolores abdominales, diarreas), trastornos neuromusculares (hipertonía, mioclonias) y trastornos psíquicos con astenia, irritabilidad, insomnio, incluso síndrome confusional, melancolía delirante y síndrome demencial *(locura pelagroide)*.

Las *intoxicaciones* por bióxido de carbono y otras, lo más frecuentemente profesionales, con metaloides (arsénico), metales (aluminio, mercurio, plomo, etc.), pesticidas e insecticidas exponen a la aparición de síndromes confusionales, trastornos tímicos a veces con síntomas psicóticos y trastornos cognitivos. La ingestión voluntaria o accidental de hongos tóxicos provoca un estado de euforia con hiperestesia, sinestesias, ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas, incluso un delirio místico o megalomaniaco (Llorca *et al*., 2004).

LI.4. Manifestaciones psíquicas y enfermedades sistémicas

En el *lupus eritematoso sistémico* (LES), las manifestaciones psíquicas están presentes en 10 a 50% de los casos y entran dentro del cuadro de lo que se llama el *neurolupus* (Girault-Salomon *et al*., 2001). Estos trastornos psiquiátricos incluyen manifestaciones psicóticas (cuadros esquizofreniformes, delirio interpretativo de persecución), trastornos afectivos (síndrome depresivo en ocasiones inaugural) y trastornos ansiosos. Se han descrito rasgos de *personalidad lúpica* (hipocondría, histrionismo), pero los autores están divididos en cuanto a sus especificidades. Estos trastornos psíquicos pueden desencadenarse o aumentarse por los tratamientos medicamentosos, especialmente los corticoides.

El síndrome de Gougerot-Sjögren (xerostomía, lesión de las glándulas lagrimales con conjuntivitis, piel seca…) puede acompañarse también de manifestaciones psíquicas: trastornos del humor, ansiedad, trastornos de la personalidad.

LI.5. Manifestaciones psíquicas y enfermedades infecciosas

Los episodios depresivos reactivos al descubrimiento de la seropositividad o a las consecuencias de la enfermedad pueden colorear el curso de una *infección por el* VIH. Puede ser difícil el diagnóstico diferencial entre depresión y encefalopatía por VIH. Esta última se manifiesta inicialmente por astenia, quejas mnésicas, trastornos cognitivos (memoria, atención), repliegue sobre sí mismo. Se acompaña de un síndrome motor (aquinesia, trastornos del equilibrio y de la coordinación) y evoluciona hacia una demencia subcórtico-frontal. Otras lesiones del sistema nervioso central, por las infecciones oportunistas o por un linfoma cerebral, pueden generar cuadros demenciales (Linard y Jacquemin, 2006).

Actualmente, con la eficacia de los antibióticos, la *neurosífilis* se ha vuelto muy rara.

booksmedicos.org

Pueden observarse clínicamente varios síndromes: la meningitis sifilítica (aguda, en ocasión de las fases primaria y secundaria, o crónica), la sífilis vascular cerebral secundaria a una endoarteritis obliterante de los vasos encefálicos, y la neurosífilis parenquimatosa que reúne la parálisis general, la tabes (esclerosis de los cordones posteriores de la médula espinal) y las gomas cerebrales (Mahmoudi *et al*., 2006). Actualmente excepcional, la *parálisis general* estaba muy difundida en el siglo XIX y en particular en los asilos de alienados. La "locura" que producía influyó en más de una obra de los artistas de esta época, a imagen de uno de los personajes de Maupassant (¿él mismo?) aterrados por *Le Horla*. El cuadro es el de una demencia de instalación progresiva asociada a trastornos del humor, melancólico o megalomaniaco, alucinaciones, delirio de persecución y, más tardíamente, un síndrome neurológico (disartria, temblores y signo de Argyll-Robertson).

Igualmente muy rara, la *encefalopatía espongiforme* o *enfermedad de Creutzfeld-Jakob infecciosa* es una enfermedad degenerativa del cerebro debida a un agente transmisible de naturaleza proteica, el *prion*. La aparición de la enfermedad se caracteriza por temblor, marcha atáxica, mioclonias y síndrome demencial. La evolución es rápida y el deceso sobreviene en seis a 12 meses (Duyckaert y Pasquier, 2002).

Conclusión

Como se puede constatar, las afecciones somáticas que se acompañan de trastornos mentales son numerosas y las manifestaciones psíquicas concernidas, poco específicas y variadas. Debido a ello, estas últimas constituyen trampas diagnósticas tanto para el internista, quien puede ignorar un auténtico sufrimiento psíquico de su paciente, como para el psiquiatra, que corre el riesgo de ignorar una patología somática subyacente. Esto subraya la importancia de proceder a una anamnesis cuidadosa del paciente y de su entorno, así como a los exámenes clínicos y paraclínicos a la menor duda de una intrincación somato-psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

Alexopoulos, G. S. (2005), "Depression in the elderly", *Lancet*, 365, 9475, pp. 1961-1970.

Camus, V., y L. Schmitt (2000a), "Manifestations psychiatriques des affections cérébrovasculaires: approche clinique et thérapeutique", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37546-A10, Elsevier Masson, París.

——— (2000b), "Manifestations psychiatriques des affections neurodégénératives: approche clinique et thérapeutique", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37545 A15, Neurologie, 17-063-F-10, Elsevier Masson, París.

——— (2000c), "Manifestations psychiatriques des tumeurs cérébrales: approche

booksmedicos.org

clinique et thérapeutique", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37-545-A-16, Neurologie, 17046-U12, Elsevier Masson, París.
Dubas, F., y C. Verny (1996), "Encéphalopathies métaboliques et toxiques", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Neurologie,* 17055-A70, Elsevier Masson, París.
Duval, F. (2003), "Endocrinologie et psychiatrie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37640-A10, Elsevier Masson, París.
Duyckaerts, C., y F. Pasquier (dirs.) (2002), *Démences,* Éditions Doin, París.
Fisher, R., W. van Emde Boas, W. Blume, C. Elger, P. Genton, P. Lee y J. Engel Jr. (2005), "Crises épileptiques et épilepsie: définitions proposées par la Ligue international contre l'épilepsie et le Bureau international pour l'épilepsie", *Épilepsies,* 17, 3, pp. 129-132.
Girault-Salomon, N., C. Buhl y L. Mallet (2001), "Troubles psychiques dans les maladies de système", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37670-A50, Elsevier Masson, París.
Linard, F., y T. Jacquemin (2006), "Aspects psychiatriques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez l'adulte", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37550-A20, Elsevier Masson, París.
Llorca, P.-M., I. Chereau, G. Brousse y R. Schawn (2004), "Troubles psychiatriques d'origine toxique ou alimentaire", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37630 H10, Elsevier Masson, París.
Mahmoudi, R., A. Maheut-Bosser, B. Hanesse y F. Paille (2006), "La neurosyphilis: une cause rare de démence", *La Revue de médecine interne*, 27, 12, pp. 976-978.
Ouallet, J.-C., y B. Brochet (2004), "Aspects cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques de la sclérose en plaques", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Neurologie,* 17066 A60, Elsevier Masson, París.
Robin, A., C. Kiefer y K. Cochepin-Martins (2008), "Troubles psychiques des traumatisés crâniens sévères", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37546-A10, Elsevier Masson, París.
Toffol, B. de (2003), "Les troubles psychiatriques dans l'épilepsie", *Épilepsies,* 15, 2, pp. 63-70.

booksmedicos.org

LII. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO, EL PUERPERIO Y LA PARENTALIDAD

MARÍA CRISTINA PATRIZI

Momento existencial único y singular, la perinatalidad constituye un punto de inflexión en la vida de cada uno de sus protagonistas. En efecto, cualesquiera que sean las particularidades del proceso, se operan transformaciones profundas para todos y cada uno de los individuos concernidos. Estas transformaciones tienen lugar tanto en el plano somático como en el plano psíquico. Es el conjunto de estas últimas el que nos interesará en el presente capítulo, sin olvidar, empero, la dimensión corporal con la cual constituyen una unidad indivisible.

En el plano social se trata de un periodo generalmente concebido como de gran satisfacción en el que el acento se pone en los aspectos positivos de la experiencia, dejando frecuentemente de lado sus dificultades inherentes, a pesar de que se trata, sin duda, del "periodo más tumultuoso, más rico y más peligroso que atraviesa la identidad" (Bergeret-Amselek, 1998). Un gran número de acontecimientos de muy amplias consecuencias tiene lugar en el curso de este periodo de tiempo que es, en la vida de un individuo, relativamente corto.

Examinaremos brevemente en primera instancia los retos del embarazo, del puerperio y de la parentalidad, antes de presentar los trastornos más frecuentemente encontrados.

LII.1. EMBARAZO, PARTO, PARENTALIDAD: NORMALIDAD DE UNA CRISIS

Captar la complejidad de la crisis que se establece en ocasión de un embarazo, a pesar de lo feliz y esperado que sea, necesita antes que todo tener en mente que se trata de un proceso vivido en forma grupal. Los tres actores que hay que tomar en cuenta son, en primer lugar, la madre, el padre y el hijo, aunque los que intervienen sean en realidad más numerosos y muy variables.

LII.1.1. *La futura madre*

Fue en 1961, en su artículo sobre las psicosis del posparto, cuando Racamier introdujo un nuevo concepto, el de *maternalidad*, que definió como "el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan y se integran en la mujer en ocasión de la maternidad"

booksmedicos.org

(Racamier, 1961), y que constituye una fase de desarrollo muy importante en la evolución afectiva de la mujer. Así entendida, la etapa puede comenzar mucho antes del embarazo, y algunos sitúan su inicio en el deseo de tener un hijo, ya sea que se realice o no posteriormente. Se trata, sin duda, de un momento privilegiado en el curso del cual la vida, la muerte, la existencia misma del individuo se encuentran en el centro de la escena. Esto explica que puedan aparecer profundos cuestionamientos en la mujer que lo atraviesa. En efecto, la llegada potencial de un hijo remite a la existencia propia como individuo, a los orígenes propios y a la constitución de la identidad, perturbada por un nuevo orden que se establece progresivamente. Las experiencias antiguas, en particular ligadas a la fase oral del desarrollo psicosexual, se reactivan en la medida en la que "la madre del hijo es al mismo tiempo la hija de su madre" (Bergeret-Amselek, 1998). A todo lo largo del proceso el problema central seguirá siendo, no obstante, el de la identificación con la madre, es decir, el problema de la propia identidad de la mujer y, en consecuencia, de la manera de entrar en relación, con el hijo en primer lugar, pero también con el padre, y sin duda con el entorno en su conjunto.

La maternalidad se acompaña de profundas transformaciones en el plano somático que hay que tomar en cuenta para comprender la complejidad de la situación. Estos cambios plantean la pregunta de su integración psíquica por parte de la madre; se trata de modificaciones tanto en el plano fisiológico (modificaciones hormonales, metabólicas, de circulación sanguínea, respiratorias y digestivas) como en el plano físico (peso corporal que alcanzará frecuentemente su máximo en ese momento dado, distribución de la grasa corporal, redistribución de la disposición de los órganos en función del crecimiento fetal…). Estos cambios serán cada vez más visibles en el tiempo y condicionarán cada vez más las actividades de esta díada madre-hijo, físicamente inseparable por lo menos hasta el nacimiento. De ahí derivan variaciones del humor en la mujer, pero también sensaciones vinculadas con la percepción corporal de una individualidad que cambia inexorablemente y de manera bastante rápida. Cómo no pensar entonces que estas modificaciones desempeñen también un papel en la posibilidad de dar a toda la experiencia un destino logrado, permitiendo el establecimiento de lo que Winnicott (1958) llamó la *preocupación materna primaria,* que se desarrolla durante el embarazo y persiste algún tiempo después del parto para desaparecer posteriormente. La comparó a un *estado de repliegue, disociación o fuga,* que permite a la madre alcanzar un estadio de hipersensibilidad que se podría definir como adaptativo. El establecimiento de todos esos acontecimientos depende de factores históricos y actuales de la mujer pero también de su entorno.

LII.1.2. *El padre*

Mucho menos se ha dicho y escrito sobre el conjunto de acontecimientos que se establecen para el padre dentro de este contexto. Ciertamente, siempre se ha evocado en su función de sostén para la madre, fundamentalmente para el buen desarrollo del

booksmedicos.org

proceso, en cuanto poseedor de la Ley, que permite la inclusión del hijo dentro de lo social. No obstante, conviene hablar también de su propia crisis frente a un fenómeno del cual forma parte al mismo tiempo que puede sentirse excluido de él. Estos dos aspectos de la *paternalidad* (término igualmente introducido por Racamier), en paralelo con la maternalidad para la mujer, reflejan los fenómenos psicoafectivos que se desarrollan en el hombre en ocasión de la paternidad.

Por un lado, se puede concebir que existe también en el padre una crisis de identidad. Ésta tendrá forzosamente características diferentes y particulares en relación con la de la mujer. Los cambios físicos que, aunque perturbadores para la mujer, son al mismo tiempo los testigos concretos de la existencia real del vínculo con el hijo, están ausentes en el padre. En este sentido, éste permanece dependiente no solamente del sitio que quisiera o pudiera asumir, sino también de aquel que la propia mujer quiera o pueda otorgarle. De esta manera no es sorprendente que frecuentemente el futuro padre no sepa muy bien cuál es su sitio dentro de esta nueva familia que se constituye. Por una parte, se ve confrontado con los profundos cambios de su compañera, sobre la que se centra además la atención del entorno, y por otra parte, con sus propios cuestionamientos frente a la llegada del hijo. Esta problemática se intensifica por los profundos cambios sociales de estos últimos decenios que han provocado la aparición de nuevos modelos de familia y de mujer, y en consecuencia un sitio diferente y no siempre bien definido para los hombres, tanto en la sociedad en su conjunto como en el seno de la familia.

Sin embargo, la importancia de la presencia real del padre y de su participación en el proceso de parentalización sigue siendo mayor, y no se limita al apoyo que podrá aportar a la madre, ciertamente necesario pero no suficiente en cuanto tal. Al igual que para la madre, la posibilidad de investir tanto de manera narcisista como de manera objetal al hijo, y establecer una relación satisfactoria con él, dependerá para el padre de factores históricos, como la *calidad de la relación con su propia madre,* y actuales, como la *existencia de relaciones conyugales de buena calidad* o la *anticipación de su papel paterno a través de sus ensoñaciones, fantasmas o sentimientos* (Houzel *et al.,* 1999).

En relación con sus propios padres, si no se habla como para la mujer de reactivación infantil, no es menos cierto que es frecuente encontrar en el padre aspectos contradictorios relacionados con este periodo. La llegada de un recién nacido puede ser vivida, a la vez, como ofrenda, "un agradecimiento de la vida dada, nuevamente transmitida", y una agresión, "experimentada como una infracción a la ley parental" con alguien que, haciendo de sus propios padres abuelos, concretizaría, en un plano simbólico, la "muerte del padre" (Millet *et al*., 1978). Además, la rivalidad no se representa exclusivamente frente a los propios padres, sino igualmente en relación con el hijo. Este complejo conjunto de vivencias desempeñará un papel importante en el desarrollo más o menos logrado de la paternalidad.

La función del padre dentro de la tríada sigue siendo un elemento emblemático. Será él quien, actuando como un vector de separación en la díada madre-hijo, permita la constitución del Edipo, al final del cual aparecerá simbólicamente como representante de la Ley. El establecimiento de esta función tendrá como mecanismo privilegiado el del

booksmedicos.org

pensamiento, que hay que diferenciar de los procesos propios de las madres, habitadas por sensaciones físicas nuevas y fuertes emociones a todo lo largo del proceso. Así, es precisamente con la introducción del pensamiento, del lenguaje, de lo simbólico como el papel del padre se muestra fundamental, permitiendo la introducción del Otro, del tercero, sobrepasando de manera simbólica el estadio de simbiosis madre-bebé (heredado del periodo intrauterino) para acceder a una organización psíquica del orden de la neurosis (en el sentido de la organización común de los seres humanos). Una vez más, el desarrollo feliz del proceso depende de la armonización de los papeles de cada uno de los participantes y, particularmente, del padre: "No convendría ocuparse únicamente de la manera como la madre se acomoda a la persona del padre, sino del caso que ella hace de su palabra, digamos el término, de su autoridad; dicho de otra manera, del sitio que ella reserva al Nombre-del-Padre en la promoción de la Ley" (Lacan, 1966).

LII.1.3. *La dinámica de los tres*

Según Houzel (1999), el equilibrio entre el papel materno y el papel paterno es el mejor garante del éxito de la parentalidad, una parentalidad que, de manera descriptiva, se sitúa para este autor alrededor de tres ejes: el del *ejercicio*, que remite a la *identidad de la parentalidad*; el de la *experiencia,* que se relaciona con las *funciones de la parentalidad,* y el de la *práctica,* que se refiere a las *cualidades de la parentalidad*.

Por otro lado, deben ser tomados en cuenta otros factores, sobre todo las especificidades propias cada hijo tanto para su propio desarrollo como dentro de la dinámica familiar. Sólo fue a partir de los años sesenta cuando las investigaciones se orientaron hacia lo que se ha llamado las *competencias del recién nacido:* sus reacciones ya no son interpretadas como puramente reflejos, sino dependientes de "sus capacidades para recibir las estimulaciones del entorno y responder a ellas, capacidades que han sido descritas con el nombre de competencias" (Houzel, 2000). De esta manera el lactante recién nacido pasa de una supuesta posición totalmente pasiva y dependiente a una participación activa en el proceso de "parentificación" de sus propios padres, particularmente cuando se trata del hijo mayor.

La parte de lo innato y la de lo adquirido en estas capacidades está todavía por definirse. Actualmente se supone que si la intersubjetividad se adquiere progresivamente a partir de la interacción con el entorno, existen muy precozmente características propias de cada niño que facilitarán o no el proceso y para las cuales se supone que hay, por lo menos, una parte proveniente de lo innato. Algunos lo llaman temperamento, otros, intersubjetividad primaria, pero de cualquier manera estas características van forzosamente a influir en el establecimiento logrado de la parentalidad.

LII.2. PERINATALIDAD Y PSIQUIATRÍA

booksmedicos.org

La psiquiatría perinatal presenta, entre otras particularidades, la de ser una especialidad que hace de bisagra, por una parte, entre la psiquiatría del adulto y la paidopsiquiatría, pero también entre la psiquiatría y las otras especialidades médicas. De esta manera se encuentra en una situación privilegiada, ya sea en el plano preventivo por medio del descubrimiento de situaciones de riesgo o en el de la atención. También puede actuar de manera directa en los individuos involucrados e, indirectamente, por su interacción con otras instancias de atención.

LII.2.1. *Trastornos en la prenatalidad*

La preexistencia en los padres de una patología mental presenta un riesgo aumentado para los hijos de padecer un trastorno mental en comparación con la población general, y esto es válido tanto para la esquizofrenia como para los trastornos de la afectividad, el autismo y muchos otros trastornos psiquiátricos (Bonnot, 2007).

Dentro de la perspectiva de posibles intervenciones preventivas, siempre es interesante diferenciar los factores de riesgo según que sean o no modificables. En este punto, y desde hace muchos años, se han realizado estudios sobre el papel de los genes, factores actualmente no modificables, en la transmisión de las patologías mentales. Se habla así de genes causantes de la vulnerabilidad a la enfermedad mental, incluso reconociendo que "estas enfermedades parecen de hecho resultar de la interacción entre numerosos *locus* que actúan conjuntamente y factores no genéticos" (Hyman, 2000).

Precisamente entre estos factores no genéticos debemos buscar aquellos que serían susceptibles de ser modificados y sobre los cuales es, pues, previsible poder actuar. En este sentido y sobre el terreno que nos interesa aquí, el descubrimiento y tratamiento de los trastornos psiquiátricos de la madre se vuelve primordial. En efecto, las alteraciones hormonales ligadas a diversas situaciones de estrés materno tendrían una influencia muy importante sobre el buen desarrollo del embarazo en su conjunto, sobre la regulación del sistema hormonal fetal y también sobre el futuro desarrollo cognitivo, emocional y conductual del niño (Sutter-Dallay y Guedeney, 2010).

LII.2.2. *Trastornos específicos del embarazo y del posparto en la mujer*

¿Se pueden considerar el embarazo y el posparto un periodo de vulnerabilidad psíquica o, por el contrario, un periodo de florecimiento que sólo puede proteger frente a las angustias existenciales propias a los seres humanos? Durante largo tiempo esta última idea fue predominante, pero se sabe hoy en día que el riesgo de descompensación psiquiátrica, en particular en el plano emocional y afectivo, está muy presente.

Los trastornos psiquiátricos y mentales de este periodo no presentan un denominador común desde el punto de vista nosológico y sus formas de presentación y de gravedad

booksmedicos.org

son bastante heterogéneas, ya sea que se trate del embarazo o del posparto. No obstante, sus consecuencias potenciales a largo plazo, tanto para el hijo como para la madre, requieren una particular vigilancia desde su aparición.

Debido a su inespecificidad, la clasificación de estos trastornos es difícil y variable según las diferentes fuentes bibliográficas. Describiremos inmediatamente las situaciones que, ya sea por su frecuencia de aparición, ya sea por sus características clínicas, siguen siendo las más emblemáticas del embarazo y del posparto.

Durante el embarazo

La frecuencia de los *trastornos depresivos* es variable según los diferentes autores. Para algunos es importante, con al menos 10% de los embarazos que tienen manifestaciones francamente depresivas (Lemperière *et al.,* 1984); otros sostienen que no difiere en prevalencia de la que se observa en el seno de la población general (Darves-Bornoz *et al.,* 2001). Sus consecuencias potenciales sobre la salud del hijo y de la madre hacen de estos trastornos, tanto durante el embarazo como en el curso del posparto, un reto de salud pública. En efecto, la *depresión gravídica* no tratada puede generar complicaciones, como el sobrepeso inadecuado de la madre, el insuficiente control prenatal, el aumento del consumo de drogas lícitas o ilícitas, y, para el niño, la prematurez, el bajo peso al nacimiento, una biometría por debajo de la media y una baja calificación del Apgar (Marcus Sheila, 2009). Se trata en la mayor parte de depresiones neuróticas o agravaciones de manifestaciones psicopatológicas preexistentes. Las depresiones melancólicas serían bastante más raras y más bien características de la segunda mitad del embarazo.

Los *trastornos ansiosos* aparecen principalmente en el primero o en el tercer trimestre; son de orden neurótico y frecuentemente atribuibles a preocupaciones ambientales. En la mayor parte de los casos pueden ser tratados con una psicoterapia de sostén, permitiendo de esta manera evitar la prescripción medicamentosa, lo que es siempre deseable en el curso del embarazo, particularmente durante el primer trimestre.

Posparto

Se trata de un momento de particular vulnerabilidad en el plano afectivo. Este periodo, que sobreviene justo después del parto, estará impregnado de vivencias muy diferentes según el caso, pero siempre intensas, y que vienen a interrumpir bruscamente la simbiosis psíquica y física establecida previamente.

El *posparto azul,* o *baby blues,* aparece frecuentemente después del nacimiento del niño. Se trata de un fenómeno benigno, considerado incluso adaptativo, que incluye una variedad de alteraciones psíquicas entre las que se cuentan la labilidad del humor, irritabilidad, hipersensibilidad y trastornos del sueño. Estos trastornos son benignos y son

booksmedicos.org

tanto más fáciles de sobrepasar cuanto que el entorno sea de apoyo, el desarrollo del niño se desenvuelva normalmente y la madre se deje llevar por su nueva tarea. Se les asocia de manera clásica con los grandes cambios hormonales que sobrevienen normalmente al salir del parto; pero estos cambios no pueden, empero, explicar de manera aislada su gran frecuencia de presentación. Síndrome complejo, a veces asociado a ese estado de "vínculo mágico" con el hijo evocado frecuentemente por las madres y al que se le han consagrado numerosos estudios, sus condicionantes son numerosos y de naturaleza variada, tanto somática como psíquica y ambiental. El fenómeno permanece generalmente limitado en el tiempo, es raro que prosiga más allá de una semana y no necesita atención específica. Por el contrario, si se prolonga o se vuelve muy intensa, se vuelve necesaria una valoración especializada.

La incidencia de la aparición de *estados depresivos* es variable según los criterios tomados en cuenta, y especialmente el periodo de tiempo sobre el que se extiende el posparto, pero la mayoría de los trabajos muestran, empero, un aumento del riesgo (Vesga-Lopez *et al.,* 2008). Cuando se toma en cuenta todo el primer año, los porcentajes pueden variar entre 10 y 20% de las parturientas, con ciertos factores asociados a un riesgo aumentado de presentación del trastorno: algunos autores (Vesga-Lopez *et al.,* 2008) señalan la juventud materna, la ausencia de pareja cualquiera que sea la razón, un estado de salud frágil, acontecimientos dolorosos y una historia de experiencias traumáticas pasadas. Otros (Leigh y Milgrom, 2008) ponen el acento sobre los antecedentes de episodios depresivos previos o de depresión gravídica; finalmente, también se han evocado la falta de apoyo social y la precariedad social como factores de riesgo agregados (O'Hara y Swain, 1996).

La clínica de estos estados depresivos es clásica, pero con un contenido que se asocia más con el recién nacido. Según su gravedad, su clínica y el mecanismo al cual responden, Racamier *et al*. (1961) las califican en *depresiones simples de supresión* y *depresiones melancólicas de la lactancia*. Las primeras corresponden a depresiones más bien neuróticas en las cuales la angustia predominante es la de separación, de ahí la frecuente aparición en el momento del destete. Estos mismos autores subrayan, en estos casos, la importancia del apoyo psicoterapéutico y del acompañamiento para una resolución favorable del episodio. Las melancolías clásicas son de aparición más precoz, en los tres primeros meses después del nacimiento, muy frecuentemente con antecedentes similares. La intervención externa es esencial; la elección del tipo de atención y del tratamiento por instaurar dependen entonces de numerosos factores, individuales y ambientales.

A medio camino entre los trastornos tímicos y los delirantes, la *psicosis puerperal* es bastante menos frecuente —menos de dos casos sobre mil—, con aparición generalmente precoz tras el parto (Darves-Bornoz *et al.,* 2001). Se trata de un cuadro clínico calcado del de la *bouffée délirante* de la nosografía francesa, caracterizado por el inicio súbito, la sintomatología polimorfa y lábil, especialmente en el plano afectivo y conductual, con aparición en ocasiones de elementos oniroides, incluso confusionales, la presencia de un delirio con una temática generalmente concordante con el nacimiento y la

booksmedicos.org

relación con el hijo, y un pronóstico favorable. Una complicación grave, pero muy rara, es el infanticidio.

En esta situación es fundamental una atención rápida. En un primer momento es necesario resguardar la seguridad física de la madre y el hijo, estableciendo un tratamiento quimioterápico a base de neurolépticos (antipsicóticos), generalmente necesario, para posteriormente planear el seguimiento adecuado a cada situación.

La *manía puerperal* puede entenderse como un mecanismo defensivo frente a un estado melancólico severo con el cual, por lo demás, no es raro que alterne, en ciclos más o menos rápidos. De esta manera su clínica se aproxima en ciertos puntos a la melancolía del posparto o a la de la psicosis delirante puerperal, con un inicio súbito, temporalmente próximo al parto, y una sintomatología ruidosa pero que, en este caso, será más bien del orden de la omnipotencia y la megalomanía. La atención será similar a la descrita para la psicosis puerperal.

Tras el parto puede presentarse rápidamente una clínica de la *esquizofrenia*, ya sea con una sintomatología psicótica franca, ya sea de manera insidiosa, caso en el que el riesgo de pasar inadvertida es más grande, causando una prolongada negligencia del bebé. Puede tratarse de un primer episodio o de una recaída, favorecidos ambos por la situación de puerperalidad. En las pacientes psicóticas que se descompensan durante la maternidad, la adaptación a ésta y la capacidad para asumir su papel de manera adecuada están habitualmente gravemente afectadas (Lemperière, 1984).

LII.2.3. *El padre*

La psicopatología de la paternidad es más discreta, aunque produce igualmente trastornos de naturaleza e intensidad variables según el caso. La llegada de un recién nacido, y especialmente de un primer hijo, remite al hombre a la problemática de la vida y de la muerte, tanto más cuanto que lo esencial del proceso pasa por el pensamiento y los afectos. La capacidad de afrontar este momento con más o menos éxito dependerá también aquí de numerosos elementos, algunos propios del padre y otros externos a él. Así, se puede ver en ocasiones a la paternidad actuar como desencadenante de descompensaciones psíquicas de diverso tipo.

Algunos autores evocan una "relativa frecuencia de la eclosión de episodios psicóticos en ocasión de una paternidad" (Ebtinger, 2005), a pesar de que la bibliografía sobre este tema sea poco abundante. Lacan colocaba la paternidad entre los más importantes factores de riesgo de descompensación psicótica, al mismo título que la muerte del padre o la adquisición de un estatus de autoridad o de responsabilidad; la situación de paternidad evocaría elementos estructurantes del psiquismo, en particular el significante del Nombre-del-Padre, origen de la inclusión de Otro en el universo del niño. En ausencia de este significante, el vacío resultante podría conducir al desencadenamiento de una psicosis: aunque careciendo hasta entonces de trastornos aparentes, psicóticos o de otro tipo, el hombre, futuro padre, a quien faltara tal significante —mientras que la

booksmedicos.org

situación requiere su propia capacidad para asumir tal función simbólica en otro (el hijo) — puede desarrollar una psicosis que hasta ese momento había permanecido latente. Dicho de otra manera, un acontecimiento real que coloca al individuo en un papel del que no tiene los medios para asumir, es capaz de desencadenar manifestaciones psicóticas.

Las modalidades de presentación clínica de los trastornos son variadas, pudiéndose tratar tanto de un primer episodio como de una recaída. Los síntomas predominantes serían, ya sea del registro delirante, ya sea de la depresión, con temáticas variadas que incluyen la megalomanía, la culpabilidad, los celos, la duda sobre la paternidad, la negación de ésta o, por el contrario, una temática de dar a luz (Millet *et al.,* 1978; Ebtinger, 2005). Por lo que respecta a la temporalidad, los fenómenos delirantes son frecuentemente próximos al momento del parto, pero también pueden aparecer antes o después de éste, sin por ello perder el vínculo con él.

Si las manifestaciones psicóticas en ocasión de la paternidad nos acercan a la comprensión de elementos esenciales en la estructura psíquica, no son muy evidentemente los únicos trastornos que este momento vital puede facilitar o incluso desencadenar. Se han descrito igualmente, como bastante frecuentes, descompensaciones neuróticas y psicosomáticas en el momento de la paternidad (Millet *et al.,* 1978). El *síndrome del empollamiento* o *couvade (empollamiento masculino),* introducido inicialmente en psiquiatría a partir de la observación de soldados que desarrollaban, estando lejos de su mujer encinta, síntomas principalmente abdominales cuando se acercaba el parto, sigue siendo uno de los más fáciles de vincular con la aparición de la paternidad. Este síndrome puede entenderse como una manifestación somática de los complejos fenómenos psíquicos que se organizan en ese momento: ansiedad, rivalidad en relación con la mujer, identificación con el hijo, rivalidad en relación con éste, ambivalencia en relación con la paternidad, fantasmas del alumbramiento (Klein, 1991; Klein, 1972). En la mayoría de los casos, los síntomas desaparecen espontáneamente después del nacimiento. Es posible interpretar el fenómeno como un ritual aceptado en ciertos contextos que, por ejemplo, excluirían excesivamente al padre del proceso.

LII.2.4. *El niño*

La noción, relativamente moderna, de participación activa del niño en el establecimiento de la interacción padres-hijo nos conduce a considerar de manera diferente las características propias del niño y su influencia en el curso del periodo que aquí nos interesa.

Los trastornos propios del niño en el curso de este periodo son, de hecho, todos aquellos que es posible encontrar entre los neonatos. No obstante, es importante tener presente que una discapacidad en el niño, ya sea física o psíquica, tendrá una gran influencia sobre las interacciones propias de la parentalidad y, por consecuencia, sobre el éxito del proceso de parentificación. Stoléru y Lebovici (1995) distinguieron las "modalidades interactivas" o canales de interacción y los "sistemas interactivos" de cada

booksmedicos.org

participante. Estos últimos estarían representados en el interior de cada uno por cuatro niveles: la *organización fantasmática,* los *afectos,* las *cogniciones* presentes de manera muy precoz y *el cuerpo con su fisiología*. Las interacciones entre sistemas se realizan no solamente entre diferentes niveles en cada participante, o entre niveles equivalentes de diferentes participantes, sino según una modalidad "intersistémica" en la cual el sistema de un participante puede actuar sobre el del otro, con el establecimiento de un sistema de interacciones complejo. Según la naturaleza de la discapacidad del niño, el o los sistemas interactivos involucrados, las perturbaciones tanto para él como para su entorno serán más o menos severas y de diferentes tipos. Dependerán de múltiples factores: el niño y sus competencias, los padres y sus competencias, así como de un gran número de circunstancias exteriores.

LII.3. La atención en la parentalidad

La proposición de atención psiquiátrica para los trastornos que acabamos de describir es variada, según la multiplicidad de situaciones, sus diferentes grados de severidad y las personas concernidas.

LII.3.1. *La atención ambulatoria*

Cuando se trata de trastornos que no representan un riesgo para la integridad física y psíquica del niño o de los padres, los tratamientos ambulatorios son los de elección. La solicitud de atención puede provenir de los propios interesados, conscientes de sus dificultades, o, en otros casos, tras la recomendación de un profesional, lo más frecuentemente un ginecólogo-obstetra, un pediatra o un médico general, e incluso por parte de los servicios de trabajo social o de la guardería infantil.

Inicialmente se trata, pues, lo más frecuentemente, de una consulta con un especialista, con la finalidad de formular la hipótesis diagnóstica, psicopatológica e interactiva de manera lo más precisa y completa posible, orientando así la atención. En algunos casos la psicoterapia podrá ser suficiente para acompañar y contener a la madre, al padre o a ambos. Los objetivos de tal enfoque tendrán la particularidad de tener destinatarios múltiples; en efecto, se buscará por una parte abordar los trastornos del paciente que consulta (padre o madre), pero el vínculo parental estará también en el centro de la consulta.

El niño es, por otro lado, incluido como participante activo en el caso de las psicoterapias madre-lactante o padre-lactante. El cuadro técnico particular de éstas entraña la reflexión sobre la pertinencia y el interés de un tratamiento psicoanalítico y la manera en la que podrá adaptarse. A este respecto, Angelergues (2005) subraya que el marco, aunque atípico para un psicoanalista, permite una cierta comprensión de los retos de los movimientos libidinales observados y de su economía, así como descubrir los

booksmedicos.org

procesos psíquicos que evolucionan frente a nosotros. Se trata entonces de "vincular de manera conjunta al bebé y sus padres", especialmente por medio del reconocimiento y la enunciación de los movimientos libidinales del bebé, el cual, como resultado de la interpretación, permitirá movilizar a los padres en su construcción edípica particular (Moggio, 2005).

En ciertos casos, podrá considerarse necesario introducir un tratamiento psicotrópico. En este caso, como en todo trastorno psiquiátrico, es fundamental una evaluación precisa de la indicación teniendo en cuenta los riesgos y los beneficios. La situación de maternidad agrega un elemento suplementario en la apreciación del efecto del tratamiento, por una parte, debido a su incidencia sobre la calidad de la interacción padre / hijo, y por la otra, cuando es la madre quien deba ser tratada, debido al potencial biológico de los medicamentos sobre el hijo, dado que la mayor parte de los psicotrópicos pasan a este último por vía placentaria o por medio de la lactancia. En este caso es absolutamente necesaria una información clara y cuidadosa de la paciente.

LII.3.2. *Atención hospitalaria*

En ciertos casos, particularmente cuando hay una situación de riesgo o cuando la atención necesaria no es posible de otra manera, puede requerirse una hospitalización libre o bajo coacción. Las consideraciones generales a propósito del tratamiento psicoterapéutico y psicotrópico son entonces las mismas que para el seguimiento ambulatorio, pero en este caso los tratamientos medicamentosos ocupan habitualmente un lugar más importante, siendo la finalidad limitar también la duración de la hospitalización al mínimo necesario. Esto es importante para que la separación del niño sea también tan corta como sea posible. En efecto, particularmente en el caso de la madre, la evolución será mejor cuando el contacto con el niño se restablezca rápidamente, lo que es igualmente verdadero para este último. Así, cuando son necesarias, las hospitalizaciones de madres de niños muy pequeños pueden constituir una primera etapa para otro tipo de tratamiento, esto es, las hospitalizaciones conjuntas en unidades especializadas: las unidades de hospitalización madre-bebé.

Unidades de hospitalización madre-bebé

Su aparición data de los años cincuenta, inicialmente en el Reino Unido, debida a la demanda de una paciente que deseaba conservar con ella a su lactante en el curso de su hospitalización. Su psiquiatra y psicoanalista, el doctor Main, accedió a su solicitud y de esta manera abrió la puerta a una nueva concepción en la psiquiatría perinatal: la hospitalización conjunta. La experiencia prosiguió en el Reino Unido pero también en Francia con Racamier, quien estableció esta modalidad en los servicios de psiquiatría de adultos. No obstante, no fue sino hasta 1979 cuando se creó la primera unidad de este

booksmedicos.org

tipo en Créteil, en el sector de psiquiatría infantil del centro hospitalario intercomunal.

La principal indicación de hospitalización conjunta en psiquiatría sigue siendo la patología materna, típicamente en ocasión de la aparición de un trastorno psiquiátrico agudo. Éste debe ser, no obstante, de intensidad moderada. En efecto, en el caso de trastornos severos del comportamiento en una madre psicótica, se impone una hospitalización psiquiátrica individual para ésta, pues la hospitalización conjunta puede estar contraindicada momentáneamente. Chardeau y Lafont (2007) definen ciertos elementos comunes para las unidades de hospitalización madre-bebé: *a)* ocuparse de la patología materna; *b)* establecer el marco más adaptado para el desarrollo psíquico y físico del niño; *c)* favorecer el vínculo madre-hijo, y *d)* incluir al padre y favorecer los intercambios afectivos entre los miembros de la tríada.

La hospitalización conjunta aparece así como una atención con objetivos no exclusivamente de tratamiento materno agudo, sino también de prevención y preparación para una parentalidad en las mejores condiciones posibles. Esto implica, pues, igualmente el establecimiento de un proyecto de seguimiento tras la hospitalización, con un posible tratamiento en hospital de día como etapa intermedia para un seguimiento ambulatorio psicoterapéutico a más largo término.

Conclusión

Hemos descrito un periodo de situaciones complejas y múltiples, que plantea preguntas trascendentales que conducen a cada uno de los participantes concernidos más allá de su propia individualidad. De esta manera, el ejercicio psiquiátrico que se planteará finalmente en ningún caso podrá estar centrado en la persona aislada, sino que deberá incluir a los diferentes miembros. Un seguimiento integral tomará igualmente en cuenta las diversas dimensiones implicadas: psicológica y psicodinámica, de la clínica psiquiátrica, farmacológica, del desarrollo para el hijo y somática, entre otras. A imagen de las interacciones intra e "intersistémicas" padres-lactante evocadas por Stoléru y Lebovici (1995) será, pues, deseable alcanzar una atención global que permita una interacción armónica entre los diferentes sistemas involucrados.

BIBLIOGRAFÍA

Angelergues, J. (2005), "Peut-on parler de processus psychanalytique dans les traitements parents-bébés?", en M. Caron-Lefèvre, J. Angelergues, M.-F. Bresson y F. Moggio (dirs.), *Traitement psychanalytique du bébé avec ses parents*, pp. 13-23, In Press, París.

Bergeret-Amselek, C. (1998), *Le Mystère des mères*, Desclée de Brouwer, París.

Bonnot, O. (2007), "Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-204-G-10,

booksmedicos.org

Elsevier Masson, París.
Chardeau, P., y V. Lafont (2007), "Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37170-A10, Elsevier Masson, París.
Darves-Bornoz, J.-M., P. Gaillard y A. Degiovanni (2001), "Psychiatrie et grossesse: la mère et l'enfant", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Gynécologie-Obstétrique*, 5-046-A 10; *Psychiatrie,* 37-660-A-10, Elsevier Masson, París.
Ebtinger, R. (2005), "Œdipe-père. Aspects psychopathologiques de la paternité", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, pp. 211-223.
Gavin, N. I., B. Gaynes, K. Lohr, S. Meltzer-Brody, G. Gartlehner y T. Swinson (2005), "Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence", *Obstetrics and Gynecology*, 106, pp. 1071-1083.
Geissmann, C., y D. Houzel (dirs.) (2000), *L'Enfant, ses parents et le psychanalyste*, Bayard. [*El niño, sus padres y el psicoanalista*. Versión española de Isabel Moreno Correa, Síntesis, Madrid, 2006.]
Houzel, D. (dir.) (1999), *Les Enjeux de la parentalité*, Érès, Tolosa.
Hyman, S. E. (2000), "The genetics of mental illness: implications for practice", *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 4, pp. 455-463.
Klein, H. (1991), "Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy", *International Journal of Psychiatry in Medecine*, 21, 1, pp. 57-69.
Klein, M. (1972), *Essais de psychanalyse*, Payot, París.
Lacan, J. (1966), "D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose", *Écrits,* Seuil, París pp. 531-583. [*Escritos 1*. Versión española de Tomas Segovia, Siglo XXI, México, 2003.]
Leigh, B., y J. Milgrom (2008), "Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress", *BMC Psychiatry*, 8, p. 24.
Lempérière, T., F. Rouillon y J.-P. Lépine (1984), "Troubles psychiques liés à la puerpéralité", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37660-A10, Éditions Techniques, París.
Marcus Sheila, M. (2009), "Depression during pregnancy: Rates, risks and consequences", *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16, 1, e15-e22.
Millet, L., E. Karkous, P. Jorda y P. Cabal (1978), "Les psychonévroses de la paternité. Psychonévroses puerpérales chez l'homme", *Annales médico-psychologiques*, 136, 3, pp. 417-449.
Moggio, F. (2005), "Une interprétation oedipienne précoce", en M. Caron-Lefèvre, J. Angelergues, M. F. Bresson y F. Moggio (dirs.), *Traitement psychanalytique du bébé avec ses parents,* In Press, París, pp. 87-104.
O'Hara, M. W., y A. M. Swain (1996), "Rates and risk of postpartum depression: a metaanalysis", *International Review of Psychiatry*, 8, pp. 37-54.
Racamier, P.-C., C. Sens y L. Carretier (1961), "La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum", *Évolution psychiatrique,* 26, 4, pp. 525-570.
Stoléru, S., y S. Lebovici (1995), "L'interaction parent — nourrisson", en S. Lebovici,

booksmedicos.org

R. Diatkine y M. Soulé (dirs.), N*ouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, París, pp. 319-339.
Sutter-Dallay, A.-L., y N. Guédeney (2010), "Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37200-B20, Elsevier Masson, París.
Vesga-López, O., C. Blanco, K. Keyes, M. Olfson, B. F. Grant y D. S. Hasin (2008), "Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States", *Archives of General Psychiatry*, 65, 7, pp. 805-815.
Winnicott, D. W. (1958), "De la pédiatrie à la psychanalyse", Payot, París, 1969. [*Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Versión española de Jordí Beltrán, Paidós, Barcelona, 1999.]

booksmedicos.org

LIII. URGENCIAS Y AYUDA EN PSIQUIATRÍA

FRÉDÉRIC ADVENIER

La urgencia corresponde a una situación que demanda una respuesta y, por ende, una acción que no puede ser diferida. Las consecuencias de su no-realización son perjudiciales y pueden ser irreversibles si comprometen el pronóstico vital del paciente. En psiquiatría, esta definición de la urgencia queda enmarcada dentro de un esquema del tipo: agitación-contención-sedación-hospitalización. Este esquema remite a un modelo biomédico que desarrollaremos en la primera parte del capítulo, pero que se aplica finalmente bastante poco a la mayoría de los problemas rutinarios "urgentes" que se le pide intentar resolver a un psiquiatra.

¿Con qué tropieza este modelo biomédico para comprender los problemas de rutina? Dos adagios nos servirán de guía en la segunda parte del capítulo. Según el primero, "No hay urgencia en psiquiatría, sólo hay gente impaciente" (Brousse *et al.*, 2007). Esta máxima revela el problema de la cualidad de la temporalidad, destinada a ser modificada por la intervención del psiquiatra, quien responde ciertamente con rapidez pero en función de los efectos sobre la duración. Expresa la complejidad de los procesos concernidos en los que se entretejen la patología mental, su expresión singular y aguda, y el *contexto* dentro del cual aparece. La segunda fórmula es una definición operatoria de la urgencia psiquiátrica: "Hay urgencia a partir del momento en el que alguien se plantea la situación, ya sea que se trate del paciente, del entorno o del médico" (Boiteux *et al.*, 2004).

Esta aserción nos lleva a considerar la urgencia psiquiátrica únicamente a partir de fenómenos subjetivos, sin criterios objetivos en un primer plano, lo que priva al médico de las razones que fundamentan su autoridad para desencadenar o no una acción. En psiquiatría, el lugar de la subjetividad de quienes intervienen debe ser, entonces, aceptada como un dato y un motor de la situación. El clínico debe adoptar una actitud particular que va a permitirle incluirlo dentro de una dinámica de atención (Chaltiel y Baillon, 2006; Gauthier, 2007). Estos problemas de tiempo, de complejidad y del lugar de la subjetividad son teorizados dentro del cuadro de nociones como *crisis* y *ayuda*, que presentaremos en esta segunda parte. Estos conceptos han sido, y son todavía, puestos en práctica dentro de los diferentes lugares, especialmente dentro del dispositivo del sector psiquiátrico, pero no exclusivamente. Abordaremos este punto, causa de debate, en una tercera parte.

LIII.1. LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN EL SENTIDO MÉDICO DEL

booksmedicos.org

Las urgencias "médicas" de la psiquiatría corresponden a situaciones en las que los síntomas de un paciente comprometen un pronóstico vital *y* no están vinculadas con la patología de un órgano (Guedj *et al*., 2008). Típicamente nos situamos en un servicio de ayuda y de urgencia de un hospital general. El signo de alarma es aquí la agitación, ya sea la del paciente, que se pone en peligro —así como a su entorno—, ya sea la de los terapeutas cuando el paciente, aunque calmado, induce un sentimiento de malestar y de incoherencia, y por ello de violencia latente, a los cuales no sabe cómo responder. El papel del psiquiatra es entonces el de evaluar, nombrar, contener y tratar los síntomas, y después dirigir al paciente hacia una estructura de atención adecuada. El clínico debe efectuar el razonamiento y el trabajo rutinario de un médico, que incluye las siguientes etapas clásicas:

—establecer un clima de confianza con el paciente y su entorno, y con el equipo de urgencias; contactar a la familia del paciente o a su entorno más próximo;
—reunir un máximo de datos sobre los antecedentes, los tratamientos, los síntomas, su cronología, su evolución, pero también el contexto de su llegada al servicio de urgencias: ¿quién hizo la solicitud de evaluación?, ¿cuál es la repercusión de los síntomas sobre el funcionamiento social del paciente?, ¿cómo reacciona el entorno?;
—comprometer un intercambio capaz de despertar el interés del paciente por interrogarse sobre su funcionamiento psíquico y la atención posible;
—asegurarse con el internista del servicio de urgencias de que no exista una alteración del funcionamiento orgánico en el proceso sintomático (véase el cuadro LIII.1);
—proponer al médico del servicio de urgencias una decisión sobre el seguimiento que hay que brindar, articulado de manera coherente con un diagnóstico;
—prescribir en su caso un tratamiento psicotrópico;
—dirigir al paciente hacia una estructura de atención, o no.

Esta conducta de opinión especializada requiere: un local específico, como una oficina de entrevista o una habitación de aislamiento para enfermos agitados que permita conducir una conversación calmada (más que una sala de urgencia); gestos técnicos específicos, como la redacción de un certificado de hospitalización bajo coacción, el manejo de una conducta de contención física o química; medicamentos precisos, como antipsicóticos o sedantes (véase el cuadro LIII.2), y una aptitud para establecer la conversación con una persona incoherente o extraña, y comprender lo que ocurre, lo que corresponde a un saber y a un *savoir-faire* análogos a los de una prescripción medicamentosa.

booksmedicos.org

CUADRO LIII.1. *Causas orgánicas más frecuentes de un estado de agitación (según la Agencia Nacional de Acreditación y de Evaluación en Salud,* ANAES, *2003)*

Neurológicas	Meningitis, meningoencefalitis
	Hemorragia meníngea
	Accidentes vasculares cerebrales
	Epilepsia
	Masas ocupativas intracraneales
Metabólicas	Hipoxia, hipercapnia
	Hipoglicemia
	Trastornos electrolíticos
Viscerales	Globo vesical, fecaloma
	Estado de choque
	Hipertermia
	Traumatismo desconocido
	Dolor
Tóxicas	Alcohol
	Estupefacientes
	Medicamentosas (psicotrópicos, sobredosis, síndrome de abstinencia)

Este tipo de urgencia corresponde en la práctica a alrededor de 30% (Boiteux *et al.*, 2004) de las situaciones de urgencia en general (nueve millones por año en Francia) (Walter y Genest, 2006), e incluye situaciones clínicas que no pueden pasar inadvertidas:

—la melancolía o el acceso depresivo severo;
—el episodio delirante agudo (tipo *bouffée délirante* o de origen tóxico);
—el estado paranoide agudo, es decir, la exacerbación pasional de un problema persecutorio, erotomaniaco, reivindicativo, etcétera;
—el ataque de pánico;
—la crisis suicida con alto grado de urgencia: paciente resuelto con planificación clara, pasaje al acto programado, represión de las emociones con racionalización de la decisión o hiperemotividad que impulsa al pasaje al acto; paciente inmovilizado por la depresión o en estado de gran agitación; paciente cuyo dolor y expresión de sufrimiento son omnipresentes o están completamente silenciados; persona que ha tenido acceso directo e inmediato a un medio para suicidarse; persona muy aislada. En Francia hay 12 000 suicidios por año y 150 000 tentativas de suicidio (Boiteux *et al.,* 2004).

booksmedicos.org

CUADRO LIII.2. *Recomendaciones medicamentosas en las situaciones de urgencia (según Taylor* et al., *2007)*

Tratamiento oral	haloperidol 5 mg u olanzapina 10 mg o risperidona 1 a 2 mg *con o sin* lorazepam 1 a 2 mg cada 45 a 60 minutos *O* midazolam 10 a 20 mg
Tratamiento IM	haloperidol 5 mg u olanzapina 10 mg o risperidona 1 a 2 mg o lorazepam 1 a 2 mg o midazolam 7.5 a 15 mg o ziprazidona 10 a 20 mg o aripiprazol 10 mg Repetir 2 veces cada 30 a 60 minutos Tratamiento alternativo: prometazina 50 mg No asociar la olanzapina con una benzodiacepina
Tratamiento IV	diazepam 10 mg en 5 minutos y repetir al cabo de 5 a 10 minutos
Con la opinión del experto	amilobarbital 250 mg IM o paraldehído 5 a 10 ml IM
Vigilancia	temperatura, frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, estado de conciencia ECG (hipokalemia, trastorno de la conducción o trastorno del ritmo)

El saber y el *savoir-faire* de este tipo de urgencia son objeto de un consenso respecto de las prácticas, validadas por textos de la Alta Autoridad de Salud.[1] *La crise suicidaire* (2000), *Modalités de prise de décisión concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* (2005), *Confusion aiguë chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation* (2009), *Audition publique sur la dangerosité psychiatrique* (2010), que se pueden consultar en el sitio de este organismo (www.has-sante.fr), así como la Conferencia de consenso de la ANAES sobre *la agitación en urgencia.*[2] Estos textos siguen el modelo de la *evidence based medicine* y el de una actitud terapéutica rápidamente puesta en acción para reducir la intensidad de un síntoma que pone en peligro a un paciente.

LIII.2. LAS SITUACIONES DE CRISIS

booksmedicos.org

Las condiciones de crisis corresponden a la mayoría de las situaciones de urgencia encontradas en la rutina de un clínico. El razonamiento que hemos escrito en la primera parte debe ponerse en práctica, pero el trabajo específico de crisis debe entenderse con conceptos distintos a los del modelo biomédico clásico. Se comprende principalmente con las nociones de *crisis*, *ayuda, trabajo de crisis* y de *psicoterapia breve.* Nos referiremos aquí principalmente a los trabajos precursores en Francia de Baillon (1998), que se inspiraron en trabajos francófonos (Andreoli, 1986; Declerq, 1997; Despland *et al.,* 2010) y en referencias sistémicas del equipo del grupo ERIC (Equipo Rápido de intervención en crisis) (Kocher, 1994; Robin, 1996; Robin *et al.,* 1998).

LIII.2.1. *Las nociones de crisis y de ayuda y sus impactos en la práctica*

La noción de crisis lleva a concebir los síntomas presentados por el paciente como el resultado de un proceso que manifiesta tres cualidades. Es anterior a la situación de urgencia; los síntomas no son, pues, sino "la parte visible del iceberg", no hay que limitarse en su acción a la simple "remisión sintomática". Está en interrelación con el ambiente familiar y social, que participa entonces en su aparición y su mantenimiento, pero que será igualmente un recurso inevitable en la resolución de la crisis. Es evolutivo, es decir, que no está fijado en la repetición de un fenómeno patológico lesional y causante de déficit, sino que puede constituir un momento de cambio positivo para el paciente. Se trata de una "puesta en tensión para un individuo que será la fuente de una evolución de sus estrategias en su vida psíquica" (Baillon, 1998).

La noción de crisis se articula con la de ayuda e implica un trabajo específico para el equipo tratante. Este trabajo consiste en un método que pretende alcanzar tres fines prácticos específicos.

El primero es *aceptar la urgencia vinculada con el sufrimiento psíquico*. Hay urgencia porque existe una ruptura de la coherencia o de la continuidad de la vida psíquica, que puede llegar en toda etapa de la atención, incluso para los pacientes en tratamiento (los pacientes llamados "crónicos"). Aceptar la urgencia permite asumir el hecho de que nos hemos colocado en posición de responder a una espera. Esta respuesta debe hacerse en ciertas condiciones para no fijar al paciente en sus demandas de acciones / reacciones médicas. La respuesta se establece en la perspectiva de un *vínculo* terapéutico que permite volver a colocar al paciente en condición de recuperar su coherencia y su continuidad. La palabra "vínculo" supone un movimiento de atención hacia el paciente, y consiste en hacerlo objeto del interés. Es, pues, un proceso que compromete a dos personas por lo menos y que no puede resumirse en un protocolo fijado con anterioridad. Este proceso está sometido a los riesgos de las capacidades para investirse y liberarse de una relación, así como a las expectativas y a las respuesta de cada quien, que se desarrollan a medida que lo hace la entrevista.

La segunda finalidad es la de *transformar la expresión de la urgencia en una*

booksmedicos.org

solicitud de atención. Se trata de "imponer un tiempo", de "entablar una respuesta sin tardar pero que va a extenderse en la duración" (Baillon, 1998), de buscar la obtención del interés del individuo respecto de su propio sufrimiento y ayudarlo a elegir el marco de atención que le conviene.

Finalmente, el tercer objetivo es el de *limitar en el tiempo la respuesta terapéutica al establecimiento de ese vínculo, no más,* lo que permite un trabajo de reelaboración de la demanda inicial. El trabajo de crisis es un pasaje, una "introducción al tratamiento" que permite al paciente ser aliviado de un síntoma, comenzar a expresarse con distancia sobre su trastorno, continuar o no a trabajarlo bajo otros dispositivos de atención y con otras personas.

LIII.2.2. *El trabajo de crisis*

En el trabajo de crisis se encuentran cinco momentos clave. Inicialmente la *modificación sintomática,* que puede obtenerse vía la prescripción de un psicotrópico y vía la movilización de un equipo alrededor de un paciente y su entorno. El *encuentro,* que remite al compromiso de dos protagonistas en una atención compartida. La *actualización emocional,* que permite un relato auténtico en coherencia con un estado afectivo. La *reactualización,* que es la recuperación de aquello que se ha actualizado con el entorno del paciente vía una hipótesis de crisis. La *focalización,* que es la concentración del paciente en un tema preciso entre aquellos que se han manifestado y que le permiten abandonar el trabajo de crisis para comprometerse en otros tratamientos, o detenerse ahí.

Según Baillon (1998), estos momentos se encuentran en un trabajo de crisis que se desarrolla en tres tiempos. La *interacción de crisis,* que dura dos a cinco días y corresponde a una recolección de datos, se torna de contacto con el entorno del paciente y los otros intervinientes médicos y sociales. Conduce ya sea a una resolución de la crisis sin consecuencia psiquiátrica, ya sea a una orientación hacia otro sitio de atención, ya sea a una continuación del trabajo de crisis que se desarrollará en un tiempo más largo, con el mismo equipo. Éste debe entonces proponer al paciente una *hipótesis de crisis*. Esta hipótesis no es causal, como la revelación de un secreto de familia o de una problemática inconsciente fundamental que estaría actuando a pesar del paciente. Es una repetición de una escena en ocasión de una entrevista y que se desarrolló durante la interacción de crisis. Lo que se representó durante la interacción se formula no como una interpretación, sino como una hipótesis, un libreto que hay que continuar trabajando y elaborando. Este trabajo se realiza en un tiempo y un lugar fijados y previstos previamente. El fin de la intervención está igualmente fijado, con el fin de preparar el *pasaje* hacia otro equipo.

Este pasaje se hará en función de ciertos parámetros de transformación. El interés del paciente en iniciar una reflexión sobre su vida psíquica, poner en palabras sus actos y sus sentimientos: el hecho de que perciba que hay un aparato psíquico el cual puede ser objeto de su atención. Su motivación y el sentimiento de que un "regreso sobre el

booksmedicos.org

investimento" estarán presentes si se compromete a realizar un trabajo terapéutico en torno a uno de los aspectos de su sufrimiento, con las modalidades y las personas que puede elegir o que le serán presentadas.

Este método de trabajo se asemeja a un modelo de psicoterapia breve (Despland *et al.,* 2010). Su motor principal es el compromiso y la convicción del psiquiatra y de los terapeutas en una relación de la que se dan cuenta por medio de una cierta metodología, para acompañar a un paciente a "pensar sus pensamientos", a apropiarse su síntoma y tomar la decisión de comprometerse en su terapia. Nos hemos apoyado en un método construido por Guy Baillon y su equipo, pero otros autores han elaborado su compromiso clínico y su método a partir de otros conceptos como la terapia familiar sistémica (Ausloos, 1995) o la centralidad (Grivois, 2007). Las dificultades para validar estas competencias discretas están ligadas al hecho de que exigen a los terapeutas una actitud particular durante la entrevista, disponibilidad, simplicidad y tiempo. Se trata de un compromiso en una "conversación terapéutica" que no entra fácilmente dentro de un saber de tipo "tecnológico" cuyos efectos serían predecibles y "reproducibles", pero se comprende por un método que permite ajustarse a cada caso y cambiar las condiciones de un problema.

LIII.2.3. *La multiplicidad de los sitios de la urgencia psiquiátrica*

Estas dos primeras partes nos han permitido describir el trabajo psiquiátrico y sus especificidades en situaciones de crisis. Como disciplina médica, la psiquiatría adopta un estatus particular, al mismo tiempo dentro y fuera de la medicina, el de "secante[3] marginal" (Gansel, 2007). Integra el modelo biomédico clásico, pero lo transgrede. Esto permite comprender la organización de los sitios de atención de urgencia psiquiátrica y sobre todo su diversidad. Podemos describir esquemáticamente dos tipos de organización.

El primero estaría guiado por la idea según la cual, ya que las prácticas psiquiátricas son específicas, requieren sitios específicos, y éstos no pueden ser el hospital general clásico, sino estructuras específicas (en Francia, estructuras relacionadas con la sectorización psiquiátrica). La urgencia puede entonces ser tratada en el centro médico-psicológico, el hospital de día, incluso la unidad de hospitalización, para pacientes que son acompañados en un recorrido terapéutico. Puede igualmente ser dirigida hacia un *centro de ayuda y de crisis,* que puede o no incluir camas de hospitalización o un equipo móvil. La configuración de un sector no es monolítica: depende del contexto geográfico, económico, político, así como de la historia de los proyectos y las realizaciones de sus equipos terapéuticos.

El segundo tipo de organización se articula lógicamente con la idea de que la psiquiatría es una disciplina médica que tiene sus especificidades como las demás disciplinas, pero que debe integrarse en el hospital general, aunque sólo sea para no reforzar la estigmatización de los pacientes psiquiátricos. Las urgencias psiquiátricas

booksmedicos.org

quedan entonces asimiladas dentro de un servicio de ayuda y de urgencias médico-quirúrgicas, al igual que el sitio de hospitalización y las consultas. Pueden situarse en la inmediata proximidad de los servicios médico-quirúrgicos, como los llamados CAP48, centros de ayuda permanente que disponen de camas para una hospitalización de un máximo de 48 horas (Walter y Genest, 2006).

En la práctica, las cosas se complican y se entremezclan todavía, puesto que un sector psiquiátrico puede ser obligado a trabajar con el servicio de ayuda y de urgencias (SAU) del hospital general más próximo, vía un equipo móvil o un psiquiatra o enfermero de enlace. El servicio del SAU es invitado a colaborar con los equipos de sector del entorno para orientar a los pacientes, trabajando así con estructuras que pueden tener organizaciones diferentes.

El segundo punto que explica la disparidad de los sitios de atención es ajeno a los problemas de método propios de la disciplina. Corresponde a lo que solicitan a la psiquiatría los actores sociales. Además del examen, el tratamiento y la evaluación médico legal de lo que corresponde a la patología mental, las misiones de la psiquiatría de urgencia tienden a extenderse hacia la ayuda y el tratamiento precoz de personas víctimas de acontecimientos traumáticos, individuales y colectivos, o hacia la solicitud de una intervención institucional para personas en dificultad. Esto explica la creación de unidades móviles y de células de urgencias médico-psicológica (CUMP), cuyo campo de intervención tiende a ampliarse y a ser regulado por criterios internos de la psiquiatría que no están todavía claramente definidos (Barthélémy, 2006). Esta exigencia de promesas de respuesta "cada vez más rápida" ("en tiempo real"…), no carece de consecuencia sobre las selecciones presupuestales y de organización de la atención en el ámbito de las políticas de salud pública (Baldo *et al*., 2006; Thomas *et al*., 2006), y por esto sobre el conjunto de la atención psiquiátrica.

El tercer punto corresponde a los incentivos económicos y a una voluntad política de trabajo en red de los actores de la salud, quienes entran en sinergia con la resolución de un equipo clínico para limitar las hospitalizaciones y la cronicidad de los pacientes. Éste es el ejemplo del equipo móvil del grupo ERIC (equipo rápido de intervención en crisis) (Bronchard, 2001; Kocher, 1994; Robin, 1996). Un binomio (médico-enfermero o dos enfermeros) está disponible todos los días, día y noche, y puede responder a las demandas telefónicas, con visitas a domicilio o proponiendo una consulta. Las solicitudes están reguladas por el servicio de ayuda médica urgente y provienen en gran parte de profesionales de la salud o trabajadores sociales. Los dos motivos principales que se encuentran en esta voluntad de dar una respuesta profesional precoz y flexible son, por una parte, el deseo de limitar los encuentros forzados y violentos en ocasión de las hospitalizaciones bajo coacción, frecuentemente solicitadas por no psiquiatras; por la otra, el tratar de no impedir de manera iatrogénica las capacidades y la autonomía de los actores de la solicitud y de los pacientes, prefiriendo una intervención en *su* ambiente (y no en el de la medicina). El equipo ERIC puede proseguir su intervención en un contexto de posturgencia con una duración limitada a un mes, y después pasa la estafeta al relevo. Este tipo de atención fue inicialmente experimentado en los años noventa y pasó la

booksmedicos.org

prueba, estando actualmente el equipo rápido de intervención en crisis (ERIC) integrado dentro de la red de atención en la región Sud-Yvelines, y se desarrollaron en Francia numerosos equipos móviles. Pero esta experiencia generó igualmente un debate, por ejemplo, alrededor de los problemas ligados con la temporalidad psíquica en la clínica (Souffir, 2003).

Finalmente, citaremos otros dos tipos de estructura de ayuda y de orientación, específicos de la región de la Isla de Francia: el Centro Psiquiátrico de Orientación y de Ayuda del Hospital Sainte-Anne, en París, donde se desarrollan, entre otros, tratamientos de urgencia específicos para adolescentes, y la Enfermería de la Prefectura de Policía de París, sitio adonde son llevados por las fuerzas del orden, con el fin de ser examinados, los "presuntos enfermos", a consecuencia de un trastorno de comportamiento en la municipalidad de París, en el aeropuerto de Roissy o provenientes de la prisión (en aplicación del artículo 122.1 del Código Penal) (Mathis, 2006).

Conclusión

El cuadro que hemos intentado trazar de las urgencias psiquiátricas nos ha conducido a circunscribir diferentes problemas. Inicialmente el de las especificidades del trabajo psiquiátrico, que debe incluir una labor con la subjetividad de los pacientes, y que no puede entonces limitarse a una actitud de investigación y de prescripción médica clásica. Después, la importancia del trabajo sobre la duración y la continuidad de una acción terapéutica, que no debe quedar limitado a una acción de ayuda y a una intervención de crisis. Finalmente, la disparidad de la organización de la atención y la necesidad para el psiquiatra de integrarse en ella con el fin de ajustar sus acciones terapéuticas. Hay que recordar que, en la urgencia, el clínico queda en ocasiones confrontado con dilemas prácticos, y por ello éticos (Robin *et al.,* 1998), que debe clarificar y hacer evolucionar a medida que interviene y conversa con el paciente y su entorno. Por ejemplo, ¿cómo situarse en su observación clínica?: ¿como observador exterior o como formando parte de la situación? ¿Los síntomas presentados por el paciente están en relación con la cualidad de un individuo que sufre de una enfermedad o con las cualidades relacionales de un sistema que incluye su entorno? ¿La intervención terapéutica pretende la estabilidad o la elaboración de nuevas modalidades relacionales menos centradas en el síntoma? ¿Está justificada por un mandato y un contrato social "descendente", o por una elaboración mutua y "ascendente"? ¿Qué margen de libertad de elección hay que dar al paciente… y cómo? ¿Los conocimientos que guiarán estas elecciones están vinculados a una convicción personal, a una experiencia clínica, o a datos epidemiológicos o clínicos "objetivos"? Todas estas preguntas, frecuentemente contradictorias, se encuentran cuando un clínico se ve confrontado a una situación de urgencia, no pueden ser resueltas más que por su objetivación, y sólo el médico es el garante de la coherencia necesaria para su práctica clínica y su ajuste al contexto.

booksmedicos.org

BIBLIOGRAFÍA

Andreoli, A. (1986), *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, Semep, París.

Ausloos, G. (1995), *La Compétence des familles*, Érès, Tolosa. [*Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso*. Versión española de Xavier Bouzas, Herder, Barcelona, 1998.]

Baillon, G. (1998), *Les Urgences de la folie. L'accueil en santé mentale*, Gaëtan Morin Éditeur Europe, París.

Baldo, E., S. Stefka, Z. Ferrière *et al.* (2006), "Les urgences 20 ans après — réflexions sur les urgences, la psychiatrie et la société", *L'Information psychiatrique,* 82, 7, pp. 571-577.

Barthélémy, C. (2006), "Urgence de l'urgence", *L'Information psychiatrique,* 82, 7, pp. 553-555.

Boiteux, C., M. Clostre, C. Querel y T. Gallarda (2004), "Urgences psychiatriques", *Encyclopédie médico-chirugicale, Psychiatrie,* 37678-A10, Elsevier, París.

Bronchard, M., F. Mauriac, M.-N. Noirot y M. Robin (2001), "Régulations et urgence psychiatriques préhospitalières", *La Revue des SAMU,* pp. 163-164.

Brousse, G., J. Durand-Roger, J. Geneste *et al.* (2007), "Urgences et crises: éclosions ou resolutions", *Annales médico-psychologiques,* 165, pp. 729-736.

Chaltiel, P., y G. Baillon (2006), "L'accueil psychiatrique: contextualisation de 'l'urgence' en perspective de la continuité des soins", *L'Information psychiatrique,* 82, 6, pp. 455-457.

DeClerq, M. (1997), *Urgences psychiatriques et intervention de crise*, De Boeck, Bruselas.

Despland, J.-N., Y. de Roten y M. Luc (2010), *Intervention psychodynamique brève,* Elsevier Masson, París.

Gansel, Y. (2007), "Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine", *L'Information psychiatrique,* 83, 4, pp. 303-310.

Gauthier, S. (2007), "L'acte de présence en psychiatrie: sa spécificité, ses effets cliniques", *L'Information psychiatrique,* 83, 4, pp. 293-301.

Grivois, H. (2007), *Parler avec les fous,* Les Empêcheurs de Penser en Rond, París.

Guedj, M.-J., F. Carpentier y A. Braitman (2008), *Urgences psychiatriques,* Masson, París.

Kocher, B. (1994), "Équipe rapide d'intervention de crise (ERIC)", *Soins psychiatrie,* 168, pp. 25-32.

Mathis, D. (2002), *L'article D398 du Code de procédure pénale: conditions et modalités d'hospitalisation d'office des détenus incarcérés,* tesis de medicina, París XI.

Robin, M. (1996), "ERIC, un service mobile d'urgence psychiatrique", *Gestions hospitalières,* supl. 361, pp. 798-802.

Robin, M., F. Mauriac, F. Pochard, I. Regel, A. Waddington, S. Kannas y C. Hervé (1998), "Éthique pratique et situation de crise en psychiatrie", *Évolution*

booksmedicos.org

psychiatrique, 63, 1-2, pp. 227-234.
Souffir, V. (2003), "Lieux et temporalités de la rencontre psychiatrique: à propos des nouvelles pratiques de secteur", *L'Information psychiatrique,* 79, 2, pp. 137-141.
Taylor, D., C. Platon y S. Kapur (2012), "Recommended interventions for patients showing acutely disturbed or violent behavior", *The Maudsley Prescribing Guidelines,* 11ª ed., Wiley-Blackwell, Chichester, p. 533.
Thomas, J., D. Charvet, G. Contesti *et al.* (2006), "Un service d'urgence en psychiatrie: quelle interface pour l'accès aux soins? Étude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003", *L'Information psychiatrique,* 82, 7, pp. 581-587.
Walter, M., y P. Genest (2006), "Réalités des urgences en psychiatrie", *L'Information psychiatrique,* 82, 7, pp. 565-570.

booksmedicos.org

[1] Se citan los títulos originales, pues es así como el lector podrá consultarlos en las páginas electrónicas que se señalan. [T.]

[2] http://www.sfmu.org/documents/consensus/cc_agitation-court.pdf

[3] "*Geom.* Dicho de una línea o de una superficie: que corta a otra línea o superficie" (DRAE). [T.]

booksmedicos.org

booksmedicos.org

TERCERA SECCIÓN

LA TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRÍA

booksmedicos.org

LIV. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

ROBIN MALGAT

En este capítulo presentaremos, de manera inevitablemente sucinta, los tratamientos biológicos utilizados en psiquiatría.

La terapéutica medicamentosa modificó profundamente la atención psiquiátrica. Aunque muchas afecciones permanecen sujetas a recaídas, con o sin tratamiento (pero los tratamientos disminuyen, en todos los casos, el riesgo de recaída), las quimioterapias psiquiátricas han contribuido de manera decisiva a mejorar el pronóstico de las enfermedades mentales y a consolidar las técnicas de atención ambulatoria. Al mismo tiempo, la extraordinaria propagación de los medicamentos psicotrópicos en el mundo contemporáneo plantea problemas de salud pública y confirma la necesidad de establecer buenas prácticas, pero también, la de no prescribir más que después de un cuidadoso examen psiquiátrico.

Los tratamientos psicotrópicos son objeto de una investigación sin precedente desde hace algunos decenios, y varios millares de publicaciones exploran cada año diferentes aspectos de su acción: las indicaciones y las contraindicaciones, pero también las modalidades de tratamiento según las patologías y las subcategorías diagnósticas, la seguridad del empleo, los esquemas terapéuticos que optimizan el resultado esperado, los mecanismos de acción… El conjunto de estos trabajos es conducido de conformidad con la metodología biomédica, y los conocimientos así adquiridos vienen a alimentar las diferentes conferencias de consenso, las directivas de las prácticas adecuadas, etc. En Francia, un importante trabajo que tiende a establecer las "conductas por seguir" según las patologías es efectuado por la alta autoridad de salud y sus grupos de expertos, y los resultados son accesibles en internet. Al mismo tiempo, los medicamentos están sometidos a examen antes de obtener su autorización para su colocación en el mercado, que valida las fichas que los acompañan en el *Diccionario de especialidades farmacéuticas*.

Toda una corriente de la psiquiatría internacional tiende a integrar estos conocimientos, pero también las evaluaciones de los métodos terapéuticos no medicamentosos, dentro de una *evidence based medicine,* es decir, dentro de la definición de una práctica médica basada en datos surgidos de investigaciones conducidas según una metodología biomédica rigurosa. Esta corriente puede mostrarse reduccionista para tratamientos, enfoques terapéuticos y habilidades que no se adaptan bien a esta metodología; no obstante, contribuye a mejorar las prácticas en materia de psicotrópicos.

Aunque cada vez más encuadrada, la prescripción medicamentosa en psiquiatría conserva una parte de "arte médico"; la elección del producto, las posologías, las

booksmedicos.org

asociaciones, la manera de conducir el tratamiento dependen tanto de los conocimientos como de la experiencia y de la intuición del clínico. El presente capítulo no desarrollará este aspecto; se contentará con presentar los conocimientos básicos concernientes a las medicaciones psicotrópicas a partir de ciertas obras de carácter didáctico que el lector encontrará en la bibliografía.

LIV.1. Los psicotrópicos actuales

La farmacopea moderna se inauguró con el descubrimiento del primer neuroléptico, la *clorpromacina,* en París, por Henri Laborit, Pierre Deniker y Jean Delay, en 1952. Su enriquecimiento conoce dos periodos. Entre 1950 y 1970 se descubrieron las principales clases de medicamentos: neurolépticos o antipsicóticos, antidepresivos (1957), tranquilizantes o ansiolíticos (entre ellos los hipnóticos) (1958), estabilizadores del estado de ánimo (1959 para el litio, el cual no obstante sólo será adoptado en los años setenta). De 1970 hasta nuestros días no hay prácticamente innovaciones mayores, pero se han inventado nuevos medicamentos que mejoran la seguridad de utilización de los precedentes, en tanto que de manera paralela la investigación clínica permite afinar sus efectos en tratamientos prolongados y a gran escala.

Se pueden clasificar los medicamentos psicotrópicos de uso terapéutico según cuatro grupos, en función de sus efectos clínicos: *a)* los ansiolíticos (o tranquilizantes) e hipnóticos (somníferos), *b)* los neurolépticos (antipsicóticos), *c)* los antidepresivos y *d)* los estabilizadores del estado de ánimo (timorreguladores).

LIV.2. Ansiolíticos e hipnóticos

Los ansiolíticos (o tranquilizantes) y los hipnóticos (somníferos) son parientes en razón de la representación mayoritaria de la clase farmacológica de las *benzodiacepinas* dentro de sus rangos. Desarrollan en diversos grados efectos de apaciguamiento de la ansiedad. Su amplia utilización en la práctica médica amplifica los problemas de dependencia que se pueden encontrar en la prescripción de largo plazo.

LIV.2.1. *Los ansiolíticos*

Las benzodiacepinas

Se definen por cinco propiedades fármaco-clínicas: ansiolítica, sedante, miorrelajante, anticonvulsivante (anticomicial) y amnesiante. Su *farmacocinética* es importante puesto

booksmedicos.org

que determina la indicación de cada molécula: mientras más rápido actúa y más rápido se elimina (media vida corta), más candidata es la molécula para una comercialización como hipnótica.

La absorción oral de estos productos es satisfactoria, la vía intramuscular no garantiza una absorción regular y la vía intravenosa no es superior a la oral. La clásica inyección intramuscular de un producto ansiolítico en los servicios de ayuda y de urgencia frente a los estados de angustia y de agitación no es mucho más eficaz que la ingesta oral, a no ser por el carácter más impresionante del "piquete". Por el contrario, la selección de la molécula es importante. Ciertas moléculas tienen una acción rápida con picos plasmáticos precoces que justifican su utilización en la urgencia *(clonazepam*, *alprazolam*, *diazepam);* otras son de velocidad media *(bromazepam),* y otras incluso son más lentas *(oxazepam*, *lorazepam*, *prazepam)*. Este parámetro tiene un interés clínico en urgencias para una toma única, pero poco para una administración repetida dentro del marco de una prescripción crónica. Varias de estas moléculas se catabolizan en productos igualmente activos, lo que prolonga la duración de la acción de la molécula inicial.

La vida media (tiempo que toma una sustancia para perder la mitad de su actividad) determina la duración de la acción de la molécula y, por ello, el número de tomas cotidianas necesarias con el fin de alcanzar una concentración plasmática de equilibrio por efecto de la acumulación de la molécula en la sangre (lo que corresponde a una duración de cinco vidas medias). Las moléculas de acción rápida y vida media corta son eficaces en la angustia aguda; las moléculas con una absorción más o menos rápida y vidas medias largas requieren de tomas más espaciadas *(bromazepam*, *clorazepato dipotásico*, *lorazepam*, *prazepam*, *oxazepam)*. Las moléculas de vida media larga permiten una mejor seguridad de utilización para los tratamientos prolongados, y paralelamente reducen el riesgo de dependencia y los efectos de la supresión. Por el contrario, el efecto de acumulación ligado a las vidas medias largas puede ser deletéreo en las personas ancianas y en los pacientes que tengan un metabolismo hepático alterado; para este tipo de pacientes se preferirán productos poco o no metabolizados por el hígado y de vida media intermedia *(oxazepam* y *lorazepam)* (véase el cuadro LIV.1).

El *modo de acción* de las benzodiacepinas es agonista GABAérgico: aumentan la respuesta al GABA fijándose en los receptores, especialmente a nivel del hipotálamo y del sistema límbico, lo que explicaría el efecto ansiolítico.

Los *efectos secundarios* de las benzodiacepinas son la somnolencia, la amnesia anterógrada, los trastornos respiratorios (debidos al efecto miorrelajante) y la dependencia (en función también de ciertos factores favorecedores, como la vida media corta de la molécula, la duración del tratamiento, la existencia de una toxicomanía anterior o ciertos trastornos de la personalidad, como los estados limítrofes). Se describen igualmente los *efectos paradójicos,* no previsibles, entre ellos comportamientos agresivos, manifestaciones de ebriedad y eufóricas, hostilidad y más rara vez una sintomatología alucinatoria confusional. Se describen igualmente efectos ligados a la suspensión del tratamiento: *a)* la "recurrencia", a saber, el retorno de la sintomatología ansiosa inicial, pues este tipo de tratamientos sólo tiene un efecto suspensivo y no

booksmedicos.org

curativo; *b)* el efecto de "rebote", aparición transitoria y durante algunos días de una sintomatología ansiosa tras la suspensión brusca del tratamiento; *c)* el síndrome de abstinencia, expresión de la dependencia física y psíquica de las benzodiacepinas: mialgias, temblores, ataxias, cefaleas, náuseas, vómitos, confusión, incluso y excepcionalmente convulsiones. Estas manifestaciones aparecen más tardíamente que las de la supresión alcohólica y perduran de una a seis semanas en general.

CUADRO LIV.1. *Características clínicas de las benzodiacepinas según su vida media de eliminación*

Vida media corta	*Vida media larga*
Ventajas	*Ventajas*
Eliminación rápida	Disminución del número de tomas
	Menor dependencia
Inconvenientes	Mayor seguridad
Dependencia aumentada	
Problemas de abstinencia	*Inconvenientes*
Trastornos mnésicos anterógrados en el pico plasmático	Acumulación en las personas ancianas

Las *interacciones medicamentosas* son numerosas y frecuentes. No son limitantes para la prescripción. No obstante, se recomienda prestar atención a la coprescripción de moléculas que inducen un efecto depresógeno central y periférico.

Solamente la miastenia constituye una *contraindicación* absoluta para las benzodiacepinas. Se desaconseja, no obstante, prescribir benzodiacepinas cuando existe insuficiencia respiratoria, hepática o renal moderada (contraindicaciones relativas). En las personas ancianas se recomienda reducir la dosis a la mitad y preferir las moléculas de vida media intermedia con pocos efectos acumulativos.

Las benzodiacepinas atraviesan la barrera hematoencefálica; están por ello contraindicadas en la mujer embarazada durante el primer trimestre, y las dosis deben disminuir en el tercer trimestre para evitar los efectos del síndrome de abstinencia en el neonato.

Las *indicaciones* son amplias: ansiedad generalizada, síndrome de estrés postraumático, ansiedad de los trastornos somatomorfos, ansiedad secundaria a diversas afecciones orgánicas, el síndrome de abstinencia alcohólico. Como segunda intención, este tratamiento está indicado igualmente en los ataques de pánico (crisis de angustia). Como coprescripción se les encuentra en los estados depresivos con componente ansioso, las fobias simples, las fobias sociales, los trastornos obsesivo-compulsivos y en ciertos estados psicóticos.

Los carbamatos

booksmedicos.org

El meprobamato fue el primer ansiolítico específico en ser sintetizado (1950) y comercializado (1954). Es metabolizado por el hígado de manera rápida en un producto inactivo, el pico plasmático se alcanza en poco tiempo (una a dos horas) y la eliminación es urinaria. La vida media del producto es intermedia (diez horas).

Los *efectos clínicos* son prácticamente los mismos que los de las benzodiacepinas, y el *modo de acción,* todavía impreciso, parece implicar igualmente al sistema GABAérgico. El riesgo mayor es la *sobredosis,* que puede engendrar trastornos respiratorios, incluso colapso cardiorrespiratorio mortal. La *suspensión* súbita puede ser igualmente causa de síndromes confusionales o de crisis comiciales. Las *interacciones medicamentosas* ocurren con los contraceptivos orales y los anticoagulantes, de los que el carbamato aumenta las concentraciones.

Antihistamínicos

Poseen propiedades sedantes importantes, y sus *efectos indeseables* están ligados principalmente al efecto anticolinérgico. Se metabolizan casi en su totalidad por el hígado y son eliminados por vía urinaria. Su utilización debe estar limitada en quienes sufren de insuficiencias hepáticas. El *modo de acción* es el antagonismo de los receptores H1 histaminérgicos centrales y periféricos. No existe efecto de abstinencia. La hidroxizina es el producto más conocido de esta clase.

Otros medicamentos ansiolíticos

Los neurolépticos poseen una poderosa acción ansiolítica, especialmente sobre la angustia psicótica (fragmentación, disociación), en asociación con sus otros efectos clínicos.

La *buspirona* tiene una acción ansiolítica comparable a la de las benzodiacepinas pero sin efecto sedante, anticonvulsivante o miorrelajante. Su tiempo de acción es más largo y su eficacia menos constante. Los *efectos indeseables* son las gastralgias y las sensaciones vertiginosas. El *modo de acción* es original, de hecho es un poderoso antagonista 5-HT1A (serotoninérgico), además con una afinidad por los receptores centrales de la dopamina (D2).

Los betabloqueadores, como el *propanolol,* son ampliamente utilizados en el cuadro del miedo a presentarse en público cuando éste se muestra invalidante. La acción se ejerce esencialmente sobre el componente neurovegetativo de la ansiedad anticipatoria (taquicardia, temblores, sudoración), lo que evita los efectos sedantes de otras medicaciones. La restricción de esta prescripción es la de los beta-bloqueadores, especialmente el síndrome de Raynaud.

Finalmente, los antidepresivos poseen una eficacia sobre las crisis de angustia de repetición (trastorno de pánico); esta indicación se presentará en el apartado LIV.3.

booksmedicos.org

El cuadro LIV.2. presenta una síntesis de las ventajas e inconvenientes de las clases farmacológicas utilizadas por sus efectos ansiolíticos.

LIV.2.2. *Los hipnóticos*

Los hipnóticos (somníferos) actúan disminuyendo la vigilancia, lo que permite la iniciación del sueño y su mantenimiento. Actúan independientemente del origen de los trastornos del sueño. La eficacia de un tratamiento hipnótico se mide por la disminución del periodo de latencia del sueño, la reducción de los despertares nocturnos, el aumento del tiempo total del sueño y la experiencia subjetiva de su calidad por parte del paciente. Todos estos tratamientos reducen el sueño paradójico.

Los tratamientos hipnóticos se subdividen en dos grupos según su familia química: los benzodiacepínicos y los no benzodiacepínicos.

La indicación de estos medicamentos es el tratamiento a corto plazo y de manera transitoria de los insomnios. Como primera opción y para un periodo corto, se recomiendan los hipnóticos benzodiacepínicos y los emparentados con ellos. Deben acompañarse de medidas de higiene de vida y de alimentación. En el caso de los insomnios crónicos, serán preferibles los tratamientos no benzodiacepínicos.

Los hipnóticos benzodiacepínicos

Poseen propiedades similares a las benzodiacepinas ansiolíticas y se diferencian de ellas por su tiempo de acción rápido (tiempo de reabsorción digestivo). Todas las benzodiacepinas tienen un potencial hipnótico, pero para las moléculas que tienen un tiempo de absorción largo, el efecto hipnótico se producirá por el aumento progresivo de la concentración plasmática. No obstante, el efecto hipnótico de las benzodiacepinas no específicas de los insomnios puede ser la consecuencia de la sedación de la angustia que originaba el insomnio.

Se distinguen las moléculas de vida media corta *(lorazepam)* y las de vida media larga *(flunitrazepam*, *nitrazepam)*. La mediana que determina la vida media es de 10 horas.

La vida media determina imperfectamente el tiempo de eficacia de estos tratamientos. Se observa, en efecto, una primera fase de disminución rápida de la concentración plasmática de la molécula con redistribución tisular a nivel de la grasa periférica, seguida de una segunda fase de disminución. Los medicamentos con una vida media superior a 10 horas presentan entonces un riesgo de acumulación del producto, causante de la somnolencia diurna y de los trastornos mnésicos anterógrados.

booksmedicos.org

CUADRO LIV.2. *Comparación de las ventajas e inconvenientes de los diferentes ansiolíticos*

Psicotrópico	*Ventajas*	*Inconvenientes*
BZD. Benzodiacepinas	Acción inmediata Eficacia constante Sedación	Sedación Trastornos mnésicos Riesgo de dependencia
Buspirona	Sin dependencia Sin síndrome de abstinencia Sin trastornos mnésicos Sin sedación Sin interacción con el alcohol Personas ancianas	Efecto hasta después de dos semanas Eficacia menos constante Debe evitarse durante el embarazo
Meprobamato	Acción inmediata Eficacia constante Sedación Miorrelajación	Sedación Toxicidad si hay autólisis Inducción enzimática Hepatotoxicidad Dependencia Síndrome de abstinencia
Antihistamínicos	Sin dependencia Sedación Sin síndrome de abstinencia Sin trastorno mnésico	Sedación Aumento de peso Eficacia menos constante Efectos anticolinérgicos
Antidepresivos	Sin dependencia Pocos trastornos mnésicos Poca sedación	Ganancia de peso para algunos

Señalemos finalmente que no existe una prueba de eficacia o de beneficio terapéutico en mantener tal tratamiento de manera prolongada (más allá de cuatro semanas).

Los no benzodiacepínicos

Dos moléculas muy utilizadas, el *zopiclone* y el *zolpidem,* son parientes de las benzodiacepinas y su efecto terapéutico consiste en aumentar el estadio 2 del sueño sin modificar los estadios 3 y 4, y muy poco el sueño paradójico (véase el capítulo XXXVIII). La *farmacocinética* de estas moléculas las distingue sensiblemente, pues el zolpidem tiene una velocidad de absorción más rápida y una vida media más corta (se describe una acción de "encendido" del sueño, con una eficacia menor al final de la noche), en tanto que el zopiclone tiene una acción más prolongada. Muestran pocos efectos secundarios y son sensiblemente equivalentes en lo que respecta a la somnolencia y la astenia. El

booksmedicos.org

zolpidem puede inducir efectos paradójicos y sensaciones vertiginosas. Existe un efecto de abstinencia tras la suspensión que es similar al de las benzodiacepinas.

Los antihistamínicos y los neurolépticos emparentados, como la *alimemazina* y la *prometazina,* tienen una acción sedante que perturba poco al sueño. Su eficacia es variable de un sujeto al otro. Los efectos indeseables son una sedación diurna más importante, los trastornos cognitivos y los efectos anticolinérgicos.

Algunos antidepresivos, como la *mianserina* y la *amitriptilina,* que poseen propiedades sedantes, pueden utilizarse en los trastornos del sueño. Están indicados en particular dentro del cuadro de una sintomatología depresiva con ansiedad e insomnio.

La *suspensión de los tratamientos hipnóticos* es frecuentemente difícil en razón del apego del paciente a estos productos. Una vez decidida de común acuerdo, la abstinencia debe conducirse de manera resuelta y no ambivalente por parte del médico. En todos los casos, la suspensión debe ser progresiva. Será interrumpida, incluso suspendida, si aparecen signos de tipo psicótico que hasta entonces estaban enmascarados, o incluso acúfenos, vértigo o un insomnio rebelde en un paciente anteriormente bien equilibrado por su tratamiento.

LIV.3. Los antidepresivos

En 1957, Kline y Saunders describieron el efecto euforizante de la *iproniacida* en ciertos pacientes tuberculosos. Kuhn experimentó la *imipramina*, sintetizada con otros fines, en el tratamiento de la melancolía y sacó a la luz su actividad antidepresiva. Fue el nacimiento de los antidepresivos.

En su clasificación de los psicotrópicos, Jean Delay definió a los antidepresivos como *timoanalépticos,* moléculas capaces de "elevar" el humor. Pero si este efecto es el principal criterio que caracteriza al grupo de las moléculas antidepresivas, existe un cierto número de otros efectos terapéuticos no específicos y que actúan de manera más precoz: ansiólisis, sedación, desinhibición psicomotriz. Clasificados inicialmente según su estructura química, los antidepresivos representan actualmente una amplia gama de productos que ya no permiten tal categorización. Se les ordenará, entonces, en antiguos y nuevos antidepresivos, y según criterios mixtos: su estructura química (tricíclica) y su tipo de acción sobre las monoaminas intracerebrales (IMAO, ISRS, IRSNa, diversos) (véase el cuadro LIV.3). No obstante, las características no específicas citadas anteriormente han permitido una distinción que da lugar a una clasificación terapéutica, entre los tratamientos antidepresivos "psicoestimulantes" o "desinhibidores" y los tratamientos antidepresivos "ansiolíticos" o "sedantes".

booksmedicos.org

CUADRO LIV.3. *Las principales familias de antidepresivos*

Los tricíclicos	*Los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina)*
– clomipramina	– fluoxetina
– imipramina	– paroxetina
– amitriptilina	– citalopram
– doxepina	– escitalopram
– dosulepina	– sertralina
– maprotilina	– fluvoxamina
Los IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa)	*Los IRSNA (inhibidores de la recaptura de serotonina y de noradrenalina)*
Medicamentos "históricos":	– venlafaxina
– iproniazida	– mirtazapina
– nialamida	– minalcipran
	– duloxetina
Específicos:	
– toloxatone	*Los no tricíclicos no IMAO*
– moclobemida	– tianeptina
	– mianserina
	– viloxazina
	– medifoxamina
	Un melatoninérgico:
	– agomelatina

LIV.3.1. *Los antiguos antidepresivos*

Los tricíclicos

Existen actualmente unas diez moléculas diferentes. Su *modo de acción* es complejo y es objeto de numerosas hipótesis. Su acción mejor conocida, pero sin duda no la única que explique sus efectos, es la inhibición de la recaptura presináptica de las monoaminas (noradrenalina, serotonina y dopamina), con disminución de la sensibilidad postsináptica de los receptores noradrenérgicos *(down regulation)*.

Existe un cierto número de *efectos secundarios* no específicos de los antidepresivos pero más frecuentemente encontrados con las antiguas moléculas. Estos efectos secundarios, más pronunciados al principio del tratamiento, son: *a)* psíquicos (astenia, trastornos de la vigilancia, trastornos confusionales, ansiedad, reactivaciones o descompensaciones delirantes); debe darse una particular atención al riesgo suicida, porque la inhibición psicomotriz mejora antes que el restablecimiento del humor y el paciente recupera entonces su capacidad para actuar mientras que todavía está

booksmedicos.org

deprimido; *b)* neurológicos (temblores y disartria por efecto anticolinérgico, crisis comiciales, manifestaciones disquinésicas, sobre todo en las personas ancianas), y *c)* metabólicos (aumento de peso).

Los tricíclicos poseen, particularmente, efectos secundarios ligados a sus efectos periféricos; éstos están bastante presentes al principio del tratamiento y tienden a disminuir posteriormente: *a)* efectos anticolinérgicos (sequedad bucal, trastornos de la acomodación, disuria e incluso retención urinaria, taquicardia que puede llegar a un trastorno del ritmo, temblores); *b)* efectos adrenolíticos alfa (hipotensión ortostática y vértigos); *c)* efectos adrenomiméticos beta (síndrome de temblor-disartria), y *d)* efectos simpaticolíticos (astenia, cefaleas, impotencia sexual).

Las *contraindicaciones* son debidas principalmente a los efectos anticolinérgicos y adrenolíticos: glaucoma de ángulo cerrado, hipertrofia prostática, afección coronaria manifiesta, insuficiencia cardiaca descompensada. Los pacientes con insuficiencias hepáticas o renales, así como los ancianos y los alcoholo-dependientes, presentan una *clairance* disminuida de estas moléculas. Los tricíclicos abaten el umbral epileptógeno y su utilización debe entonces ser prudente en los epilépticos.

En caso de sobredosis la toxicidad puede ser letal (trastorno del ritmo cardiaco por anomalía de conducción, y más raramente por estado de mal epiléptico de consecuencias fatales). Los tricíclicos, moléculas antidepresivas por excelencia, combaten eficazmente la ideación suicida restableciendo el humor, pero también pueden facilitar el pasaje al acto, por desinhibición psicomotriz, al principio del tratamiento.

La principal *interacción medicamentosa* concierne a los IMAO (véase más adelante).

Los IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa)

Son moléculas menos utilizadas actualmente en razón de su manejo más difícil. Se dividen en dos grupos: *a)* los IMAO no específicos o clásicos: *iproniazida* y *nialamida*, *b)* los IMAO específicos de la MAO tipo A o B. Su *modo de acción* consiste en inhibir la enzima de degradación de las monoaminas (dopamina, noradrenalina, serotonina) a nivel intrasináptico, y así aumentan la concentración de estos neuromoduladores. Los IMAO específicos de tipo A bloquean al subtipo A de la MAO, cuyo sustrato preferencial es la serotonina, la noradrenalina y la adrenalina (el subtipo B concierne, entre otras, a la tiramina y a la dopamina). Así, para estas moléculas más selectivas, no es necesario tener las mismas precauciones de empleo, especialmente en lo concerniente a la tiramina.

La acción de los IMAO clásicos es muy semejante a la de los tricíclicos; la diferencia es que los IMAO tienen una acción más bien psicoestimulante, en tanto que los tricíclicos pueden ser, según la molécula, más sedantes o más estimulantes.

Los *efectos secundarios específicos* son la hipotensión (está contraindicado corregir este efecto en el servicios de urgencias por medio de aminas vasopresoras), la toxicidad hepática y el riesgo de crisis hipertensiva con los IMAO clásicos. Esta crisis, que puede ser severa, se desencadena frecuentemente por la alimentación (consumo de quesos

booksmedicos.org

fermentados que contengan tiramina).

Las *contraindicaciones* son la fragilidad vascular cerebral, que debe considerarse como una contraindicación absoluta, así como las afecciones hepáticas y la perspectiva de una anestesia general.

Las *interacciones medicamentosas y alimentarias* son numerosas. Las contraindicaciones medicamentosas para los IMAO clásicos son múltiples y abarcan al conjunto de los tratamientos antidepresivos. Las contraindicaciones alimentarias para los IMAO clásicos conciernen a los productos que contienen tiramina (quesos fermentados, chocolate, habas…).

LIV.3.2. *Los nuevos antidepresivos o de segunda generación*

Todos ellos poseen una estructura química diferente, pero pueden clasificarse según su *modo de acción:* inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptura de la serotonina y de la noradrenalina (IRSNa). Los primeros actúan inhibiendo de manera selectiva la recaptura presináptica de la serotonina. Los segundos inhiben la recaptura presináptica de la noradrenalina y de la serotonina.

Estos medicamentos, mejor tolerados que los tricíclicos, no poseen, propiamente hablando, *contraindicaciones* sino precauciones de empleo. Aumentan claramente las tasas plasmáticas de litio y de los neurolépticos. Sus *efectos indeseables* son generalmente benignos: pocos efectos anticolinérgicos o adrenolíticos, efectos más frecuentes al principio del tratamiento y de corta duración (trastornos digestivos menores, astenia, temblor discreto). Puede igualmente aparecer un rebote de la ansiedad y del "nerviosismo" con insomnio debido a la acción más psicoestimulante de ciertos productos (por ejemplo, la *fluoxetina*). Algunas de estas moléculas pueden perturbar la libido, más las ISRS que las IRSNa, con disfunción eréctil o retardo o inhibición de la eyaculación *(paroxetina*, *citalopram* y *escitalopram)*. Puede señalarse también un aumento de peso. La venlafaxina (IRSNa) puede provocar, a dosis elevadas, una importante elevación de la presión arterial.

Con una ingestión aguda, estos tratamientos son poco *tóxicos*, lo que da mayor seguridad a su prescripción en un tratamiento ambulatorio. No obstante, pueden ser causa de un "síndrome serotoninérgico", que puede ser letal y que se caracteriza por trastornos confusionales, mioclonias, hiperreflexia, temblores, diarrea, fiebre, sudoración, hipo o hipertensión arterial. Este síndrome obliga a la inmediata suspensión del tratamiento.

Las *interacciones medicamentosas* son poco numerosas. La asociación con los IMAO está contraindicada en razón del riesgo de un síndrome serotoninérgico. Conviene igualmente tomar en cuenta el riesgo hemorrágico en los pacientes que toman anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios (que requieren una vigilancia del tiempo de protrombina).

booksmedicos.org

LIV.3.3. *Indicaciones, reglas de prescripción y evolución del tratamiento antidepresivo*

Fuera de los episodios depresivos mayores, los tratamientos antidepresivos tienen *numerosas indicaciones:* trastorno distímico, depresión con características atípicas y psicóticas, trastorno de pánico (especialmente los ISRS, los IRSNa y los tricíclicos), el trastorno obsesivo-compulsivo (la clomipramina y los ISRS), los estados de estrés postraumático (especialmente los ISRS), el trastorno ansioso generalizado. Estos tratamientos se presentan en los capítulos correspondientes del presente *Manual*.

La *elección del antidepresivo* se realiza en función de los criterios de prescripción habituales en medicina (antecedentes, contraindicaciones, eficacia de la molécula, efectos secundarios, gravedad del trastorno, pero también hábitos de prescripción y confianza del prescriptor en el tratamiento, etc.). Debe imponerse un criterio clínico, es decir, la prevalencia de la angustia o del enlentecimiento en el episodio depresivo presente (cuadro LIV.4). En lo que respecta a sus efectos no específicos, algunas moléculas tienen un componente sedante y ansiolítico, y otras un componente estimulante. Recordemos, no obstante, que se observan en la práctica importantes diferencias de respuesta de un paciente al otro para el mismo producto.

Como primera elección y frente a un cuadro de sintomatología moderada, la elección se dirigirá preferencialmente hacia los nuevos antidepresivos en razón de su facilidad de manejo y sus menores efectos secundarios.

Los tricíclicos y los IMOA

El tratamiento necesita un balance *preterapéutico,* inicialmente clínico, que valore los aparatos cardiovascular y neurológico; después paraclínico: balance biológico estándar (biometría, funcionamiento hepático y renal), radiografía de tórax en las personas ancianas, ECG, EEG si la clínica deja suponer una vulnerabilidad comicial, revisión urológica si el interrogatorio evoca el riesgo de una complicación uretero-prostática en el hombre.

booksmedicos.org

CUADRO LIV.4. *Elección del tratamiento antidepresivo según la prevalencia ansiosa o asténica del estado depresivo*

Prevalencia: ansiedad, agitación	*Prevalencia: astenia, enlentecimiento*
Intensidad media	imipramina
paroxetina	fluoxetina
fluoxetina	escitalopram
citalopram	sertralina
doluxetina	venlafaxina
	mirtazapina
Intensidad severa	fluvoxamina
venlafaxina	moclobemide
clomipramina	
fluvoxamina	
amitriptilina	

Los tricíclicos ya no se utilizan como primera intención (a excepción de factores de severidad de la sintomatología) debido a la satisfactoria eficacia de los nuevos tratamientos antidepresivos y a su mejor tolerancia. En caso de sintomatología severa, el establecimiento rápido de un tratamiento por tricíclicos necesita una atención hospitalaria o una vigilancia clínica psiquiátrica y somática acrecentada: pulso, presión arterial, tránsito intestinal, diuresis. Deben realizarse ECG si existe un riesgo de trastorno del ritmo. Los otros exámenes se realizarán según la apreciación del clínico.

El tratamiento se inicia de manera progresiva por aumento diario con el fin de alcanzar los niveles de dosis mínimas eficaces en tres a cinco días. No existe una ventaja significativa con un tratamiento iniciado por vía intravenosa en el plano farmacocinético; por el contrario, los cuidados necesarios para esta administración *(enfermería especializada)* pueden ser útiles. Recordemos que no hay correlación entre la forma clínica de la depresión y la previsión de la eficacia de las moléculas.

Los nuevos antidepresivos

De manera más confiada, estos tratamientos pueden iniciarse tras un simple examen clínico sin exámenes complementarios. La elección del tratamiento, ya sea en la consulta ambulatoria o en la hospitalaria, elegirá una u otra molécula en función de los datos clínicos, los antecedentes del paciente y sus posibles contraindicaciones.

Los nuevos antidepresivos poseen un cierto número de ventajas en relación con los tricíclicos y los IMAO: lapso de acción más corto, efectos secundarios menos importantes y menos durables, pocas contraindicaciones, buena tolerancia cardiaca, acción doble sobre la ansiedad y la depresión, menos potenciación en relación con el alcohol.

Sin embargo, los tricíclicos siguen siendo más eficaces en la depresión severa y

booksmedicos.org

melancólica.

Efectos de los tratamientos antidepresivos sobre los estados depresivos

El efecto sobre el estado emocional depresivo sólo se desarrolla a partir de la segunda o tercera semana de tratamiento. Se puede observar una mejoría del sueño al cabo de 48 a 72 horas, seguida de una reanudación del apetito algunos días más tarde, y después una reducción del enlentecimiento y de la inhibición al cabo de ocho a diez días. Este efecto desinhibidor precoz constituye un riesgo de pasaje al acto suicida, en la medida en la que el humor depresivo está todavía presente. Observemos también que esta sucesión cronológica se observa en el caso de una buena respuesta terapéutica. Si al cabo de cuatro semanas no hay mejoría clínica, debe proponerse un cambio de tratamiento.

La suspensión está en función de cada indicación terapéutica. En razón de la larga vida media de la mayoría de los antidepresivos (tricíclicos, *fluoxetina*, *citalopram*), puede realizarse de manera rápidamente progresiva. No obstante, existen ciertas moléculas que tienen vidas medias más cortas *(paroxetina*, *sertralina)* que pueden, en caso de suspensión súbita, inducir un estado de abstinencia desagradable durante varios días, lo que hace que sea preferible una disminución progresiva.

LIV.4. Los estabilizadores del estado de ánimo

Los tratamientos de este tipo pueden definirse como los que permiten reducir la frecuencia, la duración y la intensidad de los episodios afectivos, así como mantener una estabilidad tímica entre los episodios. Estos tratamientos pueden ser, a la vez, curativos de estados tímicos constituidos (manía aguda esencialmente y episodio depresivo en asociación con un antidepresivo) y preventivos de las recaídas. El *litio* es el tratamiento más antiguo y sigue siendo el de referencia para esta clase terapéutica. El descubrimiento de sus propiedades antimaniacas se debió a Cade, en 1949, aunque la toxicidad del producto retrasó su utilización en clínica. Fueron los trabajos de Schou, en la década de 1970, los que permitieron "rehabilitar" al litio, fijar las precauciones de empleo y generalizar su indicación en la enfermedad maniaco-depresiva.

Los tratamientos estabilizadores del estado de ánimo constituyen una clase heterogénea desde el punto de vista químico (un metal alcalino: el litio; los derivados del valproato, una molécula emparentada con los tricíclicos para la carbamazepina; un análogo del ácido fólico para la *lamotrigina*). No obstante, los estabilizadores actualmente utilizados, salvo el litio, tienen en común su efecto anticomicial.

Sus *modos de acción* siguen siendo todavía inciertos y complejos. El *litio* actúa sobre la transportación iónica a nivel membranal (sodio, magnesio y calcio); de ahí la retención hidrosódica y la diabetes insípida secundaria que se encuentran como efectos adversos. A nivel neuronal, inhibe a la inositol monofosfatasa, modulando por cascada la

booksmedicos.org

secreción serotoninérgica, dopaminérgica, colinérgica, GABAérgica y glutamatérgica; podría tener una acción sobre la expresión génica múltiple vía la proteína kinasa C. Los *anticomiciales* son estabilizadores de membrana y por su acción sobre los canales iónicos disminuyen la liberación de glutamato y aumentan la liberación de GABA. Tendrían así, de manera crónica, un efecto sobre la expresión de genes múltiples.

De esta manera los estabilizadores del estado de ánimo tendrían efectos biológicos de largo plazo implicados en la plasticidad neuronal.

LIV.4.1. *El litio*

Su *indicación* principal es la enfermedad maniaco-depresiva (trastornos bipolares en general), en la que es el tratamiento de referencia, eficaz en 80% de las manías agudas en seis a diez días. Ha mostrado igualmente su eficacia en la depresión bipolar, así como ser potencializador de los tratamientos antidepresivos en las depresiones resistentes. Es el primer tratamiento preventivo de las recaídas del trastorno bipolar. Finalmente, puede también prescribirse en el cuadro de los trastornos impulsivos y de la agresividad (por ejemplo, esquizofrenias, retrasos mentales).

Las *contraindicaciones* son, antes que todo, la insuficiencia renal, los primeros tres meses del embarazo, la insuficiencia cardiaca no estabilizada, la insuficiencia tiroidea y la dieta sin sal.

Las *interacciones medicamentosas* son numerosas; en primer lugar se sitúan los diuréticos, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los antihipertensivos que actúan sobre los riñones, los ISRS y los neurolépticos que aumentan la litemia, así como los tricíclicos…

Los *efectos indeseables* se encuentran en 20 a 40% de los casos. Dependen de la posología y necesitan una vigilancia particular. Son inicialmente renales: los riesgos a corto plazo son la diabetes insípida nefrogénica con poliuria-polidipsia, y a largo plazo la fibrosis intersticial, la atrofia tubular, la esclerosis glomerular y, finalmente, la insuficiencia renal. También se observan efectos secundarios neurológicos (temblores, síndrome extrapiramidal en caso de sobredosis, lesiones cerebelosas), endocrinológicos (hipo o hipertiroidismo), ganancia de peso, hiperparatiroidismo, disminución de la libido. A nivel cardiaco se pueden observar trastornos de la repolarización y del ritmo, así como un riesgo de bloqueo aurículo ventricular. Los efectos digestivos son frecuentes al principio del tratamiento y los efectos dermatológicos son raros.

Las *sobredosis* e *intoxicaciones* pueden tener consecuencias dramáticas; requieren la suspensión inmediata del tratamiento y necesitan vigilancia médica. Los signos son la náusea, vómitos, temblores, polidipsia, trastornos del ritmo cardiaco, síntomas del síndrome cerebeloso, trastornos de la vigilancia, hiperreflexia, incluso el coma vigil.

El conjunto de estos efectos impone *precauciones de empleo* antes y durante el tratamiento: control regular de la litemia, de la biometría hemática, electrolitos séricos, función renal con proteinuria de 24 horas, hormonas tiroideas, glicemia en ayunas,

booksmedicos.org

calcemia, hormona beta gonadotrofina coriónica en la mujer. Las dosis terapéuticas se sitúan entre 0.6 y 0.8 mEq/l para la forma estándar de 250 mg y entre 0.8 a 1.2 mEq/l para la forma de 400 mg LP.

La *suspensión del tratamiento,* fuera de los casos de urgencia, debe realizarse de manera progresiva. La eficacia de tal tratamiento sobre la prevención de las recaídas se evalúa cada 24 meses y, si se muestra eficaz, puede necesitar un tratamiento superior a cinco años, e incluso de por vida.

LIV.4.2. *Los antiepilépticos*

Fue a partir de la década de 1980 cuando los tratamientos anticomiciales, por su acción estabilizadora de membrana, comenzaron a utilizarse en los trastornos de la afectividad.

Valproato, divalproato y valpromida

Estos tres compuestos se encuentran en la sangre bajo la forma de valproato, que es la molécula activa. Su vida media varía entre seis y diecisiete horas y el metabolismo es hepático.

Están *indicados* en los trastornos de la afectividad y se definen como estabilizadores del estado de ánimo (además de sus efectos antiepilépticos). Estas moléculas son eficaces en la manía aguda así como en la prevención de las recaídas, si el tratamiento probó su eficacia en el estado agudo. Representan, en principio, el tratamiento de segunda elección, aunque los derivados del ácido valproico podrían utilizarse como primera elección en las formas de ciclo rápido del trastorno bipolar, los estados mixtos y las formas asociadas a los trastornos neurológicos (retraso mental, traumatismos craneales). El efecto antiimpulsivo de estos tratamientos puede utilizarse en las manifestaciones de impulsividad incontrolable (por ejemplo, en ciertos trastornos de la personalidad).

Los *efectos indeseables* son hepáticos (elevación de las transaminasas), hematológicos (neutropenia, trombocitopenia), gastrointestinales (náuseas, vómitos, anorexia…), endocrinos (ganancia de peso, alopecia) y neurológicos (temblores, sedación, encefalopatía por hiperamonemia). Su posible efecto teratogénico los contraindica durante el embarazo.

Carbamazepina

De estructura tricíclica, pariente de los antidepresivos de esta clase, la carbamazepina es una molécula antiepiléptica sintetizada en 1953; el descubrimiento de su actividad como estabilizador del estado de ánimo data de la década de 1980. La absorción es oral, el

booksmedicos.org

metabolismo hepático y su eliminación renal. La vida media es de 24 horas. Los *efectos terapéuticos* son similares a los derivados del ácido valproico. Según la autorización para su comercialización, la carbamazepina está indicada en "el tratamiento de los estados de excitación maniaco e hipomaniaco" y en "la prevención de las recaídas en el cuadro de las psicosis maniaco-depresivas, especialmente en el paciente que presenta una resistencia relativa, contraindicaciones o intolerancia al litio".

Las *contraindicaciones* son, entre otras, el embarazo, la lactancia, los trastornos del ritmo cardiaco y la porfiria. Los *efectos indeseables* rara vez requieren la suspensión del tratamiento. Son de tipo neurológico, anticolinérgico (debido a la estructura tricíclica), gastrointestinales, metabólicos (ganancia de peso). Debe prestarse una particular atención a los efectos idiosincrásicos, especialmente durante los seis primeros meses de tratamiento, que pueden conducir a una insuficiencia hepática, agranulocitosis, incluso reacciones cutáneas graves, como el síndrome de Steven-Johnson.

Lamotrigina

Este tratamiento antiepiléptico, cuya estructura es análoga a la del ácido fólico, ha mostrado su eficacia en la prevención de las recaídas depresivas en los pacientes bipolares, así como en el componente agresivo de estados de hipertimia. Es bien tolerado y tiene pocas *contraindicaciones* (insuficiencia hepática severa y lactancia). Los efectos *indeseables* son esencialmente cutáneos con *rash* y erupciones benignas, que aparecen en las ocho primeras semanas y que pueden adquirir la forma de la toxidermia vesicular grave. Existen igualmente algunos efectos secundarios neurológicos acrecentados por la asociación con carbamazepina.

La *prescripción* de la lamotrigina necesita un balance clínico inicial (especialmente dermatológico, en busca de antecedentes de toxidermia) y paraclínico que incluya, como para los otros antiepilépticos, una biometría hemática, balance renal y beta-HCG.

LIV.4.3. *Conclusión*

El litio sigue siendo hasta ahora el tratamiento de referencia curativo de los estados maniacos pero también de la prevención de las recaídas de los trastornos bipolares. Como segunda elección, en caso de contraindicación, se podrán prescribir los derivados del ácido valproico o la carbamazepina. Señalemos finalmente que la *olanzapina,* aunque no ha recibido la indicación comercial para la cura de los estados maniacos y la prevención de las recaídas, sigue siendo antes que todo un tratamiento neuroléptico, clase cuyos representantes tienen una acción sedante sobre el estado de ánimo (acción *timoléptica*).

booksmedicos.org

LIV.5. Los neurolépticos (antipsicóticos)

Como se dijo en la introducción, el descubrimiento de los neurolépticos a principios de la década de 1950 (clorpromazina) fue el acto inaugural de la farmacopea moderna en psiquiatría. Jean Delay y Pierre Deniker utilizaron el término *neuroléptico* para significar una "acción sobre los nervios", puesto que los medicamentos descubiertos a partir de la clorpromazina tenían una acción cerebral subcortical evidente a través del síndrome parkinsónico que generaban. La psiquiatría norteamericana utilizó inicialmente el término "tranquilizantes mayores", considerando que el efecto constatado no era sino una forma reforzada del efecto sedante; más tarde, frente a la eficacia de esta clase terapéutica sobre las ideas delirantes y las alucinaciones, los neurolépticos fueron llamados "antipsicóticos". Este último término tiende actualmente a generalizarse, tanto más que las moléculas más recientes ("atípicas") están desprovistas de efecto parkinsónico. Señalemos, no obstante, que este término *antipsicótico* puede prestarse a confusión, puesto que estos medicamentos son, como lo habían señalado muy tempranamente Delay y Deniker, "suspensivos" pero no "curativos" de los estados psicóticos crónicos.

Esta clase farmacológica, con el descubrimiento sucesivo de nuevas moléculas *(haloperidol*, *flufenazina*, *tioridazina…),* revolucionó la práctica psiquiátrica y su terapéutica, facilitando de manera decisiva el egreso de los enfermos psicóticos del asilo tradicional y el desarrollo de tratamientos ambulatorios, incluso para las formas clínicas graves. Al mismo tiempo, modificó parcialmente la clínica psiquiátrica, pues ciertos cuadros psicóticos (catatonia, hebefrenia) se volvieron cada vez más raros a lo largo de los años.

A partir de la década de 1980 aparecieron nuevas moléculas, "atípicas" en relación con la definición inicial basada en el parkinsonismo, aunque sus modos de acción y sus efectos clínicos se parecían a los de los primeros neurolépticos (antagonistas dopaminérgicos de los receptores D2). Históricamente, el modelo de esta nueva generación fue la *clozapina,* seguida por otras moléculas: *amisulpiride, risperidona, olanzapina.*

Los neurolépticos fueron definidos por Delay y Deniker según cinco criterios: *a)* creación de un estado de indiferencia psicomotriz, *b)* acción sobre la excitación y la agitación, *c)* acción sobre los trastornos psicóticos agudos o crónicos, *d)* producción de síndromes extrapiramidales y neurovegetativos y *e)* efectos subcorticales dominantes. Los nuevos neurolépticos responden parcialmente a esta definición, cumpliendo con los tres primeros criterios; el cuarto y el quinto se encuentran con menor frecuencia entre ellos, sin ser inexistentes en todos los casos.

LIV.5.1. *Clasificaciones clínicas de los neurolépticos*

Los neurolépticos pertenecen a clases químicas variadas y no ha sido posible descubrir un elemento de estructura química común a todos los neurolépticos que pueda explicar

booksmedicos.org

sus efectos antipsicóticos. El vínculo entre clase química y efectos clínicos es laxo. No obstante, es pertinente la distinción entre neurolépticos convencionales ("clásicos") y los neurolépticos atípicos (antipsicóticos) más recientes; los primeros poseen un tropismo neurológico predominante y los segundos un tropismo endocrino y metabólico.

Los *neurolépticos clásicos* se reagrupan en cuatro grandes clases: *a)* las fenotiazinas, cuyo modelo es la *clorpromazina,* repartidas en tres subgrupos (alifáticas, piperazinadas y las piperidinas); *b)* las butirofenonas, cuyo modelo es el *haloperidol; c)* los tioxantenos, cuyo modelo es el *flupentixol,* y *d)* las benzamidas, cuyo modelo es el *sulpiride.*

Los *neurolépticos atípicos* forman un grupo muy heterogéneo de moléculas. Incluyen a la *clozapina,* la *risperidona,* la *olanzapina* y el *amisulpiride.* El *aripiprazol* y la *quetiapina* son moléculas llamadas de la tercera generación. El *amisulpiride*, aunque pertenece a la familia de las benzamidas, se considera como perteneciente a los neurolépticos atípicos.

El conjunto de estos medicamentos neurolépticos (antipsicóticos) aparece en el cuadro LIV.5.

Surgidas de la investigación clínica europea, las *clasificaciones empíricas* de los neurolépticos se propusieron dotar de un perfil terapéutico a cada molécula. Existen diferentes modelos según los varios ejes de efectos clínicos terapéuticos y de efectos indeseables.

Jean Bobon propuso la *estrella de Lieja,* una figura de seis brazos calificada de 0 a 5, en la que cada brazo corresponde a un efecto: ataráxico (sedante), antimaniaco, antiautístico, antidelirante, adrenolítico y extrapiramidal. Cada molécula dibuja de esta manera una estrella cuya forma es específica de su actividad clínica.

booksmedicos.org

Clase química	*Nombre comercial*
Fenotiazinas	
clorpromazina	Largactil®
levomepromazina	Nozinam®
ciamemazina	Tercian®
alimemazina	Théralène®
flufenazina	Moditen®
pipotiazina	Piportil®
propericiazina	Neuleptil®
Butirofenonas	
haloperidol	Haldol®
pipamperona	Dipiperon®
penfluridol	Semap
Benzamidas	
amisulpiride	Solian®
sulpiride	Dogmatil® Synédil®
tiapride	Tiapridal® Equilium®
Tioxantenos	
flupentixol	Fluanxol®
zuclopentixol	Clopixol®
Diversos	
pimozide	Orap®
loxapina	Loxapac®
Atípicos	
clozapina	Leponex®
risperidona	Risperdal®
olanzapina	Zyprexa®
amisulpiride	Solian®
aripiprazol	Abilify®
quetiapina	Xéroquel®

Delay y Deniker propusieron la distinción de tres dimensiones de actividad terapéutica, a las cuales hicieron corresponder los efectos secundarios específicos: *a)* acción sedante (antimaniaca), teniendo como efecto secundario la somnolencia y los efectos neurovegetativos (adrenolítico), *b)* acción reductora (efecto antialucinatorio y

booksmedicos.org

antidelirante), teniendo como efecto secundario la aquinesia extrapiramidal y la astenia, y *c)* acción desinhibidora (efecto antiautista), teniendo como efecto secundario las manifestaciones neurológicas hiperquinéticas.

Kapsambelis y Ginestet han propuesto un modelo "psicopatológico" con tres ejes de acciones sindrómicas: *a)* un efecto "ansiolítico" (sobre la angustia específicamente psicótica), *b)* un efecto "psicorreorganizador" (efecto sobre la desorganización psíquica de cualquier origen, incluyendo las *bouffées délirantes,* las confusiones mentales, la esquizofrenia), y *c)* un efecto timoléptico (sobre la hipertimia y el vigor, maniacos o pasionales).

A partir del advenimiento de los *modelos estadísticos* que distinguen por subcalificaciones factoriales las dimensiones clínicas de las patologías psicóticas, se han podido establecer modelos de los perfiles clínicos de las moléculas. Una escala como la PANSS (Positive and Negative Syndome Scale) distingue cinco ejes: *a)* signos positivos, *b)* signos negativos, *c)* factor de desorganización, *d)* factor de ansiedad-depresión y *e)* agitación maniaca.

LIV.5.2. *Modo de acción*

El principal modo de acción de los neurolépticos es el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2 postsinápticos a nivel meso-córtico-límbico. Esta acción está en la base de la hipótesis neurobiológica dopaminérgica de las psicosis de tipo esquizofrénico. Se han observado otras acciones sobre diferentes subtipos dopaminérgicos, siendo los neurolépticos, además, antagonistas serotoninérgicos, histaminérgicos, colinérgicos y noradrenérgicos (a nivel central y periférico), lo que explica los efectos secundarios más o menos importantes según la molécula.

La acción terapéutica de los *neurolépticos convencionales* estaría en relación con su actividad anti D2 a nivel de la vía mesolímbica del núcleo *accumbens*. Los efectos secundarios cognitivos serían debidos a esta acción a nivel mesocortical. Los efectos extrapiramidales provienen de esta acción a nivel de la vía nigro-estriatal (desequilibrio de la balanza dopamina-acetilcolina) y los efectos endocrinos de la vía túbero-infundibular.

Los *neurolépticos atípicos de segunda generación* tienen una acción farmacológica combinada: antagonismo de los receptores D2, pero igualmente pre y postsináptica D1 y D3, y antagonismo de los receptores 5-HT2.

Las *moléculas de tercera generación,* como el aripiprazol, tienen una acción singular: son agonistas dopaminérgicos parciales. Esta propiedad entrañaría un agonismo dopaminérgico en un ambiente hipodopaminérgico y antagonista dopaminérgico en un medio hiperdopaminérgico.

LIV.5.3. *Efectos terapéuticos e indicaciones*

booksmedicos.org

Haciendo una síntesis de los diferentes trabajos sobre los efectos clínicos de los neurolépticos, se pueden describir globalmente tres acciones principales que son de desigual importancia según las moléculas:

a) *efecto sedante:* se trata del primer efecto descrito de los neurolépticos. Se ejerce sobre la excitación motriz y psíquica creando un estado de indiferencia psicomotriz, pero también emocional. Este efecto actúa rápidamente sobre la agitación, psicótica o no, lo que hace de los neurolépticos los medicamentos de elección en condiciones de urgencia. El efecto sedante crea un estado de baja de la vigilancia reversible por la estimulación. Crea igualmente una fuerte ansiolisis permitiendo yugular los estados de angustia de tonalidad psicótica: disociativos o de fragmentación (efecto contra la angustia);
b) *efecto desinhibidor o psicoestimulante:* todavía llamado antideficitario, explica la mejoría de la sintomatología autista en la esquizofrenia (retraimiento, apragmatismo, negativismo). Este efecto sería más marcado para los neurolépticos atípicos;
c) *efecto antiproductivo o incisivo:* su acción consiste en la abrasión de la sintomatología delirante o alucinatoria. Se manifiesta en un lapso de algunos días a varias semanas, particularmente eficaz en los trastornos psicóticos agudos (primarios o secundarios), bastante eficaz en la esquizofrenia, menos eficaz para los delirios crónicos sistematizados.

Señalemos también que el interés de la investigación, estos últimos años, por el déficit en la esquizofrenia ha llevado a describir *efectos cognitivos,* tanto con los tratamientos neurolépticos clásicos (atención, lenguaje, memoria) como y sobre todo con los atípicos (fluidez verbal, funciones ejecutivas principalmente).

Las indicaciones de los neurolépticos, surgidas de estos efectos terapéuticos, son amplias; el primero en ser descubierto, la clorpromazina, debió su nombre comercial *(Largactil)* a esta *large action* ("amplia acción"). Conciernen a los trastornos psiquiátricos, pero igualmente a otros campos de la medicina (neurología, tratamiento del dolor, trastornos endocrinos).

Dentro del *campo de la psiquiatría,* los neurolépticos están indicados en los estados psicóticos agudos o crónicos, "orgánicos" o "funcionales": *bouffées délirantes* agudas, estados confusionales, esquizofrenia, psicosis crónicas no esquizofrénicas, trastornos bipolares, episodios depresivos con características psicóticas. Están indicados igualmente en toda sintomatología psicótica que aparezca dentro del cuadro de otras patologías (por ejemplo, ideas delirantes en las demencias). Diversos trastornos psiquiátricos no psicóticos pueden necesitar igualmente un tratamiento neuroléptico: los trastornos obsesivo-compulsivos graves, las fobias sociales graves, los trastornos de la personalidad con impulsividad y agresividad. Ciertos síntomas psiquiátricos pueden ser tratados específica u ocasionalmente con estas moléculas: la agitación, la angustia invasora, la agresividad, los insomnios rebeldes.

booksmedicos.org

CUADRO LIV.6. *Los neurolépticos de acción prolongada*

Nombre farmacéutico	*Nombre genérico*	*Intervalo entre tomas*
Semap (per os)	Pentfluridol	1 semana
Piportil L4 (IM)	Pipotiazina	3-4 semanas
Haldol Decanoas (IM)	Haloperidol	3-4 semanas
Modecate (IM)	Decanoato de flufenazina	4 semanas
Clopixol ASP (IM)	Zuclopentixol	2-3 días
Clopixol AP (IM)	Zuclopentixol	2-4 semanas
Risperdal Consta (IM)	Risperidona	15 días
Xeplion	Palmitato de palperidona	4 semanas
Ziphadera	Pamoato de olanzapina	4 semanas

LIV.5.4. *Farmacocinética*

Cada molécula posee una farmacocinética propia. De manera general, la absorción es intestinal y difusa en todos los tejidos. El metabolismo es hepático con una eliminación renal y fecal. Los neurolépticos atraviesan la barrera feto-placentaria, a excepción de los tioxantenos. Existe una excreción en la leche materna, en tanto que la clorpromazina, por su lado, se excreta débilmente.

Los neurolépticos existen igualmente bajo formas galénicas que poseen vidas medias más largas, lo que permite espaciar la toma del tratamiento (cada semana, cada dos semanas o cada mes), en toma oral o por inyección intramuscular ("neurolépticos-retard" o neurolépticos de acción prolongada, NAP). Estos productos facilitan la observación del tratamiento y permiten "amortiguar" los efectos de una interrupción inopinada del tratamiento; contribuyen al desarrollo de la psiquiatría extrahospitalaria (véase el cuadro LIV.6).

LIV.5.5. *Efectos indeseables, efectos tóxicos y accidentes*

Los efectos indeseables

Todos los efectos secundarios pueden encontrarse en cada clase de neurolépticos (clásicos o atípicos) y son consecutivos a su acción sobre numerosos receptores. No obstante, la dicotomía entre neurolépticos clásicos y atípicos es particularmente pertinente para los efectos secundarios. Los neurolépticos clásicos tienen efectos indeseables prevalentes sobre la esfera psiconeurovegetativa; los antipsicóticos atípicos sobre la esfera metabólica. Los efectos indeseables endocrinos son compartidos por ambas clases. De manera general, parece que los antipsicóticos atípicos son mejor

booksmedicos.org

tolerados que los clásicos y más fáciles de manejar en la práctica.

Los *efectos psíquicos* son secundarios a la acción antidopaminérgica central. Incluyen el síndrome de pasividad y de indiferencia afectiva, los estados depresivos, una reactivación ansiosa y delirante para las moléculas desinhibidoras y estados confusionales (sobre todo en las personas ancianas con moléculas que poseen una importante actividad anticolinérgica).

Los *efectos neurológicos* son el síndrome extrapiramidal, las disquinesias tardías y las crisis de epilepsia.

El *síndrome extrapiramidal* es secundario al desequilibrio del balance dopamina /acetilcolina a nivel de los núcleos grises centrales. Incluye las distonías o disquinesias agudas, el síndrome parkinsónico y el síndrome hiperquinético. Esta sintomatología se alivia con la prescripción de anticolinérgicos ("correctores"), en ausencia de contraindicación. Las *distonías agudas* representan un efecto precoz de los neurolépticos y se caracterizan por espasmos o contracturas musculares involuntarias prolongadas y dolorosas que pueden concernir a diferentes zonas corporales; son más frecuentes en el adulto joven de sexo masculino. El *síndrome parkinsónico* se caracteriza por la tríada clásica (temblor de reposo y de acción, aquinesia e hipertonía). El *síndrome hiperquinético* incluye varias formas: acatisia, tasiquinesia, diferentes formas de impaciencias ("piernas inquietas").

Las *disquinesias tardías* son movimientos anormales, estereotipados, ritmados y continuos que interesan mayoritariamente a la región facio-buco-linguo-masticadora. Aparecen tras al menos tres meses de tratamiento neuroléptico y pueden surgir largo tiempo después del principio del tratamiento. Pueden ser muy invalidantes en las relaciones sociales. No siempre son reversibles con la suspensión del tratamiento.

Las *crisis de epilepsia* son excepcionales. Se deben al abatimiento del umbral epileptógeno por ciertas moléculas. La clozapina entrañaría un riesgo acrecentado.

Los *efectos neurovegetativos* son secundarios a la acción anticolinérgica y adrenolítica sobre el sistema nervioso central y periférico. La acción *anticolinérgica* se encuentra frecuentemente con los neurolépticos clásicos. Es secundaria a la acción de la molécula sobre los receptores colinérgicos muscarínicos M1. Asocia la xerostomía con la constipación, la retención urinaria, los trastornos de la adaptación visual, incluso el glaucoma agudo por clausura del ángulo y trastornos cognitivos. La *acción adrenolítica* es secundaria al bloqueo de los receptores alfa1-adrenérgicos. Se manifiesta a nivel central por la sedación y a nivel periférico por vértigos e hipotensión arterial de tipo ortostático. Se trata por medio de correctores, como el heptaminol y la dihidroergotamina.

Los *efectos endocrinos* son la hiperprolactinemia, la ganancia de peso y los trastornos sexuales. La hiperprolactinemia es secundaria al efecto antidopaminérgico a nivel de la vía túbero-infundibular. Los neurolépticos clásicos así como la risperidona son los más frecuentemente asociados a este efecto.

La *ganancia de peso* es de mecanismo complejo. Se presenta tanto con los neurolépticos clásicos como con los atípicos. Es preponderante al principio del

booksmedicos.org

tratamiento y reversible tras la suspensión. El mecanismo es sin duda múltiple (efecto anti-H1, hiperprolactinemia, trastorno metabólico…).

Los *trastornos sexuales* se caracterizan por una disminución de la libido, anorgasmia o aneyaculación.

Los *efectos metabólicos* están representados por el síndrome metabólico (obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia). Este síndrome es independiente de la ganancia de peso y es tanto más importante cuanto que el individuo presente factores de riesgo. Son los antipsicóticos atípicos los que con mayor frecuencia están asociados a estos efectos. La *olanzapina* y la *clozapina,* y en un grado menor el *amisulpiride,* son las moléculas más frecuentemente incriminadas. El riesgo de aparición de tal síndrome requiere de una vigilancia clínica y biológica particular.

Los *efectos cardiacos* se caracterizan por un alargamiento del segmento QT en el ECG, especialmente con los neurolépticos clásicos, particularmente las fenotiacinas, que pueden, en consecuencia, ser potencialmente causa de muerte súbita. Se impone una vigilancia en los sujetos de riesgo.

Efectos tóxicos y accidentes

Los neurolépticos tienen un potencial de *fotosensibilización* que debe tomarse en cuenta sobre todo con las fenotiazinas (evitar una exposición demasiado larga al sol). En el plano *hematológico,* la *clozapina* requiere una vigilancia estricta en razón del riesgo de agranulocitosis alérgica (riesgo de 1 a 2%). Es necesaria una vigilancia semanal de la biometría durante 18 semanas, y después mensualmente durante toda la duración del tratamiento. Con los neurolépticos pueden sobrevenir casos de oclusión intestinal secundaria a un íleo paralítico, más particularmente entre las personas ancianas, especialmente debido a la asociación con un tratamiento anticolinérgico. Se han descrito igualmente hepatitis tóxicas.

El *síndrome maligno* es un accidente grave y raro (menos de 1% de los individuos tratados). Puede sobrevenir en cualquier momento de un tratamiento neuroléptico. Se caracteriza por la instalación rápida (en menos de 48 horas) de una hipertermia importante (40-41°C), una deshidratación masiva, taquicardia y sintomatología neurológica (rigidez, contractura, incluso convulsiones). Los exámenes paraclínicos muestran hiperleucocitosis, trastornos hidroelectrolíticos, aumento importante de la creatinina fosfoquinasa, secundaria a una importante rabdomiolisis. La mortalidad es importante (más de 10%). La atención necesita una transferencia inmediata a un servicio de reanimación con corrección de los trastornos hidroelectrolíticos. De esta manera, toda fiebre bajo un tratamiento neuroléptico necesita una vigilancia cuidadosa y debe contemplarse la suspensión del tratamiento a la menor duda. Hay que subrayar igualmente que el síndrome maligno de los neurolépticos es una entidad difícil de distinguir de la catatonia maligna tanto en el plano clínico como en el fisiopatológico.

booksmedicos.org

CUADRO LIV.7. *Interacciones medicamentosas de los neurolépticos*

Sustancias	*Efectos*
Ansiolíticos, alcohol, hipnóticos, antihistamínicos, todo depresor del SNC	– Potencialización del efecto sedante
Antidepresivos	– Potencialización del efecto sedante – Riesgo de hipotensión-confusión
Anticonvulsivantes	– Sedación
Antihipertensivos	– Sedación e hipotensión
Litio	– Ciertos neurolépticos aumentan la litemia, con riesgo neurotóxico
Tabaco, café, té, leche, jugos de frutas, antiácidos Carbamazepina Fenitoína	– Disminución de los niveles plasmáticos de los neurolépticos
Cimetidina	– Potencialización
Contraceptivos orales, isoniazida, IMAO	– Riesgo de sobredosis de neurolépticos (confusión y neurotoxicidad)
Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS)	– Riesgo de aparición o de agravación de signos extrapiramidales
Carbamazepina y clozapina	– Agranulocitosis
Valproato	– Aumento de la concentración de clozapina
L-DOPA contradictoria	– Preferir los anticolinérgicos
Insulina e hipoglicemiantes orales (diabetes)	– Fenotiazinas: disminución del efecto de estos medicamentos

LIV.5.6. *Interacciones medicamentosas*

No existe contraindicación medicamentosa estricta. No obstante, es necesario estar atento a los efectos acumulativos relativos a las politerapias (efectos sedantes acumulados con otras moléculas, efectos anticolinérgicos acumulados…). Cada molécula requiere la investigación de la información específica en caso de prescripciones múltiples. La única limitación sensata es la prescripción concomitante de un tratamiento dopaminérgico, como la levodopa.

Recordemos también que la buena práctica recomienda la *monoterapia neuroléptica,* por lo menos para los tratamientos de largo plazo.

LIV.5.7. *Contraindicaciones*

No existen *contraindicaciones* absolutas para los tratamientos neurolépticos; no obstante, deben respetarse un cierto número de precauciones de empleo. La enfermedad

booksmedicos.org

de Parkinson y la esclerosis en placas contraindican clínicamente la utilización de todo neuroléptico, a excepción de la *clozapina* en el cuadro de un trastorno psicótico en un paciente parkinsoniano. Las patologías cardiacas necesitan igualmente tomar precauciones para su empleo (hipotensión, alargamiento del intervalo QT, ganancia de peso y síndrome metabólico…). Para los neurolépticos clásicos debe prestarse atención a los efectos atropínicos y adrenolíticos, especialmente en las personas ancianas. Por lo que concierne a los antipsicóticos atípicos, el riesgo de aparición de un síndrome metabólico necesita una vigilancia particular, tanto clínica como paraclínica. Finalmente, el riesgo letal del síndrome maligno impone una vigilancia regular y una información del paciente en caso de fiebre. Algunos tratamientos, como la *clozapina,* requieren una vigilancia específica.

LIV.6. LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La terapia electroconvulsiva (TEC) o también sismoterapia (los "electrochoques") consiste en provocar una crisis de epilepsia generalizada de 30 a 90 segundos con la ayuda de electrodos colocados sobre el cráneo y generando una corriente eléctrica. Se realiza bajo anestesia general breve con curarización con el fin de evitar las complicaciones secundarias a la mioclonia (luxación del hombro, fractura de la mandíbula…). El ritmo es de dos a tres sesiones por semana y el número medio de sesiones se sitúa entre nueve y doce.

Está indicada en el cuadro de patologías resistentes a la quimioterapia y su eficacia es a veces espectacular. El carácter de urgencia de un tratamiento es un buen indicador para esta técnica, así como la no tolerancia a otros tratamientos, o incluso una buena respuesta anterior a este tratamiento. Las indicaciones nosográficas son la melancolía con importante riesgo suicida, la manía furiosa, la depresión resistente, la esquizofrenia resistente, la catatonia, la psicosis puerperal y finalmente ciertos trastornos obsesivo-compulsivos. La edad es igualmente un indicador de este tipo de tratamiento, siendo los pacientes de la tercera edad buenos candidatos en razón de una mejor tolerancia al TEC en comparación con ciertos tratamientos medicamentosos. El embarazo y el posparto son igualmente periodos de la vida en los que este tratamiento puede proponerse con el fin de evitar los efectos secundarios de los psicotrópicos.

Históricamente, la TEC se inventó bajo una idea que se demostró errónea: habría incompatibilidad entre esquizofrenia y epilepsia, la inducción de una epilepsia "artificial" tendría pues efectos curativos sobre los síntomas esquizofrénicos. Los mecanismos de acción de la TEC son complejos y en parte mal elucidados. Implican modificaciones a nivel de la neurofisiología (cambios del flujo cerebral), de la bioquímica (noradrenalina, serotonina, acetilcolina y dopamina), del sistema endocrino (HTR, neuropéptidos) y de la neuromodulación (crecimiento dendrítico a nivel del hipocampo).

Los efectos secundarios son osteo-articulares (luxaciones, fracturas), cardiacos (taquicardia sinusal, arritmia ventricular, hipertensión arterial) y neurológicos (confusión,

booksmedicos.org

amnesia antero y retrógrada que frecuente, pero no sistemáticamente, es reversible, y que deja una amnesia lacunar).

Existen interacciones con un cierto número de tratamientos que disminuyen o aumentan el umbral epileptógeno. Se velará por suspender los tratamientos por litio, los antiepilépticos estabilizadores del estado de ánimo, las benzodiacepinas. Los antidepresivos y los neurolépticos pueden mantenerse.

Un tratamiento farmacológico deberá seguir siempre a la cura. En caso de recaída con quimiorresistencia, es posible instaurar curas de consolidación o de mantenimiento (por ejemplo, una sesión mensual durante algunos meses).

Las contraindicaciones son la hipertensión intracraneal, así como las que son propias de la anestesia general. Siempre se requiere un balance terapéutico.

Conclusión

El manejo de los psicotrópicos requiere numerosos conocimientos farmacológicos y clínicos. Al mismo tiempo, su utilización óptima sólo puede realizarse tras una reflexión que tome en cuenta la relación terapéutica, que desempeña un papel nada despreciable en la respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Delay, J., y P. Deniker (1961), *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie,* Masson, París.

Ginestet, D., y V. Kapsambelis (dirs.) (1996), *Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte,* Flammarion, París.

Senon, J.-L., y D. Sechter (1997), *Thérapeutique psychiatrique,* Hermann, París.

Stahlm, S. M. (2007), *Psychopharmacologie essentielle. Le guide du prescripteur*, Flammarion, París. [*Psicofarmacología esencial*. Versión española de Vicente Simón, Ariel, Barcelona, 2002.]

booksmedicos.org

LV. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

NICOLAS GOUGOULIS, JEAN-FRANÇOIS SALLUSTRAU,
ANASTASIA TOLIOU

Las psicoterapias se definen habitualmente como los tratamientos que operan mediante procedimientos psíquicos, recurren a la interrelación entre terapeuta y paciente y están mediatizados por el lenguaje.

El campo de aplicación de las psicoterapias es muy amplio. Va desde los trastornos mentales declarados, en asociación con un posible tratamiento farmacológico y psicosocial, hasta las dificultades adaptativas ordinarias, en los que el enfoque psicológico constituye un tratamiento de la crisis. Las psicoterapias se definen también por la necesidad de una búsqueda personal del paciente respecto de su trayectoria existencial, fuera del alivio inmediato de su sufrimiento. Se trata de un cuestionamiento de la repetición sintomática, de las dificultades de relación, de los fracasos. El abordaje del conflicto intrapsíquico, cualquiera que sea el sentido que se dé a este término, parece definir el modo de acción del conjunto de las psicoterapias (Brusset, 2003; Widlöcher y Braconnier, 1996).

Las técnicas psicoterapéuticas, a pesar de sus variados nombres y de su preocupación por la mutua demarcación, terminan siempre por referirse a la singularidad propia del terapeuta y de su experiencia. Son numerosas aquellas que se derivan directa o indirectamente del psicoanálisis: toman en cuenta los procesos inconscientes y utilizan la relación terapéutica según el paradigma de la transferencia y la contratransferencia. Otros polos de referencia son los modelos cognitivos, que se apoyan de manera importante en las neurociencias y utilizan protocolos codificados, así como las teorías sistémicas.

LV.1. HISTORIAL

LV.1.1. *El tratamiento moral*

Clásicamente, la tradición psicoterapéutica se remonta a Philippe Pinel y su *tratamiento moral*. En efecto, se encuentra en él la idea de una modificación de la mente humana por la acción psíquica de su interlocutor médico (Gauchet y Swain, 1986), tema que estará en el centro del debate abierto alrededor de la sugestión un siglo más tarde. En Pinel, los temas del tratamiento y de la actitud terapéutica son de orden institucional, en el sentido

booksmedicos.org

de que la organización del asilo y las relaciones entre los diferentes participantes (incluidas las familias de los enfermos) se convierten en instrumentos terapéuticos, lo que prefigura a las futuras psicoterapias institucionales (véase también el capítulo LVI). Pero su empresa fue también de orden psicoterapéutico individual, y su manera de proceder dibujó las adecuaciones que no se olvidarían cuando fue necesario precisar la especificidad del trabajo psiquiátrico con los pacientes psicóticos. Es interesante constatar la importancia que otorgó a la elección del momento de una intervención, al valor de un seguimiento por etapas sucesivas (en el que la persuasión del delirante de lo mal fundado de sus creencias se realizaba por medio de entrevistas regulares), al impacto de los acontecimientos vitales en el desencadenamiento de los trastornos o incluso al interés terapéutico de una puesta en escena teatral del delirio, que prefiguraba en ciertos puntos al psicodrama (Postel, 2007).

Pero, al mismo tiempo, ya aparecían las contradicciones propias de su época. Inicialmente había una derivación despótica y autoritaria y, río arriba, el deslizamiento de la persuasión hacia la seducción, deslizamiento cuya deriva autoritaria parecía constituir una verdadera "formación reactiva". Postel (1983) mostró cómo el aprendizaje de Pinel de los encantos del mesmerismo lo llevó, más tarde, a una posición de reforzamiento de la autoridad médica y un rechazo de la hipnosis. Hay que agregar una tentación reeducativa perceptible en la época, y todavía presente, aunque no siempre asumida y reconocida, en todo trabajo curativo, e incluso psicoterapéutico.

De esta manera, la importancia teórica de la innovación pineliana, la del reconocimiento de un intercambio psíquico posible, y eventualmente cambiante, con el alienado, será progresivamente olvidado en beneficio de las "técnicas". El coloquio singular se objetivó como el lugar de recolección de los datos clínicos y las terapéuticas se orientaron hacia acciones más concretas, como la hidroterapia, la ergoterapia y, por supuesto, el aislamiento y la formalización de las reglas institucionales de tratamiento. El término "psicoterapia" se confundió naturalmente, durante el siglo XIX, con la noción de "tratamiento moral".

LV.1.2. *La sugestión*

Por un camino muy diferente al del tratamiento de los "alienados", es decir, el tratamiento de las neurosis, se planteó el tema de la psicoterapia en términos nuevos a partir de finales del siglo XIX. Se trató de una cultura completamente diferente. Frecuentemente los promotores de estas nociones no fueron alienistas sino internistas. Sus pacientes sufrían de manifestaciones neurológicas funcionales y los trastornos de su "estado mental" eran más bien transitorios. Algunos de estos clínicos tenían, como Janet, una importante actividad privada. Se ocupaban de la "medio-locura" (Goldstein, 1987), que era opuesta a la locura confiada a los alienistas. Este nuevo camino pasó por la hipnosis. Desde el principio de la segunda mitad del siglo XIX, el interés por la hipnosis reavivó la problemática de una acción terapéutica de raíz psicológica. Bernheim puso en

booksmedicos.org

evidencia, en Nancy, una posibilidad de acción completamente nueva, muy distinta de la persuasión del tratamiento moral, que utilizaba una propiedad universal de la mente humana, la sugestionabilidad, base de la aptitud para la hipnotización. La escuela rival de La Salpêtrière, alrededor de Charcot, utilizó también el término *psicoterapia.* Déjerine describió al psicoterapeuta como "un confesor, un director de conciencia laico".

Janet comprendió muy rápidamente la importancia de acceder a los conjuntos de ideas desconocidas del sujeto ("subconscientes") e intentar modificarlas con una finalidad terapéutica. Utilizó diferentes términos (entre ellos *análisis psicológico*) y diferentes métodos (la hipnosis, la catarsis, la sugestión), permaneciendo firmemente fiel a su posición inicial. Si compartió con Freud la convicción de que los trastornos neuróticos debían ser relacionados con la acción de las ideas patológicas desconocidas por el individuo, mantuvo que la existencia de éstas no tenía que ver con un proceso activo (represión), sino pasivo (estrechamiento de la conciencia, debilidad de la síntesis mental, agotamiento).

LV.1.3. *La cuestión de la psicoterapia*

Se pueden entender los debates de principios del siglo XX alrededor de la psicoterapia a partir de varias oposiciones: internistas / alienistas (la cual repite la oposición universitarios / médicos de los asilos), psiconeurosis / psicosis (las primeras significaban en esa época los trastornos neurológicos con alteración del "estado mental", y las segundas los trastornos psíquicos "puros" sin elementos neurológicos), e incluso la oposición tradición francesa / tradición alemana.

Existía sobre todo una oposición mayor con dimensiones teóricas y consecuencias técnicas que, hacia finales del siglo XIX, obstaculizaba una conceptualización de la acción psicológica terapéutica.

Por un lado estaba la tradición del tratamiento moral pineliano revisada y reactualizada por medio de una crítica de la sugestión. La acción terapéutica se colocaba a nivel de la conciencia, prefigurando en esto las terapias cognitivas actuales, y su originalidad residía en demostrar que era posible comunicarse incluso con la mente más extraviada. Los locos conservaban una parte de lucidez, la cual un médico hábil, paciente, benévolo, podía acrecentar hasta alcanzar la cura. La persuasión, la argumentación que procedía por etapas, la confianza en las partes de la conciencia que habían quedado inalteradas por la enfermedad, progresivamente podían borrar los síntomas, profundizando en sus causas y obteniendo una participación voluntaria del paciente con una finalidad común claramente definida desde un principio: que el individuo retomara el control de sí mismo.

Por el otro lado, la sugestión, hipnótica o no, dio prueba de una eficacia más espectacular, más rápida, pero frecuentemente inconstante. Aquí quedaba escamoteado el problema de la conciencia. Incluso cuando no se trataba de colocar al sujeto bajo hipnosis, era claro que el procedimiento terapéutico utilizaba la subordinación de amplias

booksmedicos.org

partes de la voluntad del paciente a la del psicoterapeuta. Así, junto al engolosinamiento que conoció la sugestión hipnótica desde el principio del siglo XX, aparecieron críticas cada vez más intensas contra la dependencia inducida por este tratamiento e incluso su peligrosidad, si se suponía que el paciente podía encontrarse a merced de un terapeuta.

Estas dos posiciones son menos contrastadas de lo que parecen. Lo que se presenta como una psicoterapia que hace alusión a la razón reposa en gran medida sobre una relación de confianza, la cual, por su parte, se apoya de manera importante en las emociones y los sentimientos que el terapeuta ha sabido movilizar en su paciente. Por el otro lado, los sostenedores de la hipnosis saben por experiencia que la subordinación del paciente hipnotizado está lejos de ser ilimitada, como se pudo creer en un principio, y que nada es menos verdadero que la afirmación de que se puede sugerir todo y hacer todo con una persona bajo hipnosis. No obstante, aparece aquí una oposición fundamental, teórica y a la vez ética, entre persuasión y sugestión, llevando ambas hasta el fin su práctica y su teorización, reconociendo la parte de pertinencia contenida en la otra tendencia pero sin lograr por ello la síntesis entre ambas.

En este contexto se comprende mejor la hegemonía que iban a adquirir las ideas freudianas en los siguientes decenios. La psicoterapia según Freud apareció como una composición completamente original entre persuasión y sugestión. Del lado de la persuasión, Freud conservó, al alejarse de la hipnosis, la necesidad de que el paciente participe con un esfuerzo consciente —el de la libre asociación— en la elucidación progresiva de sus síntomas. La idea de que el yo debía llegar a ocupar el lugar del ello se sitúa en línea directa con la exigencia de una mayor libertad, de acuerdo con la psicoterapia, tomando en cuenta las fuerzas interiores que gobiernan la mente humana a pesar de ella. Del lado de la sugestión, Freud conservó la idea de una relación semejante a la de los hijos respecto de los padres, o de los enamorados entre sí, lo que constituirá el instrumento indispensable de toda empresa terapéutica: la transferencia.

La elegancia del modelo y su capacidad de síntesis de una problemática largo tiempo madurada son los factores que asegurarán la predominancia excepcional de la versión psicoanalítica de la psicoterapia durante cerca de cuarenta años (1940-1980), hasta el punto de que los términos "psicoterapia" y "psicoterapia psicoanalítica" fueron durante mucho tiempo sinónimos.

LV.2. El paradigma psicoanalítico de la psicoterapia

LV.2.1. *La "psicoterapia" en Freud*

Cuando Freud escribió sobre el aspecto terapéutico del psicoanálisis, utilizó indiferentemente los términos terapia, psicoanálisis o incluso psicoanalista o médico para designar al actor del tratamiento, y llegó a designarse a sí mismo como "psicoterapeuta". Definió al psicoanálisis distinguiendo en él tres niveles: *a)* un método de investigación que

booksmedicos.org

pone en evidencia los procesos mentales inconscientes, *b)* una empresa terapéutica *stricto sensu,* a saber, un método psicoterapéutico basado en el método de investigación, *c)* una empresa teórica que parte de la experiencia clínica definida según el primer nivel para fundar una "nueva disciplina científica" (Freud, 1923), y se esforzó por señalar las reglas generales que rigen los procesos mentales inconscientes.

Partiendo de los dos niveles de la clínica y de la teoría que se desprende de ella, Freud estableció procedimientos terapéuticos adecuados para los trastornos mentales. Es evidente que "psicoanálisis" es un término que incluye la psicoterapia como uno de esos tres niveles. Esta posición se corroboró por la práctica de las primeras clínicas de psicoanálisis en Viena y en Berlín durante el periodo de entreguerra, en el que se intentaron las más variadas experiencias, con el inicio de los tratamientos gratuitos de pacientes, mezcladas todas las patologías psíquicas, así como los tratamientos de niños enfermos (Gougoulis, 2004).

A lo largo de toda su obra Freud evolucionó de una posición médica clásica a una nueva posición ética. Esquemáticamente se diría que, en el principio de su práctica, la terapia consistía en la aplicación de un "tratamiento" (una interpretación que provocaba nuevos vínculos) a una "enfermedad". Posteriormente descubrió la situación de transferencia con sus dos componentes (del lado del paciente y del lado del analista, que llamó contratransferencia), pero permaneció muy activo y, diríamos, todavía próximo a la práctica médica: intentando levantar las resistencias por el sesgo de la interpretación en la situación de la neurosis de transferencia. En los años que precedieron a la primera Guerra Mundial se observa una evolución hacia un respeto aumentado de la elaboración del paciente a expensas de la actividad interpretativa del psicoanalista. Éste evolucionó hacia una posición de garante del marco de trabajo psíquico que el paciente efectuaba en las condiciones de la neurosis de transferencia. La elaboración consistía entonces en una actividad psíquica que daría un nuevo sentido a las repeticiones sintomáticas que se convirtieron en recuerdos elaborables. Es así que se pueden entender las proposiciones de Freud en sus últimos escritos técnicos, donde redefinió la interpretación como construcción, poniendo el acento en la diferenciación de las dos actividades psíquicas y sometiendo la apreciación de la justeza de la interpretación a la coherencia con las asociaciones que ésta provoca.

Fue en este periodo cuando se intentaron los experimentos clínicos con las patologías que escapaban de los criterios de indicación terapéutica definidos por Freud en sus artículos técnicos. Así, los analistas extendieron su práctica a los "estados limítrofes", a las diferentes formas de psicosis, a la patología psicosomática y a las patologías del niño. Se desarrolló una multitud de técnicas: psicodrama psicoanalítico, psicoterapias de psicosis, terapias institucionales y terapias infantiles.

LV.2.2. *Psicoterapias derivadas del psicoanálisis*

La dificultad reside aquí en la diferencia entre el psicoanálisis y las psicoterapias de

booksmedicos.org

inspiración psicoanalítica. Hay diversas opiniones a partir de que Lacan consideró que "el psicoanálisis es lo que se espera de un psicoanalista", haciendo así de lado el tema de las variaciones de la cura típica. En el otro extremo se encuentran los garantes del rigor del marco, en el que toda modificación hace deslizar la práctica de la "cura" hacia la psicoterapia. No obstante, cada uno sabe que "un proceso psicoanalítico auténtico puede existir en un cara a cara en las sesiones bisemanales en tanto que, para otros, el marco técnico más riguroso sólo conduce a algunos efectos terapéuticos sin que se haya realmente establecido un proceso analítico" (Widlöcher y Braconnier, 1996).

El modelo de la neurosis de transferencia y su interpretación son las referencias esenciales del psicoanálisis clásico. Éste necesita que se establezcan un marco y un modo de intervención. Los acondicionamientos psicoterapéuticos se llevan a cabo en todos estos puntos, ya sea que la neurosis de transferencia no pueda constituirse o sea demasiado difícil de movilizar, ya sea incluso que necesite la inhabitual puesta en práctica de una cierta facilitación. Existen diversas variantes del marco, desde la posición del paciente hasta el modo de pago pasando por la duración de las sesiones. Éstas no marcan la diferencia entre psicoterapia y psicoanálisis. Es más bien la intervención activa del psicoanalista para modificar la fijeza del cuadro lo que constituye las variantes psicoterapéuticas.

Estos acondicionamientos pretenden más bien reforzar la transferencia o compensar la insuficiencia de la dinámica transferencial: se aplican en todos los casos clínicos al margen de las indicaciones clásicas del psicoanálisis, descritas según los términos de la transferencia masiva o de la imposibilidad de transferir. A partir de ahí, la intervención ya no se realiza sobre la dinámica inconsciente sino directamente sobre los síntomas, los comportamientos, los conflictos adaptativos. El beneficio en bienestar y en cambio real es frecuentemente considerable. El proseguimiento de tales psicoterapias hacia un psicoanálisis clásico no es excepcional pero concierne menos a la necesidad de proseguir un tratamiento que al compromiso personal del paciente para llevar más lejos la investigación sobre sí mismo.

Los trabajos de Racamier (1973) permitieron los avances más importantes en el terreno de las psicosis, los de Green (1990) y los de Bergeret (1993) en el campo de los estados limítrofes y los de la escuela de psicosomática de Marty (1990) en el campo psicosomático. Los analistas franceses han evitado la vía kleiniana que preconizaba la cura típica para los pacientes psicóticos y han seguido los trabajos de Winnicott (1958) para desarrollar su propia escuela de pensamiento. Estas terapias insisten en la importancia de los parámetros técnicos que deben hacer frente a las debilidades del yo. De esta manera, se otorga una atención muy particular a la definición del marco terapéutico y a la modificación de la técnica interpretativa. Algunos analistas han intentado codificar las psicoterapias. A título de ejemplo, señalemos los trabajos de Held (1968) y de Gressot (1979). Las tentativas de codificación que constituyen las terapias breves encontraron ahí su origen (Gillieron, 1983; Despland *et al.*, 2010).

booksmedicos.org

LV.2.3. *Psicoterapias institucionales*

Las psicoterapias institucionales surgen de un movimiento organizado, a partir de la experiencia asistencial durante la segunda Guerra Mundial, que condujo a la renovación de las instituciones psiquiátricas para restituirles una función realmente curativa. Esta evolución se realizó gracias al compromiso de una generación de psiquiatras inspirada por el psicoanálisis dentro del contexto particular de la posguerra y marcada por una reflexión política cercana al marxismo. Las terapéuticas institucionales, por su lado, representan diversos modelos de tratamiento institucional con referencias que pueden ser psicoanalíticas, sociológicas, antipsiquiátricas o sistémicas (Racamier, 1973) (véase el capítulo LVI). Las terapias institucionales se extienden al dispositivo de sector, o incluso a las preocupaciones ligadas a la institucionalización (estructuras intermedias, problemática de rehabilitación, etc.), e incluyen así las experiencias basadas en las teorías sistémicas aplicadas a la institución terapéutica (Bateson, 1973). A esto se agrega el trabajo que realiza la familia del paciente para ampliar sus capacidades de apoyo, con vistas a una mutación profunda, como en una terapia familiar propiamente dicha. Todo esto tiende a luchar contra el institucionalismo considerado como un fenómeno patológico, poniendo en juego una teoría global, la teoría de las redes.

LV.2.4. *Psicodrama*

Jacob Levy Moreno fue el creador de esta técnica en 1951. El psicodrama evolucionó según dos vías muy diferentes. La primera fue seguida por la escuela de Ancelin Schutzenberger, que permaneció directamente vinculada a los trabajos de la sociometría y la herencia de Moreno, quien se apoya en las nociones de catarsis, espontaneidad creativa y representación de papeles. Su objetivo es aumentar el nivel de espontaneidad del individuo con el fin de que éste evolucione a través de diferentes papeles que no puede adoptar en su vida cotidiana.

La segunda vía estuvo fuertemente influida por el psicoanálisis y originó dos modalidades de psicodrama analítico. Una es el psicodrama analítico individual, como el que practica la escuela iniciada por Lebovici y sus colaboradores (1958): una técnica orientada más particularmente hacia el psicodrama de pacientes psicóticos, en el curso de la cual un grupo de terapeutas rodea a un paciente y permite la puesta en escena con él de las situaciones propuestas. La otra es el psicodrama analítico grupal o colectivo de la escuela conducida por Anzieu y sus colaboradores (1972), cuya búsqueda está centrada en los grupos de diagnóstico y de formación.

Estos psicodramas analíticos tienen en común el oponerse al psicodrama moreniano en la importancia que otorgan al análisis de la transferencia, los mecanismos de defensa movilizados y los elementos del registro fantasmático. Se trata de la puesta en juego de una dinámica psíquica que es buscada, poniendo en acción el imaginario y las identificaciones a través de movimientos transferenciales multifocales. Desde un punto de

booksmedicos.org

vista técnico, el psicodrama supone que la demanda del paciente sea objeto de una evaluación previa dentro del marco de las entrevistas duales clásicas y de una indicación planteada en ocasión de una o de varias consultas.

El modo de acción del psicodrama terapéutico ocurre por medio de las reorganizaciones identificatorias que induce. El trabajo de representación de sí mismo, o de parte de sí mismo, remite a las identificaciones narcisistas dentro del marco de las relaciones especulares. Se trata de una presentación del conflicto y de las defensas por la actuación de los terapeutas o de los participantes (ya sea que se trate de un psicodrama individual o grupal), en un movimiento que lo externaliza y que permite un cierto dominio, y esto en la medida en que recibe una iluminación diferenciada por parte de los demás. Estas diferentes reorganizaciones pueden dar lugar a interpretaciones por parte del terapeuta-conductor, o director de la representación, que permiten al paciente volver a anudar el vínculo con sus fantasmas inconscientes y ocupar significativamente un sitio dentro de la escena que él mismo imaginó (Kestemberg y Jeammet, 1987).

LV.2.5. *Psicoterapias de grupo derivadas de la psicosociología y del psicoanálisis*

Diferentes autores han elaborado las nociones que constituyen actualmente las bases de la psicoterapia de grupo. A Kurt Lewin (1951) se debe la noción de *dinámica de grupo.* Mientras Freud hacía hincapié en el papel de los grandes grupos sociales (ejército e Iglesia) y exploró sus fenómenos, Lewin aplicó la teoría de campo surgida de la psicología de la Gestalt al estudio de la personalidad (Perls, 1979), según la cual todo hecho debe ser entendido como una parte de la totalidad de los hechos coexistentes y mutuamente interdependientes. El grupo mismo es un todo cuyas propiedades son diferentes a la suma de sus partes. Al modificar un elemento se puede modificar la estructura del conjunto. La acción individual se interpreta a partir de la estructura que se establece entre el individuo y su entorno en un momento dado. Esta estructura es un campo dinámico: cuando el equilibrio se rompe hay tensión en el individuo y su comportamiento tiene como finalidad restablecerlo.

E. Pichon Rivière (2004), en Argentina, propuso igualmente una concepción psicosocial a partir de un enfoque del individuo social e históricamente determinado. Estudió las relaciones de causalidad dialéctica entre la estructura y la dinámica del mundo interno del paciente y la dinámica de la trama relacional dentro de la cual evoluciona, y elaboró de esta manera una *teoría del vínculo:* la interiorización de las relaciones humanas como sistema de representaciones está en el origen del surgimiento del pensamiento, del lenguaje y de las diferentes formas de simbolización.

Diferentes psicoanalistas contribuyeron considerablemente a la creación de un pensamiento psicoanalítico de grupo, lo que corresponde a una tentativa de escucha analítica de fenómenos que sobrepasan la cura tipo. En Inglaterra, dos autores, Bion y Foulkes, trabajaron a partir de la misma línea de pensamiento (el grupo como una

booksmedicos.org

entidad), desarrollando teorías de grupo bastante distintas.

W. R. Bion (1965) puso el acento en el nivel afectivo inconsciente del funcionamiento de un grupo. Postuló que hay dos niveles de trabajo cuando un conjunto de individuos se reúne en grupo. Por un lado un nivel racional y consciente que concierne a la realización de una tarea común; este nivel está regido por los procesos secundarios. Por el otro, un nivel afectivo inconsciente que concierne a las emociones intensas de origen primitivo que pueden bloquear la realización de la tarea fijada por el grupo. Estas emociones son los contenidos de lo que llamó la *mentalidad de grupo*, es decir, de la actividad mental que se forma en un grupo a partir de los deseos inconscientes unánimes y anónimos de sus miembros. Bion subrayó la función "negativa" del grupo, a saber, los fenómenos de grupo que llegan a bloquear una tarea fijada (por ejemplo, el trabajo de la terapia). No obstante, la psicoterapia de grupo se apoya en la dinámica que se crea entre el nivel racional consciente y el nivel irracional inconsciente y su interrelación.

Trabajando en la misma clínica que Bion y al mismo tiempo que él, otro psicoanalista, S. H. Foulkes (1965), observó la importancia de la función "positiva" de un grupo. También interesado en el grupo como entidad, propuso la idea de que el sufrimiento psíquico se produce en el interior de una red de relaciones interpersonales y que la terapia consistiría en colocar al individuo dentro de otra red donde pudiera evolucionar de manera diferente. El grupo fue considerado por él como una matriz psíquica, a saber, una red en la cual los individuos son tomados a nivel inconsciente, matriz en cuyo interior podrían reforzar sus reacciones normales y disminuir mutuamente sus reacciones neuróticas. El hecho de estar juntos produciría lo que él llamó una *resonancia fantasmática.* Los fantasmas y las producciones de un individuo despertarán y movilizarán formaciones en otro individuo en una relación de resonancia. Es así que en psicoterapia de grupo el individuo podrá desplazar hacia la nueva red su historia personal con todos los vínculos que la rigen y el trabajo consistirá en el análisis de todo aquello que se ha desplazado de esta historia hacia el aquí y ahora.

En Francia fueron Pontalis y Anzieu los que primero hablaron de los procesos inconscientes edípicos y pregenitales que operan en el seno de los grupos. Pontalis afirmó que el grupo es un objeto propio de investimento pulsional y Anzieu trabajó sobre el estatus que este objeto tomará dentro de la psique de los miembros de un grupo. Con Anzieu el grupo se convirtió en el medio de realización imaginario de los deseos inconscientes infantiles; la facilidad o la dificultad de comunicación entre los miembros de un grupo depende, pues, de la resonancia y de las oposiciones de sus vidas imaginarias inconscientes. Las investigaciones de Anzieu muestran que el grupo puede convertirse en una envoltura que mantiene unido un conjunto de individuos, que de otra manera sólo sería calificado como un mero agregado humano. La naturaleza del grupo que funciona como una envoltura posee su espacio interno y su propia temporalidad. La *envoltura grupal* permite el establecimiento de un estado psíquico transindividual que sobrepasa a cada individuo tomado como unidad y que hace viviente al grupo. Kaës (1976) trabajó más sobre este estado psíquico transindividual y teorizó lo que llamó el *aparato psíquico grupal*, una estructura común a los pacientes que permite la movilidad entre los

booksmedicos.org

inconscientes.

En las terapias de grupo la atención se dirige hacia la noción de dispositivo y sus interdependencias con el cuadro institucional. Según Rouchy (1988) se llama dispositivo "lo que el análisis de grupo determina como la estructura dentro de la cual van a tener lugar las interacciones entre las personas, en relación con su propio grupo de pertenencia y su red de interacciones interiorizadas". Un dispositivo se mantiene por la regla de las tres unidades: tiempo, espacio, acción. La unidad de tiempo interroga la regularidad, la frecuencia y la duración de un grupo. Por lo que respecta a los grupos analíticos, las sesiones comienzan y terminan a una hora fija, son de duración y frecuencia regular. Estos grupos requieren asiduidad. La unidad de espacio se refiere al sitio en el que se desarrollan las sesiones y las condiciones materiales que aseguran el buen desarrollo del proceso. Finalmente, la unidad de acción concierne a la consigna enunciada a los participantes del grupo, la cual precisa el objeto de trabajo y los medios para llegar a él. En lo que concierne a los grupos de psicoterapia de inspiración psicoanalítica, la consigna invita a los participantes a la libre asociación en el aquí y ahora de la sesión con la menor censura posible, sin dejar de tomar en cuenta la palabra del otro. La regla de la libre asociación está siempre acompañada por la regla de la discreción (todo lo que se dice en la sesión no se utiliza fuera de ella con otros fines) y la regla de la abstinencia (los miembros el grupo no mantienen otras relaciones fuera del grupo), regla que es necesario ajustar en función del sitio de la terapia (intrahospitalaria / extrahospitalaria).

Según la manera como cada profesional aplica las reglas, pueden existir diferentes dispositivos de terapia analítica de grupo en el seno de las instituciones: grupos con una o varias sesiones por semana, sesiones que tengan una duración de una a dos horas, grupos que son conducidos por uno o dos terapeutas, grupos cerrados o lentamente abiertos.

El dispositivo permite en su materialidad la construcción de un espacio analítico que va a desarrollarse dentro de un *marco institucional preciso*. Siempre habrá que tener en cuenta el vínculo entre el marco institucional y el dispositivo de grupo, puesto que la dinámica interna del segundo es atravesada e influida directamente por el primero. Según Rouchy (1998) la sobredeterminación del marco institucional tiene efectos no sólo sobre el proceso asociativo de los miembros participantes de un grupo y la manera como entran en relación unos con otros, sino también sobre el lugar y la función del terapeuta.

LV.3. Terapias familiares

Las terapias familiares surgieron de dos líneas conceptuales diferentes. La corriente *sistémica* fue inspirada por un biólogo, Von Bertalanffy, quien identificó las reglas que organizan las relaciones dentro de las interacciones entre las partes de los organismos. Subrayó que los seres vivos constituyen una excepción al segundo principio de la termodinámica. En efecto, van del desorden hacia el orden en la medida en que hay un intercambio de materia y de energía entre ellos y su ambiente. La introducción de la noción de "sistema abierto" fue una aportación decisiva puesto que permitió sobrepasar

booksmedicos.org

la oposición entre entropía y evolución. Norbert Wiener propuso por vez primera elevar la idea de la caja negra al rango de concepto instrumental de la modelización científica. En la medida en la que se pueden conocer las informaciones que entran dentro de esta caja negra y que se conocen sus reacciones, se puede deducir un *feed-back informático* que permitirá describir progresivamente el *sistema de comando* de la caja negra. El matemático norteamericano Von Neumann es considerado como uno de los pioneros de la teoría de la autoorganización. Descubrió que la fragilidad de la máquina artificial es debida al carácter siempre degenerativo de sus constituyentes. La máquina natural (viviente), por el contrario, es capaz de tolerar, combatir, integrar y rectificar el error, procediendo a reparaciones locales y a reorganizaciones. El organismo viviente crea, pues, sus propias determinaciones y sus propias finalidades: se autoorganiza. La noción esencial es el bucle de retroacción, el *feed-back,* sobre el modelo del termostato que ajusta la calefacción sobre la temperatura medida en relación con la temperatura elegida. La cibernética nos enseña a mantener los ojos abiertos y a corregir nuestros errores; nos enseña también que para transformar al mundo hay que adaptarse al terreno.

Su atracción por las interacciones condujo a Gregory Bateson a interesarse en la naciente cibernética en la década de 1950, y más tarde en el mundo de la enfermedad mental, en el que fue iniciado por el psiquiatra Georges Ruech. La comunicación entre seres humanos implica una multiplicidad de niveles lógicos. Así, para la comunicación de información abstracta y de una importancia vital, el vocabulario que permite expresar distinciones es tan pobre que se vuelve necesario recurrir al lenguaje analógico y a la definición de un contexto apropiado a la situación relacional. En la comunicación disfuncional, las señales indicadoras del contexto y del nivel de lógica en el cual se desarrolla la relación pueden ser falsificadas, consciente o inconscientemente. Esta diferencia entre indicadores del contexto y del nivel de lógica es fuente de malestar relacional ligado a la imposibilidad de definir el tipo de relación que se anuda.

Bateson dirigió un programa de investigación sobre las circunstancias de aparición de la esquizofrenia observando el sistema familiar en su conjunto. Durante las entrevistas filmadas el equipo estudió el conjunto de las vías de comunicación: lo que se dice y lo que se muestra (gestos, miradas…). Propuso un enfoque nuevo en el que la mente humana no es más que un subsistema de una mente más amplia, siendo esta última inmanente al conjunto interconectado formado por el sistema social y la ecología planetaria.

Así nacieron las premisas del conocimiento del sistema familiar y con ellas todo el movimiento de las terapias familiares y sistémicas. La familia se percibe así como un sistema relacional abierto que tiene una organización, una estructura hecha de triángulos, de funciones, de reglas, de metas y de finalidades. Se trata de un sistema capaz de autorregulación, constituido por individuos que mantienen intercambios continuos y circulares entre sí. Esta concepción está centrada en los conceptos de homeostasis y de autocorrección. Los comportamientos sintomáticos de los pacientes fueron inicialmente descritos como “tentativas de protección” de un conjunto familiar en el que las relaciones entre los individuos son demasiado rígidas, inadaptadas para responder a las evoluciones

booksmedicos.org

internas o externas *(ciclo vital)*.

A principios de la década de 1980, Heinz von Foerster, Humbert Maturana y Francisco Varda aportaron una modificación de ciertos aspectos de la epistemología sistémica. Heinz von Foerster se impuso como quien hizo entrar al sistema observante dentro del sistema observado, revolucionando así la famosa "objetividad científica", que se apoyaba en la separación del objeto y del sujeto. A partir de ese momento ya no se vio a los sistemas humanos como poseedores solamente de una tendencia a la homeostasis, sino también como poseedores de potencialidades evolutivas en direcciones más o menos previsibles.

Los sistemas fueron entonces considerados en constante movimiento. El terapeuta ya no se vio solamente como si estuviera situado al exterior del sistema, observándolo de manera neutra, sino como formando parte de la "realidad observada". El síntoma ya no tiene como única función mantener la homeostasis dentro del sistema, sino como muestra de un estado de crisis y de un deseo de evolución (Andolfi y Angelo, 2008; Caillé *et al*., 2006). La demanda de la familia, en un primer tiempo, es la de ser "aliviada" de una situación difícil (condensada en el síntoma del paciente) que evoluciona en cuestión de días o años. Incluso si la gravedad de los trastornos del paciente necesita una hospitalización de tiempo completo o de tiempo parcial, el trabajo terapéutico familiar permite redefinir la situación intolerable en términos relacionales, tanto en un plano sincrónico como diacrónico. Las terapias familiares permiten invertir la tendencia espontánea a las críticas, a las opiniones culpabilizantes o intrusivas respecto de la familia, pero también abordar los problemas relacionales concretos de manera más pragmática, desdramatizada, en un clima más sereno en alianza con la institución (J. Miermont, S. Kannas). Mony Elkaïm (1989) subrayó que, cualesquiera que sean sus referencias teóricas, los terapeutas familiares europeos no intentan actuar directamente sobre el síntoma sino que buscan más bien modificar la "epistemología familiar" que ha conducido al síntoma. Hizo su aparición el concepto de cocreación: a lo largo de la conversación terapéutica, los terapeutas y la familia cocrean objetos evolutivos, no fijos, compuestos de representaciones, historias, elaboración de material imaginario o de situaciones realizadas. Al apropiarse de nuevas representaciones de sí misma, la familia logra la evolución. Crea nuevamente individuos que cocrean a la familia.

El terapeuta puede recurrir entonces a uno o varios "modelos" (psicoanalítico, sistémico, estratégico, contextual, paradójico). Pero lo que parece más importante es el investimento personal del terapeuta, la manera en la que se implicará dentro de la familia en función de su propia historia, de su capacidad para asumir la alianza terapéutica con la familia hasta su término (Minuchin, 1979; Watzlawick *et al*., 1980). El terapeuta familiar debe intervenir igualmente en complementariedad con otros enfoques individuales, grupales y frecuentemente institucionales (medicamentosos y psicoterapéuticos u hospitalización). Este trabajo favorece la observancia de los medicamentos, reduce la violencia institucional, facilita la salida de los pacientes y su rehabilitación social.

Una segunda corriente de terapias familiares, de origen psicoanalítico, incluye dos tendencias: la que aplica a la terapia familiar las concepciones surgidas del psicoanálisis

booksmedicos.org

en los grupos, a partir de los trabajos de Bion, especialmente con Anzieu y sus colaboradores (1972); otros equipos franceses de terapia familiar psicoanalítica insisten más bien en la singularidad del grupo familiar. Estos equipos otorgan una gran importancia al análisis de los fenómenos transferenciales que se desarrollan dentro del tratamiento familiar, especialmente la transferencia sobre el marco. Se diferencian por una teorización y una práctica que dejan más sitio a las concepciones sistémicas, especialmente en el establecimiento del dispositivo de tratamiento (Eiguer, 1983).

LV.4. Enfoques terapéuticos y etnopsiquiatría

Nacida de las concepciones teóricas de un psiquiatra y psicoanalista húngaro de expresión francesa, Georges Devereux (1970), la etnopsiquiatría se ha desarrollado notablemente en los últimos años en Francia, donde tiende a representar en ciertos sectores profesionales uno de los polos cardinales de la evaluación y del tratamiento de situaciones que implican a familias migrantes, sobre todo originarias de África y del sudeste de Asia. Se han formalizado así diferentes prácticas clínicas psicoterapéuticas sobre la base común que constituye el *complementarismo*. Este principio metodológico fue introducido por Devereux a partir de los trabajos de Niels Bohr en la física cuántica. Para Bohr la descripción de ciertos fenómenos impone el recurso obligatorio y no simultáneo de dos discursos heterogéneos. Para la etnopsiquiatría estos dos discursos son la antropología y el psicoanálisis, los cuales permiten abordar obligatoria pero no simultáneamente los aspectos culturales e intraindividuales dentro de las situaciones transculturales. La etnopsiquiatría postula, en efecto, que en tales situaciones las psicoterapias son inoperantes si los datos fundamentales concernientes al campo de la cultura no son tomadas en cuenta. No se trata solamente de ocuparse de lo que concierne a la cultura de origen del paciente, sino también del mestizaje ligado a la situación transcultural en la cual se encuentra (Moro, 1993). Inspirándose en técnicas tradicionales de curación cuyo conocimiento es considerado generalmente como una parte esencial del proyecto etnopsiquiátrico, se han podido proponer diferentes dispositivos clínicos.

Otras corrientes han propuesto enfoques diferentes, por ejemplo el surgido alrededor de Nathan (1986), quien utiliza a un grupo de terapeutas de etnias y lenguas diferentes, formados todos ellos en el psicoanálisis y siendo, por lo demás, francófonos, el cual se apoya en las técnicas y teorías tradicionales sobre la enfermedad mental (enfermedad que no concierne solamente al individuo sino igualmente al grupo). Tiene el interés de hacer trabajar para el paciente y el terapeuta la noción general de cultura como referencia común, a través de sus encarnaciones diversificadas en las culturas particulares. De esta manera permite desbaratar los efectos potencialmente negativos de lo que concierne a la "contratransferencia cultural" de los terapeutas, muy solicitados en las situaciones de mestizaje. Este dispositivo tiene igualmente el interés de colocar en el centro de las preocupaciones los temas del marco, de contención y de interacción terapéutica, es decir, el conjunto de las cuestiones y situaciones de "anomia" ligadas al trasplante.

booksmedicos.org

Estas técnicas se basan en la idea de que la relajación voluntaria de la tensión muscular genera la relajación nerviosa. El término *relajación (relaxation),* palabra del francés antiguo proveniente del latín, adquirió un sentido médico en 1929 a partir de los trabajos de Jacobson en Chicago. Más tarde, el método del *training autogéno* de Schultz mostró el beneficio que se podía obtener de una especie de autohipnosis, provocada por las modificaciones voluntarias del estado tónico, asociada a una concentración de la conciencia y al trabajo imaginativo. Practicada durante largo tiempo por los especialistas de la psicomotricidad y los kinesiterapeutas, parece un modo de acceso privilegiado al sufrimiento del cuerpo o incluso a las personalidades muy defensivas que no soportan el abordaje verbal directo de los conflictos, al proceder a un establecimiento de confianza regresiva y una reapropiación de la experiencia corporal de reducción de las tensiones. El psicosomaticista francés Henri-Pierre Klotz la utilizó en este sentido (Lemaire, 1964).

Al igual que la hipnosis, este método rápido, sedante del síntoma y muy directa, se distingue de otro método llamado descubridor, el cual pone en acción los vínculos transferenciales y el yo corporal: se trata de un método marcado, por supuesto, por el psicoanálisis. Los relajadores saben utilizar frecuentemente una mezcla de ambas técnicas según la rapidez de acción prevista, la capacidad del paciente de actuar sobre sí mismo y la indicación a proseguir una psicoterapia bastante más psicoanalítica.

La *hipnoterapia* ha estado muy marcada por el enfoque de Erickson (2009). La originalidad de Chertok (1989) y Tordjman (1988) fue aplicar esta concepción mixta, sugestiva e interactiva a todo aquello que necesitara la acción de la mente sobre el cuerpo (enfermedades psicosomáticas, obstétricas, estomatología, anestesia…). Diferentes etapas relativamente codificadas muestran la sucesión de la sugestión, la imaginación, el desplazamiento de la sensación, su reinterpretación, para concluir con una distorsión del tiempo y una amnesia de la sensación dolorosa.

La *hipnosis* tiene varias definiciones en las que siempre se encuentra la idea de un sueño provocado con aumento de la sugestionabilidad y de la regresión en la cual la transferencia frente al hipnotizador se considera como la palanca terapéutica. En la práctica existen dos modalidades: *a)* la hipnosis tradicional, sinónimo de sugestión directa, en la que, a partir de un estado modificado de conciencia llamado *trance hipnótico,* el hipnotizador induce el advenimiento de afectos y sensaciones. La sugestión directa tiene efectos rápidos utilizables en circunstancias muy precisas (estrés, enfermedades somáticas, etc.); *b)* la hipnosis no tradicional o cognitivo-conductual, de inspiración ericksoniana, más que usar la sugestión, consiste en la interacción entre hipnotizador e hipnotizado: “la hipnosis es un modo de funcionamiento psicológico en el cual el sujeto se separa de su entorno para funcionar en un nivel inconsciente” (Erickson, 2009). La técnica llamada de la conversación permite obtener el acto de “ceder” por parte del paciente en relación con sus defensas y sus síntomas.

booksmedicos.org

Este término reagrupa los enfoques terapéuticos derivados de las teorías del aprendizaje y de las concepciones conductuales tradicionales. Estos enfoques han tenido durante largo tiempo una difusión muy limitada en los medios psiquiátricos, los cuales permanecían poco sensibles a los argumentos propuestos para defender estas técnicas: el empirismo y el pragmatismo de los que proceden aparecían como simplones o reduccionistas; la facilidad con la cual se podía proceder a la evaluación de estos tratamientos abonaba esta acusación de simplificación abusiva. A esto se agregaba la pretensión de los primeros adeptos de estas prácticas de remplazar la posición dominante del psicoanálisis, considerado como escolástico y sistemáticamente inválido. Es verdad que el modelo pavloviano del "condicionamiento clásico" o el modelo de Skinner del "condicionamiento operante" eran frecuentemente evocados en el sentido de una cruzada "antimentalista" que no dejaba sitio a los enfoques que pretendían tratar los procesos intrapsíquicos y de los afectos.

En estas condiciones, las terapias conductuales permanecieron mucho tiempo, en Francia, confinadas a un pequeño grupo de clínicos directamente influidos por las escuelas norteamericanas, y reservadas a indicaciones limitadas concernientes, esencialmente, a los síntomas fóbicos y a algunos trastornos conductuales de los niños.

Aunque permanecen sometidas a las mismas críticas, la situación de estas terapias ha evolucionado notoriamente estos últimos veinte años. Han adquirido actualmente derecho de ciudadanía en numerosos centros psiquiátricos y en las consultas privadas; sus indicaciones se han ampliado notablemente (Cottraux, 2010). Esto se debe a la introducción del modelo cognitivo en el terreno conductual, dejando un sitio al análisis de los procedimientos de adquisición del saber o de construcción de las representaciones, y al hecho de tomar en cuenta las emociones movilizadas. Al aumentar su complejidad, las concepciones que sostienen las prácticas terapéuticas cognitivo-conductuales han sido mejor aceptadas por los psiquiatras. Su diversificación, así como la integración constante en sus prácticas de conocimientos surgidos de la investigación cognitiva, les permiten proponer tratamientos dirigidos (por ejemplo, las técnicas de reestructuración cognitiva para los pacientes esquizofrénicos) que han probado su eficacia a partir de evaluaciones rigurosas.

Además, la evolución del contexto socioeconómico va en el sentido de una valorización del pragmatismo y de las exigencias de validación, elementos que favorecen las terapias centradas en el síntoma, más fácilmente evaluables que las terapias de largo plazo con un objetivo menos estrictamente delimitado. En el niño, fuera de las fobias, especialmente las escolares, una indicación frecuente de la terapia cognitiva concierne a la hiperquinesia y a los trastornos de la atención utilizando el *self instructional training,* que se apoya en la modificación del lenguaje interior con objeto de interrumpir por este medio los comportamientos inadecuados; este mismo enfoque se ha propuesto para el tratamiento de la enuresis o de la encopresis. En estos casos, la terapia cognitivo-conductual se asocia frecuentemente a técnicas que conciernen al condicionamiento

booksmedicos.org

clásico, lo que, por esto mismo, pueden todavía ser objeto de críticas por parte de los paidopsiquiatras. En el adulto se han validado muchas técnicas en un cierto número de trastornos (trastornos ansiosos, esquizofrenia).

LV.7. Evolución de las psicoterapias

La década de 1980 fue un periodo de considerables cambios sociales. El campo psiquiátrico no escapó de ellos, al igual que el de las psicoterapias. La disminución de la influencia del psicoanálisis, muy perceptible en el ámbito médico universitario, separó progresivamente la noción de "psicoterapia" de su referencia freudiana para llevarla a todo procedimiento terapéutico que utilizara medios no biológicos. Este cambio se asoció a otro, propio de la evolución del psicoanálisis. Los analistas se han ocupado, estos últimos años, en precisar mejor lo que constituye lo esencial del proceso psicoanalítico. De esta manera se han alejado de la referencia exclusiva al cuadro de la cura (dispositivo diván-sillón, número de sesiones). La situación actual respecto de las psicoterapias se caracteriza por prácticas que pueden pertenecer a dos tendencias completamente opuestas (Green, 2010):

—ya sea que el término abarque prácticas muy claramente psicoanalíticas, "hasta el punto de borrar los límites de la psicoterapia con la cura típica". Se trata de la profundización de la noción de proceso, en detrimento del criterio del marco de la cura-tipo, que está aquí en el origen de este deslizamiento semántico. Widlöcher y Braconnier (1996) dieron la medida del dinamismo de este enfoque en terrenos tan variados como el del niño muy pequeño, las afecciones psicosomáticas, las psicosis y la familia;

—ya sea que el término abarque prácticas diversas, independientes de toda referencia psicoanalítica, como en los países de lengua inglesa. Por ejemplo, se ha vuelto común que un clínico de ejercicio privado inscriba en sus calificaciones la locución "psiquiatra-psicoterapeuta". En este caso, este último término puede significar las más diversas situaciones profesionales que van desde una formación psicoanalítica más o menos incompleta, hasta una formación en psicoterapia cognitivo-conductual, o incluso una formación de grupo, transaccional o sistémica, o bien a la simple referencia a la "psicoterapia de apoyo" de la práctica cotidiana.

Esta situación, que muchos lamentan, lleva periódicamente a la discusión sobre la oportunidad de una psicoterapia universitaria dentro del marco de los estudios de psiquiatría. La dispersión de las asociaciones y de las escuelas psicoanalíticas, la reticencia de los psicoanalistas, independientemente de sus tendencias, frente a una reglamentación administrativa de su profesión, el retraso que existe en la evaluación de los tratamientos, la intrincación de esta evaluación con las consideraciones económicas dentro del cuadro de un sistema de seguro de enfermedad que reembolse tanto los

booksmedicos.org

tratamientos del sector público como los del privado, son ciertamente factores que explican la dificultad de poner fin a este debate.

Existe actualmente un elemento renovador en la problemática de la psicoterapia. Cada vez más los clínicos, tanto del sector público como del privado, tienen la sensación de que la multiplicación de las "técnicas terapéuticas", en lugar de introducir un mayor rigor en las prácticas, se realiza en detrimento de las necesidades de los pacientes tratados. En efecto, éstos parecen no adaptarse a la codificación y al fraccionamiento de las técnicas, por lo que los terapeutas se inclinan por prácticas "mixtas" que integren en el seno de la misma relación terapéutica enfoques y actitudes variados según el momento de la solicitud de atención y según la evolución del tratamiento. Esta reacción a un enfoque de los tratamientos, considerada demasiado "tecnocrática", término que es actualmente sinónimo de deshumanización, lleva a reflexiones sobre la especificidad del trabajo psiquiátrico dentro del marco de las relaciones terapéuticas que pueden utilizar, sucesiva o simultáneamente, elementos transferenciales y contratransferenciales, la sugestión, el tratamiento medicamentoso, las posibles medidas de asistencia, la escucha de las familias, etcétera.

En el seno de estas reflexiones, el psicoanálisis ocupa un sitio a la vez preponderante y original: preponderante en cuanto que es la teoría del psiquismo humano que permite escuchar mejor a un paciente, comprometer con él una conversación, sin caer en el intercambio de lugares comunes. Original, en el sentido de que el psicoanálisis ya no es utilizado como una técnica más o menos importada, modificada y aplicada en otro espacio diferente al suyo (el espacio institucional, los pacientes psicóticos o con patología del carácter), sino como una teoría que permite una inteligencia de los fenómenos observados.

Todos esos elementos hacen que las psicoterapias surgidas del psicoanálisis tengan una particularidad muy marcada por las condiciones locales. Las prácticas que se derivan de este enfoque renuevan de manera interesante la teoría de lo que se consideraba tradicionalmente como la "práctica psicoterapéutica médica habitual". Están lejos de ser codificadas, y esto no es, sin duda, deseable. Deben conservar una parte de invención, adaptada a las necesidades de cada paciente en particular, y necesaria para una verdadera personalización de la atención. Participan de lo que, dentro de la relación terapeuta-paciente, concierne a su intercambio y a su interacción recíproca. Brusset (2003) señala los puntos comunes a toda técnica, a saber, los tres grandes parámetros valorados de diversa manera: la relación intersubjetiva, la percepción empática del paciente y la palabra. El reto de la psicoterapia es, sin duda, saber si la tendencia general de las sociedades occidentales hacia las técnicas científicamente codificadas ahogará, o por el contrario estimulará, la reflexión y la investigación teórico-práctica sobre la dimensión psicoterapéutica del trabajo clínico cotidiano.

Conclusión

booksmedicos.org

La psicoterapia está en el centro de la práctica psiquiátrica en la medida en que la relación y los intercambios entre el psiquiatra (o el profesional de la salud mental) y el paciente, cualquiera que sean los medios que se utilicen en el seno de esta relación para alcanzar un cambio psíquico, están en la base de toda terapéutica. Esta evidencia es independiente de las técnicas psicoterapéuticas propiamente dichas; ésta tiende a promover una práctica integrativa, que es la que se utiliza en definitiva en la mayoría de los pacientes, y que se apoya tanto en las formaciones específicas recibidas por el psiquiatra como en su personalidad, su disponibilidad mental, su cultura, sus afinidades particulares y sus capacidades de identificación con tal o cual paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Andolfi, M., y C. Angelo. (2008), *La Thérapie racontée par les familles,* De Boeck, París.

Anzieu, D., A. Bejarano y R. Kaës (dirs.) (1972), *Le Travail psychanalytique dans les groupes,* Dunod, París. [*El trabajo psicoanalítico en los grupos,* Siglo XXI, Madrid, 1978.]

Bateson, G. (1973), *Steps to an Ecology of Mind*, Paladin Books, Londres. [*Pasos hacia una ecología de la mente*. Versión española de Ramón Alcalde, Ediciones Lohlé-Lumen, Buenos Aires, 1998.]

Bergeret, J. (1993), *Les États-limite*, Findalac, AFPEP.

Bion, W. R. (1965), *Recherche sur les petits groupes,* PUF, París. [*Experiencia en grupos,* Paidós, Buenos Aires, 1996.]

Boszormenyi-Nagy, I., e Y. Framo (1965), *Psychothérapies familiales*, PUF, París. [*Terapia familiar intensiva, aspectos teóricos y prácticos,* Trillas, México, 1979.]

Brusset, B. (2003), *Les Psychothérapies,* PUF, París.

Caillé, P., y M. Selvini Palazzoli (2006), *Familles et thérapeutes,* ESF, París.

Chertok, L. (1989), *Hypnose et suggestion,* PUF, París. [*Hipnosis y sugestión.* Versión española de José Antonio Robles García, Publicaciones Cruz O., México, 1992.]

Cottraux, J. (2010), "Thérapies cognitives", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37820-A5, Elsevier Masson, París.

Despland, J.-N., Y. de Roten y M. Luc (2010), *Intervention psychodynamique brève,* Elsevier Masson, París.

Devereux, G. (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale,* Gallimard, París. [*Ensayos de etnopsiquiatría general.* Versión española de Francisco Monge, Barral, 1973.]

Eiguer, A. (1983), *Un divan pour la famille,* Bayard, París.

Elkaïm, M. (1989), *Si tu m'aimes, ne m'aime pas,* París, Seuil. [*Si me amas, no me ames.* Versión española de Margarita Mizraji, Gedisa, Madrid, 1997.]

Erickson, M. H. (2009), *L'Hypnose thérapeutique,* ESF, París.

Foulkes, S. H. (1965), *Therapeutic Group Analysis,* International University Press, Nueva York.

booksmedicos.org

Freud, S. (1922)[1923], CXXI. "Psicoanálisis y teoría de la libido. Dos artículos de enciclopedia", *Obras completas de Sigmund Freud,* tomo VII, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pp. 2662-2676.
Gauchet, M., y G. Swain (1986), "Du traitement moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie", *Confrontations psychiatriques,* 26, pp. 19-40.
Gillieron, E. (1983), *Les Psychothérapies brèves*, PUF, París.
Goldstein, J. (1987), *Console and Classify*, Cambridge University Press, Nueva York.
Gougoulis, N. (2004), "Freud et les psychiatres", *Topique,* 88, pp. 17-35.
Green, A. (1990), *La Folie privée*, Gallimard, París. [*De locuras privadas*. Versión española de José Luis Etcheverry, Amorrortu, Buenos Aires, 2010.]
——— (2010), *Illusions et désillusions du travail psychanalytique,* Odile Jacob, París.
Gressot, M. (1979), *Le Royaume intermédiaire,* PUF, París.
Held, R. (1968), *Psychothérapie et psychanalyse,* Payot, París.
Kaës, R. (1976), *L'Appareil psychique groupal,* Dunod, París. [*El aparato psíquico grupal*. Versión española de Hugo Acevedo, Gedisa, Barcelona, 1977.]
Kestemberg, E., y P. Jeammet (1987), *Le Psychodrame psychanalytique,* PUF, París.
Lebovici, S., G. Diatkine y H. Danon-Boileau (1958), "Psychodrame et traitement des psychotiques", *Évolution psychiatrique,* 23, 2, pp. 499-520.
Lemaire, J. (1964), *La Relaxation,* Payot, París. [*La relajación.* Versión española de Julián de Ajuriaguerra, Studium, Madrid, 1974.]
Lewin, K. (1951), *Field Theory in Social Science. Selected Theoretical Papers,* Harper, Nueva York. [*Teoría del campo y experimentación en psicología.* Versión española de Marta Laffite, Julio Juncal, Paidós, Buenos Aires, 1978.]
Marty, P. (1990), *La Psychosomatique de l'adulte,* PUF, París. [*Psicosomática del adulto.* Versión española de Marta Tenorio de Calatroni, Amorrortu, Buenos Aires, 2003.]
Minuchin, S. (1979), *Familles en thérapie,* Delarge, París. [*Familias y terapia familiar.* Versión española de Víctor Fichman, Gedisa, México, 2004.]
Moreno, J. L. (1951), *Sociometry, Experimental Method and the Science of Society,* Beacon House, Nueva York.
Moro, M.-R. (1993), "Principes théoriques et cliniques de l'ethnopsychiatrie. Quelques données actuelles", *Évolution psychiatrique,* 58, 2, pp. 263-279.
Nathan, T. (1986), *La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique,* Dunod, París.
Perls, F. (1979), *Gestalt-thérapie*, Stanke, Montreal. [*Terapia Gestalt,* Editorial Pax-México, México, 2007.]
Pichon Rivière, E. (2004), *Le Processus groupal*, Érès, Tolosa. [*El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social,* Nueva Visión, Buenos Aires, 1981.]
Postel, J. (1983), "De l'événement théorique à la naissance de l'asile (Le traitement moral)", en J. Postel y C. Quétel (dirs.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie,* pp. 147-163, Privat, Tolosa.

booksmedicos.org

——— (2007), Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale, L'Harmattan, París.
Racamier, P.-C. (dir.) (1973), *Le Psychanalyste sans divan,* Payot, París.
Rouchy, J.-C. (1998), *Le Groupe, espace analytique,* Érès, Tolosa.
Tordjman, G. (1988), "Le traitement des anorgasmies", *Cahiers de sexologie clinique,* 2, pp. 78-84.
Watzlawick, P., J. Weakland y R. Fish (1980), *Changements, paradoxes et psychothérapie,* Seuil, París.
Widlöcher, D., y A. Braconnier (dirs.) (1996), *Psychanalyse et psychothérapies,* Flammarion, París.
Winnicott, D. W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Payot, París, 1969.

booksmedicos.org

LVI. TRATAMIENTOS INSTITUCIONALES

SERGE GAUTHIER, CATHERINE JOUBERT, VICTOR SOUFFIR

El tratamiento institucional es sin duda el primer tratamiento organizado con el fin de contener, controlar y prestar auxilio a los enfermos mentales. Examinaremos brevemente en este capítulo la historia de las instituciones psiquiátricas en cuanto instrumentos de atención; después nos detendremos en las instituciones y su lógica terapéutica que nos ha legado la gran reforma psiquiátrica posterior a la segunda Guerra Mundial. Finalmente expondremos algunos elementos de teoría y de práctica de la terapia psiquiátrica en las instituciones actuales.

LVI.1. LA EMERGENCIA DE LA INSTITUCIÓN TERAPÉUTICA

La historia de las instituciones psiquiátricas nos confronta desde un principio —como la clínica cotidiana— con las manifestaciones más espectaculares y más deletéreas de los trastornos psíquicos: agitación, gritos, violencia, miedo, desamparo… La necesidad de controlar y de socorrer (entre coerción y caridad) a los numerosos "indigentes errantes" atraídos por las ciudades en expansión en el curso de los siglos XVI y XVII, condujo a los Estados a fundar diversos tipos de establecimientos que aseguraran alojamiento, alimentación, atención, educación y rehabilitación para el trabajo para una población de la que 5 a 20% eran "locos" y "locas". En Francia, el movimiento de filantropía durante el reinado de Luis XVI sustituyó a la caridad religiosa de los siglos precedentes y comenzó a reconocer a los "insensatos" como categoría médica diferente, con derecho a una asistencia pública (Postel y Quétel, 1983).

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, varios autores en Europa preconizaban una actitud más humana frente a los enfermos mentales. En 1785, la sorprendente circular de Colombier y Doublet, difundida en todo el reino, denunció la suerte reservada a los "insensatos", condenó la violencia de que eran víctimas y los designó como enfermos que habría que tratar de manera suficientemente precoz y perseverante con métodos que no impidieran las evoluciones naturales favorables. Fue este impulso el que dio nacimiento al asilo, "casa de alienados" que, con Esquirol (1822), tendrá la ambición de convertirse en un "instrumento de curación": "Entre las manos de un médico hábil, es el agente terapéutico más poderoso contra las enfermedades mentales". La circular de 1785 conserva toda su pertinencia al proponer a las personas encargadas de la atención: "muy seleccionadas puesto que su función exige al mismo tiempo la fuerza corporal, la

booksmedicos.org

humanidad, una fuerte personalidad y la habilidad, cualidades difíciles de reunir, y aún más de conservar largo tiempo en un empleo tan fundamental".

LVI.1.1. *Pinel y el tratamiento moral*

Pero sobre todo hay que evocar la obra innovadora de Pinel, saludada y muy bien conocida en Europa, eclipsada y después redescubierta, y finalmente comentada y revalorada a partir de la década de 1970 en los trabajos de Swain (1977) y Swain y Gauchet (1980). Citemos a Weiner (1999) y Garrabé (1994, 1999), quienes le han consagrado varios trabajos.

Pinel (1800, 1809) desarrolló los principios y la técnica de un tratamiento relacional hospitalario de la locura, el tratamiento moral. Bajo este término Pinel intentó describir una actitud relacional razonada, basada experimentalmente, transmisible, proporcionada a los desbordamientos del enfermo, multiforme a causa de la multiplicidad de las situaciones, que sustituyera a las habituales conductas de represión; una técnica de dominio de lo que hoy se llamarían las "contraactitudes" frente al enfermo. Se desprenden varios puntos de su obra: *a)* la puesta en duda de la incurabilidad de la locura, *b)* la idea de que el enfermo permanece sensible a un intercambio a pesar de la ruptura del contacto, y que permanece ligado al terapeuta y sensible "al menor signo de olvido, de desprecio o de indiferencia" (Pinel, 1809) o a las variaciones de la atmósfera y el relajamiento en el servicio, *c)* la convicción de que la alienación supone la razón subvertida pero jamás desaparecida total o definitivamente, *d)* la necesidad de atender con conocimiento a los enfermos y a hablarles, pero con realismo: por ejemplo, frente a una "impulsión ciega", "no externar ninguna opinión y se debe solamente velar por la seguridad personal del alienado, así como la de los otros, mantenerlo en su cubículo y colocarle una camisola estrecha" (Pinel, 1809), pero siempre con medida, de manera "siempre correcta y humana".

LVI.1.2. *La pérdida de rumbo en el tratamiento moral*

Aunque Pinel sabía —y se sabía desde la Antigüedad— que era estrecho el paso entre "los dos escollos que había que evitar […] una indulgencia ilimitada y una repulsiva dureza", avaló ciertos procedimientos utilizados por su "jefe de la policía interior", el vigilante de su servicio, Jean-Baptiste Pussin, procedimientos a propósito de los cuales se puede hablar de represión en el sentido moderno de punición: miedo, sufrimiento provocado voluntariamente, incluso crueldad refinada. Gauchet y Swain (1980), Garrabé y Weiner (2005) señalan la ambigüedad de la posición de Pinel y las modificaciones que se realizaron entre la primera y la segunda edición (1800, 1809) de su *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o manía,* donde las reglas de orden y de autoridad tienden a suplantar el ejercicio matizado e individualizado de la administración propuesto

booksmedicos.org

inicialmente dentro del marco del tratamiento moral. Un cambio en el mismo sentido se produjo cuando Pinel hizo nombrar a su alumno Esquirol en el puesto dejado vacante por la muerte del vigilante Pussin, pues Esquirol no podía haber tenido con los enfermos la proximidad que Pussin había conquistado durante largo tiempo.

Este doble movimiento —del tratamiento individual al tratamiento colectivo, del tratamiento próximo al tratamiento a distancia— alteró la riqueza del tratamiento moral. Estas inflexiones del pensamiento de Pinel dejaron, en efecto, la puerta abierta al ejercicio de la omnipotencia taumatúrgica del médico de asilo (Swain y Gauchet, 1980). Tanto más que con la desaparición de Pussin desaparecieron las relaciones entre el trabajo del médico (Pinel) y el del cuidador (Pussin) frente al enfermo, relaciones difíciles pero incuestionablemente fructuosas. La jerarquía asilar se constituiría sobre el modelo de un poder y de un saber médico exclusivos y sin contrapeso.

Un siglo más tarde, esta repartición nueva de los papeles entre médico y jerarquía tratante había tomado tal giro que G. Daumezon (tesis, 1935) la describió en términos de castas. Ésta será una de las grandes aportaciones de la psicoterapia institucional: discutir seriamente estas cuestiones de jerarquía e introducir con fuerza nociones como las de equipo terapéutico, colectivo tratante y grupos terapéuticos.

LVI.1.3. *Construcción del asilo y "psicoterapia asilar"*

La individualización de la alienación mental, el enunciado por Pinel de una posible curación, hablaron a favor, de una manera poderosa, de lugares específicos para el ejercicio de esta nueva medicina. No obstante, el asilo no fue verdaderamente, como se cree frecuentemente, la puesta en acción por Esquirol de los principios de su maestro: por el contrario, el método de Esquirol eclipsó la actitud a la vez segura y titubeante de su maestro, y si Pinel es considerado como uno de los grandes fundadores de la psiquiatría, Esquirol aparece de hecho como el primer gran "patrón", el primer gran profesor y el formador de la escuela alienista del siglo XIX. Como quiera que haya sido, fue necesario su compromiso personal (*Memoria* de 1818) para alcanzar la ley de 1838, que preveía la construcción de un asilo en cada jurisdicción administrativa de Francia. El reglamento modelo de 1857 fijó los elementos esenciales de la "psicoterapia asilar": necesidad de aislamiento, clima de normalización, autoridad médica y solemnidad que se manifiesta en ocasión del ritual de la visita. "El médico debe ser, de alguna manera, el principio de la vida de un hospital de alienados. Por él todo debe ponerse en movimiento; él dirige todas las acciones, llamado como está a ser el regulador de todos los pensamientos" (Esquirol, 1838). Un hecho notable fue que el trabajo de los pacientes se organizó para aligerar los gastos de asistencia, en tanto que Pinel lo había promovido como índice de mejoría clínica, actividad de descarga y factor de orden que reducía el recurrir a las medidas represivas o medicamentosas, fuente de vínculos afectivos y sociales entre los enfermos, reconquista de sus talentos y finalmente preparación para la salida.[1]

booksmedicos.org

El asilo de finales del siglo XIX se convirtió en un medio rígido, muy reglamentado: la comida, el trabajo, el servicio de mesa acompasaban una vida asilar rutinaria al precio de un gran trabajo para el personal. Las salidas eran raras, el correo censurado, los enfermos carecían de efectos personales… Para aquellos que no podían adaptarse a este orden, se aplicaban amenazas, privaciones, aislamiento, contención, algunos tratamientos drásticos, bajo la responsabilidad del alienista, lo que por lo menos tenía la ventaja de excluir, en principio, las reacciones exageradas o los malos tratamientos por parte del entorno inmediato del enfermo… Este entorno mismo no se consideraba verdaderamente. Se estaba ya muy lejos de la concepción pineliana del tratamiento moral, que no obstante no todos olvidaron.

LVI.1.4. *La crítica del asilo. Su fracaso*

La crítica del medio asilar se inició con el asilo mismo. Henri Falret (1852) criticó la *regla* asilar que "monotoniza, borra la individualidad en provecho de un tipo exterior de convención", y preconizó tratamientos más "individuales". Marandon de Montyel, psiquiatra del asilo de Ville-Évrard, opuso a la "higiene del aislamiento", que fabricaba incurables, una "higiene de la libertad". Se hablaba de asilos-casas de campo de Inglaterra, se crearon colonias familiares en Francia a ejemplo de la de Gheel, en Bélgica. Por el contrario, pocas voces se opusieron a la *coacción,* y los alienistas franceses se opusieron a Morel cuando en 1839 dio cuenta de la práctica de la *no-restraint* (la no coacción), introducida por Conolly en Inglaterra. No obstante, Paul Sérieux (*Assistance aux aliénés*, 1903) recordó que Conolly "daba a los principios descritos por Pinel la extensión más amplia" y deploró el exceso de autoridad frente a los alienados, "de los que sin cesar se proclama la dignidad de enfermos" y quienes, en los hechos, son "rebajados a la triste condición de detenidos".

La utopía asilar se derrumbó, pues, en menos de un siglo. Los médicos eran poco numerosos y el personal carecía de formación. Los asilos se llenaron de pacientes "incurables no peligrosos" (Parchappe, 1865). La difusión de las teorías organicistas hizo sombra al tratamiento moral. Los trabajos de Bayle, de Broca, la teoría de la herencia y de la degeneración, muy en boga desde el principio del siglo XIX, el ascenso de un cierto cientificismo, provocaron una desafección por el tratamiento moral. La aproximación de la neurología y de la psiquiatría, que se acentuará todavía más tras la primera Guerra Mundial, relegó a un segundo plano el interés científico por la psicología de los enfermos. Señalemos que al mismo tiempo se asistió a la intensificación de las técnicas de intimidación o de choque, al retorno de la inmovilización y de la enclaustración prolongada, a la multiplicación de las celdas en los pabellones de agitados (Paumelle, 1950), es decir, un regreso a las posiciones fundamentalmente prepinelianas.

LVI.1.5. *Las lecciones positivas del asilo*

booksmedicos.org

El asilo no fue, entonces, "el instrumento de curación" que esperaban sus promotores… Pero tampoco fue, empero, el "instrumento de nada" (Gauchet y Swain, 1980). Permitió tomar conciencia de la necesidad de lugares específicos de atención para los enfermos mentales, de la influencia de una institución y de sus reglas sobre el estado del enfermo, del papel positivo de lo colectivo en numerosas situaciones ya descritas por Pinel (trabajo, distracciones, vida cotidiana), situaciones que serían revalorizadas inmediatamente después de la segunda Guerra bajo la égida de los tratamientos institucionales. Por su fracaso mismo, el asilo mostraba todavía la precisión de las observaciones de Pinel sobre la necesidad de relaciones y de atención individualizada de los enfermos y mostró los ejes de posibles modificaciones. Finalmente, incluso si los alienistas deploraron la sedimentación de un número creciente de enfermos crónicos, recordemos que fue en el asilo donde se describieron y aislaron progresivamente los delirios crónicos, y sobre todo lo que llegaría a ser el grupo de las esquizofrenias. La definición de las psicosis crónicas hizo salir de las sombras a los "incurables", e hizo aparecer un nuevo problema: el de la asistencia y el tratamiento a largo plazo de estados que se considerarían a partir de entonces como crónicos y ya no como incurables.

LVI.2. La psicoterapia institucional:curar al asilo y desalienar

No obstante, al día siguiente de la segunda Guerra, la figura de Esquirol seguía investida muy positivamente entre la comunidad psiquiátrica. La esperanza de desalienar y enmendar al asilo mostraba una confianza mantenida en la posibilidad terapéutica ofrecida por esa institución si era correctamente utilizada y dotada de los medios para su acción.

Diferentes corrientes de pensamiento reanimaron la función terapéutica del hospital. Inicialmente, el psicoanálisis, el cual permitió esperar un enfoque nuevo del psiquismo y del tratamiento de las enfermedades mentales: Freud, Jung, Abraham, Bleuler aportaron una nueva comprensión de los estados psicóticos y habían contemplado su tratamiento (Chambrier *et al*., 1999). Paralelamente vio la luz la utilización de grupos en el tratamiento de las patologías graves (Simon, Bion, Foulkes…). Finalmente, las grandes corrientes políticas de principios del siglo XX no dejaron de ejercer influencia sobre la manera de pensar la situación de los pacientes en el asilo.

La corriente de psicoterapia institucional (Vidon *et al*., 1989; Delion, 2001) se desarrolló en la década de 1950 integrando las experiencias concretas realizadas por los alienistas franceses encerrados durante la guerra en los asilos con sus enfermos (P. Balvet, F. Tosquelles, L. Le Guillant). Desde 1938, en Fleury-les-Aubrais, G. Daumezon había favorecido la introducción y la organización de una vida social en el interior del asilo con un sistema de encuentros e intercambios entre enfermeros y pacientes. Mantuvo la convicción, ya presente en Pinel, de que las actividades y los intercambios con los pacientes en el curso de una cotidianeidad compartida poseían un importante poder terapéutico, a condición de que éste se pensara y organizara de manera opuesta a

booksmedicos.org

la organización asilar, rígida y autoritaria.

Más tarde, la introducción de los neurolépticos facilitaría grandemente este movimiento de humanización y numerosos enfermos, finalmente apaciguados, pudieron abandonar el hospital. Para aquellos que permanecieron en él, el movimiento de psicoterapia institucional prosiguió la *desalienación*[2] de los pacientes buscando romper con la ritualización de la vida, la pasividad y el aislamiento del paciente: apertura de las puertas, formación del personal de enfermería, reuniones del equipo, liberación de la palabra. Se introdujo en el hospital una actividad cotidiana viviente: trabajo terapéutico, ergoterapia, distracciones, actividades de intercambio, técnicas de expresión, periódico diario del pabellón o del club. El enfermero psiquiátrico adquirió ahí un papel central: "El enfermero *técnico de la ayuda a los pacientes para la cotidianeidad* es el más eficaz colaborador y el mejor mediador con las instituciones" (Daumezon, 1935). En el curso de este periodo, se podría decir que el loco se convirtió en enfermo mental, y que el guardián se convirtió en enfermero y más tarde en terapeuta (Oury, 1958).

En 1952, Daumezon y Kœchlin, su alumno, introdujeron para todo este movimiento el término de *psicoterapia institucional,* que rápidamente vendría a designar prácticas variadas, incluso opuestas: un "árbol frondoso del que podemos adivinar las raíces subterráneas, del que se percibe mal el tronco oculto por las ramas numerosas y entrelazadas" (Chaigneau *et al*., 1971).

En el extranjero, puesto que se trató de un movimiento que involucró al conjunto del mundo occidental, se desarrollaron otras críticas al asilo. En la Gran Bretaña se habían creado comunidades terapéuticas siguiendo las ideas de Maxwell Jones, y más tarde instituciones surgidas del movimiento antipsiquiátrico (R. Laing, D. Cooper). En los Estados Unidos, el número de enfermos hospitalizados disminuyó de manera importante, en un movimiento radical y probablemente excesivo de *desinstitucionalización.* En las décadas de 1960 y 1970 se crearon centros de psiquiatría comunitaria. En Italia, a partir de Basaglia y del movimiento antipsiquiátrico, fuertemente politizado, se cerraron los asilos y se impuso la inserción de los enfermos en la vida social común (véanse también los capítulos II y LVII).

LVI.2.1. *¿Psicoterapia institucional o tratamientos institucionales?*

En Francia, de 1960 a 1970, dos grandes orientaciones reagruparon lo esencial de las elaboraciones teóricas concernientes a la atención psiquiátrica en institución: la primera, alrededor de los trabajos del grupo llamado de "psicoterapia institucional", próximo del psicoanálisis lacaniano (F. Tosquelles, J. Oury), y la segunda en torno a la noción de "atención institucional" (P.-C. Racamier, R. Diatkine, S. Lebovici, P. Paumelle) (Racamier, 1970). Esta última corriente, aunque lúcida en cuanto a la necesidad de controlar las derivas asilares, obtuvo una parte importante de su inspiración en la corriente anglosajona de la psicoterapia psicoanalítica de las psicosis (M. Klein, H. Rosenfeld, W. Bion). En los Estados Unidos, numerosos psicoanalistas se habían

booksmedicos.org

lanzado, desde la década de 1920, al tratamiento psicoanalítico de los pacientes psicóticos en el interior de establecimientos de los que el más conocido fue la clínica de Chesnut Lodge (H. S. Sullivan, F. Fromm-Reichmann, H. Searles).

El grupo de la psicoterapia institucional

Jean Oury creó en 1953 la Clínica de La Borde (en el departamento de Loir-et-Cher), ligada históricamente con el hospital psiquiátrico de Saint-Alban (Lozère) donde trabajaron durante la guerra L. Bonnafé y más tarde F. Tosquelles. Para oponerse a la "cosificación" del enfermo y del terapeuta en las rutinas asilares, la institución intentó volver significante y analizar la trama de la vida cotidiana, desde el levantarse hasta el acostarse. Las reuniones terapeutas / pacientes, pero también las reuniones entre terapeutas debían permitir desenredar las fijaciones mortíferas de esta trama asegurando "la permeabilidad de los espacios, la libertad de circular, la crítica de las funciones y de las calificaciones profesionales, la plasticidad de las instituciones" (Oury, 1976). El trabajo analítico en cuanto "psicoanálisis de la institución" requirió "un espacio en el que la palabra fuera libre, en el que todos los temas o conflictos pudieran ser abordados, rompiendo con la jerarquía, abierto a toda puesta en duda y autorizando la develación del sentido de la demanda" (Torrubia, 1965). Para Oury (1972), "lo que es eficaz en el plano del entramado de las relaciones es del orden de la transferencia". Las reuniones se consideraban como un "analizador", en busca de una escucha analítica colectiva para "desactivar la presión alienante, las rupturas de comunicación, los procesos de exclusión". Así, "las reuniones del colectivo representan un papel esencial en el develamiento y el tratamiento de los problemas contratransferenciales, entendiendo que toda contratransferencia institucional se repetirá mientras que no quede resuelta"; "esta movilización y la resolución de la contratransferencia se convierten en factores primordiales en la terapéutica de los enfermos" (Tosquelles, 1964, citado por Vidon, 1989).

La contratransferencia se convirtió en el objeto de cada uno, y cada uno la elaboró y la expresó gracias a su formación personal: en La Borde, la atención y la escucha no eran el atributo de los médicos o de los psicoanalistas, era el paciente quien investía a tal o cual terapeuta, y esta elección hacía legítima la participación de este último en el análisis de la transferencia y de la contratransferencia, lo que fue criticado por la otra corriente. Así, en ocasión de los encuentros de Sèvres (1957-1959), se convirtieron en un reto conflictivo el sitio y el estatus del enfermero psiquiátrico, su participación en la comprensión analítica y en la interpretación.

El club terapéutico es otro elemento clave de la psicoterapia institucional. Es una asociación (ley de 1901) de terapeutas y pacientes (presidente, secretario, tesorero) que administra fondos, organiza actividades y edita un diario. El club ha sido una de las primeras estructuras organizadas con vistas a romper con un sistema en el que el paciente es "sometido" pasivamente a las atenciones prodigadas: el club supone la toma de

booksmedicos.org

responsabilidades, la participación en decisiones colectivas y la manipulación de dinero. Puede estar en el interior del hospital (administración de la cafetería, taller de creación) y ligado a éste por convención, o tomar la forma de una estructura extrahospitalaria, lugar de encuentros y de actividades diversas. La ley del 12 de febrero de 2005 dio un nuevo impulso a algunos de estos clubes bajo el nombre de grupos de ayuda mutua.

La corriente de la "atención institucional"

La segunda corriente importante estuvo representada, sobre todo en Francia, por P.-C. Racamier, quien prefirió hablar de "atención institucional" para oponerse a la aplicación de los conceptos psicoanalíticos a la realidad institucional (transferencia, contratransferencia…), al igual que a la utilización de la interpretación en la relación del equipo tratante con los enfermos. La noción de "atención institucional" valora inicialmente las funciones de presencia, auxilio, ayuda al yo psicótico amenazado sin cesar por el desbordamiento pulsional: las instituciones son indispensables cuando el enfermo "ya no tiene en su mano la actividad funcional de su yo". El análisis de las contraactitudes es, no obstante, necesario, puesto que la función de presencia, "la cosa más simple del mundo […] es no obstante objeto de diversas distorsiones que la desvían o la esterilizan" (Racamier *et al*., 1970). De manera más global, la violencia frente a los enfermos, incluso la violencia institucional, la "desertificación" asilar pueden entenderse como reacciones más o menos organizadas a la angustia que suscita la psicosis, a su violencia o a su negativismo. La disociación del medio tratante, su disfunción, aumentan la agitación del enfermo.

Al ser enunciados los principios de una institución de calidad, Racamier se interesó más bien en la psicopatología de las psicosis que en la teoría de las instituciones. No obstante, y aun permaneciendo como un interlocutor privilegiado para quienes crearon las nuevas instituciones del sector del 13º distrito de París, se comprometió él mismo en la fundación del hogar-hospital de día de La Velotte (Besanzón). Allí condujo la dirección de la institución y el estudio de los fenómenos de relación propiamente psicóticos: el engranaje, la seducción narcisista, la transferencia inane, los tipos de negación, la comunicación paradójica (Racamier, 1980, 1990).

Dentro de esta misma corriente numerosos psiquiatras-psicoanalistas tomaron la responsabilidad de instituciones psiquiátricas para atender a niños y a adolescentes: R. Cahn, R. Misès, Ph. Jeammet, J. Hochmann, B. Penot, J. J. Baranès, y para el autismo infantil, G. Haag y D. Ribas. Los conceptos psicoanalíticos se utilizaron allí en una transposición prudente a partir de la cura analítica individual. Estos autores subrayan el carácter irremplazable de la institución cuando, en lugar de la representación de los contenidos psíquicos, predominan su puesta en actos y su externalización. R. Misès propuso el concepto de cura en institución al tiempo que otorgaba una importancia esencial a los aspectos educativos, reeducativos y a la dimensión concreta de la vida cotidiana.

booksmedicos.org

La socioterapia y el trabajo de readaptación

Dentro de una perspectiva diferente de las precedentes, más bien socioterapéutica, P. Sivadon (1952), al observar las variadas capacidades de trabajo de los enfermos (ya estudiadas por Pinel), desarrolló la idea de "niveles funcionales" que permitieran comprometer al enfermo en un recorrido graduado. Creó el Centro de Tratamiento y de Readaptación Social (CTRS) de Ville-Évrard, seguido por H. Ey en Bonneval y L. Le Guillant en Villejuif. Estas nuevas experiencias mostrarán la posibilidad de una asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, constatación muy estimulante para quienes osaron la aventura del "sector psiquiátrico". Desde 1948, P. Sivadon había fundado la asociación L'Élan Retrouvé [El Impulso Recuperado], que creó un cierto número de estructuras extrahospitalarias nuevas: hogar de post-cura, hospital de día, centros de consulta.

Asociándose algunos años más tarde con la Mutualista de la Educación Nacional, Sivadon abrió el Instituto Marcel Rivière de La Verrière, sitio importante de la psicoterapia institucional:

> La terapia institucional propone al enfermo situaciones conflictivas que pueda sobrepasar en razón de su reeducación y de su objetivación bajo forma concreta dentro de un contexto tranquilizante. Estas situaciones representan simbólicamente situaciones reales hasta entonces insuperables. A la manera de una vacuna, las situaciones terapéuticas deberán provocar la elaboración de actitudes y de comportamientos que puedan ser transferidas a la vida real [Sivadon, 1966].

Al tratar individuos que ya tenían un empleo (docentes), Sivadon puso el acento en la ergoterapia, la cual tomaba una dimensión de readaptación social (y no solamente de expresión o de apaciguamiento), y crearía pasarelas entre el hospital y el mundo de la enseñanza, multiplicando las experiencias de readaptación sobre el campo.

A partir del voto en 1975 de una ley sobre la orientación de las personas reconocidas con discapacidad (véase el capítulo XIV), los *talleres terapéuticos* y los *establecimientos y servicios de ayuda por el trabajo* han tomado un lugar considerable tras los tratamientos psiquiátricos, proponiendo al exterior del hospital una actividad remunerada y enmarcada por un personal tratante o educativo que contribuye a la reinserción en la vida social. Asociaciones como L'Élan Retrouvé han sido particularmente fecundas en este campo.

LVI.3. DEL ASILO A LA PSIQUIATRÍA DE SECTOR

LVI.3.1. *La concepción del sector*

booksmedicos.org

De manera paralela a la emergencia de los tratamientos institucionales hospitalarios, la concepción del sector psiquiátrico fue la otra manera de pensar la psiquiatría tras la segunda Guerra Mundial. Si los mismos actores sostuvieron ambas empresas, dentro del proyecto de uno de estos pioneros y teóricos como lo fue Philippe Paumelle, esta nueva concepción del aparato de atención estaba claramente en contra de la idea de "curar al asilo" (Gauthier, 2003, 2010). Con la estructura del sector, ya nunca una institución pretendería ser lo que quiso ser el asilo, el lugar del "tratamiento completo y a lo grande de la locura" (Gauchet y Swain, 1980). Al separarse totalmente del hospital, la hospitalización psiquiátrica sólo sería un momento y un sitio particular entre otros en la trayectoria de un paciente, y al criticar desde un principio toda referencia a un centro absoluto de tratamiento, el sector redefinió de hecho el conjunto de la práctica psiquiátrica pública. Se puede decir que el sector recuperó la ambición de Esquirol "pero con métodos exactamente contrarios" (Trillat, en Postel y Quétel, 1983). De hecho, no fue probablemente fruto del azar el que la referencia a Pinel, eclipsada durante más de un siglo, se reanimara bajo la pluma de Paumelle (1952): marcó la ruptura con el asilo esquiroliano y los principios que lo dirigieron. Al crear el primer sector psiquiátrico en Francia, la Asociación de Salud Mental del 13º distrito de París (ASM 13), Paumelle (1959) indicó claramente las líneas directivas: *a)* desplazar el lugar del *encuentro:* el reto terapéutico no era ya la relación del enfermo con el colectivo y con la institución, y este encuentro debía realizarse, tanto como fuera posible, "fuera de los muros" y antes del internamiento u hospitalización; *b)* considerar que la *primera institución* es el *equipo tratante* y que debe disponer de instituciones variadas, crearlas, hacerlas vivir, no siendo el hospital sino una entre ellas. Hochmann (1982) teorizó estas nociones bajo el concepto de *institución mental*.

La psiquiatría de sector, que vio la luz de diversas formas en otros países y en el curso de las mismas décadas de 1960 y 1970 (la URSS, Gran Bretaña, Holanda, los Estados Unidos, Italia, Suiza), se presenta en los capítulos II y XI.

LVI.3.2. *La institución hoy en día*

Desde la década de 1970 el recurrir a las hospitalizaciones se ha vuelto menos frecuente, y a partir de 1990, con la crisis del financiamiento del seguro de enfermedad, se aceleró la reducción de las camas de hospitalización. Mientras tanto, en la década de 1980 se contemplaron el desarrollo de alternativas a la hospitalización (las "estructuras intermedias", como los hogares) y los tratamientos secuenciales (periodo de hospitalización que alterna regularmente con periodos de retorno a domicilio). No obstante, la brevedad de las estancias hospitalarias, determinada frecuentemente por la falta de lugares, condujo a las rehospitalizaciones iterativas (fenómeno de la "puerta giratoria", denunciado inicialmente en los Estados Unidos). El desarrollo de instituciones de día (hospital de día, taller terapéutico y más tarde el Centro de Ayuda Terapéutica de Tiempo Parcial) permitió acoger a numerosos pacientes psicóticos que salían del hospital

booksmedicos.org

sin haber obtenido una autonomía suficiente; se encuentra entonces, en estructuras menos totalizadoras, la función positiva de recepción que procuraba el asilo de antaño, permitiendo al mismo tiempo una movilización muy progresiva de los equilibrios del paciente. Confrontadas, a su vez, con los síntomas psicóticos más graves y con la larga duración de la atención, estas instituciones siguen expuestas a la crítica de suscitar nuevas cronicidades institucionales a pesar de la práctica, actualmente regular, de tratamientos ligeros, secuenciales o de tiempo parcial. A pesar de la desconfianza que frecuentemente rodea a las instituciones, su función de ayuda y de "tratamiento de largo plazo" (Chiland y Béquart, 1974) permite un trabajo en red con las estructuras no psiquiátricas del sector. El tratamiento institucional, en la actualidad, se alberga en estas instituciones, en los lugares de estancia de largo plazo, pero también en la consulta del sector que obliga a funcionar a algunos profesionales en estrecho vínculo. Actualmente se da el nombre de *institución* al conjunto constituido por estas diferentes estructuras ligadas funcionalmente entre sí.

LVI.3.3. *El aparato jurídico y administrativo*

El aparato jurídico y administrativo que encuadra la práctica psiquiátrica pública se expone en el capítulo XIV. Las diferentes leyes (bajo coacción, atribución de pensiones, orientación profesional, protección de bienes…) forman parte del dispositivo institucional en sentido amplio: lo sostienen y lo prolongan, recordando que la institución psiquiátrica en su conjunto debe tener dos finalidades: su preocupación por el individuo y por la sociedad, y la organización de los tratamientos.

LVI.4. LÍNEAS DIRECTRICES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO PSIQUIÁTRICO

Reuniremos aquí los elementos esenciales que se desprenden de las diferentes corrientes presentadas más arriba. Para numerosos pacientes víctimas de graves dificultades psíquicas, a partir de un cierto grado de gravedad son necesarios tratamientos psiquiátricos prolongados (casos de regresión, de peligro vital o de amenaza sobre la seguridad de las personas experimentado o constatado por los próximos, por un consultante, o incluso señalada por las instancias sociales). En toda la gama de la actividad psiquiátrica (consulta sostenida por un equipo de sector, servicio de hospitalización, servicio de atención de día, Centro de Ayuda Terapéutica de Tiempo Parcial, servicios de media estancia), el trabajo psiquiátrico de un *equipo tratante* necesita un *pensamiento* y un *proyecto* institucionales que se nutran de un acuerdo entre los miembros del equipo sobre el sentido de una "posición terapéutica" compartida y sobre el carácter indispensable de una *estructura colectiva y durable de funcionamiento* para su uso y para el de los pacientes.

booksmedicos.org

Las estructuras de atención psiquiátrica deben, al mismo tiempo, intentar limitar el potencial discapacitante y autodestructivo de las psicosis y reducir la parte iatrogénica inherente a toda institución. Una institución nunca es perfecta, pero puede ser viable y no destructora para los pacientes cuando la estructura de trabajo es aceptada, protegida y nutrida por sus miembros. La institución abriga y favorece los intercambios de aquellos que participan en la terapéutica y limita las posibles desviaciones. La institución, al mismo tiempo, exige y da: cada uno aporta en ella un trabajo específico, una preocupación de atención, su creatividad, sus capacidades terapéuticas espontáneas o adquiridas, y recibe de la institución una protección de su posición terapéutica, un relevo en los momentos difíciles, un enriquecimiento en su comprensión de los cuidados y de los trastornos mentales.

LVI.4.1. *Psicosis y funcionamiento institucional*

La naturaleza múltiple del trastorno psicótico (pérdida de la iniciativa vital y propensión al pasaje al acto, trastorno del pensamiento y cortocircuito alucinatorio y delirante, angustia existencial y proyección masiva, megalomanía y desesperanza) corre el riesgo de conducir al retraimiento y al aislamiento, a la desconfianza frente a los demás, a una ritualización de la vida y frecuentemente a una fuerte actitud compensadora sobre la familia. Con frecuencia, no se presenta ningún imprevisto, ninguna ocasión feliz de reanudación de los intercambios bajo una forma que el paciente pueda aprovechar: el riesgo deficitario se instala, entrecortado frecuentemente por crisis. El conjunto de las distorsiones psíquicas que aparecen después de una o varias crisis psicóticas obliga al equipo psiquiátrico a un esfuerzo de adaptación de los pacientes, lo que es el primer paso del trabajo institucional.

La ambición de la institución es percibir y recibir las posiciones y las producciones patológicas, intentar comprenderlas y hacerlas evolucionar. En primer lugar, el grupo tratante intenta constituir con delicadeza, para el paciente, una zona de seguridad, un nuevo entorno a la vez tranquilizador y estimulante, apto para percibir y "tratar" las distorsiones de sus relaciones con los demás. La institución psiquiátrica busca ofrecer un comercio humano soportable para el enfermo, adaptado a sus necesidades y a sus medios del momento, y a sus cambios; debe reconocerlos y acompañarlos, so pena de alienar al paciente y hacer prevalecer sus propias necesidades. Con el tiempo la institución se convierte en un dispositivo que se intercala con más o menos fuerza entre el paciente, su familia y la sociedad.

A partir del momento en el que un paciente frecuenta una institución psiquiátrica, es el conjunto de su economía psíquica, y no tal o cual síntoma, lo que se vuelve pertinente. Lo que hace el paciente o lo que no hace, lo que acepta o niega, la manera como establece las relaciones o las rechaza, este conjunto es aprehendido, reverberado, llevado, retomado. Se inscribe en la memoria de la institución, memoria colectiva de las secuencias significativas que facilitará ulteriormente la contención de los movimientos

booksmedicos.org

destructores. Ciertas secuencias que se repiten podrán retomarse con el paciente, sin herirlo, en una perspectiva psicoterapéutica que pretende que la palabra sustituya al acto.

Deberán proponerse permanentemente posibilidades de investimento ponderadas, concernientes a las personas, los intercambios verbales (reuniones), pero también sobre la materia (ergoterapia) y el cuerpo, por la práctica de actividades artísticas y física, o las salidas culturales. La atención del equipo terapéutico no debe descuidar la persona del enfermo (su situación social, su salud física) ni el mantenimiento de sus capacidades intelectuales (técnicas de reestructuración cognitiva). El conjunto de estas acciones es el resultado de una concertación entre los médicos y los otros miembros del equipo, que realizan evaluaciones variadas; la dimensión colectiva de la reflexión intenta asegurar la acción de cada uno integrándola dentro de un "trabajo común" (J. Azoulay, 1996). Por el contrario, la inacción, la pobreza de las instituciones en lo referente a la estimulación favorece el desinterés, la depresión y el retraimiento del enfermo.

En las patologías graves, la aportación de atención al paciente es frecuentemente considerable. No obstante, hay que cuidarse de no ahorrarle toda responsabilidad en lo que vive: ayudar no es suplantar. Dar atención a los aspectos de su vida que el paciente rehúsa considerar no es tomar su lugar. Es importante, por el contrario, dejar al paciente toda la libertad posible y subrayar con la palabra la parte de responsabilidad personal que le incumbe. No deben desconocerse sus propias capacidades terapéuticas (H. Searles).

LVI.4.2. *Escollos y dificultades del trabajo psiquiátrico en institución*

Este trabajo paciente del equipo psiquiátrico que intenta comprender, proponer al paciente caminos menos alienantes que el del renunciamiento a la vida (el retraimiento), la negación de la realidad o el pasaje al acto (violencia, suicidio, interrupción del tratamiento…) se enfrenta siempre a grandes dificultades que podemos resumir de la siguiente manera:

La violencia

Las producciones psicóticas están marcadas por el sello de la violencia expresada o silenciosa, psicológica y a veces física. Cuando es objeto de una agresión, el equipo se esforzará por no responder con una reacción irreflexiva, incluso defendiéndose con una "contraviolencia" mesurada que pasa por las prohibiciones, las reglas de vida, la búsqueda de una mediación frente a un conflicto, incluso por el llamado razonable a las medidas legales. Aunque comprensiva y tolerante, la institución debe proteger a todos sus miembros y debe especialmente rechazar ciertas conductas de los enfermos que se despliegan en detrimento de otros enfermos. Debe saber indicar los límites e incluso prohibir. Debe imponer sin agresividad las realidades que son el tiempo, la necesidad de

booksmedicos.org

no introducirse en la vida de los demás, no parasitar o utilizar a los otros; si el equipo debe permanecer flexible, tolerante y saber "hacer suyos" los conflictos, por ningún motivo debe ser masoquista. La dificultad proviene del hecho de que las conductas perversas son frecuentemente medidas de "cicatrización" del estado psicótico (Racamier, 1990).

El aislamiento del mundo social

Los equipos psiquiátricos deben permanecer en contacto con la realidad común; el campo institucional no debe constituirse en un enclave quimérico fuera de la sociedad. Las medidas de contención que la sociedad impone no deben ser saboteadas ni, por el contrario, servir para sobreestigmatizar al paciente. Los equipos psiquiátricos son depositarios de un mandato terapéutico pero también social, lo que implica la obligación de evaluar la posible peligrosidad de los pacientes que atienden.

Escisión del equipo, desorganización, contraactitudes

Racamier (1972) llamó la atención sobre la propensión de algunos psicóticos a ejercer sobre las personas que los tratan una fuerte seducción narcisista. Un miembro del equipo puede sentirse de esta manera llamado a una relación exquisita, exclusiva con un paciente, incluso a una captación mutua con éste y que lo conduzca a la separación del resto del equipo porque se siente sostenido por el sentimiento de ser el único en comprender y hacer progresar al paciente. La experiencia muestra que el fracaso es inevitable, con sus consecuencias: decepción y aislamiento para el terapeuta, vivencia de abandono para el enfermo, riesgo de pasaje al acto y de escisión del equipo. Citemos, en el caso extremo, las formas asilares del paciente-mascota, o de aquel que brinda servicios personales al equipo. De la misma manera, los proyectos generales pero demasiado ambiciosos para un paciente, concebidos en su lugar y sitio, exponen al equipo a situaciones de enfrentamiento narcisista, teniendo como consecuencia el rechazo, el abandono o el rencor.

El descorazonamiento y el desgaste

Racamier observa que la transferencia de los pacientes psicóticos hacia un equipo, la lentitud de los procesos de cambio, pueden hacernos experimentar un doloroso sentimiento de inanidad respecto de la utilidad de nuestro trabajo. Lo considera un componente de la transferencia psicótica. La repetición ocupa un lugar importante dentro de este "desgaste".

Para un equipo es esencial *velar por su propia preservación,* descubriendo,

booksmedicos.org

evocando y explicitando los escollos que acabamos de describir. Si la locura no es contagiosa, corroe a largo término la disponibilidad y la simpatía que ponemos a disposición de los pacientes. Tras los años de juventud y de pasión, los trabajadores de la psiquiatría son acechados por la lasitud, la decepción y el escepticismo: se repliegan en sus relaciones personales y pasan cada vez más tiempo juntos en detrimento de la vida de grupo de los pacientes. En cierta medida, trabajar bien en equipo, integrar personas e ideas nuevas y renovar las prácticas protegen de esta erosión. Una ventaja del funcionamiento en grupo es permitir en ciertos momentos un importante compromiso, en otros momentos un distanciamiento, siendo y estando el terapeuta "único pero no solo" (Hochmann, 1994).

En el seno mismo del equipo, la proximidad constante, la convivencia obligada y prolongada de las personas crea fricciones, rivalidades y rencores. El riesgo es que un equipo evacue sus tensiones internas formando un bloque frente al paciente o frente a su jerarquía, o que se divida en clanes, situaciones todas perjudiciales para el trabajo en común.

Son en definitiva la *profundización clínica,* el interés compartido por la vida psíquica de los pacientes y la obligación ética los mejores garantes de una alianza laboral entre terapeutas, a condición de que la reflexión no sea una especulación abstracta, propiedad de unos cuantos, sino que ayude a cada uno a encontrar su lugar y a permitir al equipo una elaboración de sus posiciones. En las reuniones se trata de pensar para "comprender", es decir, para hacer surgir un sentido provisorio a las producciones psíquicas y conductuales del paciente, de las que cada uno posee frecuentemente un fragmento escindido. Menos que acceder al inconsciente, se trata, para nuestra institución, de descubrir los modos de investimento del paciente para la realidad externa, para sí mismo, seguir su evolución, determinar sus defensas así como sus zonas de fragilidad, que pueden conducirlo a todo tipo de hundimiento.

LVI.5. LA ÉTICA

Frente a los pacientes en gran dificultad, que pasan en contacto con los equipos psiquiátricos a veces largos periodos de su vida, el grupo tratante tiene considerables poderes. Estos poderes deben estar limitados por ciertos principios éticos, entre los cuales subrayaremos los siguientes:

- la necesidad de tomar en serio a cada enfermo, cualquiera que sea el tipo de su queja o de su comportamiento;
- la obligación de incluir en el tratamiento todos los instrumentos disponibles de la terapéutica psiquiátrica sin referencia exclusiva a una corriente única de ideas, cualquiera que ésta sea;
- la independencia mutua de los miembros del equipo: el grupo tratante, si debe permanecer unido, debe rehusar formar un bloque alrededor de las conductas

booksmedicos.org

desviadas, deshonestas o patológicas de ciertos miembros del equipo, lo que implica una particular atención al reclutamiento (para excluir las personalidades patológicas, frágiles o despóticas) y a la evolución de las personas;
- autoridad y responsabilidad: el grupo tratante debe estar encuadrado por la autoridad del médico y del marco de salud. Esta autoridad debe ser real pero mesurada, no debe usurpar la capacidad de comprender ni las percepciones y sentimientos de los otros terapeutas. Recordemos también que la responsabilidad de las acciones no puede ser colectiva: debe permanecer individual, en tanto que la elaboración pasa necesariamente por lo colectivo. La responsabilidad de los psiquiatras y de los cuadros es también ejercer una atención constante sobre las condiciones materiales y del ejercicio del que tienen la responsabilidad (estado de los locales, adecuación del material, repartición del personal adaptado sin cesar a las necesidades…). La penuria pone en peligro la atención, pero la debilidad de los medios no puede excusar el renunciar a todo lo que se puede hacer.

Hay que agregar aquí algunos principios éticos que se desprenden de las opciones teóricas de cada servicio. Así, en los medios que trabajan con la teoría psicoanalítica, es importante abstenerse de prácticas de discusión interpretativa "salvaje" de las personas, ya sean pacientes, miembros de las familias o miembros del equipo; el indispensable uso en común de la experiencia requiere precisamente el respeto del espacio personal.

De manera inversa, en los medios con referencias más conductuales, es necesario no eludir las dimensiones íntimas puestas en acción por el tratamiento psiquiátrico, sin lo cual el colectivo tratante se expone a toda suerte de desviaciones y actitudes reactivas, de las que la historia de las instituciones psiquiátricas muestra precisamente que son numerosas y que pueden institucionalizarse bajo la cobertura de diversas racionalizaciones.

Conclusión

Corrientes diversas y conflictivas han animado la historia de las terapéuticas institucionales. Han tenido el gran mérito de mostrar el papel decisivo que puede tener sobre el trabajo psiquiátrico la teoría de la institución. Si los funcionamientos psicóticos fueron inicialmente conocidos a partir de las tentativas de los tratamientos psicoanalíticos individuales, este conocimiento se enriqueció mucho en el periodo comprendido entre 1960 y 1980 gracias a las numerosas observaciones logradas por la atención institucional y de sector que permitieron describir mejor las posibilidades y las complejas necesidades de los pacientes. La dimensión colectiva de esta atención para los pacientes portadores de estados patológicos graves, con su riqueza y sus riesgos, necesita una teoría pragmática de la acción terapéutica que hemos intentado esbozar.

booksmedicos.org

Ayme, J. (1983), "Contribution à l'histoire de la psychothérapie institutionnelle", *Information psychiatrique,* 59, 3, pp. 399-412.

Azoulay, J. (1996), "Psychothérapies institutionnelles", en D. Widlöcher y A. Braconnier (dirs.), *Psychanalyse et psychothérapies,* Flammarion, París, pp. 79-76.

Chaigneau, H., P. Chanoit y J. Garrabé (1971), *Les Thérapeutiques institutionnelles,* informe de terapéutica al Congreso de Psiquiatría y de Neurología de la Lengua Francesa, Masson, París.

Chambrier, J., R. Perron y V. Souffir (dirs.) (1999), *Psychoses,* tomos 1, 2 y 3, PUF (Monographies de la Revue française de psychanalyse), París.

Chiland, C., y P. Béquart (dirs.) (1974), *Traitements au long cours des états psychotiques,* Privat, Tolosa.

Colombier, J., y F. Doublet (1785), "Observations faites dans le département des hôpitaux civils: instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destines", *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie,* 64, pp. 529-583.

Daumezon, G. (1935), *La Situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés,* tesis, París.

——— (1948), "Les fondements de la psychothérapie collective", *Évolution psychiatrique,* 13, 3, pp. 57-85.

——— (1952), "Action individuelle de la psychothérapie collective", *Évolution psychiatrique,* 17, 3, pp. 475-506.

Daumezon, G., F. Tosquelles y P. Paumelle (1955), "Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique, Ergothérapie, sociothérapie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37930-A10, Éditions Techniques, París.

Delion, P. (2001), "Thérapeutiques institutionnelles", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37930-G10, Elsevier Masson, París.

Falret, H. L. (1852), *De la construction et de l'organisation des établissements d'aliénés*, J.-B. Baillière, París.

Garrabé, J. (dir.) (1994), *Philippe Pinel,* Les Empêcheurs de Penser en Rond, París.

Gauchet, M., y G. Swain (1980), *La Pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique,* Gallimard, París; reedición, 2007.

Gauthier, S. (2003), "Actualité de Philippe Paumelle", *Information psychiatrique,* 79, 2,pp. 151-159.

——— (2006), "La signification des rechutes dans le traitement au long cours des états psychotiques: crises, régressions, réorganisations évolutives", *Psychiatrie française,* núm. 1, 2007, pp. 31-54.

——— (2010), "Philippe Paumelle, homme de pensée et d'action et la fondation du Treizième, dans C. Chiland, C. Bonnet, A. Braconnier", *Le Souci de l'humain, un défi pour la psychiatrie,* Érès, Tolosa, pp. 11-30.

Hochmann, J. (1982), "L'institution mentale: du rôle de la théorie dans les soins

booksmedicos.org

psychiatriques désinstitutionnalisés", *Information psychiatrique,* 58, 8, pp. 985-991; reproducido en J. Hochmann, *La Consolation*, Odile Jacob, París, 1994, pp. 255-267.
Oury, J. (1972), "Thérapeutique institutionnelle", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37930-G10, Éditions Techniques, París.
Paumelle, P. (1952), *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, tesis de doctorado en medicina, Facultad de París, reeditada bajo la dirección de J.-L. Chevalier, Rennes, Éditions ENSP, 1999.
——— (1952), "Le No-Restraint", *Information psychiatrique,* 28, 2, pp. 60-67.
——— (1953), "Réflexion sur 'Les Principes à suivre sur la fondation et la construction des asiles d'aliénés' de Parchappe", *Information psychiatrique,* vol. 29, 10, pp. 270-277.
——— (1956), "L'assistance extra-hospitalière", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37950-A10, Éditions Techniques, París.
——— (1959), *Réflexions à propos de la création d'un service psychiatrique de secteur,* informe al Congreso de Psiquiatría y Neurología de la Lengua Francesa, Masson, París, pp. 681-687.
——— (1970), "L'apport psychanalytique à la pratique psychiatrique de secteur", *Information psychiatrique,* 46, 10, pp. 917-924.
Pinel, P. (1800), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie,* Caille et Ravier, París, 1800; reedición facsimilar, L'Harmattan, París, 2006. [*Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma o la manía*. Versión española de Luis Guarnerio y Allavena, Imprenta Real, Madrid, 1804.]
——— (1809), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale,* 2ª ed., Caille y Ravier (reedición presentada y anotada por J. Garrabé y D. B. Weiner), París.
Postel, J., y C. Quétel (1983), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Privat, Tolosa, 1983; Dunod, París, 2004. [*Nueva historia de la psiquiatría*. Versión española de Francisco González Aramburo, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.]
Racamier, P.-C. (con R. Diatkine, S. Lebovici y P. Paumelle) (1970), *Le Psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soin psychiatriques,* Payot, París.
——— (1990), *Les Schizophrènes*, Payot, París.
Sivadon, P. (1952), "Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière: le centre de traitement et de réadaptation sociale à Ville-Évrard", *Annales médico psychologiques,* 3,pp. 329-367.
——— (1966), "Quelques principes de thérapie institutionnelle", *Évolution Psychiatrique,* 31, 2, pp. 453-460.
Souffir, V., J. Chambrier, D. Deyon, J. Azoulay y S. Gauthier (1996), "L'appareil de soins, une voie de recherche pour des psychanalystes dans le traitement des psychoses", *Revue française de psychanalyse,* 60, 2, pp. 439-463.
Swain, G. (1977), *Le Sujet de la folie: naissance de la psychiatrie,* Privat, Tolosa.
Torrubia, H. (1965), "Analyse et interprétation du transfert en thérapeutique

booksmedicos.org

institutionnelle", *Revue de psychothérapie institutionnelle*, 1, pp. 83-90.
Tyrode, Y., y T. Albernhe (1995), *Psychiatrie légale, sociale, hospitalière, expertale,* Ellipses (con la colaboración de los laboratorios Duphar Upjohn), París.
Vidon, F., B. Petitjean y B. Bonnet-Vidon (1989), "Thérapeutiques institutionnelles", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37930-G10, Éditions Techniques, París.
Weiner, D. B. (1999), *Comprendre et soigner: Philippe Pinel (1745-1826), la médecine de l'esprit,* Fayard, París.

booksmedicos.org

[1] Una concepción vecina a ésta fue la de la psicoterapia institucional, a partir de los trabajos de Hermann Simon, que conducían por un lado a la ergoterapia y por el otro al trabajo como medio de readaptación.

[2] Este término no debe confundirse con el de desinstitucionalización, empleado ulteriormente. La desalienación intenta modificar las estructuras concretas, relacionales, simbólicas juzgadas "alienantes", pero mantiene fundamentalmente el aspecto institucional.

booksmedicos.org

LVII. MEDIDAS SOCIALES Y REHABILITACIÓN EN PSIQUIATRÍA

CLÉMENT BONNET, GILLES VIDON

Cuando se habla de medidas sociales dentro del registro de la atención, se busca situar las intervenciones en el ámbito del entorno social y de las condiciones de vida cotidiana que tendrán incidencias favorables en la evolución de la enfermedad. La importancia de estas medidas sociales en el tratamiento de los pacientes psicóticos impone una recomendación fuerte: "No se podría organizar ningún tratamiento haciendo abstracción de las condiciones de vida de los pacientes" (Lantéri-Laura, 1992). Es decir, que el tratamiento concierne, a la vez, a una dimensión psíquica y a una dimensión social, y numerosos profesionales utilizan, por lo demás, la fórmula de *tratamiento psicosocial.* Este enfoque plantea desde un principio las relaciones entre la psiquiatría y la sociedad, y la dialéctica de la atención y de la asistencia que somete a la psiquiatría a un estiramiento entre "una tentación médica y una tentación social" (Swain, 1987).

LVII.1. TERMINOLOGÍA

Este movimiento hacia lo social se encuentra actualmente en la noción de *rehabilitación*, utilizada en Francia a partir de la década de 1990, que "tiene como finalidad la mejoría de las capacidades relacionales, sociales y profesionales de los pacientes, independientemente de los tratamientos médicos prescritos de los que se ha revelado complementaria" (Vidon, 2007). La palabra rehabilitación enfrenta todavía a algunos profesionales de la salud mental por sus connotaciones en el terreno judicial o en el de la construcción; no obstante, Desanti (2001) precisa claramente que las raíces latinas de esta palabra nos remiten a "quien sabe cómo controlar". Por lo demás, en la definición de la palabra rehabilitación se trata de restablecer a alguien en sus derechos y capacidades, pero también de saber cómo un sujeto puede controlarse por sí mismo. Esto nos aproxima a los proyectos que quieren facilitar lo que algunos describen bajo los conceptos de inserción, adaptación y readaptación, inclusión o integración (Kapsambelis y Bonnet, 2002).

Como se ve, las palabras no faltan en Francia para introducir matices en este enfoque tan complejo, del paso entre lo psiquiátrico y lo social, que es también igualmente el del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. Se sabe que los médicos se interesan más en las enfermedades que en sus consecuencias para los enfermos, y es sin duda por esta razón que sostener un proyecto de rehabilitación no es siempre muy valorado en el

booksmedicos.org

medio médico. En efecto, más allá de una cierta vergüenza para hablar de una inserción que sólo vendría "como un agregado", estas estrategias representan desdichadamente para muchos una preocupación secundaria.

LVII.2. La rehabilitación en el extranjero

Cuando se estudia la repartición mundial de la atención y de la asistencia, es clásico oponer a los países ricos y a los países en vías de desarrollo. En estos últimos, los tratamientos y las medidas de rehabilitación, por razones económicas evidentes, son, o bien ausentes (ciertas regiones de África o de Asia), condenando a los enfermos a la errancia y, la mayor parte del tiempo, a la muerte; o bien restringidos, salvo en las comarcas donde perduran las situaciones asilares heredadas del periodo colonial. A éstos se agregan los factores ligados a las convicciones religiosas o mágicas que hacen que, por ejemplo, los enfermos mentales sean considerados como portadores de maleficios y, a partir de allí, condenados al abandono o a la segregación dramática. Los aspectos culturales desempeñan, pues, un papel mayor y la intensa estigmatización de las enfermedades mentales conduce frecuentemente a ciertas familias a ocultar a su pariente enfermo —más de 90% de ellos viven en el domicilio de su familia en ciertos países (en Japón, por ejemplo, pero también en Argelia, etc.)—, en tanto que en Francia 60% de ellos viven solos y son entonces obligados a ocuparse de sí mismos para vivir en sociedad (Vidon, 2000). El movimiento de *rehabilitación psicosocial* (www.wapr.info) en estos países intenta sobre todo promover avances políticos en los planos de las legislaciones y de la desestigmatización.

En los países anglosajones y en Europa occidental, han visto la luz notables avances para favorecer el restablecimiento de las personas que sufren de trastornos psiquiátricos durables, debido a estrategias centradas en el reconocimiento de las competencias de la persona, sus "partes sanas", y en el desarrollo del sitio de los usuarios. Es difícil retomar aquí todas las iniciativas; nos limitaremos a tres de ellas que han marcado la evolución de las prácticas de rehabilitación en el mundo.

LVII.2.1. *La rehabilitación en los Estados Unidos*

A partir de 1963 el movimiento de desinstitucionalización se convirtió en la política oficial en los Estados Unidos, con la firma por el presidente Kennedy del Community Mental Health Act, que preconizaba los Centros Comunitarios de Salud Mental. Esta organización de atención sufrió bastantes regresiones posteriormente, en particular con la ola neoliberal de la década de 1980, pero hay que considerar dos realizaciones importantes.

En el terreno sanitario, el éxito de la estrategia de seguimiento intensivo en el medio de vida habitual (Assertive Community Treatment), que emigró a todo el mundo

booksmedicos.org

anglosajón a partir de su primer establecimiento por Stein (1980) en Wisconsin. Es un modelo integrado de psiquiatría comunitaria que incluye un seguimiento extrahospitalario estrecho, de duración limitada, que articula un trabajo con las familias y con la colectividad. Los equipos son pluridisciplinarios y en ciertos casos integran voluntarios benévolos. Muy numerosos estudios controlados ponen en evidencia resultados concluyentes sobre la estabilidad residencial, la satisfacción de los usuarios y la reducción del tiempo de hospitalización (Mueser *et al*., 1998). Por el contrario, se ha observado una modesta eficacia sobre la mejoría de la sintomatología y pocos efectos sobre el funcionamiento social y profesional.

En el terreno social, y bajo la influencia de la corriente antipsiquiátrica, se desarrollaron programas de reinserción y de apoyo social en la comunidad que permitieron la emergencia de nuevos conceptos, como el *empowerment* (empoderamiento) y el *recovery* (restablecimiento), sobre los que regresaremos. Uno de los centros más conocidos es la Fountain House, primer centro comunitario creado en 1948 en Nueva York. Es un club de 500 miembros fundado y administrado por personas en dificultad psíquica con el acompañamiento de profesionales. El funcionamiento se basa en la participación efectiva de los miembros, con una colaboración de los adherentes y del personal alrededor de la realización de tareas cotidianas.

El trabajo como palanca de integración es el elemento central de esta iniciativa que se implanta actualmente en varios países bajo la divisa del *clubhouse*. El programa de los empleos de transición es una originalidad del modelo: propone un empleo real temporal remunerado con tarifa normal, de bajo nivel de calificación. Concierne sobre todo a las administraciones o empresas: el empleado puede encontrar ayuda y sostén en el sitio de trabajo, y un profesional del club puede remplazar inmediatamente a un miembro ausente para asegurar la continuidad del servicio al empleador. Se ha demostrado que los *clubhouses* permiten desarrollar relaciones sociales y estimulan la integración comunitaria (Pemice-Duca, 2008). Muchas *clubhouses* funcionan en los Estados Unidos, el Reino Unido, Suecia, Finlandia, Dinamarca…, y muy pronto en Francia. Se apoyan en un "centro de recursos" para su creación: el International Center for Clubhouse Development o ICCD (www.iccd.org).

LVII.2.2. *La rehabilitación en Italia*

En Italia, la psiquiatría sufrió transformaciones radicales en la década de 1970, porque el centro de la asistencia pasó del hospital psiquiátrico hacia la comunidad (Barbato, 2008). La ley 181 de 1991 legitimó la fórmula de las cooperativas, y en 2004 se contaban 7 100 de ellas. Estas cooperativas son llevadas por voluntarios con el fin de poner en práctica la rehabilitación y la asistencia a las personas desfavorecidas, la inserción profesional de los discapacitados, la reinserción de los toxicómanos, la asistencia a las personas en situación de calle y a los menores con dificultades familiares. Para los enfermos mentales las cooperativas han adquirido una importancia creciente dentro del proceso de rehabilitación

booksmedicos.org

basado en iniciativas que integran actividades sociales, de aprendizaje, de formación y de inserción profesional. Se llaman "de solidaridad social" cuando brindan servicios (administración de residencias o de centros de acogida para personas con trastornos psíquicos) y "cooperativas de trabajo" cuando se ocupan de inserción profesional. Las personas implicadas son frecuentemente usuarios de los servicios psiquiátricos, y muchas cooperativas actúan en relación más o menos estrecha con los departamentos públicos de salud mental.

Se encuentran realizaciones análogas, bajo la forma de empresas comunitarias en el Reino Unido, de "firmas" sociales y cooperativas en Alemania, de "sociedades con finalidad social" en Bélgica y de cooperativas sociales en Portugal (Besançon y Jolivet, 2009).

LVII.3. La rehabilitación en Francia

LVII.3.1. *Las concepciones*

Se pueden distinguir dos enfoques conceptuales que actualmente se aproximan cada vez más. El que está más inscrito en la historia de la psiquiatría francesa y de la asistencia se encuentra en el movimiento Cruz Marina y la Sociedad Francesa de Investigación en Readaptación. Los tratamientos y el acompañamiento de un paciente se dividen en espacios-tiempos diferentes, de los que algunos son de dominancia terapéutica (atención curativa y readaptativa) y otros, en un segundo tiempo, de dominancia social (Jolivet, 1995). Esta concepción diacrónica del proceso presenta el interés de definir campos de acción relativamente formalizados, y afirma la dimensión curativa de la atención de readaptación.

El otro modelo es más globalizante y retoma las grandes líneas del programa anglosajón de la Asociación Mundial para la Readaptación Psicosocial (World Association for Psychosocial Rehabilitation, WAPR). En esta concepción sincrónica del proceso, ilustrada por la obra dirigida por Vidon (1995), la rehabilitación engloba tanto las acciones terapéuticas como las medidas sociales. La rehabilitación es un proceso que, alrededor de la persona, va a movilizar a todos los actores de campos diferentes para la mejor inserción posible a pesar de las dificultades vinculadas con la enfermedad. La calidad de vida, la renovación del poder sobre su propia existencia *(empowerment),* la participación en los intercambios sociales se vuelven criterios del éxito de la rehabilitación. El estatus de persona o de ciudadano es más importante que el de enfermo: "El criterio sanitario no es y no debe ser el director del proyecto de vida de la persona" (Leguay *et al.*, 2008).

El movimiento de rehabilitación toma en cuenta un cierto fracaso de la psiquiatría para curar la enfermedad mental crónica, y por ello dirige sus esfuerzos hacia la calidad de vida, la participación social y la autonomía del paciente. Estos objetivos necesitan forzosamente, para las prácticas de rehabilitación, tomar en cuenta actualmente tres

booksmedicos.org

determinantes sociales mayores: el reconocimiento y la compensación de la discapacidad, el sitio de los usuarios y la noción de restablecimiento.

LVII.3.2. *El reconocimiento de la discapacidad psíquica y de su compensación*

El término *discapacidad* sólo apareció muy recientemente en los textos (1957) para remplazar al de invalidez (del lisiado o baldado). Para Wood, quien estableció la *Clasificación internacional de las discapacidades,* éstas se definen como la consecuencia social de las deficiencias y de las incapacidades. Pero con los últimos trabajos de la OMS que llevaron a la *Clasificación internacional del funcionamiento de la salud*, en 2001, la fuente de la discapacidad se sitúa totalmente del lado de un debilitamiento del ambiente. Se pasó así de la acción centrada en la persona a una acción que concierne al entorno social; la noción de participación social sustituyó a la de desventaja social. Los profesionales de la psiquiatría deben considerar ahora que se puede ser al mismo tiempo enfermo y discapacitado, y que diferentes actores deberán intervenir para la misma persona. La lógica parecía imponer el término de un déficit específico a causa de la enfermedad mental; finalmente, impulsado por la Unión Nacional de Familias o de Amigos de Personas Enfermas y Discapacitadas Psíquicas, fue el adjetivo *psíquico* ("discapacidad psíquica") el que se consideró en la ley del 11 de febrero de 2005.

Esta ley instituye un derecho a la compensación que se apoya en la noción de proyecto de vida, y afirma claramente un nuevo campo de protección social bajo la forma de una ayuda a la autonomía. Prevé un documento de compensación que es la contraparte del documento de accesibilidad con diferentes ayudas posibles. La palanca fundamental de las acciones para la compensación pasa por el acompañamiento, del que mostraremos más abajo algunas modalidades.

En resumen, esta ley de 2005 "para la igualdad de los derechos y las oportunidades, la participación y la ciudadanía de las personas deficitarias", cuyo primer balance es positivo, da un nuevo impulso al movimiento de rehabilitación social de las personas en situación de discapacidad psíquica.

LVII.3.3. *El sitio de los usuarios*

El proceso de rehabilitación no podría emprenderse y desarrollarse sin los usuarios y su participación. La novedad reside aquí en el reconocimiento, a partir de la ley del 2 de enero de 2002, de sus derechos fundamentales, con la prolongación de la ley del 4 de marzo de 2002; la de 2005 insiste en la participación y la obligación de la igualdad de oportunidades. Los usuarios se han convertido en interlocutores legítimos, la ley ha transformado "el estatus de palabra loca en estatus de palabra verdadera" (Baillon,

booksmedicos.org

2009). Ésta es una situación nueva creada por la presencia de los usuarios en las prácticas de salud mental que examina directamente las capacidades de trabajo en colaboración. En Francia se habla de usuarios enfermos y de usuarios familias, y hay dos asociaciones generales que son las más representativas. La Federación Nacional de Asociaciones de Usuarios en Psiquiatría (Fnapsy), surgida en 1992, reúne 44 asociaciones de toda Francia. La Unión Nacional de Familias o de Amigos de Personas Enfermas y Discapacitadas Psíquicas (Unafam) fue fundada en 1963. Reagrupa actualmente alrededor de 15 000 familias en 97 secciones departamentales.

LVII.3.4. *De la curación al restablecimiento*

El término *restablecimiento* (traducción del inglés *recovery*) se utiliza para hablar de la capacidad que tiene un individuo para "ejercer un control sobre su vida, sentirse integrado dentro de una vida social que tiene significación para él, que se muestra satisfactoria y le permite tener el sentimiento de su propio valor; esto a pesar de la presencia de restricciones y de dificultades impuestas por la enfermedad, el tratamiento y el ambiente" (Vidon, 2008). En esta definición ya no hay un criterio médico o psicopatológico, lo que es preponderante está ligado a lo experimentado por el enfermo. Esto tiene consecuencias nada despreciables sobre las prácticas de rehabilitación, porque se percibe, escuchando los discursos profanos, que la percepción de la enfermedad, de los tratamientos, del pronóstico diverge muy claramente de los discursos académicos (Bonnet *et al*., 2007). Comprometerse para el restablecimiento es preferir las acciones por la calidad de vida, hasta el punto de que algunos establecen aproximaciones entre las prácticas de rehabilitación y los cuidados de sustitución o los cuidados paliativos.

LVII.4. Las estrategias de rehabilitación dirigidas a las personas

LVII.4.1. *Los tratamientos de readaptación*

Estas prácticas terapéuticas, que conciernen tanto a la psiquiatría como a la medicina física y de readaptación funcional, forman parte de una secuencia específica para brindar a un paciente la autonomía más completa posible (Cacot, 2009). Los cuidados de readaptación en psiquiatría se desarrollarán dentro del marco de dos modelos teóricos que no podrán excluirse y que fundan los enfoques técnicos complementarios llamados integrativos.

El *modelo vulnerabilidad / estrés* propone actuar sobre los diferentes factores de protección de la persona. Ahí se encuentran varias técnicas cuya finalidad es el plano de experiencia de las incapacidades según el esquema CIH de Wood. Las *técnicas conductuales de entrenamiento para las habilidades sociales* incluyen "al conjunto de

booksmedicos.org

conductas y actividades cognitivas que permiten a un sujeto comunicar sus emociones y necesidades de manera adecuada según el contexto y alcanzar los objetivos materiales y relacionales que se ha fijado" (Chambon y Marie-Cardine, 1992). Se apoyan en la representación de papeles y la técnica de resolución de problemas. La *reestructuración cognitiva* (Levaux *et al*., 2009) es una terapia reeducativa que propone programas en grupo o individuales con interfaces computarizadas. La finalidad es permitir al paciente esquizofrénico alcanzar una cierta autonomía en su vida cotidiana social y profesional. Las *psicoterapias cognitivas*, por su lado, intentan modificar el sistema de creencias de la persona.

Los proyectos de *educación sanitaria* o de *psicoeducación* son muy apreciados por las familias y los pacientes. Refuerzan, por la acción de grupos muy frecuentemente animados por los terapeutas, la eficacia de una atención institucional. La definición de *educación terapéutica* (circular del 12 de abril de 2002) precisa que ésta "pretende ayudar al paciente y a su entorno a comprender su enfermedad, las recetas que le son prescritas, incluidas las relativas a la higiene de vida, y a facilitar la cooperación con los terapeutas. Esta adquisición de competencias tiene como objetivo principal favorecer un cambio de comportamiento de los pacientes. Es capital para la observancia terapéutica y permite disminuir la incidencia de las complicaciones a corto, mediano y largo plazo".

Las *concepciones psicodinámicas* animan a otros tipos de proyecto de readaptación. En efecto, en este enfoque, la adquisición de competencias sociales se realizará a través de una evolución personal trabajada en el seno de un grupo terapéutico; el trabajo psicoterapéutico se realiza alrededor de las defensas y de las resistencias al placer de funcionar en grupo. Las interacciones entre los miembros del grupo conducen la evolución de cada uno por la dinámica trabajada en común. Se comprende que este tipo de atención de readaptación se dirija sobre todo a los pacientes relativamente dependientes que tienen necesidad de un sitio institucional. Se prefiere la dimensión colectiva. La mayoría de los hospitales de día, por ejemplo, trabajan actualmente con estos instrumentos apoyándose en la vida del grupo y sus objetos mediadores, soportes de los intercambios. Se encuentran aquí los ejes del trabajo de la psicoterapia institucional. El objeto mediador puede ser una actividad laboral en un taller terapéutico o un soporte artístico o cultural.

La noción de *acompañamiento* describe un proceso que favorece el encaminamiento de la persona hacia un logro personal que se lleva a cabo tanto para el alojamiento como para el trabajo. Este acompañamiento se apoya en medidas sociales y acciones para la rehabilitación de personas que deben ser precisadas (Bonnet *et al*., 2010); no obstante, indiquemos desde un principio que los recursos financieros son un requisito previo. Con frecuencia se trata de *subsidios para los adultos discapacitados,* con un monto mensual de 743 euros a finales de 2011, o de una pensión de invalidez, y más raramente de la renta de solidaridad. La administración de esta débil suma es frecuentemente muy difícil para las personas en situación de discapacidad psíquica. A veces muy vulnerables e incapaces de administrar sus recursos, se beneficiarán de una medida de protección, lo que es el caso de cerca de la mitad de las personas que sufren de esquizofrenia (véase

booksmedicos.org

también el capítulo XIV). Todos ellos, curadores y tutores, encargados de la ejecución de la medida, se convierten en actores del proyecto de vida, embajadores de la realidad junto a las personas protegidas y los equipos terapéuticos y sociales.

LVII.4.2. *El acompañamiento hacia el alojamiento*

Como se reúnen las condiciones de seguimiento psiquiátrico con recursos suficientes, a veces con el concurso de una medida de protección, se hace posible para ciertas personas en situación de discapacidad psíquica acceder a un alojamiento personal. Para otras, será necesario previamente apoyarse en un alojamiento colectivo o en un establecimiento de albergue. Esta cuestión del alojamiento es una etapa esencial en un itinerario frecuentemente marcado por fases de atenciones institucionales prolongadas, y es también una orientación fundamental en la prosecución de una dinámica de rehabilitación.

La vida en domicilio

El domicilio individual es una conquista azarosa, con numerosos obstáculos materiales y sociales. Diversas intervenciones (auxiliar de vida, ayuda doméstica o servicio de acompañamiento para la vida social) permiten luchar contra el aislamiento, la negligencia y el apragmatismo en la vida cotidiana.

Los alojamientos colectivos o de hábitat reagrupado (Roussel y Sanchez, 2008) (departamentos de relevo, de transición, asociativo, casa comunitaria…) se proponen muy frecuentemente a las personas en situación de discapacidad psíquica que nunca han tenido la experiencia de vivir solas. Son administrados lo más frecuentemente por asociaciones, en las cuales los equipos de salud mental son los iniciadores y quienes marcan el proyecto.

Se han desarrollado otras fórmulas de alojamiento en el campo social: las casas relevo, las residencias de acogida para las personas excluidas que sufren de una discapacidad psíquica, el dispositivo de familias gobernantes, el alojamiento en residencias ADOMA (del latín *ad:* hacia y *domus:* casa, hogares para trabajadores migrantes, refugiados, excluidos, etc.), alojamiento reservado en hotel pagado en parte por una asociación de ayuda a la salud mental.

La vida en establecimientos de albergue

Concierne a personas reconocidas como dependientes para las cuales la vida en un alojamiento personal o colectivo resulta imposible. Esta solución se impone con más fuerza en ausencia de familia o cuando ésta está agotada. Los objetivos de la

booksmedicos.org

rehabilitación son evidentemente más modestos, intentan evitar o limitar la estigmatización. Una acogida adaptada puede ser brindada por las casas de acogida especializadas, financiadas por el seguro de enfermedad, o por los hogares de acogida medicalizados, que dependen a la vez del seguro de enfermedad y de la ayuda social departamental para el albergamiento. De manera accesoria pueden solicitarse hogares de vida y hogares ocupacionales, pero esto necesita que la incapacidad de los discapacitados psíquicos sea menor. Citemos igualmente el interés de la colocación familiar social que puede representar una consecuencia juiciosa a un tratamiento en *acogida familiar terapéutica*, en particular cuando las personas pueden permanecer dentro de las mismas familias.

Algunos centros de albergue y de reinserción social acogen pacientes psicóticos no insertados proponiéndoles un albergue temporal, un acompañamiento y la posibilidad de acceder más tarde a soluciones de alojamiento del tipo de las residencias sociales.

Las soluciones se muestran muy diversificadas y las indicaciones y modalidades de acompañamiento se encuentran en el centro del trabajo cotidiano de los equipos (Velpry, 2008). En todos los casos es fundamental mantener un vínculo terapéutico con los residentes y un trabajo de acompañamiento con los equipos médicos sociales. No hay nada peor, sin duda, que el abandono de toda dimensión terapéutica para los discapacitados psíquicos y los equipos médicos sociales en ese trabajo de rehabilitación por el alojamiento.

LVII.4.3. *El acompañamiento hacia la inserción profesional*

Para las personas deficitarias psíquicas, el acceso al mundo del trabajo es un reto mayor, con un impacto directo sobre la identidad, el narcisismo, el sentimiento de enraizamiento y de pertenencia a una colectividad. Desgraciadamente las perspectivas de acceso a un empleo siguen siendo bastante débiles: la tasa de desocupación de los trabajadores discapacitados es por lo menos dos veces más alta que la de los válidos. Recordemos también que solamente 5% trabajan en un medio considerado como ordinario. Francia dispone, no obstante, de medios diversificados para favorecer el acceso al empleo de las personas discapacitadas. Estos medios se basan en el reconocimiento de la calidad de trabajador discapacitado por la Casa Departamental de Personas Discapacitadas, lo que permitirá posteriormente orientar a los solicitantes según tres posibilidades:

El medio ordinario

La ley del 10 de julio de 1987 a favor del empleo de los trabajadores discapacitados estableció una obligación de solución y fijó una cuota obligatoria de trabajadores discapacitados dentro de las empresas y las administraciones. La Asociación de Administración de Fondos para la Inserción Profesional de Personas Discapacitadas es

booksmedicos.org

un actor preponderante con una considerable movilización de medios, incluidos los dedicados al mantenimiento del empleo de este tipo de trabajadores; pero a pesar de todo los resultados son muy decepcionantes. Dentro de una estrategia de rehabilitación, las personas deficitarias psíquicas pueden a veces utilizar las sociedades de trabajo temporal o las empresas sociales que se han desarrollado con la lucha contra la exclusión. Otras innovaciones asociativas, todavía más raras y confidenciales, pueden tomar formas como las de restaurantes asociativos, talleres asociativos (destinados en particular a la renovación de departamentos o a la producción de hortalizas) y granjas asociativas.

El medio protegido

Puede parecer contradictorio asociar rehabilitación y medio protegido, dado que este último aparece para muchos como un lugar de exclusión más que estructura de transición abierta hacia el mundo exterior. Muy numerosas prácticas muestran, empero, que el medio protegido puede favorecer la inserción social y la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad psíquica. Los trabajadores de los establecimientos y servicios de ayuda para el trabajo se benefician de nuevos derechos, pero siempre tienen un estatus de usuario no asalariado.

Actualmente varios establecimientos y servicios de ayuda por el trabajo admiten esencialmente a personas en situación de discapacidad psíquica y buscan utilizar los efectos terapéuticos del trabajo, favoreciendo al mismo tiempo la inserción. Para lograr esto, hay fórmulas de contratos provisionales en empresas que permiten descubrir el medio ordinario de trabajo.

Por otra parte, la ley del 11 de febrero de 2005 ha modernizado el estatus de los talleres protegidos que se han convertido en empresas adaptadas, manteniendo su misión social. Estas empresas permiten a las personas deficitarias ejercer una actividad asalariada en condiciones adaptadas, siendo al mismo tiempo asalariados de derecho común.

La formación

Se trata de orientar a la persona deficitaria hacia un centro de reeducación profesional, un centro de formación o un contrato de reeducación y de aprendizaje. Desgraciadamente los centros de reeducación profesional admiten a muy pocos enfermos mentales. Señalemos igualmente el proyecto de investigación EMILIA financiado por la Unión Europea, promotor de nuevos desarrollos (Greacen y Jouet, 2008).

El acceso al trabajo sigue siendo extremadamente complejo para las personas en situación de discapacidad psíquica, y el mantenimiento en el empleo es igualmente problemático, incluso si se llega a precisar mejor cuáles son los determinantes que entran en juego (Crobière *et al.*, 2006). Las dificultades por afrontar son múltiples y

booksmedicos.org

actualmente muchos consideran que el modelo político francés a favor del empleo de las personas deficitarias es un fracaso (Bonnet y Arveillier, 2008). Los métodos anglosajones desarrollan programas en los que el acceso al empleo en el mercado de trabajo ordinario es primordial. El apoyo y el seguimiento por un *job coach* son continuos y sin límite. Estas prácticas son prometedoras y cuestionan la estrategia francesa, más tradicional. ¿Habría que consagrar más esfuerzos y créditos para desembocar en un empleo antes de proponer una formación?

LVII.5. Las acciones destinadas a la sociedad de ayuda

Los profesionales de la salud mental no están en situación de actuar directamente sobre la sociedad y su organización. Por el contrario, los obstáculos para la inserción social y profesional de los pacientes los obligan, con los usuarios, a una movilización de los relevos sociales y de los acompañantes. Esto entra también dentro del marco de la prevención primaria y de la promoción de la salud mental. Son posibles varios ejes de acción.

LVII.5.1. *La lucha contra la estigmatización y la promoción del principio de no discriminación*

El principio de discriminación positiva fue considerado durante largo tiempo para favorecer la igualdad de oportunidades y la inserción de las personas en desventaja (en particular las cuotas de empleos para trabajadores discapacitados en las empresas), pero esta política que crea filiares se mostró, con su uso, estigmatizante y actualmente ha dejado su sitio a una opción de no discriminación.

Para los enfermos que sufren de esquizofrenia, la discriminación puede volverse muy negativa, ya sea por parte de su familia, de sus amigos o de sus empleadores. Para luchar contra esta estigmatización que utiliza estereotipos para activar la separación ellos / nosotros, es importante que cada ciudadano reflexione acerca del sitio de los más frágiles, de aquellos que son diferentes; las informaciones y los intercambios entre profesionales y usuarios pueden modificar sus representaciones. Citemos la Semana de Información sobre la Salud Mental y la campaña de pósters sobre el tema "Aceptar las diferencias también vale para los trastornos psíquicos". Recordemos que es posible recurrir a la Alta Autoridad de Lucha Contra las Discriminaciones y por la Igualdad, que ya ha dado entrada a numerosos expedientes presentados por personas deficitarias.

La emergencia de asociaciones de usuarios es fundamental en esta lucha contra la discriminación, y el proceso de rehabilitación no podría comprometerse y desarrollarse sin el usuario y su participación. Por una parte, el usuario participa en una co-producción de atención y de "cuidados". Un muy buen ejemplo de esta dinámica nos lo da el establecimiento de los *grupos de ayuda mutua* que producen un vínculo social y de

booksmedicos.org

solidaridad (Durand, 2009). Por otra parte, debido a su propensión a convertir todo problema individual en problema social, los usuarios han obtenido el reconocimiento de la discapacidad psíquica. Finalmente, su participación en la vida de los establecimientos sanitarios o sociales es también un factor esencial de rehabilitación.

LVII.5.2. *La acción política en la ciudad*

Los funcionarios elegidos en el ámbito local tienen un sitio determinante para hacer avanzar los procesos de rehabilitación psicosocial. Reciben solicitudes de quienes intervienen y de los usuarios, y tienen una aguda conciencia de la "situación de fracaso frente a la invasión del espacio público por el sufrimiento psicosocial" (El Ghozi, 2007). Rápidamente se dan cuenta de que las respuestas se obtienen solamente con un trabajo colectivo de acompañamiento; ahora bien, sólo el alcalde tiene la capacidad de poner en sinergia a todos los que intervienen. Es importante que la municipalidad participe con la finalidad de que cada uno encuentre su sitio en la ciudad, que impulse talleres de "salud en la ciudad", que anime a los consejos locales de salud mental para que esta voluntad de intercambios en todos los niveles participe en el cambio de la mirada que se dirige a los enfermos mentales y a las personas en situación de discapacidad psíquica.

LVII.5.3. *Redes y acompañamientos*

No se puede hablar de rehabilitación sin referirse a las redes, es decir, al ambiente social que rodea al paciente. Se sabe que, en general, las personas psicóticas sufren de un déficit de relaciones "cuantitativo", es decir, que tienen menos personas a su alrededor con las cuales puedan contar. La red es, pues, lo que constituye el ambiente potencialmente auxiliador de una persona. En este ambiente se pueden considerar dos planos: el ámbito institucional (o red secundaria para ciertos autores) y la red relacional o primaria.

La red relacional es aquella que la persona ha constituido por sí misma; es incompleta, subjetiva, evolutiva, precaria, contractual. Es capaz de ejercer un cuidado para un individuo considerado como persona y no específicamente como enfermo. Este modelo, experimentado en un primer tiempo en personas en situación de calle (Simonnet *et al*., 2000), pudo desarrollarse más tarde a escala de un distrito (por ejemplo, el "grupo salud mental" de los distritos 5º y 6º de París, que se reúne mensualmente desde hace años).

Los creadores del sector psiquiátrico ya tenían en mente la idea de una red institucional, aunque ésta está, no obstante, muy poco organizada fuera de la red de la región de Yvelines (Hardy y Prade, 2010). Las redes de salud se definen y se establecen por las leyes del 26 de diciembre de 2001 y del 4 de marzo de 2002. Reúnen a los diferentes actores susceptibles de actuar de manera concertada en torno a un enfermo

booksmedicos.org

(médico tratante, médico del trabajo, actores sanitarios y médico-sociales…). Este tipo de red es naturalmente más formalizada, vertical, modelizable; debe optimizar las mejores vías de tratamiento desde el punto de vista de su eficiencia.

Si las lógicas de ambos tipos de red son esencialmente diferentes, no son, empero, contradictorias y pueden participar, cada una a su manera, en los procesos de rehabilitación. Confirman que la noción de pertenencia debe ser la esencia del oficio de acompañamiento.

LVII.6. Retos y perspectivas

Si la lógica de la rehabilitación se impone con evidencia en las estrategias terapéuticas de las enfermedades mentales que evolucionan a largo plazo, las cartas de la baraja están redistribuidas actualmente, en Francia, entre lo sanitario y la acción social. Hay aquí un gran cambio en la manera de actuar y es necesario preguntarse cómo pueden articularse estos diferentes interventores y qué lugar ocupará mañana la psiquiatría. Este proceso de rehabilitación explora también de manera importante las potencialidades de nuestra sociedad para desarrollar un vínculo social y modificar sus representaciones de las enfermedades psíquicas. El porvenir de las estrategias de rehabilitación nos parece, pues, condicionado por varios desafíos.

LVII.6.1. *El desafío de la articulación de los oficios y el sitio de la psiquiatría*

¿Cómo pueden articularse los diversos actores, denominados por algunos como *psiquistas* (en la medida en la que deben trabajar con la vida psíquica de las personas), ya sean profesionales de la sociabilidad (sociólogos, educadores…) o de la atención? Señalemos desde ahora que los oficios del trabajo social están en plena expansión en el registro de la ayuda domiciliaria, la educación especializada, la animación, y esto en el preciso momento en el que los efectivos terapéuticos permanecen limitados o en vías de reducción. Además, la situación de discapacidad concierne actualmente al entorno social, y la acción social se vuelve, forzosamente, esencial en el campo de la rehabilitación.

A la diversidad de las personas que intervienen se agrega la complejidad organizativa. Sobre el terreno se distinguen, en efecto, tres niveles de intervención complementarios que responden a una jerarquización por competencias: los profesionales del campo sanitario especializados en psiquiatría (equipos de salud mental, psiquiatras y psicólogos de ejercicio privado); los profesionales de la atención primaria (médicos generales, pediatras, enfermeros, farmacéuticos, médicos laborales y médicos escolares); las personas que intervienen en primera línea (trabajadores sociales, profesores, voluntarios, magistrados, equipos de atención somática, pero también los agentes del establecimiento público administrativo encargado del empleo en Francia).

booksmedicos.org

Esta complejidad puede conducir a una falta de articulación y llevar a un sistema amurallado que sería muy perjudicial para la lógica de complementariedad de la rehabilitación psicosocial. También puede actuar de manera que las intervenciones psiquiátricas queden totalmente diluidas. Frente a estos riesgos hay que defender la idea de que la rehabilitación se teje en un acompañamiento estrecho entre los equipos de especialistas de la psiquiatría y las personas que intervienen a partir de las estructuras médico-sociales y sociales, sin olvidar a los tutores y curadores, pero también a los auxiliares y voluntarios que desempeñan igualmente un papel esencial. Para luchar contra estos peligros es importante crear redes de intercambios interprofesionales, en particular módulos comunes en la formación de los diferentes oficios, de las formaciones cruzadas interprofesionales, etcétera.

La dinámica del proceso de rehabilitación es un buen indicador del compromiso de un equipo en el acompañamiento de los enfermos crónicos y del grado de apertura de la psiquiatría hacia la sociedad.

LVII.6.2. *El desafío de las políticas de transversalidad y del desarrollo de lo asociativo*

La rehabilitación no podría proscribirse puesto que forma parte de la dialéctica de lo individual y lo comunitario. No puede ser sólo un proceso que pase de una lógica institucional y administrativa a una voluntad de complementariedad y de negociación. Es decir, que se trata esencialmente de buscar las situaciones productoras del vínculo social, en las cuales la persona va a negociar por sí misma el sitio que ocupará. Estas perspectivas indican que para favorecer las prácticas de rehabilitación, será necesario que la sociedad sea capaz de priorizar las estrategias participativas para los ciudadanos, como lo permiten las organizaciones asociativas.

A partir de las enseñanzas de la psicoterapia institucional, que tuvo la ambición de aportar respuestas tanto a la alienación social como a la alienación mental (véase el capítulo LVI), los equipos de salud mental saben que la dinámica asociativa puede favorecer una estrategia que pase de lo sanitario a lo social dentro de la transversalidad. En estas asociaciones, llevadas frecuentemente por terapeutas militantes, se trata de permitir al sujeto intervenir, en cuanto ciudadano, sobre su entorno social, económico y político. Es dentro de esta lógica de vida asociativa como se ha favorecido la participación de los pacientes y el apoyo a la inserción. La transversalidad asociativa es uno de los medios que permiten sobrepasar la escisión entre la enfermedad mental y la discapacidad psíquica, entre lo sanitario y lo social. Es también el mejor medio para evitar los movimientos de miedo frente a los enfermos mentales y las derivaciones relativas a la seguridad, alimentadas por tal o cual suceso periodístico: una rehabilitación real de los enfermos en la sociedad implica también una evolución de las representaciones, lo que constituye un verdadero desafío cultural.

booksmedicos.org

Conclusión

Si la rehabilitación es parte integrante del proyecto de atención psiquiátrica y es, al mismo tiempo, el asunto de cada ciudadano, hemos visto cómo la acción social es llevada a ocupar un sitio cada vez más importante dentro de estas estrategias. Los retos para el porvenir pasan por los medios reglamentarios y humanos necesarios para desarrollar un trabajo común y encontrar una vía de rehabilitación respetuosa de la especificidad de la psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

Baillon, G. (2009), *Les Usagers au secours de la psychiatrie,* Érès, Tolosa.

Barbato, A. (2008), "Confrontations entre professionnels et usagers: vers une modification de la pratique en Italie", *Rhizome,* 33, pp. 41-43.

Besançon, M.-N., y B. Jolivet (2009), *Arrêtons de marcher sur la tête. Pour une psychiatrie citoyenne,* Éditions de L'Atelier, París.

Bonnet, C., y J.-P. Arveiller (2008), "Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques", *Information psychiatrique,* 84, 9, pp. 835-840.

Bonnet, C., J. P. Arveiller y F. Laugier (2010), "Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques, législations récentes", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37295-E10, Elsevier Masson, París.

Bonnet, C., A. Fontaine *et al.* (2007), *Vivre et dire sa psychose*, Érès, Tolosa.

Cacot, P. (2009), "La réadaptation en psychiatrie: un ensemble de soins spécifiques à visée d'insertion", *Pratiques en santé mentale,* 2, pp. 29-33.

Chambon, O., y M. Marie-Cardine (1992), *La Réadaptation sociale des psychotiques chroniques. Approche cognitivo-comportementale,* PUF, París.

Corbière, M., A. Lesage, K. Villeneuve y C. Mercier (2006), "Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale", *Santé mentale au Québec,* 31, 2, pp. 215-235.

Desanti, J.-T. (2001), "La réhabilitation", *La Lettre de psychiatrie française*, 103, pp. 5-7.

Durand, B. (2009), "Les groupes d'entraide mutuelle: un acquis des usagers", *Information psychiatrique,* 85, 9, pp. 803-812.

El Ghozi, L. (2007), "Travailleurs sociaux, psychiatres et élus locaux: conflit, partage ou synergie", *Vie sociale,* 1, pp. 15-22.

Greacen, T., y E. Jouet (2008), "Le projet EMILIA: l'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion", *Information psychiatrique,* 84, 10, pp. 923-929.

Hardy, M.-C., e I. Prade (2010), "Coordination, partenariat, coopération entre professionnels de santé: la question des réseaux de santé en psychiatrie", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37956-A15, Elsevier Masson,

booksmedicos.org

París.
Jolivet, B. (1995), *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie,* Frison-Roche, París.
Kapsambelis, V., y C. Bonnet (2002), "Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37295 E10, Elsevier Masson, París.
Lanteri-Laura, G., L. del Pistola y E. Khaist (1992), "Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37006 A10, Elsevier Masson, París.
Leguay, D. (dir.) (2008), *Proposition pour un manifeste de Reh@b,* Comité Francés por la Rehabilitación Psicosocial.
Levaux, M.-N., F. Laroi, J.-M. Danion y M. van der Linden (2009), "Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophones", *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37295-E12, Elsevier Masson, París.
Mueser, K. T., G. R. Bond, R. E. Drake y S. G. Resnick (1998), "Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management", *Schizophrenia Bulletin,* 24, pp. 37-74.
Pemice-Duca, F. M. (2008), "The structure and quality of social network support among mental health consumers of clubhouse programs", *Journal of Community Psychology,* 36, 7, pp. 929-946.
Roussel, P., y J. Sanchez (2008), *Habitat regroupé et situations de handicap,* Informe CTNERHI, 86 pp.
Simonnet, J., J.-P. Arveiller, M.-C. Fillot, C. Masson, F. Courtois, J. Chollet, M.-F. Ruart y J.-P. Garino (2000), "Quand l'exclusion défie le secteur. À propos d'une pratique de réseaux", *Évolution psychiatrique,* 65, 4, pp. 705-718.
Stein, L. I., y M. A. Test (1980), "Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation", *Archives of General Psychiatry,* 37, pp. 392-397.
Swain, G. (1987), "Chimie, cerveau, esprit et société", *Débat*, 147, pp. 172-183.
Velpry, L. (2008), *Le Quotidien de la psychiatrie, sociologie de la maladie mentale,* Armand Colin, París.
Vidon, G. (1995), *La Réhabilitation psychosociale en psychiatrie,* Frison-Roche, París.
——— (2000), *Schizophrénies en France: données actuelles,* Frison-Roche, París.
——— (2007), "La réhabilitation psychosociale: le changement de paradigme", en J.-D. Guelfi y F. Rouillon (dirs.), *Manuel de psychiatrie,* Masson, París, pp. 599-601.
——— (2008), "De la rémission symptomatique à la rémission fonctionnelle: place de la réhabilitation psychosociale", *Pratiques en santé mentale,* 4, pp. 5-11.

booksmedicos.org

booksmedicos.org

ÍNDICE ANALÍTICO

abandonismo: 520, 521
abandono: 278, 660
abasia: 282
Abraham, Karl: 43, 109, 321, 357, 459-460, 463, 520, 613, 662
abreacción: 314
abstinencia: 606, 618, 625
abstinencia: 618, 621, 629; de alcohol, 643
abulia: 62, 91, 393, 402, 405, 410, 471
abuso: de alcohol, 625, 639, 644; del juego, 625; sexual, 220, 686
acamprosato: 650-652
acatisia: 62, 824
accidentes (atribuibles al alcohol): laborales, 642; viales, 642
acción autogenerada: 358-359
acetilcolina: 45, 238, 502
ácido: fólico, 649; valproico, 397, 816, 818
Ackerman, Nathan: 156
acogida familiar terapéutica: 691, 878
acompañamiento: para la inserción profesional, 878-879; psicosocial, 876-878
acontecimientos de la vida: 77; estresantes, 77, 502; potencialidad traumática en el niño, 686; y depresión, 456
acrofobia: 263, 267
actimetría: 580
acting out: 522, 600
actitud/actitudes: conductuales en la adolescencia, 704; de empática, 701; de escucha, 27; disfuncionales, 464; frente a los demás, 520; de oposición, 699; negativas, 464; de reivindicación, 527; psicoterapéuticas (en la depresión), 481-482
activación: de la amigdalina, 128; emocional, 119; de proteína G, 87; preferencial de representaciones amenazantes, 271; prefrontal, 126-127
actividades autoeróticas propioceptivas: 614
acto: autoagresivo, 742; de barbarie, 671, 755; extraño, 404-405; fallido, 57, 102, 288; de violencia, 746
acupuntura: 202
adaptación: 47
adelgazamiento: 561
adherencia entre padres e hijos: 683
adhesión a los tratamientos: 676
adicciones: 25, 238, 343, 546, 604, 639; al alcohol, 647; caso clínico de juego patológico, 630; caso clínico de juego patológico y adicciones múltiples, 630; caso

booksmedicos.org

clínico de toxicomanía, 613; compras compulsivas, 626; conductuales, 624, 626; conductuales (historial), 625; criterio subjetivo de alienación, 626; criteriología, 626; debates, 624; definición de Goodman, 627; dependencia al trabajo, 626; en la persona anciana, 717; enfoques, 615-616; enfoques cognitivos, 632; enfoques conductuales, 631; enfoques de sentido, 632; enfoques psicoanalíticos, 613-615; etimología, 638; investigaciones biológicas, 628; labilidad de la patología, 629; medicamentosas, 282; nosografía, 626; otras formas de (estudio general), 624, 625, 627, 629, 631, 632, 634; pasaje de una adicción a otra, 625; pensamiento mágico y animista, 632; poliadicción, 647; psicopatología cognitiva, 632; psicopatología psicoanalítica, 631; y precariedad, 754; reestructuración cognitiva, 632; sexuales, 626; sin droga, 605, 607, 624, 627; sobreposición *(overlaps)* entre las diversas, 625; tratamiento, 632-633; vulnerabilidad, 610-611, 615, 643
adictología: 23, 624, 637
adictos: 624; tipo impulsivo (ordalizante), 629; tipo por costumbre, 629; tipo por automedicación, 629
Adler, Alfred: 43
ADN: 88, 244
adolescencia; 71-72, 74-75, 268, 278, 288, 340, 356, 368, 411, 412, 629; adolescencia-enfermedad, 700; análisis prospectivo, 702; apetencia de alcohol o drogas, 706; atención individual e institucional, 710; conducta diagnóstica, 706; consultas terapéuticas, 709; continuidad del tratamiento, 709, 710; delincuencia, 698; descompensación, 695; dificultad de concentración, 707; flexibilidad/rigidez del análisis clínico, 702; funcionamiento limítrofe, 704-705; marco terapéutico, 710; potencialidad patológica, 701; psicoterapias estructuradas, 709; ritos de paso, 698
ADOMA (alojamiento en residencias): 877-878
adormidera: 608
adrenalina: 45, 91, 92, 265, 628, 810
aerofobia: 263
afasia: 54, 99
afecciones neurodegenerativas: 719
afectivo, embotamiento: 402, 422, 527, 530
afecto: 259
afonía: 282, 316
África: 842, 871; Subsahariana, 203
agencia sanitaria regional: 206-207
agitación: 27, 61, 74, 142, 237, 265-266, 290, 313, 314, 317, 354, 374, 377-378, 380, 382, 383, 385, 408, 445; ansiosa (melancolía), 472; causas orgánicas frecuentes (cuadro LIII.1), 789; desorganizada, 707; forzada, 294; maniaca (psicomotriz), 488; urgencia, 791
agnosia: 54
agorafobia: 263-264, 266, 267
agrafia: 118

booksmedicos.org

agranulocitosis: 825
agresión sexual: 668, 669; anomalías genéticas, 670; factores de riesgo, 670; lesiones cerebrales, 670; y enfermedades psiquiátricas, 670; investigaciones biológicas, 670; y retrasos mentales, 670
agresividad: 108, 265, 302, 343, 527, 609, 685, 732, 746; en el animal, 133
Aicchorn, August: 662
Ainsworth, Mary S.: 134
aislamiento: 168, 302; social e institución, 864
Akiskal, H. S.: 498, 500, 512
ALAT (alanino aminotransferasa): 646
albergue, establecimiento de: 878
Alberto (el pequeño): 270
alcalde en las comunas: 210
alcohol: 41, 64, 266, 279, 316, 343, 379, 383, 439, 475, 506, 605, 637, 670, 719, 755; neurotoxicidad, 647; *véase también* abstinencia y abuso
alcoholemia: 649
Alcohólicos Anónimos (AA): 651
alcoholismo: 25, 40, 64, 69-71, 75-77, 385, 605, 637, 640, 647-648; agresividad en el, 644; análisis biológicos, 645-646; caso clínico, 650; cuantificación del consumo, 643-644; cuestionarios, 644-645; demencia alcohólica, 648; desnutrición, 648; depresión, 647; epidemiología, 642; hiperexcitabilidad en el, 647; inclinación homosexual inconsciente en el, 613; mortalidad, 642; neurobiología, 643; patologías cardiovasculares, 648; patologías digestivas, 648; patologías endócrinas, 649; primario, 641; repercusión social, 649; riesgo fetal durante el embarazo, 649; secundario, 641; terapéutica, 650-651; tratamiento medicamentoso, 651-652
alcoholitis: 640
alcoholo-dependencia: 638-639, 644, 647, 651, 652; del padre, 641
alcohología: 23
alcoholosis: 640
Alemania: 46, 97, 98, 161, 340, 378, 391, 873
alergias: 185
Alexander, Franz: 183
alexia: 118
alexitimia: 188, 331, 607, 612, 720
álgebra de la necesidad: 611
algias: 384; faciales, 475
alianza terapéutica: 21
alienación: mental, 339, 432; social, 884
alienista: 97
alimemazina: 692, 808, 820
alogia: 53, 348, 405, 422
alojamiento: colectivo, 877; y discapacidad psíquica, 877

booksmedicos.org

alprazolam: 271, 803
Alta Autoridad de Lucha contra las Discriminaciones y por la Igualdad: 881
Alta Autoridad de Salud de Francia (HAS): 305, 599
Althusser, Louis: 748
alucinaciones: 103, 106, 341, 402, 437; acústico verbales, 59, 359; auditivas, 59; cenestésicas, 60; en el onirismo, 381; estudio general, 58; gustativas, 60; hipnagógicas, 59; hipnopómpicas, 59; olfativas, 60; en psicopatología cognitiva, 358; psíquicas, 59-60; psicosensoriales, 59, 369; táctiles, 60; visuales, 60
Alzheimer, Aloïs: 45, 346; enfermedad, 88, 766
Allen, Woody: 267, 279
ambitendencia: 404, 408
ambivalencia: 61, 109, 270, 302, 333, 347, 348, 352, 404, 408, 460; estados limítrofes, 547-548
amenaza depresiva: 706
amencia: 386
amenorrea: 558, 560, 564; en la anorexia mental, 558, 560
América: 109
American Academy of Sleep Medicine: 579
American Association on Mental Retardation: 728
American College of Neuropsychopharmacology: 83
amígdala: 92, 94, 125, 128, 244, 265
amimia: 62, 470, 471
aminotransferasas. *Véase* ALAT
amisulpiride: 374, 397, 819-820, 825
amitriptilina: 808, 809, 813
amnesia: de fijación (anterógrada), 57, 380, 384, 828; de evocación (retrógrada), 57, 380, 828; disociativa, 278; electiva, 57; infantil, 105; laguna amnésica, 57
Amok: 194
amor-odio: 109, 460; desvinculación, 462
An Outline of General System Theory: 154
anaclisis (apuntalamiento): 550
análisis psicológico: 831
anamnesis: 225
anancástico (etimología): 293
Anatomía de la melancolía: 467
anatomo-clínico (modelo, enfoque): 118
anciano protegido: 214
Andreasen, Nancy: 348
anestesia: afectiva, 454, 470, 472; del cuerpo, 759
anfetaminas: 63, 138, 609; choque anfetamínico *(weckanalyse),* 290
Angelergues, René: 25, 140, 386
angustia: 262; arcaica, 688; ataques de pánico, 258; automática, 269; corporal, 733;

booksmedicos.org

crisis de, 258; de abandono, 543, 688; de anonadamiento, 331, 676; de castración, 269, 288-289, 674, 688, 689; de derrumbe depresivo, 676; de desestructuración, 688; de fragmentación, 733; de intrusión, 543, 688; de lo real, 269; de los transportes, 267; de separación, 674, 688, 689; en la histeria, 181; estados limítrofes, 543; flotante, 269; fóbica, 195; latente, 252, 258; neurótica, 269, 332; pasaje al acto, 544; paso por el cuerpo, 544; señal de, 269; soluciones perversas, 544; sueño, 585; teoría cognitiva, 270-271; teoría conductual, 270; teoría psicoanalítica, 268-269
anhedonia: 61, 255, 315, 348, 405, 410, 422, 453, 470, 472, 527
anhormia: 61
anideísmo: 54
anillo pericorneal de Kayser-Fleischer: 770
anorexia: 64, 74, 161, 474, 557, 561; con adelgazamiento, 472; en la enfermedad de Alzheimer, 766; mental, 300, 330, 557-560, 562, 564, 695; mental (caso clínico), 567-568; nerviosa, 557
anosognosia: 94, 384, 648
ansiedad: 142, 262, 316-317; anticipatoria, 266, 267; crónica, 259; en la confusión mental, 381; en las demencias, 766; en las neurosis, 253; episódica paroxística, 264; escala de apreciación de Hamilton, 230; espera ansiosa, 266; generalizada, 266; generalizada (tratamiento), 271-272; inventario de Beck, 230; modelos animales, 137; modelos murinos, 136; síndrome conductual, 266; síndrome físico, 265; síndrome mental, 265; síndrome neurovegetativo, 255; teoría psicoanalítica, 268-269; trastornos ansiosos, 58, 262
ansiolíticos: 45, 79, 84, 137, 259, 304, 334, 747; depresiones, 480; estudio general, 802-805
antiandrógenos: 678
Anticira: 34
anticolinérgicos: 721
anticonvulsivantes: 236
antidepresivos: 45, 79, 84, 93-94, 128, 238, 259, 271, 279, 286, 290, 304, 319, 334, 370, 415, 446, 572, 601, 633, 747; de segunda generación, 811; elección del medicamento, 479, 813 (cuadro LIV.4); efectos clínicos, 814; estudio general, 808; indicaciones y reglas de prescripción, 812; las principales familias (cuadro LIV.3), 809; psicología cognitiva, 129; sedantes, 586; tricíclicos, 479, 809-810, 813
Antigüedad: 617, 727, 851; grecorromana, 34
antihistamínicos: 586, 805
antiproductivo, efecto: 822
antipsicóticos: 304, 552, 747. *Véase* neurolépticos
antipsiquiatría: 23, 46, 160, 168, 872
antisocial, personalidad. *Véase* psicopatía
antropología: 26, 193, 194, 198-199, 201, 230; religiosa, 196
antropomorfismo: 140

booksmedicos.org

anulación (retroactividad): 302
Anzieu, D.: 224, 303, 357, 836, 838, 841
aparato psíquico: áreas limítrofes del, 542; grupal, 838
apatía: 348, 378, 405, 766
apego: ansioso, 134; desorganizado, 134; elusivo, 134; en el animal, 133; figuras del, 134; seguro, 134
apertura: 99
apneas del sueño: 579
apragmatismo: 62, 238, 350, 359, 405, 408, 412, 472, 660, 766, 822, 877
aprendizaje: 47, 92, 129, 137, 139, 564, 663; capacidades de, 683; dificultades de, 237; en sector, 734; e hipocampo, 94; por ensayo-error, 297; escolar, 691; teorías del, 843; teorías y métodos, 228; trastornos del, 75, 686
aprosexia: 63
apuntalamiento: 550; teoría del, 100
aquinesia: 824
aracnofobia: 263
arcaico: 687
Areteo de Capadocia: 377, 497
Argelia: 871
Argentina: 166
aripiprazol: 397, 508, 790, 819-821
aritmomanía: 55, 298, 326
ARN: 244
Artaud, A.: 36
artralgias: 284
ASAT (aspartato aminotransferasa): 646
ascesis: 569
ascetismo: 703
asesino serial: 656
asfaltización: 759
Asia: 871; del Sur, 195, 203; del Sureste, 195, 842
asilo: 23, 30, 38, 39, 97, 166, 173, 194, 361, 850; a finales del siglo XIX, 853; construcción, 852; casas de campo, 853; crítica, 853; solicitantes de, 203; derivaciones, 830; lecciones positivas, 854; organización terapéutica, 829-830
asma: 184, 315, 580
asociación (concepto): 47
Asociación: de Administración de Fondos para la Inserción Profesional de Personas Discapacitadas, 879; de Salud Mental del 13º distrito de París (ASM 13), 46, 170, 858, 859; Mundial de Psiquiatría, 713; Mundial de Psiquiatría Social (WASP), 166; Mundial para la Readaptación Psicosocial (WAPR), 873; Norteamericana de Psiquiatría, 29, 42, 71, 253, 263, 264, 277, 295, 310, 325, 367, 401, 451, 558, 626, 668;

booksmedicos.org

asociaciones libres: 99, 102, 105, 832, 838; regla de las, 838
asociacionismo: 104
Assertive Community Treatment: 174, 872
astasia: 282
astenia: 315, 474; trascendental, 147
ataque: al marco de la institución, 760; de la imagen de sí mismo, 706; de los vínculos, 356; de pánico, 266
ataxia: 54, 323, 647; intrapsíquica, 347
atemporalidad: 103
atención psiquiátrica: por decisión del representante del Estado, 206, 211, 493, 599; a solicitud de un tercero, 206, 411, 479, 599
atención, trastornos de la: 63
atimhormia: 61, 347, 405
atimia: 61, 451
atopos: 590
attentional blink: 125
AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test): 645
Aulagnier, P.: 357
aura (epilepsia): 763
Australia: 391
Austria: 97
autismo: 71, 78, 87, 106, 144-145, 300, 341, 346-348, 405; anomalías del sistema GABA, 244; en el niño, 694; evolución y pronóstico, 734; infantil precoz, 686; plan de intervención, 737; trastornos del espectro autístico (DSM-5), 686; y discapacidad mental, 734
autoacusaciones: delirantes, 473; melancólicas, 107
autoanálisis: 43, 102
autocalmante: función, 188; valor, 544; solución, 692
autocorrección: 840
autodestrucción: 615
autodevaluación: 254, 267
autoexclusión: adaptaciones secundarias, 758; enfoque psicoanalítico, 759; síndrome de, 759
automatismo: mental, 56, 58, 60, 65, 300, 351, 369, 373, 403, 407, 408, 411, 434, 436, 440; motor, 125
automaton: 631
automutilación: 328, 691
autoorganización: 318, 839
autoridad parental: 671
autorregulación: 47
autorrepresión de los comportamientos desviados: 677
autoscopía: 381

booksmedicos.org

avitaminosis: 770; B1 (tiamina), 647
Áyax: 484
Ayuda Educativa en Medio Abierto: 693
Ayuda Social para la Infancia: 220, 693
ayuda: noción en psiquiatría, 788; enfoque general, 791; solicitud de: 629; solicitud de atención, 792; sufrimiento psíquico, 791
Ayurveda: 196

Babinski: 276; signo de: 383
baby blues: 779
baclofeno: 651
Baco: 484
bad trip: 609
Baillarger, Jules: 59, 377, 450
Balier, C.: 662, 675
Balvet, P.: 166, 855
Balzac, Honoré de: 527, 531
Ball, B.: 58
Ballet, G.: 324, 434, 712
Basaglia, Franco: 46, 168, 856
bateria: de Kaufman (K-ABC), 228-229; UDN, 229
Bateson, Gregory: 47, 155, 157, 163, 360, 835, 839-840
Baudelaire, Charles: 757
Bayle, H.: 853
Beard, George: 258, 330
bebé: 111, 134
Beck, A. T.: 598
Becker, H. S.: 616
Bélgica: 161, 853, 873
Belmont Hospital: 166
belle indifférence: 282
Benedetti, G.: 357
beneficios: primarios, 282; secundarios, 282, 315, 685
benzamidas: 819
benzodiacepinas: 387, 475, 492, 552, 586, 609, 610, 651, 692, 721, 743, 747, 802-804, 806, 828; características según su vida media de eliminación (cuadro LIV.1), 804; depresiones, 480; efectos paradójicos, 803; efectos secundarios, 803; estudio general, 802; farmacocinética, 802; hipnóticos, 806; indicaciones y contraindicaciones, 804; y sujeto anciano, 717
Bergeret, Jean: 516, 520-521, 533, 540-541, 545, 550, 615, 662, 675, 745, 835
Bergler, Edmund: 631
Berlín: 109, 833

booksmedicos.org

Bernard, Claude: 83, 90, 236
Bernheim, H.: 40, 831
Bertillon, Jacques: 29
Besanzón: 753
betabloqueadores: 581, 805
betacarbolina: 137
Bicêtre, hospital: 36-37
Binet, Alfred: 228, 727
binge drinking: 644
binge-eating disorder. *Véase* hiperfagia
Binswanger, L.: 145-146, 148, 150
biología: 230; molecular, 87, 243
Bion, Wilfred R.: 110, 373, 538, 837, 841, 856
biotipo: 389, 517
bipolares (trastornos): 452-453, 485, 497-498; carácter estacional, 453; casos clínicos, 506-507; complicaciones, 506; conducción del tratamiento estabilizador del ánimo, 508; de ciclos rápidos, 453; de ciclos rápidos (tratamiento), 510; de tipo I (TPI), 498; de tipo II (TPII), 499; de tipo III (TPIII), 499; descripción clínica, 503-504; desinserción social, 506; duración del tratamiento, 509; enfoques psicoeducativos, psicosociales y psicoterapéuticos, 510-511; epidemiología, 498, 500; espectro bipolar, 497-503, 505-508, 510, 512; estabilizadores del estado de ánimo, 508; evolución, 504; factores de riesgo, 499-500; formas circulares o remitentes, 505; formas de ciclos rápidos, 505; formas clínicas, 505; imagenología cerebral, 503; investigaciones en genética, 500; modos de inicio, 504; patologías orgánicas, 503; psicoterapia psicoanalítica, 511; quimiorresistencia, 505; riesgo ambiental, 502; selección terapéutica, 509; suicidio, 506; terapias cognitivo-conductuales, 511; tratamiento, 508
bisexualidad psíquica: 288
bitendencia. *Véase* ambitendencia
bitriangulación: 541
Bleuler, Eugen: 42, 54, 61, 65, 106, 109, 144, 283, 341, 346-349, 351, 352, 355, 359, 366, 390, 391, 404, 405, 409, 433-434, 527, 533
Bleuler, Manfred: 421
blindaje emocional: 757
blindness: change (cambio), 124; *inattentional* (déficit de atención), 124
bloqueos (interrupciones del pensamiento): 54, 404, 407
bobería psicótica: 407
Bohr, Niels: 842
Bonet, Théophile: 497
Bonnafé, Lucien: 24, 46, 168, 856
Bonneval, hospital: 24, 858
borderline: 533; Borderline Personnality Scale, 536; *borderline syndrome,* 533; criterios

booksmedicos.org

de Gunderson, 536; serotonina, 537; tipo (personalidad emocionalmente lábil), 534. *Véase también* estado limítrofe
Böszörményi-Nagy, Ivan: 156n, 160
bouffée delirante: 393; aguda polimorfa, 366; caso clínico, 371-372; historial, 366-367; transitoria, 708; urgencia, 789. *Véase también* psicosis agudas
Bowen, Murray: 156, 361
Bowlby, John: 134, 160, 529, 614
bradicardia: 265
bradifemia: 471
bradipsiquia: 54, 764
bradiquinesia: 62, 471
Breuer, Joseph: 43, 282, 287
Brierre de Boismont, A.: 58
Briquet, P.: 281
Broca Paul Pierre: 43, 44, 85, 91, 853
bromazepam: 271, 446, 803
Brooks, James L.: 296
Brücke, Ernst: 97
Bruch, H.: 569
bruxismo: 583
Buber, Martin: 160
Buffon, G.-L.: 29
bulimia: 64, 265, 557; accesos bulímicos, 562, 565; definición, 558; descripción clínica, 565; etimología, 557; de objetos, 463
buprenorfina: 612, 613, 619
Burghölzli, hospital: 421
Burton, Robert: 467
buspirona: 805
búsqueda de sensaciones (Zuckerman): 607
búsqueda masoquista: 685
butirofenonas: 819

CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State): 391
CAGE *(Cut, Annoyed, Guilty, Eyes-opener),* cuestionario: 645
calidad de vida, evaluación de la: 80
Camboya: 201
Camus, Albert: 394, 590
Canadá: 167, 174, 627
Canguilhem, G.: 30
cannabis: 343, 385, 421
Cannon, Walter: 91, 184, 264
capacidades fantasmáticas: 684

booksmedicos.org

Capgras, J.: 434
caquexia: 384
carácter: anal, 299, 302, 520; ciclotímico, 517; definición, 516; enfoque psicoanalítico, 519; epileptoide, 517; esquizotímico, 517; fálico, 520; fóbico, 518; hipomaniaco, 521; narcisista, 521; noción de trastornos del, 521; oral, 520; perverso, 521; trastornos del carácter en la adolescencia, 706
caracterología: 516, 517; clínica, 517; psicoanalítica, 519
caracteropatía: 521
carbamatos: 805
carbamazepina: 397, 508-510, 552, 721, 817
carencia/carencias: 662; afectiva, 686; de elaboración mental, 746; de investimento, 546; de la vida fantasmática, 186; de vitamina PP, 648; educativa, 686; precoces, 662; procesos de mentalización, 685
cariotipo: XXY, 670; XYY, 670
Carrel, Alexis: 83
casa: de alienados, 850-851; de ayuda especializada, 737, 878; comunitaria, 877; departamental de personas con discapacidades, 217, 693, 879
castigo inconsciente, necesidad de: 476-477
castigo simbólico: 631
castigo, espera de un: 473
castración, angustia de: 104, 269, 288
catalepsia: 62, 382, 408
cataplexia: 582
catarsis: 314, 319
catástrofe natural: 755
catatonia: 341, 349, 404-405, 407, 408, 818, 827; características (en la depresión), 553; confusional, 383; maligna, 826
categorización emocional, tarea de: 123
Catón: 590
causalidad psíquica: 114
CDT (transferrina desialilada): 646
cefalalgias: 185, 187
cefalea: 284, 330, 379, 475
ceguera psíquica: 282
celebración saturnal: 489
célula de recolección de las informaciones preocupantes (CRIP): 220, 693
célula de urgencias médico-psicológica (CUMP): 320, 794
cenestesia: 530
censura: 122
centro: de ayuda y de crisis (CAC), 554, 794; de ayuda y de urgencia (CAU), 414; de ayuda permanente (CAP), 794; de ayuda para retrasos y deficiencias mentales, 737; de ayuda terapéutica de tiempo parcial (CATTP), 171, 205, 691, 860; de reeducación

booksmedicos.org

profesional (CRP), 880; de tratamiento y de readaptación social (CTRS) de Ville-Évrard, 858; de albergue y de reinserción social (CHRS), 664, 753, 878; de urgencias (CU), 753; médico-psicológico (CMP), 46, 170, 205, 290, 429, 794; de investigación y de recursos de memoria, 723; psiquiátrico de orientación y de ayuda (CPOA), 753; de Estudios en Terapia Familiar y Relacional (Roma), 161; para el Estudio de la Familia (Milán), 160
cerebropatía psíquica toxémica: 384
Cerletti, Ugo: 45
Chabert, C.: 283, 462, 545, 547, 551
chamanes: 604
chamánicas (prácticas), 196
Chaplin, Charles: 282
Charcot, Jean-Martin: 40-41, 43, 101, 195, 252, 276-277, 281, 309, 712, 831
Chaslin, P.: 56, 65, 283, 347, 349, 377, 404
Chertok, L.: 843
Chesnut Lodge: 856
Chicago: 842. *Véase también* Escuela de Chicago
Chiland, C.: 860
Child Guidance Clinic: 158
China: 77, 591, 604
ciamemazina: 371, 374
cibernética: 117, 119, 839
ciclo vital: 840
ciclotimia: 451, 518
ciclotímico (trastorno): 499
ciencias: cognitivas, 22, 47, 244; del hombre, 193; humanas, 240
ciproterona: 678
circadiano: ritmo, 502; sistema, 578
circular: del 15 de marzo de 1960, 46, 167, 169, 205; del 14 de marzo de 1990, 169, 173, 174; del 12 de abril de 2002, 876; del 11 de febrero de 2005, 176; del 23 de noviembre de 2005, 753, 760; de Colombier y Doublet (1785), 850
cirrosis: 642n, 646, 648, 769
cisma conyugal: 156
citalopram: 128, 271, 809, 811, 813, 814
civilización: 99, 257
clasificaciones: 29, 68-69, 71, 195, 197, 236, 251, 252, 277, 408, 434-435; del alcoholismo, 638-641; empíricas de las depresiones, 456; empíricas de las psicosis, 348-352
clasificaciones, sistemas de: CFTMEA (Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente): 685, 729; CIH (Clasificación Internacional de las Discapacidades), 874; CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición): 29, 71, 196, 239, 252, 255, 263, 277, 310, 316, 325, 330, 342,

booksmedicos.org

352, 367, 378, 391, 401, 402, 406, 408-410, 419, 435, 451, 485, 517, 524, 534, 558, 606, 626, 658, 668, 685, 728; CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la salud), 874
clástica, crisis: 61
Claude, H.: 352, 391
Claudel, Camille: 76
claustrofobia: 263
Cleckley, Hervey: 657
cleptomanía: 62, 300, 625-626
Clérambault, Gaëtan de: 65, 403, 434, 439
clínica: de la adolescencia (concepciones), 698-700; de la intensidad (en la toxicomanía), 611
clínicas de psicoanálisis (Viena, Berlín): 833
clinofilia: 472, 718
clinofobia: 263
clomipramina: 295, 304, 809, 812, 813
clonazepam: 803
clonidina: 618
clorazepato dipotásico: 803
clorazepato: 271
clorpromazina: 237, 445, 494, 802, 818-820, 822, 823
clozapina: 747, 819-820, 824-827
club terapéutico: 857
clubhouse: 872
CNSA (Caja Nacional de Solidaridad por la Autonomía): 217
coacción: 853; historia: 293
cocaína: 608; abstinencia, 609; consumo abusivo, 609; dependencia psíquica, 609; sensibilización, 609
cociente intelectual (CI): 728
co-creación: 690
codeína: 608
Código: Civil, 205; Civil de 1994, 752; de Salud Pública, 205, 206; de Procedimiento Penal, 748; Penal, 205, 748; Penal de 1810, 740
cogitatum: 121
Colin, Henry: 747
colitis: 187; espasmódica, 315
colonia familiar: 853
Collomb, H.: 390
coma: 608, 644, 767; etílico, 640; hepático, 648; hipoglicémico, 646; vigil, 816
comercialización, autorización de: 304, 508, 692, 801
comisario de policía: 210
Comisión: Departamental de Hospitalización Psiquiátrica (CDHP), 221; Departamental de

booksmedicos.org

Atención Psiquiátrica (CDSP), 212, 213; de los Derechos y de la Autonomía de las Personas con Discapacidades (CDAPH), 217; Laroque, 723; Salud-Justicia, 741
Community Mental Health Act: 45, 871
Community Mental Health Centers: 174
comparatismo: 196
complejo: de castración, 258; de Edipo, 104, 258
complementaridad: relaciones de, 101
complementarismo: 842
compromiso: del síntoma psiconeurótico, 259; demencial, 715
compulsión: de los traumatismos, 755; de repetición, 25, 108, 318
compulsiones: 252, 254, 263, 294, 298, 300; historia, 293
computacionalismo: 48
comunicación: analógica, 162; paradójica, 155. *Véase también* paradoja
comunidad terapéutica: 165, 167
conciencia: 102, 107; de sí mismo (trastornos), 359; intransitiva, 121, 124; neurociencias de la, 94; toma de conciencia, 22; transitiva, 121; trastornos, 63
condensación: 103; fantasmática, 546
condicionamiento: 238; clásico, 47, 844; operante, 47, 615, 844; pavloviano, 631
conductas alimentarias, trastornos de las (TCA): 557, 564, 566, 572, 573; caso clínico, 567-568; clasificaciones, 558; complicaciones somáticas, 562-563; descripción clínica general, 560-561; enfoques familiares, 570; enfoques psicoanalíticos, 571; epidemiología, 559; factores de riesgo, 560; historial, 557; hospitalización, 572; investigaciones biológicas, 560; psicopatología cognitiva y conductual, 570; psicopatología familiar, 570; psicopatología psicoanalítica, 568-569; psicoterapias, 571; terapia interpersonal, 572; terapias cognitivo-conductuales, 571; terapias psicodinámicas, 572; tratamiento, 571; tratamiento medicamentoso, 572
conductas: animales, 132-133, 135-139; de conjuro, 266; de dependencia, 699; de evitación, 314, 315; de riesgo, 706; delictivas, 489; desviadas, 701; exhibicionistas, 488; masoquistas, 755; perversas, 668; psicopáticas (en la adolescencia), 703; sexuales violentas, 675; suicidas, 594, 595; suicidas (en la adolescencia), 596, 706; violentas, 708, 741
conductismo: 47-48, 117
conexionismo: 48
confabulación: 437; síndrome de Korsakoff, 647
conferencias Macy: 47
conflictividad: 282
conflicto: adaptativo, 834; arcaico, 663; campo social, 701; de desarrollo, 702; de generación, 703; familiar, 701; inconsciente (y depresión), 473; internalizado, 701; y neurosis, 258; psíquico, 102, 104-105, 113, 356
confusión mental: 57, 59, 62, 63, 349, 356, 370; caso clínico, 385; descripción clínica, 379; diagnóstico diferencial, 382; epidemiología, 378; etiologías, 379; fisiopatología, 378; formas hiperactivas, 378; formas hipoactivas, 378; historia, 377; mortalidad,

booksmedicos.org

382; psicógena, 382; psicopatología, 385-386; reacción a un traumatismo, 313; síndrome biológico, 382; síndrome somático, 381-382; tratamiento, 387
confusión: 373; de roles, 676; identitaria, 699
congruencia (teoría sistémica): 157
Conolly, J.: 853
Consejo General: 220
consejo local de salud mental (CLSM): 881
consentimiento: a la hospitalización, 20-21; a los tratamientos, 676
contraactitud e institución: 863-864
contrainvestimento: 99
contratransferencia: 708, 833; cultural, 842; institucional, 857
Contribution à l'étude des accidents mentaux des hystériques: 252
control: central, 358; de los estímulos, 587
conversión: 278, 313; generalizada, 184-185; histérica, 277, 281-282
Cooper, David: 46, 160, 855
cooperativas: de solidaridad social, 873; de trabajo, 873; reinserción, 872; sociales, 873
coping: 704; estrategias de, 231
coprofagia: 64
coprofilia: 673
corea: 40, 251, 300, 340; de Huntington, 88, 306, 766-767
coronariopatías. *Véase* alcoholismo y patologías cardiovasculares
córtex: orbitofrontal, 593; prefrontal, 91, 606
corticotropo (eje): 88, 92, 93
Cotard, J.: 324, 433; síndrome de, 473, 481, 716
COTOREP (Comisiones Técnicas de Orientación y Reclasificación Profesional): 217
crack: 608
craving (deseo ardiente): 606, 609, 618, 625, 631, 633, 639
creencias: metacognitivas, 360; teoría cognitiva, 303
crepuscular (estado): 63, 283
Créteil: 784
cretinismo: 41
criminal: nato, 657; por culpabilidad, 662
criminología: 656
crisis en psiquiatría: 787; descripción general, 791; el trabajo de crisis, 791-793
crisis histérica, gran: 281
crisis: clástica, 476; de angustia, 266; de epilepsia, 824; de hiperfagia, 565-566; de la adolescencia, 699, 703; de nervios, 290; excitatoria-motora, 313; hipótesis de, 793; histeroide, 689; psicógena no epiléptica, 764; psicótica aguda (en la adolescencia), 703; suicida, 789; terapia familiar, 841
cronicismo de las prácticas: 174
cronobiología: 242
cross-cultural psychiatry: 193

booksmedicos.org

Cruz Marina: 873
cuadro institucional y terapia de grupo: 838
cualidades metrológicas: fidelidad, 228; sensibilidad, 228; validez, 228
cuerpos mamilares: 648
cuestionario PCLS, estado de estrés postraumático: 230
culpabilidad: 254, 278, 460, 472; sentimiento de, 188
cultura: 193, 194
Cullen, William: 38, 251, 339
cura de desintoxicación: 618
cura-tipo: 112, 834, 845
curatela: 215-216

Damasio, Antonio: 119
Darwin, Charles: 40, 98, 132
DAT (prueba diferencial de aptitud): 229
Daumezon, Georges: 46, 52, 852, 855
David, Christian: 185, 586
débiles (mentales): 40, 727
debilidad: armónica y disarmónica, 733
debriefing (interrogatorio): 320
decepción sentimental: 707
decreto: del 14 de marzo de 1986, 205; del 14 de octubre de 1986, 746-747; del 6 de febrero de 2008, 217
defectología: 738
defenestración: 381
defensa: 265: conductas de, 133; narcisistas, 709; neurosis, 258; obsesivas, 297-298; paradójica, 759; perceptiva, 121; psiconeurosis de, 519; sistemas de, 186
deficiencias: armónicas y disarmónicas, 729; el concepto, 726-727
déficit: 28, 45, 92-93, 216; autista, 346; cognitivo, 360, 464; de almacenamiento, 58; de codificación, 58; de la atención, 380, 641; de la estima de sí mismo, 548; de las funciones ejecutivas, 648; de los procesos de recuerdo, 58; de PPI, 88-89; del control central de la acción, 359; del sistema fronto-límbico, 537; del sistema GABA, 243; del superyó, 662; en el niño, 695; en el tratamiento de la información, 304; esquizofrenia, 346-347; intelectual, 340; mental, 728; mnésico, 57, 767; primario, 347; relacional cuantitativo, 882; sensorial, 716
déficit múltiple: 726, 729; sensorial y motor, 729
degeneración: 40-41; teoría de la, 367
déjà-entendu: 58
déjà-vécu: 58, 764
déjà-vu: 58, 380, 384, 764
Déjerine, J.: 118, 831
Delay, Jean: 45, 237, 451, 802, 808, 818, 819

booksmedicos.org

deliberación: 591
delincuencia: 629
delincuentes sexuales: 219
delirio: 106; adhesión, 56; agudo, 383-384; convicción inquebrantable, 437; criterios, 56; criterios (análisis psicopatológico), 436; crónicos de evolución sistemática, 433; de celos, 346, 433, 434, 439, 444; y fenomenología, 149; de filiación, 407; de grandeza, 433; de interpretación, 434, 438; de negaciones, 433; de persecución, 63, 433; de persecución (psicopatología psicoanalítica), 444; de reivindicación, 434, 440; de relación de los sensitivos (descripción clínica), 439; de sueños y de acción, 381; emotivo, 262, 294; en red, 434; enquistamiento/toma de distancia, 441; exclusivos, 467; febriles, 41; grado de adhesión, 437; grado de sistematización, 437; hipocondriaco paranoide, 328; ideas delirantes y obsesiones/fobias, 339; mecanismos, 56, 437; monoidéico, 467; monotemático (en la melancolía), 473; no psicótico, 386; onírico, 381, 384; paranoide, 403; parcial, 450; participación tímica (afectiva), 56, 437; pasionales (descripción clínica), 439; polimorfo, 369; sistematización, 56; temas, 56, 437; tóxicos, 41; trastornos de la conducta asociados, 437
delirium tremens: 56, 59, 60, 377, 378, 380-381, 383, 385-387, 647; descripción clínica, 383
Delmas, A.: 516
delusión: 56
demencia: 63, 339, 340, 727; afectiva, 530; alcohólica, 648; cortical y subcortical, 766; de cuerpos de Lewy, 719, 766; frontotemporal, 716, 766; paranoide, 41, 341; precoz, 41, 341, 346, 450; senil, 41; senil y presenil, 349; subcortical, 464; subcórtico-frontal, 771
dementes precoces: 340
demonomanía: 484
denegación: 356
Deniker, Pierre: 45, 237, 260, 368, 802, 818, 819
deontología (psiquiatría): 205
departamentos terapéuticos: 205
dependencia: 520, 529, 604, 605, 615; al alcohol, 638-639; anaclítica, 540; infantil, 699; familiar, 616
depresión: 45, 64, 70, 71, 75-78, 83, 86, 88, 91-94, 128, 185, 232, 238, 242, 279-280, 329, 343, 402, 703, 706; abuso sexual en la infancia, 241; y accidente vascular cerebral (AVC), 765; del adolescente, 475; de agotamiento, 457, 474; amenaza depresiva, 706-707; anaclítica, 455, 545, 615; y anorexia, 564; ansiosa, 613; antidepresivos, 479; atípica (esquizofrenia), 474; atípica (inversión de los signos somáticos), 474; biología de la, 92-94; bipolares, 464; y bulimia, 566; características psicóticas, 453; clasificaciones empíricas, 456; cocaína, 608; crónica, 458, 476, 551; curación, 476; del posparto, 779; delirante, 480; descripción clínica, 454; descripción clínica general, 470; en la adolescencia, 702-703, 706; enfoques

booksmedicos.org

psicoterapéuticos, 481-482; y embarazo, 778; enmascarada, 256, 457, 474; epidemiología, 468; equivalente depresivo, 475; escala de Hamilton, 229; esencial, 188, 457; estacional, 477; y estado demencial, 475; estudio general, 467; y esquizofrenia, 475; evolución, 476; y exclusión social, 754; factores de riesgo suicida (cuadro XXXI.1), 469; factores desencadenantes, 468; factores genéticos, 468; formas clínicas, 473; genética, 243; histeria, 280-281, 290; hospitalización, 479; iatrogenia, 456; investigaciones biológicas, 469, 501; lógicas, 454; materna y esquizofrenia, 343; melancólica, 462, 477, 778, 779; neurótica, 255, 452, 456, 462, 473, 478; psicógena, 456; psicopatología cognitiva, 463; psicopatología psicoanalítica, 461-462; psicoterapia cognitivo-conductual, 482; psicoterapia de inspiración psicoanalítica, 482; reactiva, 456, 462, 474; resistente, 458, 476, 827; riesgo relativo, 240; riesgo suicida (evaluación), 468; secundaria, 475; seudodemencia depresiva (caso clínico), 478; seudo-demencial, 715; simple de supresión, 779; sin tristeza, 715; somática, 456; subsindrómica, 715; suicidio, 468; sujeto anciano e histeria, 284; de la tercera edad, 476; tratamiento, 479; unipolares, 464; vascular, 765
depresión-constitución: 458
depresión-episodio: 458
depresividad: 475, 520, 551, 706
depresógenos (medicamentos): 475
depsiquización: 720
derrealización: 65, 150, 252, 331
desafiliación, procesos de: 752
desalienación: 855
desaliento e institución: 864
desamparo: 455; del recién nacido, 541; traumático, 188
desanimación: 65
desarmonía: 404
desarrollo psicosexual: 674, 682
descalificación: 675
Descartes, René: 35
descondicionamiento: 47
desconfianza: 438
desencadenamiento *(amorçage):* 120
desencarnación: 65
deseo: 103; ardiente *(craving),* 609
desequilibrio: constitucional, 657; mental, 533
desesperación: 598
desesperanza: 756
deshabitación de sí mismo: 759
deshidratación: 382
deshospitalización: 171

booksmedicos.org

desincronización: 584
desinhibición: 290, 659; afectiva, 489; instintiva, 489; maniaca, 488; sexual, 488
desinhibidor (efecto): 882
desinserción social (y trastorno bipolar): 506
desinstitucionalización: 46, 754, 855n, 856
desinterés: 530
desintrincación pulsional: 546, 675
desinvestimento: 99, 543
desmentalización: 720
desnutrición: 562-563
desobjetalización: 355
desorganización: 53, 54; factor de desorganización, 351; del discurso, 402; en la esquizofrenia, 347; ideo-verbal, 359; e institución, 864; del pensamiento, 707; de la personalidad, 404; en psicosomática, 185; evolución, 424
desorganizado (estilo de vinculación): 134
desorientación: 313; témporo-espacial, 63, 377, 380, 384, 716
despersonalización: 60, 63, 65, 150, 252, 267, 278, 283, 286, 294, 300, 330, 373; no psicótica, 756
despertenencia, sentimientos de: 403
desplazamiento: 103, 302, 356
destiempo: 386, 682
destructividad: 357, 546-547, 760
desvinculación: 356, 373, 546; pulsional, 186-188
DETA (cuestionario). *Véase* CAGE
Deutsch, Helen: 533, 549, 662
Devereux, Georges: 390, 841
diabetes: 769, 825
diádica (relación): 540
diagnóstico cultural: 200
dialéctica: 22, 25
diálogos alucinatorios: 53, 59
Diatkine, Renée: 46, 282-283, 288-289, 398, 519, 687, 856
diazepam: 137, 790, 803
DIB (Diagnostic Interview of Borderline): 536
Dide, M.: 61, 347
difluencia: 54
DIGS (Diagnostic Interview for Genetic Studies): 86
dimensión: de desorganización, 348; negativa, 348; psicótica, 348
Dinamarca: 872
dinámica: de grupo, 836; de los grupos, 224; de los sistemas, 224; punto de vista (en psicoanálisis), 98
diplopía histérica: 282

booksmedicos.org

dipsomanía: 64, 484, 640
Dirección de la Investigación, de los Estudios, de la Evaluación y de las Estadísticas: 30
DIS (Diagnostic Interview Schedule): 239
disarmonías: evolutivas: 688, 733; de expresión deficitaria, 733; intrapsíquica, 347
disartria: 383
discapacidad: 30, 31, 216-217; compensación, 217; definición, 216; psíquica, 216, 221, 874; social, 362
discapacitado (trabajador discapacitado): 217
discapacitados, inserción profesional de los: 873
discordancia: 56, 65, 201, 280, 283, 347, 349, 404, 409, 434; teoría sistémica, 157
discriminabilidad, índice de: 123
discriminación positiva: 880
discurso, planificación del (en la esquizofrenia): 359
disease: 198
disforia: 61, 408, 452; de la identidad sexual, 672
disgregación: 102; del campo de la conciencia, 63
dislate: 489
dismimias: 62
dismorfia corporal: 330
dismorfofobia: 255, 278, 330
disnea: 313
disociación: 54, 56, 65, 102, 275, 331, 348, 349, 351, 352, 359, 404, 406, 407, 434, 530, 774; discusión del término, 283; esquizofrénica, 347; e histeria, 275-277, 281 289; historia, 341; y peligrosidad, 742; peritraumática, 318; personalidades múltiples, 283; trastornos disociativos, 252-253; trastornos (histeria), 279; traumatismos, 318
disomnia: 579; depresiva, 472
dispareunia: 64, 255
dispepsia: 330
dispositivo (definición en las terapias de grupos): 838
disquinesias: 62; tardías, 692, 824
disregulación: afectiva, 540; emocional, 537
distimia: 60-61, 255, 257, 351, 451; cíclica dominada, 505
distonia: aguda, 824; paroxística nocturna, 583
distorsión: 145; cognitiva, 318, 676; de la realidad, 707
distractividad: 63
distraimiento: 58, 271, 380
disuria: 282
diuréticos: 562
divalproato: 493-494, 508-509, 552, 816
doble: coerción, 158, 360; exhortación, 155; vínculo, 360
dolor: 255, 580; físico, 27, 757; moral, 454, 470, 472; psicógeno, 330

booksmedicos.org

Dolto, Françoise: 224
Don Juan: 281
dopamina-acetilcolina (balance): 821
dopamina: 45, 89, 93, 138, 242, 243, 344, 369, 469, 501, 606, 821
Dostoievski, F.: 280, 369, 613, 631
double bind: 155, 360
drogas: 616; alucinógenas, 708
DSM (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*)*:* 29, 42, 92, 196, 239, 264, 295, 296, 299, 352, 407, 626; DSM-III, 239, 263, 278, 310; DSM-IV, 94, 230, 435, 567, 579, 606, 729; DSM-5, 71, 253, 255, 263, 277, 306, 310-311, 325, 342, 367, 378, 401, 406, 408, 410, 435, 451, 517, 524, 525, 534-535, 558, 567, 579, 606, 658, 668, 685, 719, 729
Duchêne, Henri: 46
Duelo y melancolía: 460
duelo: 107, 278, 454, 474, 703; trabajo de, 474
Dupré, E.: 441, 516, 657
Durkheim, Émile: 240, 591, 592

Ebbinghaus, Hermann: 47
ebriedad: ley de tránsito y, 650; narcisista, 675; patológica, 644
ecmnesia: 57, 65, 380
ecolalia: 53, 195
ecomimia: 62
economía: libidinal (en la neurosis traumática): 317; narcisista (de la hipocondría): 332; pulsional, 611
económico (punto de vista): 99, 103, 185
ecopraxia: 62, 195
eczema: 315
Edad Media: 35, 617, 727
edad mental: 228
Edipo, complejo de: 258, 776
EDNOS *(eating disorders non otherwise specified):* 558, 567
educación: nacional, 691, 693; para la salud, 22; sanitaria, 876; terapéutica, 22, 876
EEG (electroencefalograma): 378-379, 575, 578, 763, 812
Egipto: 727
ego-psychology: 110
ego: empírico, 147; puro, 147; trascendental, 146-147
egodistónicas, intrusiones: 360
egosintonía: 626
egreso contra la opinión médica: 207
EHPAD (establecimientos de albergue para personas ancianas dependientes): 723
Eiguer, A.: 841

booksmedicos.org

eje: hipotálamo-hipofisiario, 606; hipotálamo-hipófisis-testicular, 670
Ejército de Salvación: 757
El enfermo imaginario: 324
El estado mental de las histéricas: 277
elaboración: de la angustia, 699; mental (carencias), 746
eléboro: 34
electrooculograma: 576
electroencefalografía: 45, 85, 90, 576
electroencefalograma. *Véase* EEG
electroestimulación profunda: 305
electrofisiología: 84
elusivo (estilo de apego): 134
Ellenberger, H.: 20
Ello: 103, 302
embarazo: 773; nervioso, 282; trastornos psiquiátricos, 777; y litio, 510
embotamiento: 63, 285, 313, 380
emigración: 686
EMILIA (proyecto de investigación): 880
Emmanuelli, Xavier: 752
emociones: 707; biología, 90; psicología cognitiva, 125
empatía: 119, 135, 227, 609
Empédocles: 590
empirismo apriorístico: 144
empollamiento masculino *(couvade*): 781
empowerment (empoderamiento): 872, 873
empresas comunitarias: 873
encefalitis psicósica aguda azoémica: 383
encefalopatía: de Gayet-Wernicke, 647, 770; epiléptica, 733; espongiforme, 771; hepática, 381; pelagroide, 770. *Véase también* enfermedad de Creutzfeld-Jakob
encierro: 36, 39
encopresis: 64
encuentro con el niño en paidopsiquiatría: 682; contexto, 682; medicaciones, 684; particularidades, 683
encuestas prospectivas históricas: 74
endofenotipos: 242
endógeno (trastorno): 458
energética, hipótesis: 103
energía (psíquica): 98
enfermedad: de Alzheimer, 766; de Basedow, 769; de Creutzfeldt-Jakob, 719, 771; de Marchiafava-Bignami, 648; orgánica, enfoque psicosomático, 182-183; de Parkinson, 251, 340, 580, 719, 827; somática, 180; de Steele-Richardson, 719, 766; de Wilson, 719, 769

booksmedicos.org

enfermedad maniaco-depresiva: 107, 194, 468, 450, 485; de ciclos rápidos, 505; y esquizofrenia, 352; estudio general de la, 497; historia de la, 497; y litio, 814; nosografía contemporánea de la, 497-498; psicopatología psicoanalítica de la, 459
enfermedad mental: 23, 31, 37, 38-39, 41, 43, 46, 48, 76, 78, 86, 94, 113, 132, 160, 172, 193, 197, 199, 223, 236, 237, 366
enfermedades: y estrés, 184; morales, 531; nerviosas, 251; neurodegenerativas, 88
Enfermería de la Prefectura de Policía de París: 795
enfermos mentales, integración comunitaria de los: 872
enfoque: *top-down*, 245; *bottom-up*, 245
enlentecimiento: 26, 53, 63, 74, 278, 297, 379, 410; depresivo, 454-455, 471; motor, 127; motor, en la depresión, 471; psíquico, en la depresión, 471; psicomotor, 27, 74, 142, 237, 472, 647
entorno: de seguridad, 455; del niño, 681; primario, 663
entrevista clínica: 227
enuresis: 64, 691; nocturna, 583
envidia, deseo, anhelo: 110; irresistible y comportamiento perverso, 671
envoltura grupal: 838
epidemiología psiquiátrica: 239-240; analítica, 68, 72, 239; de prevención, 240; descriptiva, 68, 69, 239; dificultades, 68; enfoque transcultural, 196; estudio general, 68; evaluativa (experimental), 68, 78
Epidemiological Catchment Area: 239
epigenética: 238
epilepsia: 40, 137, 251, 276, 306, 340, 379, 732; infantil, 733; trastornos psiquiátricos, 763
episodio: depresivo, 452; depresivo mayor, 452; depresivo mayor (y neurosis obsesiva), 297; hipomaniaco, 452; maniaco, 452; mixto, 452; mixto (del afecto), 491
epistemología psicoanalítica: 111
épochè: 143
EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre): 709
equipo: Equipo Móvil de Psiquiatría y Precariedad (EMPP), 753, 760; Equipo Rápido de Intervención de Crisis (ERIC), 791, 795; intervenciones, 225; pluridisciplinario, 872; psiquiátrico (estudio general), 861; tratante (estudio general), 861
ergoterapia: 830
Erickson, Milton: 158, 843
Eritrea: 757
eritrofobia/ereutofobia: 263, 267
erogeneidad de un órgano: 332
Eros: 43, 108
erotismo orgánico: 182
erotomanía: 434, 439, 484; las tres fases, 439; psicopatología psicoanalítica, 444; urgencia, 789
ESAT (establecimiento y servicio de ayuda por el trabajo): 412, 429, 737, 859, 879

booksmedicos.org

escala: autoevaluación, 229; COP (Clínica Organizada de las Psicosis): 230; de actitudes disfuncionales (DAS), 464; de evaluación, 227, 238, 516; de Cushman, 647; de Hamilton (ansiedad), 230; de Hamilton (depresión), 229; de Liebowitz (fobia social), 230; de psicopatía de Hare (cuadro CLIII.1), 658; de Wechler (WAIS), 228; de Yale-Brown (Y-BOCS), 299; HCR-20 (Historical Clinical Risk assessment), 744; heteroevaluación, 229; IMPC (Instrumento de Medida de los Progresos Clínicos), 744; PANSS (Positive and Negative Syndome Scale) (esquizofrenia), 230, 821; SANS de Andreasen (esquizofrenia), 229; SAS II (funcionamiento social), 230; VRAG (Violence Risk Apraisal Guide), 744
Escandinavia, tasas de suicidio en: 591
escansión: 111
escenario: imaginario estructurado, 671; perverso, 669
escisión: 107, 356, 547, 662, 675, 688, 710; del equipo y la institución, 864; del objeto, 110; del yo, 674, 689; narcisista, 759
escitalopram: 809, 811, 813
esclavo de la cantidad: 611
esclerosis en placas: 768
esclerosis lateral amiotrófica: 40, 768
escotomización: 282
escuela: 682
Escuela: de Chicago, 183-184, 656; Psicosomática de París, 185, 189, 324-325
espacio: potencial, 542; transicional, 541
España: 747
espasmo faríngeo: 282
espectro obsesivo-compulsivo: 300
esquema: cognitivo negativo y depresión, 464; corporal, 65
Esquirol, J. E.: 38-39, 223, 262, 294, 377, 432, 450, 461, 484, 593, 657, 727, 850-852, 859
esquizofasia: 55
esquizofrenia(s): 53, 54, 56, 57, 62, 65, 70, 71, 72, 75, 76, 78, 79, 86, 87, 88-89, 91, 94, 194, 196, 201, 232, 240, 242, 341-343, 344, 349-351, 355, 356, 358-361, 362, 370, 393, 401-404, 405-411, 412, 413, 414-416, 433-435, 440, 446; acompañamiento psicosocial, 362, 429; agudas, 366; biotipo, 389-390; *borderline*, 409; comorbilidades, 343; conductas violentas, 742; consumo de tóxicos, 392-393; criterios CIE-10, 401; criterios de remisión, 422; cuidados corporales en la, 429; cuidados somáticos en la, 414; definición de, 42; desorganización fundamental, 373; desorganizada, 407; dimensión deficitaria de la, 405; disociación, 275, 283; distímica, 408, 451-452; distímica, caso clínico, 412; y doble vínculo, 157; educación terapéutica, 416; enfoques psicoanalíticos, 362, 415; enfoques sistémicos, 360; entorno familiar, 156; epidemiología de la, 342; equipos pluridisciplinarios, 362; escala de Andreasen, 229; escala PANSS, 230; estancias terapéuticas prolongadas, 414; estereotipias en la, 62; estupor en las, 62; evolución

booksmedicos.org

de la, 421; evolución episódica con déficit estable de la, 419; evolución episódica con déficit progresivo de la, 419; evolución episódica remitente de la, 420; evolución y formas terminales de la, 419; exposición a una infección viral intrauterina, 240; factores de riesgo en la, 343; familia, 159; y fenomenología, 144; formas clínicas de la, 406; formas deficitarias y no deficitarias de la, 346-347; formas inciertas de la, 409; formas pseudoneuróticas de la, 300; formas terminales de la, descripción clínica, 423; genética, 242-243; hipótesis bioquímicas de la, 344; hipótesis del neurodesarrollo de la, 138; historia de la, 341; incipiente, 391; indiferenciada, 410; iniciales, *véase* esquizofrenias de inicio; introducción a los tratamientos de la, 344; investigaciones genéticas de la, 344; latente, 409; lenguaje de órgano en la, 356; mortalidad en la, 343; paranoide, 351-352, 406, 407, 411; paraquinesias, 62; peligrosidad en la, 741, 742; pensamiento prelógico de la, 406; pérdida del contacto vital con la realidad en la, 346; del periodo de estado, 401; perplejidad, 147; personalidades, 527; potomanía, 64; prepsicótica, 409; psicoanálisis, 106; psicopatología cognitiva de la, 358; psicopatología psicoanalítica de la, 355; psicoterapia institucional de la, 414; en psiquiatría de sector, 413; y puerperalidad, 780; readaptación, rehabilitación de la, 414; remisión completa de la, 420-421; remisión incompleta de la, 420; residual, 410; resonancia magnética nuclear, 243; seudoneurótica, 409; seudopsicopática, 409; simple, 144; situación nosográfica de la, 342; suicidio en la, 343; teoría psicoanalítica de la, 106; teoría sistémica de la, 157; terapéutica de la, 413; terapias familiares de la, 416; trastorno esquizofreniforme de la, 410; trastorno esquizotípico, 342, 406; trastornos de la memoria en la, 58; tratamiento hospitalario de la, 414; tratamientos biológicos de la, 415; tratamientos cognitivos de la, 415; tratamientos psicosociales de la, 416; vulnerabilidad en la, 344

esquizofrenias de inicio: 698; en la adolescencia, 707; y cannabis, 393; construcción identitaria, 396; diagnóstico precoz de las, 393; enfoques familiares en las, 398; enfoques psicosociales en las, 398; enfoques psicoterapéuticos en las, 397; factor hereditario en las, 389; factores de riesgo ambientales en las, 392; factores psicosociales en las, 390; fase prodrómica de las, 390-391; formas de principio agudo en las, 393; formas de principio insidioso en las, descripción clínica, 393; genética en las, 392; historial de las, 389; personalidad premórbida en las, 391; predisposición a las, 389; principio insidioso, 391; proceso de la adolescencia y las, 395; psicodrama psicoanalítico en las, 397-398; psicopatología psicoanalítica en las, 395; quimioterapia en las, 397; reestructuración cognitiva, 397; urbanización, 390

esquizoidia: 390, 391

esquizomanía: 352

esquizoneurosis: 533

esquizosis: 391

esquizotimia: 390, 527

estabilizadores del estado de ánimo: 79, 370, 397, 415, 508, 522, 601; anticomiciales, 816; estudio general, 814

booksmedicos.org

Establecimiento público administrativo encargado del empleo en Francia: 883
estadio: anal, 98; canibalesco, 109; del espejo, 111, 358; estadios de la evolución psicosexual, 106, 109; fálico, 98; genital, 98; oral, 98; sádico anal, 302
estadios del sueño: 576-577
estado limítrofe: 64, 283, 675: depresión, 545; descripción clínica general, 543; en el niño, 689, 695; enfoques psicosociales, 553; enfoques sociales y familiares, 538; epidemiología, 537; historial, 533; impulsividad, 545; investigaciones biológicas, 537; modalidades de funcionamiento, 546; organización limítrofe, 540; pasaje al acto, 545; psicopatología cognitiva, 537; psicopatología psicoanalítica, 540; psicoterapia, 834-835; psicoterapias psicoanalíticas, 552; puesta en acto, 545; síntomas neuróticos, 546; síntomas psicóticos, 546; tratamientos medicamentosos, 552; traumatismo infantil, 538
estado maniaco: 61, 63, 382, 408
estado ponderal: 560
estados segundos: 63
Estados Unidos: 45, 71, 110, 166, 167, 174, 176, 183, 238, 283, 296, 391, 592, 618, 627, 855, 856, 860, 871, 872
estados: confusionales, 59, 383; crepusculares (estado segundo transitorio), 63, 283; de alerta *(arousal),* 270; de estrés postraumático, 309, 311; deficitarios (en la infancia), 695; depresivos, 25, 259; esquizofrénicos (en la adolescencia), 707; hipomaniacos, 63, 484; maniacos, 63, 484; mixtos, 484-485; oniroides, 59, 63, 370; psicopáticos, 657; traumáticos (por exclusión social), 759
estancamiento del tiempo vivido: 149
estasis de la libido: 182, 332
esteatosis: 648
estenicidad: 61, 437, 456
estereotipias: 134, 341, 685, 733; animales, 138
estigmatización: 878, 880
estima de sí mismo: 160, 255, 548
estimulación magnética transcraneal (EMT): 480, 481
estímulos, *stimuli*: ansiógenos, 271; eróticos atípicos, 676; incondicional, 318
estrechamiento: del campo de la conciencia, 102; de la conciencia, 831; y disgregación del campo de la conciencia, 63
estrella de Lieja: 819
estrés: 91, 184, 238, 252, 263, 265, 295, 311, 402; crónico, 266
Estroff, S.: 241
estructura: intermedia, 860; neurótica, en el niño, 688; perversa, 668; psicosomática, 186; psicótica, en el niño, 688; *self*, 521
estructuración conflictiva neurótica: 699
estructuralismo: 44, 111
estudios casos/testigos: 73; de cohorte, 74
estupefacción: 266

booksmedicos.org

estupidez: 377
estupor: 62, 313, 378, 380; catatónico, 62; disociativo, 277; disociativo, histérico, 283; melancólico, 62, 471
etanol: 643
eterismo: 605
ethnos (lo étnico): 193
ética: deontología, 205; y trabajo en institución, 865
Etiopía: 757
etnicización: 201
etnología: 193
etnomedicina: 196-197
etnopsiquiatría: 193, 194, 196, 200-203, 241; modelo de antropología general, 197, 200; modelo epidemiológico, 195, 199; modelo etnomédico, 196, 199; modelo nosológico, 195
etología: 132, 270, 614
euforia: 61, 378, 381, 384, 408, 456; maniaca, 486; paradójica, 314
Europa: 109, 161, 184, 747, 850; occidental, 871; suicidio en, 69
eutimia: 60
evaluación: clínica, 225; fármaco-epidemiológica, 79; médico-económica (en psiquiatría), 78
evidence based medicine (medicina basada en pruebas): 236, 245, 791, 801
evitación, conductas de: 267, 314, 315
evolución psicosexual: 104
Évolution Psychiatrique: 24
exaltación: imaginativa, 488; maniaca, 487
examen: clínico, 26-27, 52; paraclínico, 27; psicológico, 225
excitación: maniaca, 488; psíquica, 489; sexual, 103, 676
exclusión social: auto-exclusión, 759; caso clínico, 757; clínica psicosocial, 755; comorbilidad, 754; y depresión, 754; dispositivo de atención, 760; dispositivo de psiquiatría, 756; enfoques terapéuticos, 760; epidemiología, 753; estados de la (elegido, asumido, sufrido), 756; historia y definiciones, 752; sufrimiento psíquico, 756; trastornos psiquiátricos o psicológicos, 752; y trastornos de la personalidad, 754; y trastornos psicóticos, 754; y violencias sexuales, 754
exclusión, tríada de la: 756
excoriación: 295
exhibicionismo: 669, 671; caso clínico, 673
exhibicionistas, conductas: 488
expansividad tímica: 456, 494
expediente, acceso al: 221
experiencia delirante primaria: 367
experimentación (en psicología): 226
explanatory models. Véase modelos de explicación

booksmedicos.org

éxtasis: 62. *Véase también* MDMA
extrañeza: 142, 379, 402, 733, 684
extraversión: 516
Ey, Henry: 24, 25, 42, 46, 58, 94, 142, 166, 266, 324, 328, 346, 348, 349, 366, 367, 370, 373, 380, 384, 390, 404, 434, 533, 590, 858
eyaculación precoz: 64, 255, 282
Eysenck, H.: 231, 271, 516

fabulación: 384; maniaca, 488
factores de riesgo: 68, 72-74, 80, 240, 325; culturales, 77; definición, 72; edad, 74; esquizofrenia, 343; genéticos, 78; matrimonio, 76; nivel social, 77; profesiones, 76; psicosociales, 75-78; sexo, 75; sociodemográficos, 74
fading mental: 54, 404
fagomanía: 64
Fain, M.: 185, 186, 303, 305, 586
Fairbairn, W.: 160
Fairburn, C. G.: 570
fálico: estadio, 98; exhibición, 520
Falret, H.: 853
Falret, Jean-Pierre: 38-39, 59, 294, 324, 433, 491
falso *self:* 542, 549-550; en el niño, 695; hiperadaptabilidad defensiva adherida, 684
familiaridad: 487
familias psicosomáticas: 571
Family Institute: 156
fantasmas, 98-99, 101, 111; de alumbramiento, 781; y comportamientos sexuales desviados, 678; excitantes, 684; inconscientes, 259, 836; de infanticidio, 538; masturbatorios edípicos adolescentes, 631; oral canibálico, 460; ordálico, 617; originarios, 98; y perversiones sexuales, 668; suicidas, 599; terroríficos, 684
faradización: 290
farmacodependencia: 605
farmacogenómica: 241
farmacopea: 19
farmacopsicosis: 368
farmacotímico, ciclo: 614
fase: de desesperanza, 628; de ganancia, 628; de latencia, 682, 686; de pérdida, 628; preedípica, 686
fatiga: depresiva, 471; en las neurosis, 255-256
Favez-Boutonnier, Juliette: 224
Favreau, J.: 519
Federación Nacional de Asociaciones de Usuarios en Psiquiatría (Fnapsy): 875
Federn, P.: 356
feed-back: 47, 92, 159, 587, 839; informático, 839

booksmedicos.org

Felipe el Hermoso, rey de Francia: 727
femineidad, 232
Fenichel, O.: 310, 313, 519, 614, 626
fenilalanina: 736
fenómeno: del encendimiento (*kindling*), 137; de la puerta giratoria, 860
fenomenología: actitud, 143; y neurociencias, 151; y psiquiatría, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 150, 151; reducción, 143
fenotiazinas: 819, 825, 826
Ferenczi, Sándor: 43, 182, 183, 313, 541, 613, 759
Ferrus, G.: 38
fetiche (relación): 569
fetichismo: 668, 671, 674
Feuchtersleben, Ernst von: 339
fijación: 105, 185, 254, 461; oral, 613; patológica, 709
fijeza limitante: 674
Filadelfia: 158
filiación: 742
filosofía: 26; de las ciencias, 236; de la mente, 48
Finlandia: 872
firmas sociales y cooperativas: 873
fisiología celular: 243
Flaubert, Gustave: 256, 280
Fleury-les-Aubrais: 855
flexibilidad cérea: 408
flunitrazepam: 806
fluoxetina: 304, 572, 809, 811, 813, 814
flupentixol: 819, 820
fluvoxamina: 304, 809, 813
fobia: 252, 262-263, 694; escolar, 695; específicas, 267; estudio general, 266-267; del funcionamiento mental, 695; de impulsión, 55, 294, 298; invalidante, 267; simples, 267; de situaciones, 254; social, 135, 230, 263, 267
Follin, Sven: 284, 372-373
forclusión: 356, 357, 444; de una parte del yo, 759
formación: de compromiso, 519; reactiva, 519
fotosensibilización: 825
fototerapia: 477, 481
Foucault, Michel: 23, 35-36, 324
Foulkes, S. H.: 837
Fountain House: 872
Fouquet, P.: 637, 640
fracaso escolar: 706-707
fragilidad: depresiva primaria, 615; narcisista, 689

booksmedicos.org

fragmentación de la personalidad: 404
Francia: 20, 23, 24, 30, 46, 69, 79, 91, 94, 98, 151, 161, 166-168, 170, 172-174, 176, 184, 193, 203, 205, 223, 233, 239, 252, 271, 276, 279, 283, 293, 305, 310, 320, 340, 347, 352, 357, 361, 378, 413, 433, 441, 591, 637, 642, 644, 717, 737, 747, 758, 784, 850, 853, 870-872. *Véase también* sectorización
Francia, Isla de: 754, 795
frenesí: 34, 377, 378
frenitis: 377
Freud, Anna: 110, 302, 682, 702-703
Freud, Sigmund: 20, 22, 24, 42, 43, 97-111, 114, 122, 180-183, 230, 251-252, 257-259, 262-263, 268-270, 276-277, 282-283, 287-288, 293, 295, 301-302, 309, 313-314, 318, 319, 330, 332, 333, 346, 355-357, 372, 385, 386, 405, 443-444, 455, 460, 462, 477, 519-520, 541, 591, 597, 613, 631, 662, 674, 682, 687, 701, 722, 746, 831, 833-834
frigidez: 64, 255, 280, 282
Frith, Christopher: 358-359, 734
Fromm-Reichmann, F.: 856
Frosch, S.: 533
froteurismo: 668, 671
frustración, intolerancia a la: 528
Fry, William: 157
fuga: 62, 266, 488, 660, 685, 774; de ideas, 54, 489; disociativa, 277; y fenomenología, 150
función/funciones: asociadas al lenguaje, 43; autocalmante, 188; celular, 83; cognitivas, 52, 85, 350, 463, 648; de delegación (en los estados limítrofes), 547; de la parentalidad, 776; de presencia y de ayuda, 857; defensivas, 716; del yo, 396; del yo (en las psicosis), 357; del terapeuta, 158; ejecutivas, 360, 392, 648, 822; ejecutivas (planificación), 91; fisiológicas (trastornos en psiquiatría), 63; fisiológicas comunes a los mamíferos, 100; maternal (del terapeuta), 190; mnésica, 58; negativa, 837; neurofisiológicas, 455; positiva, 837; renal, 510; superiores, 45
funcionalismo: 48
funcionamiento: evaluación del funcionamiento del niño, 687; psicotígeno, 396; mental, 25, 63, 101, 105, 112, 186, 187, 190, 229, 232, 260, 272, 276, 355, 356, 374, 415, 457, 489, 517, 567, 687, 695
furor: aspectos históricos, 484; maniaco, 487, 490

GABA: 137, 244, 470, 502, 586, 643, 652, 803, 805, 815
Galeno: 280, 323
gama-glutamiltransferasa. *Véase* γ-GT
Ganser, síndrome de: 277, 283
gatismo esquizofrénico: 405
Gayet-Wernicke, encefalopatía de: 647

booksmedicos.org

GEI (Gene Environnement Interaction): 87
gemelos: 78
genética: investigación en, 86; teoría en psicoanálisis, 102
genitalidad: 356
genograma: 361
Georget, E.-J.: 324
gerontofilia: 673
gerontopsiquiatría. *Véase* psiquiatría del individuo de la tercera edad
Gestalt, psicología de la: 836
Gheel: 853
Gide, André: 575
gliscroidia (viscosidad psicoafectiva): 517, 764
glosodinia: 475
glosolalia: 54
gnosias: 45
goce: 100, 113, 675
Goffman, E.: 166, 758
Gounod, Charles: 76
Goya, Francisco de: 36
Gradiva: 372
Gran Bretaña: 855, 860; suicidio en, 598
gratitud: 110
Green, André: 22, 24, 104, 112, 279-280, 297, 300, 302, 355, 356, 373, 396, 541-542, 545, 835, 845
Griesinger, W.: 512
Grinker, R. R.: 533
Groddeck, Georg: 183
Grunberger, B.: 541, 597
grupo: aparato psíquico grupal, 838; *borderline* de las neurosis, 533; dinámica de los grupos, 224; envoltorio grupal, 838; mentalidad, 837; procesos inconscientes, 837; según Bion, 837
grupo de adolescentes: 704; de crecimiento continuo, 704; de crecimiento por olas, 704; de crecimiento tumultuoso, 704; en sufrimiento importante, 704
grupo de ayuda mutua (GEM): 217, 425, 429, 857, 881
guerra: civil, 755; de Corea, 310; del opio, 604; de Vietnam, 310; primera Guerra Mundial, 309, 833; segunda Guerra Mundial, 310, 835
guía parental: 690
Guiraud, P.: 61, 347
Guislain, J.: 324
Gull, William: 557
Gunderson, J. G.: 536

booksmedicos.org

habilidades sociales (entrenamiento): 876
Haley, Jay: 157-159
haloperidol: 374, 387, 415, 445, 446, 494, 790, 819-820
Hamilton, escala de: 229
Harpagón: 720
Hartmann, Heinz: 110
Harvard: 47, 71
Hattingberg, H. von: 631
HCR-20 (Historical Clinical Risk, assesment): 744
hebefrenia: 41, 341, 349, 407, 408, 818; y fenomenología, 144
heboidofrenia: 409
Hecker, E.: 341, 407
hefebreno-catatonia: 42
Hegel, Georg W. Friedrich: 22
Heidegger, M.: 36, 143
Heidelberg: 346
Heinroth, Johann: 180
Held, R.: 835
helplessness: 455; *learned*, 463
hematofobia: 263
hemorragia digestiva: 648
Henslin, James: 632
hepatitis: 66; C, 612
Hera: 575
heroína: 608
hidroterapia: 830
hidroxizina: 805
higiene mental: 165
hiperactividad: con déficit de la atención, 691; física, 562
hiperadaptabilidad, 681
hiperazoemia (uremia): 383
hiperconformidad: 684
hipercorticismo. *Véase* síndrome de Cushing
hiperemotividad: 266, 660
hiperestesia: 489; histérica, 282; sensorial, 265
hiperfagia: 255, 558, 562, 565; *binge eating disorder*, 558; en las demencias fronto-temporales, 766; maniaca, 489
hiperfemineidad: 289
hipermimia: 61
hipermnesia: 57-58, 489
hipermodulación: 487
hiperorexia: 64

booksmedicos.org

hiperprolactinemia: 825
hiperprosexia: 63
hiperproteinemia: 382
hiperquinesia: 844; síndrome hiperquinético de los neurolépticos, 824
hipersensorialidad: 488
hipersentimentalidad: 304
hipersintonía: 487
hipersomnia: 265, 474, 583; comórbida, 583; diurna (en la depresión), 472; idiopática, 583; recurrente, 583
hipertensión: arterial: 184, 206, 265, 315, 381, 647; y alcoholismo, 648; portal, 648
hipertermia: 384
hipertimia: 61, 451, 456, 817, 821
hipertiroidismo: 580, 769
hipertonía: 824
hipervigilancia: 63, 271, 312, 318
hipnología: 575-588
Hipnos, 575
hipnosis: 40-41, 101-102, 105, 157, 319, 830-832; cognitivo conductual, 843; conversiva, 159; definición, 843; tradicional, 843
hipnoterapia: 842-843
hipnóticos: 79, 575, 586; estudio general, 806; no benzodiacepínicos, 807
hipocampo: 84, 85, 89, 92-94, 265, 345, 368, 648, 768, 828
hipocondria: 251, 258, 267, 294, 300, 770; caso clínico, 331-332; comorbilidades, 325; *cum materia*, 324; delirante (mayor), 328-329; descripción clínica, 326-327; el médico imaginario, 327; epidemiología, 325; evolución, 327-328; factores de riesgo, 325; formas clínicas, 328; histérica, 328; historia, 323-324; mayor, 324; melancolía y depresión, 329; melancoliforme, 333; y neurastenia, 330; neurótica, 284; neurótica (menor), 324, 328; obsesiva, 328; ostentadora, 328; otros trastornos psíquicos de expresión corporales, 329-331; psiconeurótica, 333; psicopatología psicoanalítica, 332; psicoterapias, 333-334; relación médico-paciente, 326; *sine materia*, 324, 327; síntomas hipocondriacos, 181, 182; tiempo suspendido, 326; tratamientos medicamentosos, 334
Hipócrates: 34, 276, 323, 340, 377, 433, 451, 467, 515
hipófisis: 265
hipogonadismo: 649
hipokalemia: 382, 564, 566
hipomanía: 262, 452, 485; caso clínico, 506; crónica, 490; descripción clínica, 490-491
hipomimia: 62, 471
hipoparatiroidismo: 769
hipoprosexia: 63
hiporexia: 64
hipotálamo: 265, 560

booksmedicos.org

hipotensión: arterial, 265, 382; ortostática, 721
hipótesis James-Lange: 264
hipotiroidismo: 768
histamina: 821
histeria: 40-41, 43, 62, 63, 65, 97, 102, 104, 144, 195, 232, 251-252, 254, 258, 263, 272, 277, 283, 295, 302, 309, 325, 340; y afecciones psicosomáticas, 284; ataques, 40; y Charcot, 40; comorbilidades, 278; de angustia, 258, 263; de conversión, 181, 285, 329; descripción clínica, 279-281; enfoque psicoanalítico, 287-289; epidemia, 277; epidemiología, 278; estudio clínico, 281; estudio general, 275; historia, 275-276; hospitalización, 290; Lacan, 289; locura histérica, 284; masculina, 280, 286; personalidad (caso clínico), 286-287; psicopatología cognitiva, 289; psicopatología psicoanalítica, 287-288; psicoterapia, 290; quimioterapia, 290; síntomas psíquicos, 283; sobrepasada, 328
historicidad: 113-114
histrionismo: 279, 281, 770; historia, 275
Hoch, P.: 533
Hoffman, R.: 359
hogar: 205; de atención médica, 737, 878; de doble tarifa, 737; hogares-alojamiento, 723; ocupacional, 878
Holanda: 460
Hölderlin, F.: 36
holding materno: 538, 549
hombre moderno y patología de la insuficiencia: 616
hombre y el animal, comparación de algunas conductas entre el: 133
homeostasis: 44, 91, 93; alienante, 162; de los sistemas, 154; familiar, 54, 157, 159, 162; sueño, 578
homicidio: 659
hominización: 104
Hong Kong: 592
Honigman: 309
hospital de día: 205, 860; de La Velotte, 858; en paidopsiquiatría, 835; en psicogeriatría, 723
hospitalización y atención: a solicitud de un tercero, 20, 206, 208-210, 211, 414, 493, 599; alternativas, 860; bajo coacción, 783, 788; conjunta (madre-bebé), libre, 173, 207, 209; 784; de los menores, 212-213; de tiempo completo en paidopsiquiatría, 690; en psiquiatría, 206-207; por decisión del representante del Estado, 38, 206, 210-212, 492-493, 748; sin consentimiento, 791
hospitalocentrismo: 170
Hugo, Victor: 720
Hugues: 533
humor (afectividad): cambio de, 486; depresivo, 470; estado mixto, 491; inversión del, 486; maniaco, 486; semiología, 60-61; trastornos, 449, 465

booksmedicos.org

humor, disregulación disruptiva del: 453
humores, teoría de los: 34, 323, 451
Hungría, suicidio en: 599
Huss, Magnus: 637
Husserl, Edmund: 121, 143, 146, 148-149

ictus: 763
ideación suicida: 471, 594, 600, 609
idealización: 548, 683, 702
ideas: de incurabilidad, 471; de influencia, 56; de negación, 473; de referencia, 56; delirantes, 55, 452-453; fijas, 55; fijas postoníricas, 55; hipocondriacas, 473; megalomaniacas, 449; melancólicas, 473; obsesivas, 294; suicidas, 468
ideas delirantes: de grandeza, 56, 453; de indignidad, 56, 743; de persecución, 473, 743; de perjuicio, 766; de ruina, 471, 473, 743; de robo, 766; místicas, 56
identidad-identificación (reacomodos en la adolescencia): 703
identidad: 114, 569, 702; crisis de (y paternidad), 775; y embarazo, 773; de la parentalidad, 776; de percepción, 103; narrativa, 148; sexual, 667
identificación: 101, 110; capacidad, 683; con el objeto, 597; con un yo grandioso, 663; histérica, 281; identificaciones en la adolescencia, 702; narcisista, 461; proyectiva, 110, 356, 547, 688; reacomodos identificatorios en el psicodrama, 836
idiocia: 41, 339, 377, 727
idiom of distress (idiomas del sufrimiento): 196
idiotas: 40, 727
idiotismo: 346, 727
igualdad de oportunidades: 880
ilusiones: 59, 64, 378; corporales, 530; de la memoria, 58; familiares, 162
illness: 198; narrativas, 198
imagen: del cuerpo, 561, 569; trastornos de la imagen corporal, 733
imagenología: cerebral, 89-90, 119, 243-244, 345, 358; de tensión de difusión, 243; funcional, 244; resonancia, 243
imaginario: 111
imago parental: 258, 709
IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa): 469, 479-480, 808-813, 826; efectos secundarios, 811; estudio general, 810
imbéciles: 40, 727
imipramina: 808-809, 813
IMPC (Instrumento de Medida de los Progresos Clínicos): 744
impotencia: 282, 330, 767; aprendida, 463; sexual, 64
impulsiones: 263; agresivas, 314; verbales, 53
impulsividad: 61, 319, 343, 475, 527, 546, 560, 599, 659, 743, 747
impulsivo, tipo (personalidad emocionalmente lábil): 534
incapacidad: de trabajo, 217; de estar solo: 542

booksmedicos.org

incesto: 669; prohibición, 104
incisivo (efecto). *Véase* antiproductivo, efecto
incoherencia: 54; del pensamiento, 348
incompletud: 101
inconsciente: 22, 44, 95, 101-102, 107, 111, 119-120, 160, 181, 194, 230, 287-289, 319, 355-356, 386; cognitivo, 94, 119, 123, 127-129; cognitivo (definición), 124; descubrimiento del, 101-102; en psicología cognitiva, 119
incorporación: 109; del objeto y melancolía, 460
incuria: 755
Indias Orientales Neerlandesas: 194
índice de masa corporal (IMC): 561
indignidad: 755
individualización: 611
indocumentados: 203
Indonesia: 194
inercia: 405, 707
inestabilidad: 265, 281, 282, 451, 470, 521, 531, 534-535, 537, 548, 552, 581, 660, 663, 685-686, 699, 705, 764, 766, 769; afectiva (acceso maniaco), 487; conductual, 599
infancia, especificidad de la: 681
infanticidio: 780
infantilismo: 405, 699
informática: 48, 89, 117
informe Lazarus-Strohl: 753
Inglaterra: 38, 44, 46, 84, 151, 167, 168, 239, 604, 837, 853
inhibición: 28, 53, 62, 99, 103, 123, 126-127, 254, 257, 265, 267, 278-279, 302, 316, 441, 689, 755; cognitiva, 297; depresiva, 454-455; de la libido, 316; del proceso de decisión, 304; en las neurosis, 254; falta de, 238; intelectual, 283; voluntaria y consciente, 122-123
inhibidores de la GnRH: 678
inmotivación: 404
insatisfacción en las neurosis: 254, 257
inseguridad: 455
INSERM (Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica): 246, 657
insight (introspección): 22, 245, 305, 677, 743
insomnio: 265, 374, 579-580; asociado, 580-581; causas ambientales, 581; causas orgánicas, 580; causas psiquiátricas, 581; causas tóxicas, 581; crónicos, 579; idiopático, 579, 581; ocasional, 579; primario, 581; psicofisiológico, 579, 581; tratamientos medicamentosos, 586; trastorno de percepción del sueño, 581
instinto: 99; gde autoconservación, 108; de conservación, 98; sexual, 98
institución: de día, 860; mental, 171, 860; psiquiátrica, 617, 850, 860, 862, 866; terapéutica, 850

booksmedicos.org

Instituto: de Psicosomática de París (Ipso), *véase* Escuela de Psicosomática de París; Esalen, 158; Internacional de Estadísticas de Chicago, 29; Marcel Rivière (La Verrière), 858; Pinel,744
insuficiencia: hepatocelular, 648; mental, 728; narcisista, 189; *véase también* narcisismo, narcisista; suprarrenal, 768
integridad narcisista: 745
intelectualización: 703
inteligencia: 228; artificial, 117
intencionalidad: 127, 591
interacción: de crisis, 792; intersistémicas, 782; intrasistémicas, 785; padre/hijo, 783
intercambio, 673
interioridad: patología de la, 546; o fisicalidad, 624
interjueces: 52, 69
internamiento: de oficio, 20-21, 35-36, 38; voluntario, 38, 207
International Center for Clubhouse Development (ICCD): 872
International Classification of Sleep Disorders: 579
International Psychogeriatric Association: 719
interpretación psicoanalítica: 105, 114, 833
interpretaciones delirantes: 57
intersubjetividad: 150
intolerancia: a la frustración, 743; a la luz y al ruido, 379
intoxicación: 606; por alcohol, 41; alcohólica aguda, 644
intransigencia: 703
intrincación/desintrincación de las pulsiones: 109
introversión social: 232
introyección: 109
invalidez, pensión de: 877
inventario: de ansiedad de Beck, 230; Multifásico de la Personalidad de Minnesota, 231; tipológico de Myers-Briggs, 231
investimento: 99; erótico, 674; narcisista, 674
Iowa Grambling Task: 119
iproniazida: 808-810
ipseidad: 148
irritabilidad: 379, 475, 527, 706; maniaca, 487
Israël, L.: 279-280
ISRS (inhibidores específicos de la recaptura de serotonina): 304, 469, 479, 572, 721, 808, 809, 811, 812, 815
Italia: 46, 161, 166, 168, 174, 856, 860, 872

Jackson, Don D.: 157
Jackson, J. H.: 94, 348
Jacobson, E.: 842

booksmedicos.org

Jakobson, R.: 111
jamais-vu: 380
Janet, Pierre: 22, 55, 102, 223, 251-252, 262, 275, 283, 289, 293-294, 318, 331, 341, 830-831
Japón: 871
Jaspers, Karl: 142, 144, 366-367
Java: 194
Jeammet, P.: 557
Jeanneau, Augustin: 28, 280, 37, 373, 386, 451
Jensen, W.: 372, 386
jergonofasia: 407
job coach: 880
Jones, M.: 166-167
Jornadas Nacionales de Prevención del Suicidio: 598-599
juego: maniaco, 488; patológico, 300, 613, 625-629, 632, 717; tipos de resolución, 629
juez de libertades y de detención: 211-212
juicio: distorsiones, 437; falsedad de, 57; trastornos, 57
Jung, Carl Gustav: 43, 106, 355, 390, 516
Juppé (disposiciones): 175

Kafka, F.: 370
Kahlbaum, K.: 340-341, 407-408, 451
Kanner, L.: 686, 734
Kasanin, J.: 352
Kennedy, J. F.: 45, 871
Kernberg, Otto: 518, 533, 536, 540, 543, 545, 548, 549, 597, 615, 662
Kestemberg, Évelyne: 396, 398, 541, 551, 569, 675, 702, 836
ketamina: 609
kindling: 137
kinesiterapeuta: 842
Klein, Melanie: 44, 109, 110, 270, 356, 357, 459-460, 547, 662, 688-689, 746, 781, 856
kleinismo: 109
Kœchlin, P.: 855
Kohut, Heinz: 110, 549, 662
Koro: 194-195
Korsakoff, síndrome de: 384, 647, 770
Kraepelin, Emil: 41-42, 106, 194, 195, 295, 309, 341, 346-347, 352, 366, 391, 405, 407, 408, 433-434, 440, 450, 454, 456, 467, 491, 500, 516, 527, 657, 712
Krafft-Ebing, Richard von: 252, 433, 667
Kretschmer, E.: 389, 439, 517, 527
Kris, E.: 110

booksmedicos.org

Kuhn, T.: 241

L'automatisme psychologique: 294
L'Elan retrouvé (El impulso recuperado), asociación: 858
L'Investigation psychosomatique: 185
La Borde: 166; clínica de, 856-857
La Bruyère, Jean de: 515
La Chesnaie: 166
La interpretación de los sueños: 42, 102
La Velotte (hospital de día): 858
labilidad: del humor, 487; emocional, 660
Laborit, Henri: 45, 802
Lacan, Jacques: 28, 44, 104, 111, 270, 289, 356, 357, 444, 598, 631, 776
Lagache, Daniel: 59, 97, 223, 224, 444, 516
laguna amnésica: 57
Laing, Ronald: 46, 160, 168, 855
lamotrigina: 509, 815, 817
Lantéri-Laura, Georges: 23, 27, 35, 39, 51, 53, 56, 433, 870
lapsus: 57, 288
Laroque (comisión): 723
Lasègue, C.: 557
Latah: 194
láudano: 608
Laufer, M.: 702
laxantes: 562
Lazarus-Strohl (reporte): 753
Le Guillant, L.: 855, 858
Le Horla: 771
lealtad invisible: 361
Lebovici, Serge: 46, 62, 398, 689, 782, 836, 856
Ledermann, ley de: 627
legislación: en psiquiatría (estudio general), 205; sobre los tóxicos, 218
Legrand du Saulle, H.: 294, 433
lenguaje: 28, 43, 45, 48, 95, 99, 103, 104, 111, 129, 137, 226, 279, 288, 378, 406; analógico, 157, 840; digital, 157; sobre la enfermedad, 200; disgregación, 340; en la esquizofrenia, 347, 356; en la hipocondria, 326; interior y alucinaciones, 359; de órgano, 333, 356; semiología, 53
Lenoir, René: 752
Lepoix, Charles: 280
leprosería: 35
leptosoma: 390
lesión en la idea: 276

booksmedicos.org

letargia: 34, 377-378
leuprorelina: 678
Leuret, François: 39
Lévi-Strauss, Claude: 44, 111
Levin, Kurt: 47
ley (psicoanálisis): 104, 776
Ley: 180 del 13 de mayo de 1978, 46, 173; 181 de 1991 (Italia), 872; Community Mental Health Centers Act (Estados Unidos), 167, 871; de 1901, 167, 857; del 2 de enero de 2002, 875; del 4 de agosto de 2004, 599; del 4 de marzo de 2002, 167, 206, 221, 246, 875, 882; del 5 de julio de 2011, 206, 208, 741, 748; del 5 de marzo de 2007, 213-214, 216, 219, 693; del 10 de agosto de 2007, 219; del 10 de julio de 1987, 879; del 11 de febrero de 2005, 173, 216, 874, 879; del 12 de diciembre de 2005, 219; del 12 de febrero de 2005, 857; del 17 de junio de 1998, 219, 676; del 18 de marzo de 2003, 220; del 21 de julio de 2009, 176; del 25 de febrero de 2008, 219, 748; del 25 de julio de 1985, 169, 205; del 26 de diciembre de 2001, 882; del 27 de junio de 1990, 206, 741; del 30 de junio de 1838, 38, 205, 206, 208, 740-741, 852; del 30 de junio de 1975, 216, 859; del 31 de diciembre de 1970, 219, 617; del 31 de diciembre de 1985, 169; del 31 de diciembre de 1987, 596; del 31 de julio de 1991, 175; Mental Health Act (Inglaterra), 167; sobre los servicios de salud (Quebec), 167
Lhermitte, J.: 557
libido: 99, 103, 181, 259; de objeto, 103; del yo, 103; estasis de la, 182; narcisista, 103, 182, 332; objetal, 332
Lidz, Théodore: 156
Liebowitz, escala de fobia social de: 230
Lille: 177
límites entre lo real y lo imaginario, borramiento de los: 688
lipemanía: 294, 450
litio: 480, 493-494, 505, 508-510, 601, 721, 702, 811, 814-815, 817, 818, 826, 828; contraindicaciones, efectos secundarios, 815-816; estudio general, 815; interacciones, 815; sobredosis, intoxicación, 816
litioterapia: 481
localización cerebral: 43
locura: 339; aguda con fiebre, 34; circular, 39, 450; crónica sin fiebre, 34; de doble forma, 450; de la duda, 39, 55, 294, 298; discordante, 347; *folie à deux*, 435; histérica, 284; historia, 34-35; pelagroide, 770; periódica, 41; razonante, 434; social,753; tema de la, 22; sistematizada, 41
Loewenstein, Rudolph: 110
lógica de supervivencia: 759
logorrea: 53, 489
Lombroso, C.: 657
Londres: 160, 166

booksmedicos.org

lorazepam: 271, 387, 790, 803, 806
Loudoun, posesas de: 276
loxapina: 374, 387, 415, 445, 494, 820
LSD: 63, 138, 609
Luces, Siglo de las: 35, 596
lúdico, contacto y comportamiento: 487
Luis Felipe: 38
Luis XVI: 850
lumbalgias: 284
lupus eritematoso sistémico: 770
Luria, Alexandre: 229

M'Uzan, Michel de: 185-186, 611
Mac Arthur, estudio de evaluación del riesgo de violencia: 747-748
macropsias: 60
Madame Bovary: 280
madre: calurosa, fría, 542; imprevisible, en la psicopatía, 663; muerta (fantasma, complejo), 542
maduración en el niño: 681-682
Magnan, Valentin: 40, 324, 366-367, 433, 657
magnetoencefalografía: 85
Male, Pierre: 702
Malestar en la cultura: 745
malformaciones cerebrales: 649, 732
maltrato: 670, 676, 686
mamíferos: 99, 112
mandato de internamiento provisional: 212-213, 220, 693
manía: 34, 37, 39, 41, 339, 377; aguda, 490; aspectos históricos de la, 484; confusa, 490-491; delirante, 412, 490, 716; sin delirio, 262, 657; descripción general de la, 486; y fenomenología, 150-151; formas clínicas de la, 492; furiosa, 827; periódica, 37; psicopatología psicoanalítica, 462-463; puerperal, 780; razonante, 294; secundaria, 505; secundaria a un AVC, 765; en el sentido de obsesión/compulsión, 484; con síntomas psicóticos, 485; sin síntomas psicóticos, 485
manía, hipomanía: comorbilidad de la, 485; complicaciones de la, 485; epidemiología de la, 485
manía, maniaco: en la terminología psiquiátrica, 484
maniaco, acceso: enfoques psicoterapéuticos del, 494-495; descripción clínica del, 486; evolución del, 491; formas secundarias del, 491; funcionamiento mental del, 489; hospitalización del, 493; síntomas de alerta del, señal, 486; síntomas somáticos del, 489-490; tratamiento del, 493-494; trastornos del pensamiento del, 488; trastornos psicomotores del, 488-489
manierismo: 146, 341

booksmedicos.org

manifestaciones: penianas dolorosas, 583-584; somáticas en el niño, 685
manipulación destructora: 675
máquina natural viviente: 839
Marandon de Montyel, E.: 853
marcadores: biológicos, 242; cromosómicos, 87; esquizofrenia y psicosis afectivas, 368; genéticos, 87
Marchiafava-Bignami, enfermedad: 648
Marmottan: 617
Marty, P.: 185, 187-189, 324-325, 331, 457, 835
Más allá del principio del placer: 43, 108, 318
masculinidad: 232
masoquismo: 183, 615; moral, 551; primario, 356; reajustes masoquistas, 190; sexual, 672
maternalidad: 773-774; transformaciones de la, 774
maternidad: 774
Maturana, H.: 840
Maupassant, G. de: 771
Mc Dougall, J.: 614
MDMA (metilen-dioxi-metilanfetamina): 609
mecanismos de defensa: 104, 683
mediación fantasmática:675
medicina: china, 196; experimental, 237; india, 196; mágico religiosa, 196; de la persona, 28; psicosomática, 183; tradicional, 196-197
médico: coordinador, 219, 677; imaginario (hipocondria), 327
Médicos del Mundo: 756
médico-social, sector, estructuras del: 170-171
medidas de acompañamiento: judicial; 216; social personalizada, 216
medidas sociales en psiquiatría (estudio general): 870-884
melancolía: 34, 39, 41, 294, 300, 329, 333, 377, 450, 472, 597, 789; autoacusación, 188; características melancólicas, 453; descripción clínica de la, 472; y fenomenología, 149, 151; e hipocondria, 323, 334; forma ansiosa de la, 473; forma delirante de la, 473; forma estuporosa de la, 473; historia de la, 450, 467; psicopatología psicoanalítica de la, 459-461; simple, 450; y suicidio (psicoanálisis), 597; teoría psicoanalítica de la, 106-107
melatonina: 587
Melbourne: 391
Meloy, R.: 662
Meltzer, D.: 110
memoria: 99; almacenamiento de la, 58; codificación de la, 58; de corto plazo, 58; no declarativa, 58; enfoque neurocognitivo de la, 58; declarativa, 58; episódica, 58, 360; explícita, 120, 360; implícita, 120; de largo plazo, 58; memorias verbales parásitas, 359; procesal, 58; restitución de la, 58; de los rostros, 135; semántica, 58;

booksmedicos.org

trastornos, estudio general de la, 57; trastornos de la, e histeria, 283
ménades: 484
Mental Research Institute (MRI): 157
Mental Research Institute: 157
mentalidad de grupo: 837
mentalización: 186-187, 269; *borderline* y adolescencia (cuadro XLVI.2), 705; falta de, 746; los tres ejes de la, 186-187
mente humana: 840
mentismo: 65; vespertino, 472
meprobamato: 805
metacognición: 127
metacomunicación: 155
metadona: 618-619
metapsicología: 98, 102-103, 188
metilfenidato: 692
método: anatomoclínico, 712; cronobiológico, 587
Meynert, T.: 386
mianserina: 808, 809
miastenia: 804
micropsias: 60
midriasis: 382
miedo, biología del: 92
miedo a hablar en público: 267
mielinización: 138
mielinosis centro-pontina: 648
migración: 550
Milán: 160
mimetismo: 281
mímica: 157
Mini Mental Test (MMT): 382
Minkowska, F.: 517
Minkowski, E.: 57, 142, 143-145, 149, 150, 346, 393
Minuchin, S.: 158, 163
mioclonia: 827
Misès, R.: 685, 729, 733, 734
mismidad: 148
mito familiar: 616; de la armonía familiar, 616; de la expiación, 616; de la marginalidad, 616; y toxicomanía, 616
mitomania: 484
mixedema: 768-769
modafinil: 587, 610
modelización animal en medicina; 135-136

booksmedicos.org

modelo(s): en alcohología, 638-639; animal del conflicto, 136-137; animales, 89, 237; animales (estudio general), 135-136; animales de la depresión, 93; animales de terapia electroconvulsiva, 94; animales de las psicosis, 138; animales y psiquiatría, 132, 133, 135, 136-137, 138, 139-140; de ansiedad en roedores, 136; de antropología general (en etnopsiquiatría), 198; autosómico, 296; biológico de las fobias, 92; biomédico, 870; biomédico de la urgencia psiquiátrica, 787; bio-psicosocial, 605, 870; biosocial de Linehan, 537; bivariado, 605; celulares, 88; clínicos de la depresión, 454; de la comunidad terapéutica, 166-167; diátesis/estrés, 593; epidemiológico (en etnopsiquiatría), 195-196; etnomédico (en etnopsiquiatría), 196; de explicación, 199; fármaco-inducido, 138; de la fobia en psicoanálisis, 270; freudiano, 110; genético, 78; genéticos animales, 88; inicial de Freud, 106; internos operantes, 134; de Kernberg de los estados limítrofes, 536; de la lengua y el inconsciente, 44; matemático, 89; médico clásico, 68; monovariado, 605; multifactorial, 68; negativo-positivo, 346; neurocognitivo, 138; del neurodesarrollo, 138; de la neurosis actual, 332; de la neurosis en psicoterapia, 834; nosológico (en etnopsiquiatría), 195; pasteuriano de la enfermedad, 245; psicoanalítico, 257; psicopatológicos, 29; relacional, 154; de las relaciones intersubjetivas, 103; de la sectorización, 169; teóricos de la angustia en Freud, 268-269; del tercer sector, 168; del tratamiento institucional, 835; de tres dimensiones en la esquizofrenia, 348; trivariado, 605; validez del, animal, 136; vulnerabilidad/estrés, 876; de vulnerabilidad a las adicciones, 135
modulación, falta de: 487
modularidad, teoría de la: 48
Molière: 324
monitoring central: 359
mono-amino-oxidasa (MAO): 501-502
monoaminas cerebrales: 87, 93, 242
monofobias: 263
monoideísmo: 55, 63; depresivo, 471
monolitismo: 437
monomanías: 55, 252, 262, 294, 432, 467
Montpellier: 35, 37
Montreal: 744
morbilidad: indicadores, 70; psiquiátrica, 72
Moreau, J. de Tours: 355, 368, 385
Morel, B. A.: 40, 262, 294, 340, 367, 657, 853
Moreno, J. L.: 835
Morfeo: 575
morfina: 41, 608
morfinismo: 605
morfopsicología: 517
mortalidad: 68-70, 72, 74, 79, 343; en la esquizofrenia, 343; suicida, 69; no suicida, 70

booksmedicos.org

Morton, R.: 557
movimientos individuales de vida y de muerte: 185
muerte del padre: 631
muerte súbita: 583
mundanización: 143
mundo, presunta evidencia del: 149
municipalidades: 170
Múnich: 346
musitación: 53
mutismo: 53, 341, 402, 405, 489; depresivo, 471; electivo, 685; maniaco, 488, 492
Mutualista de la Educación Nacional: 858
Myers-Briggs, inventario tipológico de: 231

Nacht, S.: 459-460, 461
nalmefeno: 652
naltrexona: 652
Nancy: 40, 831
narcisismo: 107, 355; primario, 355; secundario, 355; teoría psicoanalítica, 106
narcisista: contrato, 757; hemorragia, 356; patología, en la toxicomanía, 662-663
narcolepsia: 579, 582
Narcóticos Anónimos: 621
narraciones de la enfermedad: 198
narrativas: 245
National Institute for Clinical Excellence: 572
náusea: 265
necesidad de logros: 616
necrofilia: 673
negación: 356, 547, 662, 675, 588, 710; de la realidad, 107, 346, 863
negativismo: 402, 405, 408, 858; evolución, 425
negativo/positivo, la distinción: 348
negligencia de sí mismo en la esquizofrenia: 406
Nemiah, J. C.: 188
neo-realidad: 346, 355, 709
neologismo: 54, 402, 404; semántico, 54
neonecesidad: 614
Nerval, Gérard de: 76
nerviosismo: 266
neurastenia: 41, 77, 252, 256
neuroanatomía: 243
neurobiología: 242, 244
neurociencias: 24, 26, 31, 44, 48, 83-84, 86, 88, 89-90, 91, 92, 94, 118, 129, 134, 151, 172, 236-237, 245; cognitivas, 134; y fenomenología, 151; sociales, 134-135

booksmedicos.org

neurofenomenología: 151
neurofisiología: 43, 48, 83, 97
neurogénesis: 84, 94
neurolépticos: 45, 62, 64, 79, 138, 241, 304, 334, 344, 349, 362, 387, 389, 441, 446, 721; de acción prolongada (NAP), 429, 446, 823; acción adrenolítica, 824; acción anticolinérgica, 824; atípicos, 818; en caso de melancolía, 480; clasificaciones, 819; definición histórica, 819; efecto ansiolítico, 821; efectos clínicos e indicaciones, 822; efectos cognitivos, 822; efectos endócrinos y metabólicos, 825; efectos indeseables y tóxicos, 823-824; efectos neurovegetativos, 824; en la esquizofrenia, 361-362; estudio general, 818; farmacocinética, 823; interacciones medicamentosas, 826; modo de acción, 819, 821; sedantes, 586
neurología: 23, 25-26, 44, 48, 94, 95, 97, 169, 252, 324
neurolupus: 770
neuromediadores: 560, 670
neuronas espejo: 85-86
neuropéptidos: 135
neuroplasticidad: 87
neuroprótesis: 86
neuropsicoanálisis: 95
neuropsicología: 48, 99, 117, 129, 244
neurosífilis: 771
neurosis obsesiva: caso clínico de, 301; comorbilidades, 297; descripción clínica de la, 297; diagnóstico diferencial de la, 300; epidemiología, 296; historia de la, 293; investigaciones biológicas, 296; mecanismos de defensa en la, 302; y melancolía, 473; psicocirugía y la, 305; psicopatología cognitiva, 303; psicopatología psicoanalítica, 301-302; psicoterapias cognitivo-conductuales, 304-305; tratamientos medicamentosos, 304; tratamientos psicoanalíticos, 305
neurosis: 38, 251, 259; actual, 181-182, 183, 257-258, 324, 332, 585; alcohólica, 640; de angustia, 252, 258, 262-263; de carácter, 521; cardiaca, 251; clínica general de las, 253; de coacción, 252, 294-295; descompensación de una, 473; de destino, 521; del estòmago, 251; fóbica, 104, 252, 258, 262-263; de fracaso, 521; de guerra, 309; historia de la, 251; impulsivas, 614; infantil, 689; invalidantes, 260; narcisista, 107; obsesiva, 104, 252, 254, 258; de órgano, 183, 251; personalidades de las, 518; postraumáticas, 252; en el siglo XIX, 262-263; del sistema ganglionar visceral, 294; teoría psicoanalítica de la, 104; de terror, 309; de transferencia, 105, 107, 834; traumática, 182-183, 252, 314, 317, *véase* estado de estrés postraumático; traumáticas, historia de las, 309
neuroticismo: 516
neurotransmisores: 238
neurotrofinas: 345
neurovegetativo: efectos de los neurolépticos, 824; síndrome, trastorno, 181; sistema, 252

booksmedicos.org

neutralidad benévola: 227
nialamida: 809, 810
Nicholson, J.: 296
Nietzsche, F.: 36
NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental): 72
niño: agitado, 683; empobrecimiento intelectual, 694-695; fase del niño adulto, 686; inhibido, 683; mecanismos de defensa, 687; naturaleza de las angustias predominantes, 687-688; perspectivas evolutivas, 694; prepúber, 672; procesos de pensamiento, 687; protección judicial, 693; relación de objeto, 687; reordenamiento neurótico-normal, 694; superdotado, 685-686
nistagmus: 647
nitrazepam: 806
no-restraint: 853
noemas: 147
Nombre-del-Padre: 357, 776, 781
noradrenalina: 45, 93, 242, 469, 501, 560, 809, 810, 828
norma: estadística, 700; sociológica, 700
normal y lo patológico, lo: 113; y las adicciones, 626; y la adolescencia, 700
normotimia: 451
Noruega: 161
nosofobia: 55, 267, 298
nosografía: 29
núcleo *accumbens*: 821
Nueva York: 47, 156, 872
Nyx: 575

objeto: anaclítico, 546; de apuntalamiento, 455, 544; contrafóbico, 267; encontrado/creado, 111; de evacuación, 544; fobógeno, 55, 254; mediador, 876; obligación, de tratamiento: 676, 748-749
obnubilación: 63, 313; de la conciencia, 380
observación: campo de, 226; clínica, 226; naturaleza de los observables, 226; secuencia de la, 226; situación de la, 226
Observatorio Europeo de las Políticas Nacionales de Lucha ontra la Exclusión Social: 752
Observatorio Francés de las Drogas y las Toxicomanías (OFDT): 646, 649
Observatorio Nacional de la Infancia en Peligro: 220
obsesión: 254; historia, 293
obsesiones: 55, 252, 262-263, 294, 298, 300-301, 340, 432-433; ideativas, 55, 298; impulsivas, 298; fóbicas, 55, 298
obsesivo-compulsivo, espectro: 300
obsesivos: acumuladores, 298; lavadores, 298; verificadores, 298
obtusión, de la conciencia: 63

booksmedicos.org

Occidente: 199
odio: 108; de sí mismo, 108; inconsciente, 671
odontalgia: 475
olanzapina: 304, 397, 415, 427, 442, 445, 493, 508, 509, 552, 572, 790, 818-820, 825
Olivenstein, C.: 605, 610-611, 617
omega melancólica: 27, 470
omnipotencia: infantil, 682; vivencia de, 489-490
OMS. *Véase* Organización Mundial de la Salud
onda P300: 85, 244, 390
onda P50: 390, 392
onirismo: 380, 386-387; intercambio consciente-inconsciente, 386; psicopatología del, 385-387
onomatomanía: 55, 298
operaciones defensivas: 519
opiáceos: 608
opio: 608
opistótonos: 282
oposición: depresión reactiva/depresión endógena, 457-458; depresión-episodio/depresión-constitución, 458; esquizofrenias/psicosis crónicas sistematizadas, 349; entre *illness/disease*, 198; internistas/alienistas, 831; melancolía/depresión, 457; neurosis/psicosis, 339-340; paranoide/paranoico, 433; persuasión/sugestión, 832; psiconeurosis/psicosis, 831; psicosis orgánicas/psicosis funcionales, 349; psicoterapia institucional/atención institucional, 856; tradición francesa/tradición alemana, 831; trastornos del pensamiento/trastornos del afecto, 352
oposición/sumisión: 520
Oppenheim, H.: 309
oralidad: 460
ordalía: 617
Organisation Internationale de la Vigne et du Vin: 637
Organización Mundial de la Salud: 29, 167, 173, 195, 239, 277, 295, 310, 391, 419, 422, 451, 485, 558, 605, 626, 728
organización social: 99
organizaciones limítrofes de la personalidad: 662, 709
organogénesis: 23, 25, 41, 111, 169
órganos de los sentidos: 99
orgasmo alimentario: 569
otro: 111, 776, 781
Oury, J.: 166, 856
overdose: 608
oxazepam: 271, 387, 803
Oxford: 318, 467

booksmedicos.org

oxitocina: 135, 236

paciente: designado: 154, 161; designación del (en el seno de la familia): 361
pacientes, derechos de los: 221; psicóticos crónicos en situación de calle: 754
padre/hijo: consulta, 684; disfunciones interactivas, 734
padres, funcionamiento de los: 683
paidofilia: 668, 672; y la legislación francesa, 672
paidopsiquiatría: 23, 75; atención multifocal, 692; consulta terapéutica en: 689; dispositivos de atención, 690; diversidad de la atención, 690; duración del tratamiento medicamentoso, 692; hospitalizaciones de tiempo completo, 691; introducción, 681; psicodrama, 690; psicoterapia analítica, 690; psicotrópicos, 691; reeducación, 690; terapéuticas institucionales, 690; terapia familiar, 161; terapias conductuales y cognitivas, 690; terapias mediatizadas de inspiración analítica, 690
palabra: 28
palabras tabú: 122
Palazzoli, M. S.: 160
palilalia: 54
paliquinesia: 62
Palo Alto: 156, 157, 160
pánico, ataque de: 258, 263, 268, 271, 343
Pankow, P.: 357
panofobias: 263
Papez, circuito de: 770
paradigma: animal, 136; experimental, 128; experimental cognitivo, 124; en psiquiatría, 39
paradoja: tendencia a la, situación paradójica: 156, 158
paraexcitación: 190, 303, 305, 317, 613-614, 687, 747
parafilias: 64; benignas, 669; descripción clínica, 671; en el DSM, 668; estudio general de las, 667, 668-669, 670, 671, 673, 676, 678
parafrenia: 41, 433-434; descripción clínica y tipos de la, 440-441; hebética: 340-341; historia de la, 340-341
parálisis: general, 40, 771; histérica, 282; ocular, 647; del sueño, 583; supranuclear progresiva, 719, 766
paralogismos: 54
paramimias: 62, 408
paramnesia: 58
paranoia: 232, 333, 342, 349, 355, 357, 432, 433, 435, 437, 438, 441-442, 443, 446; caso clínico, 441; historia, 339-340; psicopatología psicoanalítica, 443; teoría psicoanalítica de la, 107; urgencia, 789
paranoia/esquizofrenia, en la psiquiatría norteamericana: 435-436
paranoica, descompensación, en la hipocondría: 327
paraquinesias: 62

booksmedicos.org

parasomnia: 579, 583; de transición vigilia-sueño, 583; del sueño lento ligero, 583; del sueño lento profundo, 583; del sueño paradójico, 583
parcial, 110; pérdida de, 107; de la pulsión, 111; primario, 109, 113, 541-542; en psicoanálisis, 106-107; de la psiquiatría, 28; total, 110; utilización del, 541
Parchappe, M.: 853
parentalidad: 773; cualidades de la, 776
parentalización: 775
parentificación: 776, 782
parestesias: 384
París: 35, 37, 69, 256, 354, 443, 753, 795, 802, 882
paroxetina: 271, 285, 304, 809, 811, 813, 814
parto: 773
Pasche, F.: 270, 707
pasividad: 520
paso al acto: 56, 61, 254, 279, 283, 300, 305, 328, 331, 381, 404-406, 409, 411, 437, 439, 600, 656, 660, 675, 710; en la esquizofrenia, 404; heteroagresivo, 755; heteroagresivo, paranoia, 438; en la institución, 749; sexuales médico legales, 488; suicida, 789; suicida, en la psicosis alucinatoria crónica, 440
paternalidad: 775
paternidad, y trastornos psicóticos: 781
patología: de la insuficiencia, 616; mental, historia, 34; narcisistas, en el niño, 694; de la voluntad, 657
patoneurosis: 182
pattern: 231
Paumelle, P.: 30, 46, 166, 169, 854, 856, 859
Pávlov, I.: 47, 91, 238, 516
pelagra: 648
peligrosidad: 351, 749; abuso de alcohol, 743; abuso de tóxicos, 743; alcohol, 741; caso clínico, 744-745; condiciones sociales, 743; criminológica, 740-741; de la hipnosis, 832; epidemiología, 741-742; esquizofrenia, 741-742; estudio clínico, 742; evaluación, 742; factores de protección, 743; factores de riesgo, 742-743; instrumentos de evaluación, 744; marco de la atención, 746; paranoia, 438; psiquiátrica, 740-741; psiquiátrica y articulación con el sistema judicial, 748; psicopatología psicoanalítica, 745-746; terapéutica, 746; tóxicos, 741; trastornos de la personalidad, 743; tratamiento medicamentoso, 747
penetración: 289
penfluridol: 415
pensamiento: desreal, 54; disgregación del, 340; difluente, 407; eco del: 65, 402; mágico, 302, 708; obsesivo, 188; operatorio, 188-189, 607; trastornos del contenido del, 55; trastornos del curso del, 54
pensamientos, aparato para pensar los: 111
pensión de invalidez: 79

booksmedicos.org

pensión para adultos discapacitados: 79, 217, 413, 877
pequeño Hans, El: caso clínico, 269
percepción-conciencia, sistema: 103
percepción: alteraciones de la, en la confusión mental, 380; de la imagen del cuerpo, 561; inconsciente, 123; subliminal, 127; trastornos de la, 58
pérdida: de la categoría del sentir, 145, 146; del contacto vital con la realidad, 145; de la corriente de la vida, 146; de las distancias, 676; de la evidencia natural, 145, 146; libidinal, 188; narcisista, 188; de objeto, 461; del objeto, 597; de la realidad, 346, 355; de sentido, 542
perinatalidad, trastornos psiquiátricos en la: 777
periodos de crisis en el niño: 686
peritaje: civil, 218; penal, 218; psiquiátrico, 217
perplejidad: ansiosa, 313, 381; esquizofrénica, 147
persona vulnerable: 220
personalidad: abandónica, 458, 550; anaclítica, 458, 550; anancástica, 293, 299, 528; ansiosa evitativa, 518; ansiosa, 518, 529; antisocial, 518, 527, 641, 568; *borderline*, 534, 548, 594, 658, 705, 754; ciclotímica, 518; como si (*as if*), 549; cualidades de la, 516; dependiente, 277, 299, 529, 534, 536, 754; dependiente, según la CIE-10, 536; desagregación de la, 349; desorganización de la, 340; desorganizacion, dislocación, fragmentación de la, 404; disocial, 518, 527, 658, 754; emocionalmente lábil, 518, 534, 754; epiléptica, 764; esquizoide, 525, 527; esquizotípica, 518, 530; del estado limítrofe, y exclusión social, 755; evitativa, 299, 325, 529; explosiva, 521; en *faux-self*, 681; fóbica, 529; en función de los tipos, 515-516; hipomaniaca, 518; hipotímica, 452; histérica, 279, 280, 528; histriónica, 278, 528; limítrofe, 283, 475; lúpica, 770; múltiple, 277, 283; narcisista, 518, 530, 534, 535, 539, 548; obsesiva, 293, 299; obsesiva-compulsiva, 299, 325, 518; paranoica quejumbrosa, 527; paranoide, 316, 437, 518, 526; patológica, 515, 516, 519, 521; psicopática, 281, 475, 518, 527; sensitiva, 439, 527; de tipo psicopático, 734; tipos psicoanalíticos de, 520; trastorno, definición del DSM-5, 525; trastornos de la, 657, 743; trastornos de la, *cluster* ansiedad-miedo, 525; trastornos de la, *cluster* dramatización-emotividad, 525; trastornos de la, *cluster* extrañeza-excentricidad, 525; trastornos de, según el CIE-10 (cuadro XXXV.1), 525; trastornos de, según el DSM-5 (cuadro XXXV.2), 526; trastornos, grupos o *clusters*, 525; trastornos, la noción, 524; trastornos, según la CIE-10 y la DSM-5, 524; traumático-neurótica, 316
personas en situación de calle: exilios y traumatismos de, 755; y psicosis, 754; trastornos graves de la personalidad de, 755
persuasión: 831
perversidad: 668
perversión: instintiva, 657; moral, 668; narcisista, 662, 668, 675; sexual, 668
perversiones sexuales: 64; calificaciones penales de las, 671; clasificación CIE-10 de las, 668; descripción clínica de las, 671; enfoques cognitivos de las, 676; enfoques familiares y sistémicos de las, 676; enfoques psicoanalíticos de las, 674;

booksmedicos.org

epidemiología de las, 669; estadísticas judiciales, 669; estudio general de las, 667; fondo depresivo de las, 671; historia de las, 617; marco de la atención pluridisciplinaria de las, 677; naturaleza autoerótica de las, 675; como negativa de las neurosis, 674; principios de tratamiento de las, 677; psicoterapias de grupo, 677; psicoterapias individuales, 677; quimioterapias hormonales, 677; quimioterapias, 677; secreto profesional, 677; seguimiento sociojudicial, 677; sentimiento de ceder a un impulso, 667; técnicas psicodramáticas en las, 677; terapias cognitivo conductuales, 677; terapias de inspiración analítica, 677; terapias de mediación corporal, 677
perversiones: 185
perverso polimorfo, sexualidad: 674
pesadillas: 381, 583
pesimismo: 472
Piaget, J.: 229
Pichon Rivière, E.: 837
Pinel, P.: 34, 36-39, 97, 223, 262, 294, 377, 432, 467, 484, 657, 712, 727, 829, 852, 859
piromanía: 62, 626
Pitres, A.: 55, 263, 294
placebo: 237
placer: 100; autoerótico, 100; principio del, 101
plasticidad histérica: 279
poblaciones desfavorecidas: 753
poblaciones extranjeras: accesibilidad a los tratamientos, 202
polaquiuria: 265
Polatin, P.: 533
Policlínica, de Berlín: 109
polifagia: 64, 406, 425
polimedicación, polifarmacia: 721
polipnea: 316
polisomnografía: 576, 580
poliuria: 265
Pontalis, J.-B.: 838
Por el camino de Swann: 257
porfiria aguda intermitente: 769
Portugal: 873
Poseidón: 575
posición: depresiva, 110, 460; esquizo-paranoide, 109, 357, 460
posparto, trastornos psiquiátricos del: 779
post traumatic stress disorder: 310
postulado delirante: 438
potenciales evocados cognitivos: 85

booksmedicos.org

potomanía: 64
praxias: 45
prazepam: 803
precariedad: 661, 752, 756; social e infantil, 686-687
preconsciente: 186, 373
preesquizofrenia: 389, 391, 527
prenatalidad, trastornos psiquiátricos: 777
preocupación materna primaria: 111, 455, 774
prescripción del síntoma: 158
presencia fallida: 145
presentación: semiología, 53; subliminal, 125, 128
presunción: 145
prevalencia: 612
prevención: primaria, 80; secundaria, 80; terciaria, 80
primer desorganizador: 540
principio: de no discriminación, 880; de placer, 112; de placer-displacer, 187
procesos: de asfaltización, 759; de autopunición reprimida, 613; de desafiliación, 752; esquizofrénico, en la adolescencia, 708; estratégicos inconscientes, 126; de exclusión, 756; explícitos, 119; implícitos, 119; inconscientes en el grupo, 838; mentales inconscientes, 833; de parentalización, 775; primarios, 103, 688-689; de reasignación, 760; de rehabilitación, 882; secundarios, 687, 689
procurador de la República: 213, 214, 215, 220
prometazina: 790, 808
pronóstico: 659
propanolol: 805
protección de los bienes: 221, 877
protección materna e infantil: 682, 693
proteómica: 87
Proust, Marcel: 257, 575
proyección: 357, 688; familiar, 683; en la paranoia, 444
proyecto médico social y exclusión social: 760
prueba(s): de Apercepción Temática (TAT), 233; de aptitud, 227; diferencial de aptitud (DAT), 229; de inteligencia, 228; del laberinto, 139; de nivel, 227; proyectiva, 232; psicométrica, 619; de Rorschach, 232; de Rorschach y toxicomanía, 663; de Wechsler, 728; de Wisconsin, 392
psicastenia: 232, 252, 258, 294
psicoanálisis: 24, 26, 42-43, 48, 97-99, 101, 105, 108-112, 114, 180, 183, 224, 227, 230, 236, 269; y antropología, 194; corrientes posfreudianas en, 109; definición del, 833; de las enfermedades orgánicas, 183; y estructuralismo, 44; de la institución, 856; y psicoterapias, 845-846; en la psiquiatría, 112
psicoanálisis, desexualización del: 277
psicocirugía: 305

booksmedicos.org

psicodinámica, teoría: 98
psicodisléptico, efecto: 237
psicodrama: analítico grupal, 836; historial, 835; psicoanalítico, 834
psicoeducación: 876
psicoestimulante, efecto: 237, 822
psicoestimulantes: 79, 138; anfetamínicos, 692
psicofarmacología: 83, 236
psicogénesis: 23
psicogeriatría. *Véase* psiquiatría del individuo de la tercera edad
psicolisis: 720
Psicología fisiológica: 47
psicología: 26; su campo, 117; científica (de Freud), 98; clínica, 223-224, 226, 227, 233; de las cogniciones, 118; cognitiva, 45, 46-47, 117, 118, 125, 126-129; comunitaria, 176; conductista, 46; diferencial, 224, 227; de las emociones, 118; enfoque computacional, 117; experimental, 46, 224, 303; del yo, 110
psicometría: 227
psicomotricidad, trastornos de la: 61
psicomotricista: 842
psiconeurosis: 251, 252, 257-258, 263; de defensa, 104, 258, 295, 519; narcisistas, 333, 461
psicopatía: 75, 232, 521, 533; agresividad frente a las frustraciones en la, 660; apaciguamiento y estabilización en la, 661; atención institucional de la, 664; atención multidisciplinaria de la, 664; biografía como origen de la, 659-660; carácter constitucional de la, 657; caso clínico de, 661; comorbilidades de la, 659; complicaciones de la, 661; correlación con el comportamiento violento y la, 659; dependencia en la, 660; descripción clínica de la, 659; desocialización en la, 661; enfoques cognitivo-conductuales de la, 663; enfoques familiares de la, 663; enfoques neuropsicológicos de la, 663; enfoques psicoanalíticos de la, 662; enfoques psicoterapéuticos de la, 664; epidemiología de la, 659; erotización de las relaciones sociales en la, 660; estudio general de la, 656; evolución de la, 661; exclusión en la, 661; y exclusión social, 755; exigencias megalomaniacas en la, 660; expresiones paranoides y persecutorias en la, 660; historial de la, 656; impulsividad de la, 660; inestabilidad afectiva y tímica en la, 660; investigaciones biomédicas de la, 659; marginalización en la, 661; necesidad de satisfacción inmediata en la, 660; organización de la personalidad de expresión psicopática, 658; origen y desarrollo de la, 662; pasividad en la, 660; prevención de la, 664; principios del tratamiento de la, 664; rehabilitación social de la, 664; riesgos de la, 661; por rupturas afectivas y familiares, 662; situación nosográfica de la, 657; sociología de la, 656; terapia comunitaria de la, 665; terapias conductuales y cognitivas de la, 665; trabajo en equipo para el tratamiento de la: 664; trastornos de tipo prefrontal en la, 659; tratamiento medicamentoso de la, 664; trayectoria en la, 660; vida sexual en la, 661
psicopatología: 224; de la vida cotidiana, 288

booksmedicos.org

psicorigidez: 437
psicorreorganizador, efecto de los neurolépticos: 424, 821
psicosedante, efecto: 237
psicosexual, evolución: 98
psicosexualidad: 181
psicosis: 333; anfetamínica, 138; de carácter, 521; clasificaciones empíricas de la, 348; clínica general de la, 345; y creatividad, 76; de desaferentación, 716; diferencia histórica neurosis/psicosis, 339-340; disociativa, 283; emergente, 389; escala SAS II, funcionamiento social, 230; y exclusión social, 752; de expresión deficitaria, 733; frías, 551, 569, 675; funcionales, 349; y funcionamiento institucional, 862; histérica, 372; historia del término, 251, 339-340; infantiles, 687, 694, 733; de inicio en la adolescencia, 708; interictales episódicas, 764; introducción general de la, 339, 340, 342, 344, 345, 346, 348, 350-351, 352, 355, 357, 359, 360, 362, 444, 446; orgánicas, 349; pasionales, 434; periódica, 450; personalidades, 518; postictales episódicas, 764; psicoanálisis y, 106, 107; psicopatología psicoanalítica, 355; puerperal, 780, 827; y sueños, 355; tardías, 716, *véase también* psicosis agudas, psicosis alucinatoria crónica, psicosis crónicas sistematizadas
psicosis agudas: delirantes agudas, 366; descripción clínica de las, 369; diagnóstico diferencial de las, 370; entrevistas en el tratamiento de las, 374; epidemiología de las, 367; factores de riesgo en la, 368; historial de las, 366; hospitalización como tratamiento de las, 374; investigaciones biológicas de las, 368; y paternidad, 780-781; pronóstico de las, 371; psicopatología psicoanalítica de las, 372; sintomáticas, 370; tratamiento de las, 374
psicosis alucinatoria crónica: 443; caso clínico, 443; descripción clínica de la, 440; historia de la, 434
psicosis crónicas sistematizadas: 347, 432, 433, 435, 436, 437, 438, 440, 441; actitudes terapéuticas de las, 444; en la clasificación francesa, 436; clínica de tipo neurótico, 441; evolución de las, 441; historia de las, 434; hospitalización, como tratamiento de las, 445; nosografía de las, 435; reacciones depresivas, 441; seguimiento a largo plazo de las, 445; tratamiento de las, 444-445
psicosomática: 257-258, 835; familias psicosomáticas, 571; historia de la, 180, 182, 183, 185, 186, 187-188, 189, 191; psicoanalítica, 180-181, 191; psicoanalítica, corrientes posfreudianas, 183
psicoterapia: 22, 95, 224, 225, 245, 332, 361; acondicionamientos de la, 834; de apoyo, 845; asilar, 852; breve, 793; campo de aplicación de la, 829; cognitiva y rehabilitación, 876; cognitivo-conductual, estudio general, 843; derivada del psicoanálisis, 834; enfoque estratégico en la, 159; escritos técnicos de Freud, 833; estudio general de la, 829; en etnopsiquiatría, 841; evaluación de la, 245; evolución de la, 845; formación en la, 845; según Freud, 832; de grupo, 836; histeria, 291; historia de la, 829; institucional, 165-166, 169, 172, 835, 854-857; de la madre-lactante, 783; nacimiento de la, 830-831; y necesidades de los pacientes, 846; de las neurosis, 259; neurosis traumáticas, 319; en el niño, 690; el paradigma

booksmedicos.org

psicoanalítico de la, 833; psicoanalítica, 272, 319, 833; de las psicosis, 834; psicosomática, 189; reeducación, 830; en el siglo XIX, 832; sistémica, 158; surgida del psicoanálisis, 846; técnicas tradicionales de atención, 842; técnicas tradicionales en la, 202; trastornos de la personalidad, 521
psicóticos, episodios, y pubertad: 703
psicotismo: 422, 516
psicotraumatismo. *Véase* síndrome, de estrés postraumático
psicotrópicos: 610, 721; estudio general de los, 801; historia de los, 802
psicotrópicos, medicamentos: 23-24, 45, 79, 80, 237-238, 244, 266, 290, 304, 319, 379, 384
Psichiatria Democrática: 46
psiquiatra-psicoterapeuta: 845
psiquiatría del adolescente: 698, 700, 701, 702, 704, 706, 707, 709, 710
psiquiatría del individuo de la tercera edad: adicciones, 717; depresiones, 715; enfoques psicoterapéuticos de la, 722; especificidad clínica de la, 713; evolución de las patologías psiquiátricas, 714; historial de la, 712; patologías ansiosas y neuróticas, 714; patologías demenciales, 719; psicopatología, 720; sitios de vida y sitios de atención, 723; suicidio, 717; terapéutica, 720; tratamientos medicamentosos, 721; trastornos bipolares, 715; trastornos cognitivos, 716; trastornos del humor, 715; trastornos del sueño, 717; trastornos psicóticos, 716
psiquiatría y la neurología, aproximación de la, 854
psiquiatría: autonomía de la: 25; de la adolescencia, 23; alemana, 41; en la Antigüedad grecorromana, 34; y antropología, 194; ciudadana, 168; comunitaria, 165-168, 169-173, 175-177; deontología, 205, 206, 208, 210, 211, 213, 215, 217, 218, 220, 221; etnopsiquiatría, 193; historia, 34; marco legislativo, 205, 206, 208, 210, 211-212, 213, 215, 216-217, 219, 220, 221; del niño, 681, 683, 684, 685, 687-688, 689, 690, 692, 693, 694, 695; su objeto, 28; riesgo de etnicización de la, 201; su saber, 26; y salud mental, 30; y teoría de sistemas, 154, 155, 157, 159, 160, 161; de sector, 166, 169, 171-173, 859, *véase también* sectorización; social, 165-168, 172, 173, 175, 176; transcultural, 193
psiquiátricos, trastornos: y afecciones cerebrovasculares, 765; y afecciones neurodegenerativas, 766; y afecciones neurológicas, 767; y avitaminosis, 770; y embarazo, 773, 778; y enfermedades endocrinas, 768; y enfermedades infecciosas, 771; y enfermedades sistémicas, 770; y epilepsia, 763; e intoxicaciones, 770; y perinatalidad, 777; del posparto, 779; del posparto y la hospitalización, 783; y trastornos metabólicos, 769; y traumatismos craneales, 767
psiquismo: 19, 22, 24-26, 28, 31, 98-100, 102, 104, 106, 111, 112-114, 191, 194, 197, 230, 236, 258, 259, 262, 323, 356
psiquización: 113, 269
Psychopathia sexualis: 667
Psychopathy check list-revised de Hare: 658
Psychotherapy-Q-Set: 245

booksmedicos.org

PTI. *Véase* psicoterapia institucional
pubertad: 288, 340, 686, 703
puerperalidad: 773
puesta en acto: 61-62, 675
puesta en escena: 671
pulsiones: 112; de autoconservación, 106, 181, 288; economía, 181; intrincación/desintrincación, 109; de muerte, 43, 108-109, 182, 188, 356, 373, 460, 546, 746; parciales, 674; sádicas, 109, 302; satisfacción, 99; segunda teoría de las, 108; segunda teoría de las, 746; sexuales, 98, 106, 109, 182; teoría de las, 98; unión/desunión de las, 109, 182; de vida, 182, 356, 460, 546; del yo, 98, 106
punto de vista del desarrollo: 702
purga: 34
Pussin, J.-B.: 37, 851

Quebec: 166, 167, 176
queja en el niño: de las instituciones, 682; intrafamiliar, 682
quimioterapias. *Véase* psicotrópicos, medicamentos

rabdomiolisis: 825
Racamier, P.-C.: 20, 348, 357, 386, 396, 460, 461, 594, 662, 668, 675, 773-774, 784, 834-835, 856-858, 863
racionalismo: 35; mórbido, 57, 145, 390
rachacha: 608
Rado, S.: 613
Ramón y Cajal, S.: 45
Rank, O.: 43
rapid eye movements: 577-578
raptus: 61, 341, 404; agresivo, 315; ansioso, 266, 315; impulsivo, 471
raquialgias: 185, 187
rayos X: 89
reacción(es): aguda a un factor de estrés, 310; aguda a un factor traumático, 312; de angustia, 313; delirantes, tras un traumatismo, 313; de evitación, 318; a un factor de estrés, 310; histéricas, 313; patológicas a los acontecimientos de vida, 309; de sobresalto, 314; terapéutica negativa, 759
reactividad emocional: 487
readaptación: 858; concepciones psicodinámicas, 876; terapia de, 875
realización alucinatoria del deseo: 188
reanimación mental: 722
receptor. *Véase* monoaminas cerebrales
recidiva: 677
recién nacido, competencias del: 776-777
reclamo: alucinatorio, 743; de atención, 218, 219, 748-749; de autonomía, 616; doble,

booksmedicos.org

155; paradójico, 158; terapéutico, 218, 617
reconocimientos, falsos: 384
recovery: 872, 875
recurso al acto: 675
rechazo: 355; alimentario: 64, 472; psíquico, 107
redes: de tratamiento, 206; en psiquiatría, 881-882
reduplicación, proyectiva: 185
reeducación: ortofónica, 690; psicomotriz, 690
reestructuración cognitiva: 844, 876
reflejos condicionados: 45
Régis, E.: 55, 263, 267, 294, 378, 379, 435
regla fundamental: 105
regresión: 103, 105, 186, 187, 315, 355, 569; del acto al pensamiento, 302; en la esquizofrenia, 346-347, 405; esquizofrénica, evolución, 425; al estadio del sadismo, 597; libidinal, 185; narcisista, 182; oral, 569; somática, 185-186
regularidad/irregularidad del funcionamiento mental: 187
rehabilitación: el alojamiento, 877; concepciones conductuales y cognitivas, 876; concepciones psicodinámicas, 876; en los diferentes países, 871; en los Estados Unidos, 871; estudio general de la, 870; en Francia, 873; inserción profesional, 878; en Italia, 872; social, 841; y sociedad, 879; terminología en, 870; trabajo en medio protegido, 879; tratamientos de readaptación, 875
Reich, W.: 520
Reino Unido: 166, 572, 747, 784, 872, 873
relación: diádica, 540; dual, 689; fetichista, 569; objetal, 620; de objeto con carácter primitivo, 688; de objeto narcisista, 462; de objeto, en la toxicomanía, 662; de objeto, teoría, 109; de reciprocidad, 660; segura, 615; triangular edípica, 689
relación terapéutica: 27, 31, 112, 169, 200, 305, 319, 333, 414, 415; en psicosomática, 189
relajación: 842
relajamiento de las asociaciones: 54, 404
relegación, de las poblaciones extranjeras: 202
rememoración: 101
reminiscencia: 101
Renacimiento: 323
renta de solidaridad activa (RSA): 877
renunciación: 614
reparación: 110
repetición: 702; compulsión de, 108; mecanismo de, 99
repliegue narcisista: 688
representación: consciente, 99; de cosas, 99, 103, 111, 356, 372; inconsciente, 99; inconsciente, cognitiva, 124-126; mental, 101, 121; de palabra, 99, 111, 356, 372; de sí mismo, 836

booksmedicos.org

represión: 102, 107, 122, 181, 258, 269, 289, 355, 519, 831
represión: 181
requisición: 217
residencias, servicios: 723
resignación: 756
resistencias: 22, 99, 699, 833; análisis de las, 105
resonancia fantasmática: 837
resonancia magnética nuclear: 243
respuesta, exposición y prevención de la: 304
restablecimiento, noción de: 875
restricción alimentaria: 561-562
retorno de lo reprimido: 519
retracción: 159
retraimiento: 405; depresivo, 708; psicótico, 708; social, 752
retraso mental: 77, 228; causas, 730; descripción clínica, 732; epidemiología, 730; grave, 729; ligero, 729; límite, 729; medio, 729; medios, semiología, 732; patologías orgánicas en relación con los retrasos mentales, 731; profundo, 729; profundo y grave, semiología, 732; profundo y ligero, semiología, 732
retrasos y deficiencias mentales: casos clínicos, 734-736; el equipo tratante, 737; enfoques psicoterapéuticos, 737; epidemiología, 726, 730; estudio general, 726; historial, 726-727; medidas educativas, 737; nosografía, 728; terapéutica, 736; tratamientos institucionales, 737
reviviscencia: 314
Revolución francesa: 37, 596
Revolución industrial: 240
Rey Lear: 720
Ribot, T.: 294
Ricœur, P.: 44, 148
riesgo: relativo, 73, 239-240; suicida, 594
rinencéfalo: 265
risperidona: 304, 334, 371, 372, 374, 385, 387, 397, 415, 443, 445, 493-494, 790, 819, 820, 825
ritalín: 610
ritmo: circadiano, 502, 578; ultradiano, 578
rivalidad binocular, fenómeno: 124-125
roedores, modelos: 136-137
Rogers, C.: 227
Roma: 161
Roques, informe de: 624
Rosen, J.: 357
Rosenfeld, H.: 110, 856
Rousseau, J.-J.: 353

booksmedicos.org

Roussillon, R.: 543, 546, 759
Ruan: 753
Ruech, G.: 839
rumiaciones: ansiosas, 128; centradas en la muerte, 599
ruptura: escolar, en la adolescencia, 710; con lo real, 688; de tratamiento, 709-710
Rush, B.: 625
Russell, G. F. M.: 558

Sade, marqués de: 36
sadismo: 108-109; oral, 460; sexual, 672
sadomasoquismo: 668
Saint-Alban, hospital de: 856
Saint-Médard, convulsionarias del cementerio de: 276
Sainte-Anne, hospital: 753
Sakel, M.: 45, 290
Salerno: 35
Salpêtrière: 43, 277, 281, 712, 831
Salud Mental y Adicciones (Sameta): 754
salud mental: 19, 30, 43, 68, 69, 77, 78, 80, 168-169, 173, 177, 196
salvaguarda de justicia: 214
san Agustín: 596
Sartre, J.-P.: 352
Satir, V.: 159
satisfacción: 99, 112
Saussure, F. de: 44
Saussure, R. de: 111
Science and Human Behavior: 631
science and technology studies: 241
Scorsese, M.: 296
Schilder, P.: 330
Schneider, K.: 42, 452, 516, 521, 657
Schreber, caso: 357
Schreber, D. P.: 443
Schutzenberger, A.: 835
SDF (sin domicilio fijo): 752
Searles, H.: 357, 856
sectorización: 30, 46, 169, 171, 206. *Véase también* esquizofrenia, psiquiatría de sector
secure base: 455
Sechehaye, M.: 357
seducción, narcisista: 858
Segal, H.: 110
Segantini, G.: 460

booksmedicos.org

Séglas, J., criterio de: 475
segregación: 36, 45, 175
seguimiento socio-judicial: 219
Seguin, E.: 727
seguro, estilo: 134
self instructional training: 844
self: 110, 545
Selye, H.: 184
semántica: 125
semiología psiquiátrica (presentación general): 51, 53, 55, 56, 61, 62, 64, 66
Séneca: 590
sentido, búsqueda de: 114
sentimiento: de incurabilidad, 472; de vacío, 676
señalamiento: de un menor, 220; de peligrosidad, 220; de una persona vulnerable, 220
señales de seguridad: 270
separación: 611; neurología/psiquiatría, 169
ser-en-el-mundo: 143
Sérieux, P.: 433, 434, 853
serotonina: 45, 93, 238, 242, 271, 296, 304, 319, 369, 446, 469, 479, 501-502, 537, 560, 572, 659, 670, 677, 721, 805, 809, 810, 821, 826, 828
sertralina: 304, 809, 813, 814
servicio(s): de ayuda y de urgencia, 788, 794, 803; médico-psicológico regional, 206, 748
Servicio de Ayuda Médica Urgente (SAMU): 207; social, 752
servicios médico-psiquiátricos: 595, 748
servicios: médico-sociales, 692-693; pedagógicos, 692-693; socio-judiciales, 692-693
sesgo: atencional, 271; de respuesta, 121
seudodebilidad: 733
seudodelirio de perjuicio: 759
seudohostilidad: 156, 361
seudomutualidad: 156, 361
seudoneurótico, patología del niño: 695
seudopsicosis: 756
sevicias: 755
Sèvres, encuentros de: 857
sexos: diferencia de los, 104, 289; retractación de la percepción de la diferencia de los: 674
sexualidad: genital, 100; en grupo, 673; infantil, 100, 129, 288, 682; perversa, 100; en psicoanálisis, 99; psicología cognitiva, 122; trastornos de la, 63-64
SGOT (aspartato aminotransferasa): 646
SGPT (alanino aminotransferasa): 646
sí mismo: ataque de la imagen de sí mismo en la adolescencia, 706; grandioso, 540, 549,

booksmedicos.org

663
sida: 617
sífilis: 661, 771
Sifneos, P. E.: 188, 607
significación inconsciente: 690
signo de Argyll-Robertson: 771
silogomanía: 718
simbiosis madre-bebé: 776
simbólico: 111, 688; orden, 357
simbolización: 113, 181, 687, 732; deficiente, 615; procesos de, 104
Simmonds, M.: 557
Simon, T.: 727
sin domicilio fijo (SDF): 752
sinapsis, 45, 85, 138
sincronías cerebrales: fenómenos, 126
síndrome: de alcoholismo fetal, 649; ansioso-depresivo, 255; de apneas del sueño, 582; de autoexclusión, 758; de automatismo mental, 65; de Briquet, 330; de Charles Bonnet, 716; conductual de la ansiedad, 265; confusional del individuo anciano, 716; confusional, insuficiencia suprarrenal, 768; de Cotard, 328, 329, 473, 481, 716; de la *couvade* o empollamiento, 781; de Cushing, 768; demencial, 718, 764; de dependencia al alcohol, 644; de desincronización (*jet-lag*), 584; de deslizamiento, 718; de desmoralización, 756; de despersonalización no psicótica, 756; de Diógenes, 268, 719; disociativo, 54; doloroso, 277; de estrés postraumático, 289; extrapiramidal, 815; extrapiramidal de los neurolépticos, 824; físico de la ansiedad, 265; frontotemporal, 718; de Ganser, 277, 283; general de adaptación, 184; de Gilles de la Tourette, 301; de Gougerot-Sjögren, 770; hebefreno-catatónico, 408; hipernictameral, 584; de influencia, 60, 65, 403; de Korsakoff, 384, 647, 770; ligado a la cultura, 194; maligno de los neurolépticos, 825; mental de la ansiedad, 265; de los movimientos periódicos de los miembros, 583; parkinsónico, 824; de las piernas inquietas, 579; poscaída del individuo anciano, 715; presuicida, 599; de Raynaud, 805; de referencia, 64, 107, 403, 407, 408, 410; de repetición, 314, 318; somático en la depresión, 452, 457, 472; subjetivo de los traumatizados craneales, 767
sinestesia: 59
Singapur: 592
sinistrosis: 316
síntesis mental, debilidad de la: 831
síntomas: accesorios, 348; de alerta de acceso maniaco, 486; de expresión corporal, 181; fundamentales, 348; negativos, 348; neuróticos en los traumatismos, 315; positivos, 348; en psiquiatría, 26; señal, de acceso maniaco, 486; de superestructura en los traumatismos, 315
sintomatología: histérica en el niño, 694; neurótica en el niño, 694; obsesiva en el niño,

booksmedicos.org

694
sintonía: 149
sistema(s): abierto, 839; artificiales, 118; biológicos, 118; dinámico, 224; familiar, 682; interactivos, 782; límbico, 606; público de salud, 48; de representación, 197; rígidos, 702; simbólicos, 197; teoría de los, 47, 91, 98, 154-155, 157, 159, 160-163, 185, 242, 265
sitiomanía: 64
situación clínica difícil: estancamiento terapéutico de la, 740; estudio general de la, 740; terapéutica de la, 746
Sivadon, P.: 858, 859
Skinner, B. F.: 47, 270, 631, 844
sobredosis: 612
sobreinvestimento del cuerpo: 714
socialización: 744
sociedad: Francesa de Investigación en Readaptación, 873; de hiperconsumo, 624; Psicoanalítica de París, 185; de Psicogeriatría de Lengua Francesa, 713
sociedades con finalidad social: 873
socio-judicial, seguimiento: 219
sociogénesis: 23, 25
sociología: 26, 230
sociópata: 656
socioterapia: 858
Sócrates: 590
sofocación histérica: 323
Sófocles: 484
solicitud: de atención, 792; manifiesta, 682
somalcoholosis: 640
somatización: 186, 255, 277, 325, 330, 331; por desvinculamiento pulsional, 186; por procesos, 186; por regresión, 186
somatognosia: 65
somatomorfos, trastornos: 75, 252, 277, 295, 325
somníferos, estudio general: 806
somnolencia: 265, 647; diurna, 381, 581
sonambulismo: 62
Spaltung (escisión): 283
speed-ball: 608
Spitz, R.: 455, 550, 662
Stern, A.: 533
subconsciente: 831
subjetividad: 634
sublimación: 185
succión: 100

booksmedicos.org

Suecia: 872
sueño, trastornos del: 575, 578-579, 580-581, 583, 584-585, 586, 588; consejos de higiene para los, 587; descripción clínica de los, 579; enfoques cognitivos de los, 586; epidemiología de los, 578; psicopatología psicoanalítica de los, 585; relajación en los, 587
sueño: 237-238; de fase, 584; fases del, 575, 576; fisiología del, 576; lento ligero, 577; lento profundo, 577; paradójico, 576, 577-578; REM (o MOR), 577-578; retardo de fase del, 584
sueños: 585-586, 684; despiertos, 372, 386; hipnología y trastornos del, 575; en psicoanálisis, 102
sufrimiento depresivo, acciones contra el: 706-707
sufrimiento psíquico y exclusión social: 756
sugestión: 40, 831, 843; historia, 830; psicoterapeuta, 832
sugestionabilidad: 830
suicidaire (suicida potencial): 591
suicidant (suicida fallido): 591
suicidé (suicida): 591
suicidio: 236, 240, 505, 590, 591, 593, 594, 596-597, 599, 600, 601, 628; y adolescencia, 596; altruista, 471; ambivalencia a los tratamientos, 599; antecedentes psiquiátricos del, 600; aspecto médico legal del, 596; de cola de melancolía, 471; complicidad con el, 596; crisis suicida, conducta a seguir, 599; cuidados intensivos, 601; definiciones del, 590; y depresión, 594; dimensión fantasmática del, 600; dimensión narcisista del, 597; enfoque cognitivo del, 598; enfoque psicoanalítico del, 597; enfoque terapéutico del, 600; epidemiología, 591; equivalentes suicidas, 683; escenario suicida, 599; y esquizofrenia, 594, 597; estados limítrofes en el, 594; y estatuto social, 592; estudios familiares, 593; genética, 593; hospitalización, 600-601; imitación del comportamiento suicida, 593; incidencia mundial del, 591-592; indicadores del comportamiento suicida, 597-598; del individuo anciano, 717; del individuo anciano, epidemiología, 591; modelo diátesis/estrés del, 593; modos operatorios del, 592; mortalidad y, 591; motivos manifiestos del, 600; neurobiología del, 593; por intoxicación medicamentosa voluntaria (IMV), 599-600; y patología mental, 593; prevalencia del, 591; prevención del, 598; y prisión, 595; recidivas, 598; responsabilidad administrativa en el, 596-597; responsabilidad penal del médico, 596; y Revolución industrial, 240; riesgo de fallecimiento por, 598; riesgo de, 741; secreto profesional, 597; serotonina y, 593; sobremortalidad masculina, 591; tendencias macroestructurales, 592; tentativas de, 290, 599; tentativas, tasas, 591; y trabajo, 595; los tratamientos, 600; variaciones históricas del, 592; vulnerabilidad biológica, 593; vulnerabilidad psíquica, 599
suicidología: 591
suicidosis: 594
Suiza: 161, 860
sujeto anciano, psicopatología del: 720

booksmedicos.org

sujeto: 111
sulpiride: 819
Sullivan, H. S.: 856
superyó: 103, 181, 288, 302, 597; arcaico y sádico, 662; debilidad del, 662; grado de desarrollo del, 540; sádico, 663
suprarrenales: 265
sustancias tóxicas, difusión y modernización del comercio: 605
Swain, G.: 22, 36, 38, 41, 277, 281, 289, 851, 854, 859
Sydenham, T.: 281, 323

tabacología: 624
tabaquismo: 406, 425, 625
taciturnidad: 706
taedium vitae: 474
tálamo: 92, 265, 648
taller: protegido, 737; terapéutico, 859, 860
tanatofobia: 263
taquicardia: 265, 313, 316, 381
taquipsiquia: 54, 489
taquistoscopio: 122
Tardieu, A.: 667
tasiquinesia: 62, 824
TAT (Test de Apercepción Temática): 233
Tatie Danièle: 720
Tatossian, A.: 142, 144, 147-148, 327
Tavistock Clinic: 160
teatralidad: 275, 279, 528
TEC. *Véase* terapia electroconvulsiva
técnicas: de administración del estrés, 319; conductuales, 876; tradicionales de atención, 842
Tellenbach, H.: 149
temática: mesiánica, en la manía, 488; mística (en la manía), 488
temblores: 265, 313
temor: del derrumbe, 541-543; de muerte inminente, 313
temperamento: 515, 516; ansioso, 266; ciclotímico, 499; y depresión, 458; disposiciones innatas, 516
tendencia antisocial: 662
tentativa: de suicidio, estudio general, 599; de suicidio, y exclusión social, 754
teoría: del apego, 614; del apuntalamiento, 100; de la detección de la señal, 123; de los juegos, 236; de la mente, 119; de la modularidad, 48; de los sistemas, 47, 154, 159, 160, 163; sistémica, 835; del vínculo, 614, 837
terapia(s): breves, 158; cognitivas, 587, 832; conductuales, 842; cognitivas-

booksmedicos.org

conductuales, 135, 245, 260, 272, 297, 641, 843; de exposición, 319; institucional, 834; madre-hijo, 690
terapia electroconvulsiva (TEC), 45, 94, 481, 494, 510; en la depresión, 481; estudio general, 827-828; trastorno bipolar, 509
terapias familiares: 154; estudio general de las, 839; psicoanalíticas, 841; sistémicas, 159, 793, 840; a solicitud de la familia, 840; técnica, 841
terceidad: 104
tercer social: 760
termodinámica: 98, 839
termofobia: 769
testosterona: 670
Thanatos: 108, 575
theory of mind: 119
tiamina: 384-385
tics: 62, 71, 294, 301, 691
tiempo de disponibilidad: 684
tiempo de latencia: 314
tiempo suspendido de la hipocondría: 326-327
timia: 384-385
timidez: 267
timoanalépticos: 451, 808
timoléptico, efecto: 494, 818
Tinbergen, N.: 132
tioxantenos: 819, 823
tipo: atlético, 517; *borderline*, 534; impulsivo, 534; leptosómico, 517; pícnico, 517
tipología: 515; biopsicológica, 515
tolerancia: 606
Tolstói, L.: 459
tomodensitometría: 89
tomografías por emisión de positrones (PET): 90
tonel de las danaides: 758
tópico, punto de vista: 102-103
topofobias: 263
torpeza: 380
Tosquelles, F.: 855, 856
Toulouse, E.: 165
Tourette, G., Gilles de la: 296
Tourette, síndrome de Gilles de la: 300
Towards a theory of schizophrenia: 155
toxicofobia: 263
toxicomanía (s): 77, 161, 638, 695; acompañamiento a largo plazo, 633; acompañamiento psicosocial, 633; en la adolescencia, 611; afectación de la

booksmedicos.org

identidad, 610; afectación del narcisismo, 610; atención institucional, 620; carencias, 611; comorbilidad, 612; complicaciones somáticas, 612; consecuencias sociales, 612; y continuidad del yo, 611; cuadro de atención, 620; descripción clínica, 610; dimensión depresiva, 613; dimensión perversa, 614; dimensión perversa sadomasoquista, 614; sin droga, 569; elecciones fetichistas, 614; enfoque integrativo, 632; enfoques cognitivo-conductuales, 615; enfoques familiares, 616; enfoques institucionales, 617; enfoques multimodales, 633; enfoques psicoanalíticos, 613; enfoques sociológicos, 616; entrevistas motivacionales, 619; en la esquizofrenia, 612; estancias de ruptura, 633; etapas del tratamiento en terapia cognitivo-conductual, 619; estudio general, 604, 605, 607, 608, 610, 611, 613, 615, 616, 618, 619, 621; evolución, 612; falla narcisista inicial, 615; falta de interiorización, 615; como fenómeno social, 605; los grupos, 620; grupos de autoayuda, 621; historia, 604; hospitalización, 618; investigaciones biomédicas, 606; legislación, 218; mortalidad, 612; movimientos transferenciales-contratransferenciales, 620; neurofisiología, 607; neuropsicología, 607; patología de la era transicional, 614; los productos, 607; protección de los bienes, 633; psicoterapia, 633; psicoterapias cognitivo-conductuales, 619; psicoterapias psicoanalíticas, 620; quimioterapia, 618; reanimación del funcionamiento psíquico, 620; recaídas, 633; red de prácticas multidisciplinarias, 617; síntoma de interacciones familiares, 616; y supervivencia psíquica, 615; terapias familiares, 620; terapias sistémicas, 620; tratamiento farmacológico, 633; tratamiento de sustitución, 618; tratamiento, el modelo francés, 617; trastornos asociados, 612; trastornos depresivos, 612; trastornos de la personalidad, 612; vínculo terapéutico, 620; virtudes del apoyo, 611; vulnerabilidades, 611
toxicomanía de objeto: 552
trabajadores sociales: 176
trabajo: de duelo, 703; de envejecimiento, 720; nocturno, 585
training autógeno de Schultz: 842
trance: 159; hipnótico, 843
tranquilizantes: 79, 266, 271, 290, 415; estudio general, 802
transexualismo: 667-668
transferencia: 105, 113, 288, 833, 834; inane, 858; institucional, 856; narcisista, 548; en psicosomática, 184; psicótica e institución, 864
transgénico: 238
transgresión: 611, 616, 656, 710
transicionalidad, estancamientos en la toxicomanía: 614
transindividual, estado psíquico: 838
transmisión: 114; intergeneracional, 361
transvestismo: 668, 672
trastorno(s): de la adaptación, 311; afectivo bipolar, 452, 485; afectivo persistente, 452; de ansiedad, 253, 262, 264, 272, 564, 566, 778; bipolar en la adolescencia, 708; bipolar I, 452; bipolar II, 453; bipolares, 453; *véase* bipolares; bipolares, y

booksmedicos.org

esquizofrenia, 351; cerebelosos, 647; ciclotímico, 453; circadianos, 579, 584; del comportamiento del sueño paradójico, 583; conducta, en el niño, 686; de las conductas en el niño, 685; del control de los impulsos, 300, 626; delirante, 342, 435, 767; depresivo, 315, 452-453; *véase también* depresión; disociativo de la identidad, 283; disociativos, 253, 277; disociativos, histeria, 276, 277, 282-283, 382; distímico, 452; dolorosos, 325, 330; esquizoafectivos, 342, 352, 408, 499; esquizofreniforme, 342, 367; esquizotípico, 342, 409; explosivo intermitente, 626; funcional, 182, 324; de las funciones sexuales, 257; del humor, 449, 465; de la identidad sexual, 667-668; de la identificación, 766; de la imagen corporal, 733; intelectuales, 685-686; intrapsíquicos, en el niño, 686; de la memoria en la histeria, 283; mnésicos, 647; obsesivo compulsivo, 86; obsesivo compulsivo (CIE), 295; obsesivo compulsivo (DSM), 295; obsesivo compulsivo (TOC), 252; obsesivo compulsivo y esquizofrenia, 343; obsesivo compulsivos, 263; *véase* neurosis obsesiva; de palabra y lenguaje, en el niño, 685; de pánico, 252; de la preferencia sexual, 668; psicomotores, en el niño, 685; psicótico agudo polimorfo, 367; psicótico breve, 342, 367; psicótico compartido, 342; psicóticos agudos y transitorios, 342; psicóticos interictales, 764; sexuales, 255; somáticos funcionales, 255; somatomorfos, 252, 277, 295, 325; sueño, 575, 576, 578, 579, 581, 582, 584, 586, 588; del sueño, 255; del sueño en la ansiedad, 265; transitorios en la adolescencia, 629; unipolar, 499; unipolar, tratamiento, 510; vestibulares, 647
trastornos invasores del desarrollo (TID): 686
Tratado médico filosófico sobre la alienación mental o manía: 37, 852
tratamiento: de la información, 270; moral, 38, 40, 727, 829-831; moral, derivación, 851; moral, estudio general, 851; psicoanalítico, 105, 783; de la realidad, 358; sofrológico, 619
tratamientos: biológicos en psiquiatría, estudio general, 801; institucionales, estudio general, 850; psicológicos, estudio general, 829
traumáticas, patologías: 309
traumatismo: 540, 662; Sándor Ferenczi, 541; infantil, 676; y psicosomática, 188; sexual, 101
Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad: 43, 674
triada narcisista: 541
triangulación: 540
tricotilomanía: 300
Tridimensional Personality Questionnaire: 640
Trieste: 177
triolismo: 673
triptorrelina: 678
tristeza: 706; patológica, 454
tuberculosis: 239, 385, 661
Tubinga, escuela de: 389-390
Tuke, D. H.: 239

booksmedicos.org

tumor cerebral: 767
Turcq, P. J.: 625
tutela: 215; para las prestaciones sociales, 216
tychè: 631

úlcera: 187; gastroduodenal: 184
Umwelt: 139
Unafam (Unión Nacional de familias o de amigos de personas enfermas y discapacitadas psíquicas): 173, 875
unidad: de apaciguamiento, 735; de atención intensiva nocturna, 691; de ayuda y de crisis, 554; de ayuda y de urgencia, 414; para enfermos difíciles, 207, 426, 445, 744, 747; hospitalaria especialmente acondicionada, 207; de hospitalización madre-bebé, 784; psiquiátrica intersectorial departamental, 746; de seguridad, 747
unidades de consulta y de atención ambulatoria: 595
unidades para enfermos difíciles: 747, 749
Unión Europea, 880
unión/desunión de las pulsiones: 109
urgencia: médico psicológica, 321; psiquiátrica, 72, 787; psiquiátrica, evaluación de la urgencia, 788
urofilia: 673
URSS: 860
uso nocivo de alcohol: 639
usuarios: 31, 168, 173, 174, 206; y rehabilitación, 874
utilitario, lo: 145

vaginismo: 64
Valbrega, J.-P.: 184
Valéry, P.: 575
valproato: 721, 816
valpromida: 493, 816
van Gogh, V.: 76
Varda, F.: 840
Veil, S.: 753
venlafaxina: 809, 811, 813
ventilación nocturna en presión positiva: 587
ventrículos laterales: 503
vergüenza: 546
verificaciones (agitaciones): 294
vespertina, mejoría en la melancolía: 472-473
vía mesolímbica: 821
victimización: 320
vida: operatoria, 189, *véase también* pensamiento operatorio; de relación, 675

booksmedicos.org

Viena: 45, 97, 833
vigilancia: 45, 271, 378; alteraciones, 124; histeria, 283; esquizofrenia, 360; trastornos de la, 63; trastornos, histeria, 282
vigilia-sueño: 45, 93
VIH: 661, 771
Ville-Évrard, asilo de: 853
Villejuif, hospital de: 747
vínculo: clínico entre angustia y depresión, 455; con el primer objeto, 460; de acompañamiento (en psiquiatría): 692-693; entre exclusión y psicopatología, 752; entre peligrosidad y psiquiatría, 741; externo, 710; genotípico (en el trastorno bipolar): 498; interno, 710; padre/hijo, 663; patológico (infancia), 709; precoz: 614; teorías del, 614; transformación del: 710
violación: 669, 755
Violence Risk Apraisal Guide (VRAG): 744
violencia: fundamental, 746; e institución, 863; sexual, 668
Virchow, R.: 239
viscosidad psicoafectiva: 764
vitaminas: B, 647; B1, 384-385, 387; B1, B6, PP, 649; B6, 387
volición, falta de: 348, 422
volumen globular medio: 646
voluntad, trastornos de la: 61
vómitos: 265; provocados, 562
Von Bertalanffy, L.: 154, 839
Von Economo, C.: 45
Von Foerster, H.: 840
Von Neumann, J.: 47, 839
voyeurismo: 669, 672
vulnerabilidad: factores de, 138; genética, en el niño, 685

Watson, J. B.: 47, 270
Watzlawick, P.: 157
Weakland, J.: 157
Weber, M.: 95
weckanalyse: 290
Wernicke, C.: 44-45
Westphal, C.: 262, 433
Whitaker, C.: 160
Widlöcher, D.: 455, 701, 829, 834, 845
Wiener, N.: 155, 839
Wiener, N.: 47
Willis, T.: 497
Winnicott, D. W.: 110-111, 160, 166, 396, 538, 541, 549, 614, 662, 683, 703, 774, 835

booksmedicos.org

Wisconsin: 174, 241, 872
Wittgenstein, L.: 236
Wundt, W.: 46-47, 98
Wynne, L.: 156, 361

xenopatía: 60, 403; evolución, 424
xerostomía: 721

yo-piel: 303
yo y el no-yo, falta de distinción entre el: 688
yo: 187; auxiliar, 722; corporal, 843; deficiencias en la organización del, 569; desestructuración del, 373; desintegración de las funciones del, 396; escisión del, 65; fragmentación del: 759; grado de integración del, 540; hipertrofia del, 437; ideal, 189, 569; en psicoanálisis, 103; protector, 662
yo/objeto, indiferenciación: 396
Yung y Mc Gorry, equipo: 391
Yvelines: 882

Zazzo, R.: 727-728
Zeus: 575
Zilboorg, G.: 533
zinc: 649
zolpidem: 586, 807
zonas erógenas: 100, 674
zoofilia: 673
zoofobia: 263, 267
zoopsias: 60, 383
zopiclone: 586, 807
Zúrich: 106, 109, 341, 421
Zweig, S.: 459, 528-529
γ-GT (gama-glutamil-transpeptidasa): 639, 646

booksmedicos.org

booksmedicos.org

ÍNDICE GENERAL

Sumario
Prólogo a la edición en español
Acerca de los autores

PRIMERA SECCIÓN.
LA PSIQUIATRÍA ENTRE MEDICINA, BIOLOGÍA Y CIENCIAS HUMANAS

I. *Especificidad de la psiquiatría*
- I.1. La particularidad de la psiquiatría
  - I.1.1. Ejercicio psiquiátrico y ejercicio médico
  - I.1.2. Los internamientos
  - I.1.3. La estructura de la relación médica en psiquiatría
  - I.1.4. La alianza terapéutica
- I.2. La relativa autonomía de la psiquiatría
  - I.2.1. "Organogénesis", "psicogénesis", "sociogénesis"
  - I.2.2. El psiquismo, un "sistema" del organismo humano
- I.3. El saber psiquiátrico
  - I.3.1. Los síntomas
  - I.3.2. Una clínica de la relación terapéutica
  - I.3.3. Nosografía y clasificaciones
- I.4. Psiquiatría y salud mental
  - I.4.1. Salud mental y prevención
  - I.4.2. La desventaja y los derechos del ciudadano

Conclusión
Bibliografía

II. *Historia y evolución de las ideas en patología mental*
- II.1. La psiquiatría de la Antigüedad grecorromana
- II.2. La Edad Clásica
- II.3. Nacimiento de la psiquiatría moderna a principios del siglo XIX
- II.4. La encrucijada del siglo: 1870-1920
  - II.4.1. La teoría de la degeneración
  - II.4.2. Charcot y la histeria
  - II.4.3. La psiquiatría alemana en el siglo XIX: la escuela de Emil Kraepelin

booksmedicos.org

II.5. La psiquiatría del siglo XX
II.5.1. La revolución psicoanalítica
II.5.2. La revolución de la neurología y de las "neurociencias"
II.5.3. La reforma psiquiátrica
II.5.4. El auge de la psicología experimental:conductista y después cognitiva
Conclusión
Bibliografía

III. *Semiología psiquiátrica*
III.1. Examen psiquiátrico y semiología
III.2. Trastornos de los distintos campos del examen clínico
III.2.1. La presentación
III.2.2. Trastornos del lenguaje
III.2.3. Trastornos del pensamiento
Los trastornos del curso del pensamiento
Los trastornos del contenido del pensamiento
Los trastornos del juicio
III.2.4. Trastornos de la memoria
III.2.5. Trastornos de la percepción
III.2.6. Trastornos de la expresión afectiva y emocional
III.2.7. Trastornos de la psicomotricidad, del acto,de las conductas y de la voluntad
III.2.8. Trastornos de la vigilancia, de la atención,de la conciencia y de la conciencia de sí
III.2.9. Trastornos de las funciones fisiológicas
III.3. Aspectos sindrómicos
Conclusión
Bibliografía

IV. *Epidemiología psiquiátrica*
IV.1. Las dificultades de los estudios epidemiológicos en psiquiatría
IV.2. Epidemiología descriptiva
IV.2.1. La mortalidad
La mortalidad suicida
La mortalidad no suicida
IV.2.2. La morbilidad
Indicadores de la morbilidad
Definición de caso
Los estudios en población general

booksmedicos.org

Los estudios en poblaciones infantiles y juveniles
Evolución de la mortalidad y de la morbilidad a lo largo del tiempo
IV.3. Epidemiología analítica
IV.3.1. Investigación de los factores de riesgo
IV.3.2. Encuestas de riesgo relativo
IV.4. Los factores de riesgo de las enfermedades mentales
IV.4.1. Factores sociodemográficos
La edad
El sexo
IV.4.2. Factores psicosociales
El matrimonio
Medio rural y medio urbano
Profesiones
Creatividad y psicosis
El nivel social
Los factores culturales
Los eventos estresantes de vida
IV.4.3. Los factores genéticos
IV.5. Epidemiología experimental o evaluativa
IV.5.1. Evaluación médico-económica
IV.5.2. Evaluación fármaco-epidemiológica
IV.5.3. Evaluación de la calidad de vida
Conclusión
Bibliografía

V. *Psiquiatría y neurociencias*
V.1. Las herramientas de las neurociencias
V.1.1. Cultivos de tisulares orgánicos y función celular
V.1.2. Electrofisiología
Electrofisiología y redes de neuronas
Una aplicación de la electrofisiología:la teoría de las neuronas espejo
Las neuroprótesis, ¿mañana?
V.1.3. Genética
Estudios de población
Genética y biología molecular
Modelos genéticos animales
V.1.4. Imagenología cerebral
V.2. Ejemplos de aplicaciones en la psiquiatría
V.2.1. Biología de las emociones

booksmedicos.org

Estrés y homeostasis
Papel del lóbulo frontal
Biología del miedo
V.2.2. Biología de la depresión
V.2.3. Neurociencias de la conciencia
Conclusión
Bibliografía

VI. *Psiquiatría y psicoanálisis*
VI.1. El nacimiento del pensamiento psicoanalítico
VI.1.1. El recorrido de freud
VI.1.2. Un proyecto de "psicología científica"
VI.1.3. La sexualidad,base y paradigma del psiquismo humano
VI.2. Ubicación de las principales nociones
VI.2.1. El descubrimiento del inconsciente
VI.2.2. Las diferentes hipótesis metapsicológicas
VI.2.3. El complejo de Edipo y la organización triangular del psiquismo humano
VI.2.4. Las neurosis
VI.3. El tratamiento psicoanalítico
VI.4. El ensanchamiento del perímetro de la psicopatología psicoanalítica
VI.4.1. El narcisismo y las psicosis
VI.4.2. El objeto y la melancolía
VI.4.3. Negación y escisión
VI.5. El giro de la década de 1920:la segunda teoría de las pulsiones
VI.6. Corrientes posfreudianas de pensamiento en psicoanálisis
VI.6.1. Las relaciones de objeto
VI.6.2. La psicología del yo
VI.6.3. El papel del objeto
VI.6.4. El estructuralismo
VI.7. El psicoanálisis en la psiquiatría
Las pulsiones
El principio del placer
El conflicto psíquico
El objeto humano
Historicidad y sentido
Conclusión
Bibliografía

VII. *Psiquiatría y psicología cognitiva*

booksmedicos.org

VII.1. El campo de la psicología cognitiva
VII.2. Procesos implícitos y procesos inconscientes
VII.3. Condiciones de estudio de una representación mental inconsciente
VII.3.1. El problema de los sesgos de respuesta
VII.3.2. Teoría de la detección de la señal
VII.3.3. Definición operatoria
VII.4. Paradigmas experimentales que permiten estudiar las representaciones mentales inconscientes
VII.5. Diversidad y límites de las representaciones mentales inconscientes
VII.6. ¿Cuáles son las implicaciones para la psiquiatría?
Conclusión
Bibliografía

VIII. *Psiquiatría, comportamientos y modelos animales*
VIII.1. Los comportamientos animales
VIII.1.1. El ejemplo del apego
VIII.1.2. Las "neurociencias sociales"
VIII.2. La modelización animal en medicina
VIII.2.1. El modelo animal
VIII.2.2. Los modelos de la ansiedad en los roedores
VIII.2.3. Los modelos animales de las psicosis
VIII.3. El observador frente a un experimento de conducta animal
Conclusión
Bibliografía

IX. *Psiquiatría y fenomenología*
IX.1. Límites del enfoque objetivo en psiquiatría
IX.2. La actitud fenomenológica
IX.3. La fenomenología psiquiátrica
IX.4. Fenomenología psiquiátrica y clínica psiquiátrica
IX.4.1. La esquizofrenia
IX.4.2. El delirio
IX.4.3. La melancolía
IX.4.4. La manía
IX.4.5. Melancolía y manía
IX.5. Fenomenología y neurociencias
Conclusión
Bibliografía

booksmedicos.org

X. *Psiquiatría y teoría de los sistemas*
X.1. La teoría de los sistemas
X.2. Gregory Bateson: la comunicación paradójica
X.3. Los pioneros y el grupo de Palo Alto
X.3.1. Los pioneros de la terapia familiar
X.3.2. Conexiones y aperturas
X.4. El auge de la clínica sistémica: 1960-1980
X.4.1. La corriente que prioriza la función del terapeuta
X.4.2. La corriente que prioriza la personalidad del terapeuta
X.5. Difusión de las terapias familiares en Europa: evolución de la teoría y de las prácticas
Conclusión
Bibliografía

XI. *Psiquiatría social y comunitaria*
XI.1. Historial y generalidades
XI.1.1. Psicoterapia institucional, comunidad terapéutica
XI.1.2. Psiquiatría social,psiquiatría comunitaria, política de sector
XI.1.3. Promoción de la salud mental, psiquiatría ciudadana
XI.2. La evolución de las ideas y de las prácticas. El ejemplo francés de la psiquiatría de sector
XI.2.1. Las ambiciones fundadoras
XI.2.2. Las realizaciones
La instalación del dispositivo:implantación de estructuras
La sectorización en la actualidad
XI.3. Desafíos y perspectivas
XI.3.1. Las progresiones
XI.3.2. Las impugnaciones
Lo inconcluso del desarrollo
El cronicismo de las prácticas
La oposición entre atención general y atención especializada
La necesidad de las asociaciones
Conclusión
Bibliografía

XII. *Introducción a la psicosomática*
XII.1. Historia de la psicosomática psicoanalítica
XII.1.1. Los cimientos freudianos de la psicosomática
Los síntomas conversivos histéricos
Los síntomas somáticos de la neurosis actual

booksmedicos.org

Los síntomas hipocondriacos
Las enfermedades orgánicas
XII.1.2. Las corrientes posfreudianas en psicosomática anteriores a la guerra
XII.1.3. Las corrientes teóricas de la posguerra en Francia
La conversión generalizada de J.-P. Valabrega
La Escuela Psicosomática de París
XII.2. Clínica y teoría psicosomática
XII.2.1. El proceso de somatización mediante regresión
XII.2.2. El proceso de somatización mediante desvinculación pulsional
XII.3. La práctica psicosomática psicoanalítica
Conclusión
Bibliografía

XIII. *Introducción a la etnopsiquiatría*
XIII.1. Breve compendio histórico de las relaciones entre la psiquiatría y la antropología
XIII.2. El modelo nosológico
XIII.2.1. El modelo epidemiológico
XIII.2.2. El modelo etnomédico
XIII.3. El modelo de antropología general
XIII.4. Las perspectivas terapéuticas
XIII.5. Las limitaciones de una psiquiatría de los límites
XIII.5.1. Los errores del diagnóstico cultural
XIII.5.2. El riesgo de etnicización de la psiquiatría
XIII.5.3. El riesgo de relegación de las poblaciones extranjeras
Conclusión
Bibliografía

XIV. *El marco legislativo y deontológico de la psiquiatría*
XIV.1. El marco legislativo de la organización de los tratamientos en psiquiatría
XIV.2. Modalidades de hospitalización y de atención en psiquiatría
XIV.2.1. La hospitalización libre (HL) (artículo L.3211-2)
XIV.2.2. La hospitalización y los tratamientos psiquiátricos a solicitud de un tercero (artículos L.3212-1 y L.3212-3)
XIV.2.3. La hospitalización y la atención psiquiátrica a solicitud del representante del estado (SDRD) (artículos L.3213.1 y siguientes)
XIV.2.4. Modalidades de hospitalización en psiquiatría de menores

booksmedicos.org

de edad
XIV.2.5. Derechos de las personas hospitalizadas bajo coerción
XIV.3. Medidas de protección jurídica de las personas de la tercera edad
XIV.3.1. La salvaguarda de justicia
XIV.3.2. La tutela y la curatela
La tutela
La curatela
XIV.4. Disposiciones legislativas relativas a las personas con discapacidades
XIV.5. Los exámenes psiquiátricos por requerimiento
XIV.6. Los peritajes psiquiátricos
XIV.7. El cuidado de los alcohólicos y los toxicómanos
XIV.8. El seguimiento socio-judicial
XIV.9. Los señalamientos
XIV.9.1. Señalamiento de un menor o de una persona vulnerable
XIV.9.2. Señalamientos de peligrosidad
XIV.10. Derechos de los pacientes para acceder a su expediente
Conclusión
Bibliografía

XV. *Psiquiatría y psicología clínica: métodos e instrumentos*
XV.1. Historial y definiciones
XV.2. Referencias teóricas
XV.3. La actividad del psicólogo clínico
XV.3.1. La evaluación clínica
XV.3.2. La psicoterapia y el acompañamiento psicológico
XV.3.3. La intervención en el seno de un equipo
XV.4. Las técnicas
XV.4.1. La observación clínica
XV.4.2. La entrevista clínica
XV.4.3. Técnicas psicométricas
Las pruebas de nivel y de aptitudes
Las escalas de evaluación
XV.4.4. Técnicas de evaluación de la personalidad
MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota)
Métodos proyectivos
Test de Rorschach
Test de Apercepción Temática (TAT)
Conclusión
Bibliografía

booksmedicos.org

XVI. *La investigación en psiquiatría*
XVI.1. La psicofarmacología: tratamientos eficaces, instrumentos de investigación
XVI.2. Los modelos animales
XVI.3. Las escalas de evaluación
XVI.4. La epidemiología psiquiátrica
XVI.5. Las ciencias humanas
XVI.6. La neurobiología
XVI.6.1. Los marcadores biológicos
XVI.6.2. Los métodos genéticos
XVI.6.3. Neuroanatomía, fisiología celular y biología molecular
El nivel estructural
Nivel funcional
La biología molecular
La imagenología funcional
XVI.7. Las ciencias cognitivas
XVI.8. Evaluación de las psicoterapias
Conclusión
Bibliografía

SEGUNDA SECCIÓN.
CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA
Parte 1. Neurosis

XVII. *Introducción a las patologías neuróticas*
XVII.1 Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XVII.1.1. Historial y terminología
XVII.1.2. Situación nosográfica
XVII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XVII.3. La clínica
XVII.3.1. La ansiedad
XVII.3.2. Inhibición e insatisfacción
XVII.3.3. Los trastornos depresivos (la distimia)
XVII.3.4. Los trastornos sexuales
XVII.3.5. Fatiga y somatizaciones
XVII.4. Casos clínicos
XVII.4.1. Emma Rouault, madame Bovary
XVII.4.2. El doctor Cottard en París
XVII.5. Psicopatología
XVII.6. Terapéutica
Conclusión

booksmedicos.org

Bibliografía

XVIII. *Trastornos ansiosos y fóbicos*
XVIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XVIII.1.1. Historial y terminología
XVIII.1.2. Situación nosográfica
XVIII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XVIII.2.1. Epidemiología
XVIII.2.2. Investigaciones biológicas
XVIII.3. La clínica
XVIII.3.1. La clínica de la ansiedad
XVIII.3.2. Las dos formas clínicas de la ansiedad
XVIII.3.3. Las fobias
XVIII.3.4. La fobia social
XVIII.4. Caso clínico de crisis de angustia (ataques de pánico)
XVIII.5. Psicopatología
XVIII.5.1. El enfoque psicoanalítico
XVIII.5.2. El enfoque conductual
XVIII.5.3. El enfoque cognitivista
XVIII.6. Terapéutica
Conclusión
Bibliografía

XIX. *Histeria*
XIX.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XIX.1.1. La terminología
XIX.1.2. Historia
XIX.1.3. Situación nosográfica
XIX.2. Datos e investigaciones biomédicos
XIX.2.1. Incidencia y prevalencia
XIX.2.2. Comorbilidades
XIX.3. La clínica
XIX.3.1. Los rasgos de personalidad histérica
XIX.3.2. Las manifestaciones sintomáticas
Síntomas de conversión
Síntomas de expresión psíquica
XIX.3.3. Diagnóstico diferencial
XIX.3.4. Pronóstico a mediano y largo término
XIX.4. Casos clínicos
XIX.4.1. Un episodio de conversión somática

booksmedicos.org

XIX.4.2. Un hombre histérico
XIX.4.3. Una paciente histérica en la cincuentena
XIX.5. Psicopatología
XIX.5.1. El enfoque psicoanalítico
XIX.5.2. Psicopatología cognitiva
XIX.6. Terapéutica
Conclusión
Bibliografía

XX. *Neurosis obsesiva*
XX.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XX.1.1. La terminología
XX.1.2. Historial y situación nosográfica
XX.1.3. Popularización del TOC
XX.2. Datos e investigaciones biomédicos
XX.2.1. Epidemiología
XX.2.2. Investigaciones biológicas
XX.2.3. Comorbilidades
XX.3. Clínica de la neurosis obsesiva
XX.3.1. Temas y cuadros clínicos
XX.3.2. La personalidad obsesiva
XX.3.3. Evaluación del TOC
XX.3.4. Evolución
XX.3.5. El espectro obsesivo-compulsivo
XX.3.6. Diagnóstico diferencial
XX.4. Caso clínico
XX.5. Psicopatología
XX.5.1. El enfoque psicoanalítico
XX.5.2. Psicopatología cognitiva
XX.6. Terapéutica
XX.6.1. Los tratamientos medicamentosos
XX.6.2. Las psicoterapias
Las terapias cognitivo-conductuales
Los tratamientos psicoanalíticos
XX.6.3. Psicocirugía y procesos de electro-estimulación profunda
Conclusión
Bibliografía

XXI. *Patologías traumáticas y reacciones patológicas a los acontecimientos de vida*

booksmedicos.org

XXI.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXI.1.1. Historial
XXI.1.2. Situación nosográfica
XXI.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXI.2.1. Epidemiología
XXI.2.2. Investigaciones biológicas
XXI.3. La clínica
XXI.3.1. Reacciones agudas a un factor traumático
Síntomas neuróticos
Síntomas de la serie psicótica
XXI.3.2. El "estado de estrés postraumático" (EEPT)
El tiempo de latencia
El síndrome de repetición
Los síntomas no específicos y síntomas de superestructura
La evolución
XXI.3.3. La modificación durable de la personalidad
XXI.3.4. La sinistrosis
XXI.4. Caso clínico
XXI.5. Psicopatología
XXI.5.1. El enfoque psicoanalítico
XXI.5.2. El enfoque conductual y cognitivo
XXI.6. Terapéutica
XXI.6.1. El sitio de los psicotrópicos
XXI.6.2. Las psicoterapias
XXI.6.3. Prevención o intervenciones psicológicas precoces
XXI.7. Aspectos médico-legales
Conclusiones
Bibliografía

XXII. *Hipocondría y otros trastornos psíquicos de expresión corporal*
XXII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXII.1.1. Historial y evolución de los conceptos
XXII.1.2. Situación nosográfica
XXII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXII.2.1. Epidemiología y factores de riesgo
XXII.2.3. Comorbilidades
XXII.3. La clínica
XXII.3.1. La actitud hipocondriaca
Un sufrimiento inefable
La convocatoria de un tercero
La reconversión en médico imaginario

booksmedicos.org

XXII.3.2. Las posibles evoluciones
XXII.3.3. Las formas clínicas
La hipocondría neurótica, llamada “menor”
La hipocondría delirante, llamada “mayor”
Hipocondría, melancolía y depresión
La evolución hipocondriaca de una enfermedad somática conocida y tratada
XXII.3.4. Los otros trastornos psíquicos de expresión o preocupación corporales
XXII.4. Caso clínico
XXII.5. Psicopatología
XXII.5.1. El modelo de la neurosis actual
XXII.5.2. La hipótesis de una hipocondría psiconeurótica
XXII.6. Terapéutica
XXII.6.1. Los enfoques psicoterapéuticos
XXII.6.2. Tratamientos medicamentosos
Conclusión
Bibliografía

Parte 2. Psicosis

XXIII. *Introducción a las patologías psicóticas*
XXIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXIII.1.1. Historial y terminología
XXIII.1.2. Situación nosográfica
XXIII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXIII.2.1. Epidemiología general
XXIII.2.2. Mortalidad y suicidio
XXIII.2.3. Factores de riesgo
XXIII.2.4. Comorbilidades
XXIII.2.5. Neurolépticos y neurotransmisores
XXIII.2.6. Investigaciones genéticas
XXIII.2.7. Las hipótesis del neurodesarrollo
XXIII.3. Lógicas de la clínica de los estados psicóticos
XXIII.3.1. La clínica de las psicosis
La “pérdida de la realidad”
El déficit
La desorganización
La distinción negativo / positivo
XXIII.3.2. Las clasificaciones empíricas de los estados psicóticos
La oposición psicosis orgánicas / psicosis funcionales

booksmedicos.org

La oposición esquizofrenias / psicosis crónicas sistematizadas
La oposición trastornos del pensamiento / trastorno del afecto (humor)
XXIII.4. Casos clínicos
XXIII.4.1. El sentimiento de existir según Jean-Paul Sartre
XXIII.4.2. Jean-Jacques Rousseau a propósito de su "Tercer diálogo"
XXIII.5. Psicopatología
XXIII.5.1. Enfoques psicoanalíticos
XXIII.5.2. Enfoques cognitivos
Las alucinaciones
El déficit
XXIII.5.3. Enfoques sistémicos
XXIII.6. Terapéutica
Conclusión
Bibliografía

XXIV. *Psicosis agudas*
XXIV.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXIV.1.1. Historial y terminología
XXIV.1.2. Situación nosográfica
XXIV.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXIV.2.1. Epidemiología
XXIV.2.2. Factores de riesgo
XXIV.2.3. Investigaciones biológicas
XXIV.3. La clínica
XXIV.3.1. El principio y la fase de estado
XXIV.3.2. Diagnóstico diferencial
XXIV.3.3. Pronóstico
XXIV.4. Caso clínico
XXIV.5. Psicopatología
XXIV.6. Terapéutica
XXIV.6.1. Tratamiento inicial
XXIV.6.2. La mejoría del episodio agudo
Conclusión
Bibliografía

XXV. *Confusiones mentales y delirium tremens*
XXV.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXV.1.1. Historial y terminología

booksmedicos.org

XXV.1.2. Situación nosográfica
XXV.2. Datos biomédicos
XXV.2.1. Epidemiología
XXV.2.2. Fisiopatología
XXV.2.3. Etiologías de la confusión mental
XXV.3. La clínica
XXV.3.1. Fase prodrómica
XXV.3.2. Fase de estado
El síndrome confusional propiamente dicho
El delirio onírico u onirismo
El síndrome somático
XXV.3.3. Diagnóstico, evolución y pronóstico
XXV.3.4. Formas clínicas
El delirium tremens
El delirio agudo
El síndrome de Korsakoff
XXV.4. Caso clínico
XXV.5. Psicopatología
XXV.6. Terapéutica
Conclusión
Bibliografía

XXVI. *Las esquizofrenias debutantes*
XXVI.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXVI.1.1. Historial de los estudios sobre la esquizofrenia debutante
XXVI.1.2. Terminología y situación nosográfica
XXVI.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXVI.3. La clínica
XXVI.4. Casos clínicos
XXVI.4.1. Un extranjero
XXVI.4.2. Caso clínico
XXVI.5. Psicopatología
XXVI.6. Terapéutica
XXVI.6.1. Las quimioterapias
XXVI.6.2. Tratamientos psicoterapéuticos
XXVI.6.3. El enfoque familiar
XXVI.6.4. Enfoques psicosociales
Conclusiones
Bibliografía

booksmedicos.org

XXVII. *Esquizofrenias del periodo de estado*
XXVII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXVII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXVII.3. La clínica
XXVII.3.1. Los síntomas característicos según las clasificaciones internacionales
XXVII.3.2. Enfoque empírico de los principales síndromes
La xenopatía
Disociación, ambivalencia, discordancia
Retraimiento y negativismo
La regresión
XXVII.3.3. Las formas clínicas
Esquizofrenia paranoide
Hebefrenia
Catatonia
Esquizofrenia distímica (trastornos esquizoafectivos)
Esquizofrenia simple
El trastorno esquizotípico
Depresión postesquizofrénica
Esquizofrenia residual
Otras entidades clínicas del grupo de las esquizofrenias
XXVII.3.4. El curso de la enfermedad
XXVII.4. Casos clínicos
XXVII.4.1. Un caso de esquizofrenia paranoide
XXVII.4.2. Un caso de esquizofrenia distímica
XXVII.5. Psicopatología
XXVII.6. Terapéutica
XXVII.6.1. El tratamiento hospitalario
XXVII.6.2. Los tratamientos biológicos
XXVII.6.3. Los tratamientos psicológicos
Psicoanálisis y tratamientos psicoanalíticos
Terapias cognitivo-conductuales
Terapias familiares
XXVII.6.4. Los tratamientos psicosociales
Conclusión
Bibliografía

XXVIII. *Evolución y formas terminales de las esquizofrenias*
XXVIII.1. Situación nosográfica
XXVIII.2. Los estudios de evolución a largo plazo
XXVIII.2.1. Los estudios epidemiológicos

booksmedicos.org

XXVIII.2.2. Los criterios de remisión
XXVIII.3. Clínica de las formas terminales
XXVIII.3.1. Las evoluciones de fuerte deterioro
XXVIII.3.2. Devenir de la clínica psicótica
XXVIII.4. Casos clínicos
XXVIII.4.1. Una evolución "catastrófica"
XXVIII.4.2. Una evolución de relativa estabilización
XXVIII.4.3. Una evolución favorable
XXVIII.5. Psicopatología
XXVIII.6. Terapéutica
Conclusión
Bibliografía

XXIX. *Paranoias y otras psicosis crónicas sistematizadas*
XXIX.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXIX.1.1. Historial y terminología
XXIX.1.2. Situación nosográfica
XXIX.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXIX.3. La clínica
XXIX.3.1. El delirio y sus mecanismos
XXIX.3.2. La personalidad paranoica
XXIX.3.3. Las entidades clínicas
Los delirios de interpretación
El "delirio de relación de los sensitivos"
Los delirios pasionales
La psicosis alucinatoria crónica
Las parafrenias
XXIX.3.4. Aspectos evolutivos
XXIX.4. Casos clínicos
XXIX.4.1. Un caso de paranoia
XXIX.4.2. Un caso de psicosis alucinatoria crónica
XXIX.5. Psicopatología
XXIX.6. Terapéutica
XXIX.6.1. La hospitalización
XXIX.6.2. El seguimiento a largo plazo
Conclusión
Bibliografía

Parte 3. Trastornos de la afectividad (o del humor)
XXX. *Introducción a los trastornos de la afectividad (o del humor)*
XXX.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica

booksmedicos.org

XXX.1.1. Historial
XXX.1.2. Terminología
XXX.1.3. Situación nosográfica
XXX.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXX.3. Lógicas de la clínica de los trastornos del humor
XXX.3.1. La clínica de los estados depresivos
La "tristeza patológica"
La inhibición y el enlentecimiento
La inseguridad y el desamparo
XXX.3.2. Los estados de expansividad tímica
XXX.3.3. Las clasificaciones empíricas de los estados depresivos
La oposición melancolía / depresión
La oposición depresión reactiva / depresión endógena
La oposición depresión-episodio / depresión-constitución (o temperamento)
XXX.4. Caso clínico: la melancolía de Tolstói
XXX.5. Psicopatología
XXX.5.1. Enfoques psicoanalíticos
La melancolía
Las depresiones
La manía
XXX.5.2. Enfoques cognitivos
XXX.6. Tratamiento
Bibliografía

XXXI. *Estados depresivos y melancólicos*
XXXI.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXXI.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXXI.2.1. Epidemiología y factores de riesgo
XXXI.2.2. El suicidio
XXXI.2.3. Investigaciones biológicas
XXXI.3. La clínica
XXXI.3.1. El síndrome depresivo
El humor depresivo
El enlentecimiento depresivo
El síndrome somático
XXXI.3.2. Las formas clínicas
La melancolía
Las depresiones neuróticas
Las depresiones reactivas
Formas atípicas, depresión enmascarada,equivalentes

booksmedicos.org

depresivos
Las depresiones “secundarias”
La depresión del adolescente
La depresión de la tercera edad
XXXI.3.3. Evolución
XXXI.4. Casos clínicos
XXXI.4.1. Una depresión melancólica
XXXI.4.2. Una depresión neurótica
XXXI.4.3. Una “seudodemencia depresiva” de un sujeto anciano
XXXI.5. Psicopatología
XXXI.6. Terapéutica
XXXI.6.1. Cuadro terapéutico
XXXI.6.2. Los medicamentos antidepresivos
La elección del antidepresivo
La conducción del tratamiento
Conducta a seguir en ciertos casos particulares
Duración y fin del tratamiento
XXXI.6.3. Otros tratamientos biológicos
El tratamiento electroconvulsivo (TEC)
La estimulación magnética transcraneal (EMT)
La fototerapia
XXXI.6.4. Enfoques psicoterapéuticos
Conclusión
Bibliografía

XXXII. *Estados maniacos, hipomaniacos y mixtos*
XXXII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXXII.1.1. Terminología
XXXII.1.2. Situación nosográfica
XXXII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXXII.2.1. Epidemiología
XXXII.2.2. Complicaciones y comorbilidad
XXXII.2.3. Investigaciones biológicas
XXXII.3. La clínica
XXXII.3.1. Modos de inicio del acceso maniaco
XXXII.3.2. La crisis maniaca típica
Presentación y contacto
El humor
El contenido de los pensamientos
Los trastornos psicomotores
El funcionamiento mental

booksmedicos.org

Los síntomas somáticos
XXXII.3.3. Formas clínicas
La hipomanía
El furor maniaco o manía aguda
La manía delirante
La manía confusa
El episodio mixto
Las formas secundarias
XXXII.3.4. Evolución de los estados maniacos
XXXII.4. Casos clínicos
XXXII.4.1. Un mutismo maniaco
XXXII.4.2. Un estado mixto
XXXII.5. Psicopatología
XXXII.6. Terapéutica
XXXII.6.1. Tratamiento del episodio maniaco
XXXII.6.2. Tratamiento de los episodios mixtos
XXXII.6.3. Enfoques psicoterapéuticos
Conclusión
Bibliografía

XXXIII. *Enfermedad maniaco-depresiva y "espectro bipolar"*
XXXIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXXIII.1.1. Historial y evolución de los conceptos
XXXIII.1.2. Situación nosográfica
El trastorno bipolar tipo I (TPI)
El trastorno bipolar tipo II (TPII)
El trastorno bipolar tipo III (TPIII)
El trastorno unipolar
Otras
XXXIII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXXIII.2.1. Epidemiología y factores de riesgo
XXXIII.2.2. Investigaciones en genética
Los estudios familiares
La genética molecular
XXXIII.2.3. Investigaciones biológicas
La neuroquímica
La neuroendocrinología
XXXIII.2.4. Estudios del riesgo ambiental
XXXIII.2.5. La imagenología cerebral
XXXIII.2.6. Los factores secundarios
XXXIII.3. La clínica

booksmedicos.org

XXXIII.3.1. Modos de inicio
XXXIII.3.2. Evolución y formas clínicas
XXXIII.3.3. Complicaciones y comorbilidad
XXXIII.4 Casos clínicos
XXXIII.4.1. Una hipomanía descompensada que revela un trastorno bipolar
XXXIII.4.2. Una vida de trastorno bipolar
XXXIII.5. Psicopatología
XXXIII.6. Terapéutica
XXXIII.6.1. El tratamiento medicamentoso:los estabilizadores del estado de ánimo
Conducción del tratamiento
Algunos casos particulares
XXXIII.6.2. La terapia electroconvulsiva (TEC)
XXXIII.6.3. Enfoques psicoterapéuticos, psicoeducativos y psicosociales
Conclusión
Bibliografía

Parte 4. Trastornos de la personalidad. Conductas y manifestaciones psicopatológicas aisladas

XXXIV. *Introducción a la noción de personalidad patológica*
XXXIV.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXXIV.2. Algunos modelos de caracterología
XXXIV.2.1. La morfopsicología
XXXIV.2.2. La caracterología de origen clínico
XXXIV.2.3. Carácter y personalidad en el enfoque psicoanalítico
XXXIV.3. La noción de caracteropatía y de “trastornos del carácter”
XXXIV.4. Terapéutica
Conclusión
Bibliografía

XXXV. *Los trastornos de la personalidad dentro de las clasificaciones contemporáneas*
XXXV.1. Presentación general de los trastornos de la personalidad según las dos clasificaciones internacionales

booksmedicos.org

XXXV.1.1. La CIE-10
XXXV.1.2. El DSM-5
XXXV.2. Trastornos de la personalidad comunes a las dos clasificaciones
XXXV.2.1. Personalidad paranoide
XXXV.2.2. Personalidad esquizoide
XXXV.2.3. Personalidad disocial (antisocial)
XXXV.2.4. Personalidad histriónica
XXXV.2.5. Personalidad anancástica (obsesivo-compulsiva)
XXXV.2.6. Personalidad ansiosa (evitativa)
XXXV.2.7. Personalidad dependiente
XXXV.3. Trastornos de la personalidad propios del DSM-5
XXXV.3.1. La personalidad esquizotípica en el seno de las personalidades psicóticas
XXXV.3.2. La personalidad narcisista
XXXV.4. El grupo de los estados limítrofes
Conclusión
Bibliografía

XXXVI. *Clínica y psicopatología del grupo de los estados limítrofes*
XXXVI.1. Historia y evolución de los conceptos
XXXVI.2. El grupo de los estados limítrofes en la psiquiatría contemporánea
XXXVI.2.1. Las clasificaciones internacionales
XXXVI.2.2. Criterios de definición para la investigación
XXXVI.2.3. Epidemiología
XXXVI.2.4. Investigaciones biológicas
XXXVI.2.5. Enfoques cognitivos
XXXVI.2.6. Enfoques sociales y familiares
XXXVI.3. Caso clínico
XXXVI.4. Clínica y psicopatología psicoanalíticas
XXXVI.4.1. Los grandes enfoques psicoanalíticos
Otto Kernberg y la “organización limítrofe”
Jean Bergeret y el “tronco común organizado”
Sándor Ferenczi y el traumatismo
Donald Winnicott, el espacio transicional y el temor del derrumbe
André Green: las áreas limítrofes del aparato psíquico y la “madre muerta”
XXXVI.4.2. Clínica

booksmedicos.org

La angustia y sus destinos
La depresión
Impulsividad, pasaje al acto, puesta en acto
Síntomas de aspecto neurótico y de aspecto psicótico
XXXVI.4.3. Psicopatología
Las modalidades de funcionamiento
Los mecanismos de defensa
XXXVI.4.4. Algunos reagrupamientos clínicos
La personalidad *borderline*
La personalidad narcisista
La personalidad "como si" (*as if*) de Deutsch,los "falsos *self*" de Winnicott
Las personalidades anaclíticas y abandónicas
Las psicosis frías
XXXVI.5. Terapéutica
XXXVI.5.1. Quimioterapia
XXXVI.5.2. Enfoques psicoterapéuticos
XXXVI.5.3. Enfoques psicosociales e institucionales
Conclusión
Bibliografía

XXXVII. *Trastornos de las conductas alimentarias*
XXXVII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXXVII.1.1. Historial y terminología
XXXVII.1.2. Situación nosográfica
XXXVII.2 Datos e investigaciones biomédicos
XXXVII.2.1. Epidemiología
XXXVII.2.2. Factores de riesgo
XXXVII.2.3. Investigaciones biológicas
XXXVII.3. La clínica
XXXVII.3.1. La anorexia mental
La anorexia
El adelgazamiento
La amenorrea
Otros aspectos psicológicos
XXXVII.3.2. La bulimia
La crisis de hiperfagia (acceso bulímico)
Otros aspectos psicológicos
XXXVII.3.3. Los trastornos de las conductas alimentarias no específicos

booksmedicos.org

XXXVII.4. Caso clínico
XXXVII.5. Psicopatología
XXXVII.5.1. El enfoque psicoanalítico
XXXVII.5.2. El enfoque cognitivo y conductual
XXXVII.5.3. El enfoque familiar
XXXVII.6. Terapéutica
XXXVII.6.1. Las psicoterapias
XXXVII.6.2. El lugar de los psicotrópicos
XXXVII.6.3. La hospitalización
Conclusión
Bibliografía

XXXVIII. *Hipnología y trastornos del sueño*
XXXVIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XXXVIII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXXVIII.2.1. Fisiología del sueño normal
XXXVIII.2.2. Datos epidemiológicos
XXXVIII.3. Clínica
XXXVIII.3.1. Los insomnios
Los insomnios asociados
El insomnio primario
XXXVIII.3.2. Somnolencias diurnas excesivas
Síndrome de apneas del sueño (SAS)
La narcolepsia
Otras hipersomnias
XXXVIII.3.3. Las parasomnias
XXXVIII.3.4. Trastornos circadianos del sueño
XXXVIII.4. Caso clínico
XXXVIII.5. Psicopatología
XXXVIII.6. Terapéutica
XXXVIII.6.1. Insomnios
Quimioterapias
Las medidas no medicamentosas
XXXVIII.6.2. Somnolencia diurna excesiva
Conclusión
Bibliografía

XXXIX. *La psiquiatría frente al suicidio*
XXXIX.1. Historial y definiciones

booksmedicos.org

XXXIX.2. Datos e investigaciones biomédicos
XXXIX.2.1. Epidemiología del suicidio
XXXIX.2.2. Genética y neurobiología del suicidio
XXXIX.3. Clínica
XXXIX.3.1. Suicidio y patología mental
Los episodios depresivos
La esquizofrenia
Los estados limítrofes
XXXIX.3.2. Situaciones particulares
Suicidio y trabajo
Suicidio y prisión
Suicidio y adolescencia
XXXIX.4. Aspecto médico-legal
XXXIX.5. Psicopatología
XXXIX.5.1. Enfoque psicoanalítico
XXXIX.5.2. Psicopatología cognitiva
XXXIX.6. Terapéutica
XXXIX.6.1. La prevención
XXXIX.6.2. La crisis suicida
XXXIX.6.3. La tentativa de suicidio (TS)
XXXIX.6.4. El tratamiento
Conclusión
Bibliografía

XL. *Toxicomanías*
XL.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XL.1.1. Historial
XL.1.2. Situación nosográfica
XL.2. Datos e investigaciones biomédicos
XL.2.1. La investigación biológica
XL.2.2. Neurofisiología y neuropsicología
XL.2.3. Los productos
Los opiáceos
La cocaína
LSD, anfetaminas, éxtasis
Los psicotrópicos
XL.3. La clínica
XL.3.1. Descripción clínica
XL.3.2. Comorbilidad
XL.3.3. Evolución
XL.4. Caso clínico

booksmedicos.org

XL.5. Psicopatología
XL.5.1. Enfoques psicoanalíticos
XL.5.2. Enfoques cognitivo-conductuales
XL.5.3. Enfoques familiares
XL.5.4. Enfoques sociológicos
XL.6. Terapéutica
XL.6.1. La privación
XL.6.2. Quimioterapias
XL.6.3. Psicoterapias
Psicoterapias cognitivo-conductuales (TCC)
Psicoterapias psicoanalíticas
Terapia familiar
Los grupos
Conclusión
Bibliografía

XLI. *Otras formas de adicción*
XLI.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XLI.1.1. Historial
XLI.1.2. Terminología y situación nosográfica
XLI.1.3. Criterios diagnósticos
XLI.2. Datos e investigaciones biomédicos
XLI.2.1. Epidemiología
XLI.2.2. Investigaciones biológicas
XLI.3. La clínica
XLI.4. Casos clínicos
XLI.5 Psicopatología
XLI.5.1. El enfoque psicoanalítico
XLI.5.2. Los enfoques conductuales
XLI.5.3. Los enfoques cognitivos
XLI.6. Tratamiento
Conclusión
Bibliografía

XLII. *Alcoholismo*
XLII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XLII.1.1. Historial y terminología
XLII.1.2. Las clasificaciones internacionales

booksmedicos.org

XLII.1.3. Clasificaciones tipológicas
Clasificación de Fouquet
Clasificación de Cloninger
Clasificación de Babor (1997)
Clasificación de Adès y Lejoyeux (1997)
XLII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XLII.2.1. Epidemiología
XLII.2.2. Datos neurobiológicos
XLII.2.3. El producto
XLII.2.4. Cuantificación del consumo de alcohol
XLII.2.5. Evaluación: los auto y los heterocuestionarios
XLII.2.6. Los análisis biológicos
XLII.3. Clínica
XLII.3.1. Trastornos psiquiátricos
XLII.3.2. Trastornos neurológicos
XLII.3.3. Trastornos somáticos
Patologías cardiovasculares
Patologías digestivas
Patologías endócrinas
Riesgo fetal durante el embarazo
XLII.3.4. Repercusión social del alcoholismo
XLII.4. Caso clínico
XLII.5. Psicopatología
XLII.6. Terapéutica
El tratamiento medicamentoso
Conclusión
Bibliografía

XLIII. *Psicopatía*
XLIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XLIII.1.1. Historial
XLIII.1.2. Situación nosográfica
XLIII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XLIII.2.1. Epidemiología
XLIII.2.2. Comorbilidades
XLIII.2.3. Datos neurofisiológicos y bioquímicos
XLIII.3. Clínica
XLIII.3.1. Descripción clínica
XLIII.3.2. Evolución y complicaciones
XLIII.4. Caso clínico

booksmedicos.org

XLIII.5. Psicopatología
XLIII.5.1. Enfoques psicoanalíticos
XLIII.5.2. Enfoques cognitivo-conductuales y neuropsicológicos
XLIII.5.3. Enfoques familiares
XLIII.6. Terapéutica
XLIII.6.1. Principios generales
XLIII.6.2. Tratamiento medicamentoso
XLIII.6.3. Los enfoques psicoterapéuticos
Conclusión
Bibliografía

XLIV. *Perversiones sexuales (parafilias)*
XLIV.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XLIV.1.1. Historial y terminología
XLIV.1.2. Situación nosográfica
XLIV.2. Datos e investigaciones biomédicos
XLIV.2.1. Epidemiología
XLIV.2.2. Factores de riesgo
XLIV.2.3. Investigaciones biológicas
XLIV.3. La clínica
XLIV.3.1. Características generales
XLIV.3.2. Las diferentes perversiones sexuales
XLIV.4. Caso clínico
XLIV.5. Psicopatología
XLIV.5.1. Enfoques psicoanalíticos
XLIV.5.2. Psicopatología cognitiva
XLIV.5.3. Enfoques familiares y sistémicos
XLIV.6. Enfoques terapéuticos
XLIV.6.1. Principios generales
XLIV.6.2. Los diferentes medios terapéuticos propuestos
Conclusión
Bibliografía

Parte 5. Trastornos mentales e intervenciones psiquiátricas en situaciones particulares

XLV. *Introducción a la psiquiatría infantil*
XLV.1. Especificidad de la infancia

booksmedicos.org

XLV.2. El encuentro con el niño
XLV.2.1. El contexto
XLV.2.2. Particularidades del encuentro con el niño
XLV.3. Patologías psiquiátricas infantiles
XLV.3.1. La identificación de los trastornos
XLV.3.2. Evaluación del funcionamiento del niño
XLV.3.3. Grandes registros de funcionamiento
Estructura psicótica
Estructura neurótica
Estados limítrofes
XLV.4. Dispositivo de la atención
XLV.4.1. La consulta terapéutica
XLV.4.2. Las terapéuticas ambulatorias no medicamentosas
XLV.4.3. Las terapéuticas institucionales
XLV.4.4. Sitio de la prescripción de los psicotrópicos en paidopsiquiatría
XLV.4.5. Vínculos de acompañamiento
XLV.5 Perspectivas evolutivas
XLV.5.1. La sintomatología llamada neurótica
XLV.5.2. Autismos y psicosis infantiles
XLV.5.3. Los estados limítrofes
Conclusión
Bibliografía

XLVI. *Introducción a la psiquiatría del adolescente*
XLVI.1. Las dos concepciones de la psiquiatría de la adolescencia
XLVI.1.1. La clínica de la adolescencia es específica
XLVI.1.2. La clínica de la adolescencia forma parte de las dificultades generales del desarrollo del individuo
XLVI.2. La cuestión de lo normal y de lo patológico en la adolescencia
XLVI.2.1. Primera ilustración clínica: la crisis de la adolescencia
XLVI.2.2. Segunda ilustración clínica:el funcionamiento limítrofe
XLVI.3. Conducta diagnóstica en la adolescencia y diferenciación de las organizaciones psicopatológicas
XLVI.3.1. Ilustración del interés dirigido sobre lo que es más aparente: conductas de riesgo, ¿"amenaza depresiva" o depresión?
XLVI.3.2. Ilustración de una organización psicopatológica en vías de estructuración: los inicios de la esquizofrenia
XLVI.4. Comprensión de los trastornos y conducta terapéutica
Conclusión
Bibliografía

booksmedicos.org

XLVII. *Introducción a la psiquiatría del anciano*
XLVII.1. Historial de la psiquiatría del individuo anciano
XLVII.2. Aspectos epidemiológicos
XLVII.3. La clínica
XLVII.3.1. Evolución de las patologías psiquiátricas con el envejecimiento
XLVII.3.2. Particularidades geriátricas de las afecciones psiquiátricas comunes a todas las generaciones
Patologías ansiosas y neuróticas
Trastornos del humor
Trastornos psicóticos
Adicciones
Trastornos del sueño
Suicidio
XLVII.3.3. Cuadros clínicos específicos de la persona anciana
Síndrome de deslizamiento
Síndrome de Diógenes
Patologías demenciales
XLVII.4. Psicopatología
XLVII.5. Terapéutica
XLVII.5.1. Tratamientos medicamentosos
XLVII.5.2. Enfoques psicoterapéuticos
XLVII.5.3. Sitios de vida y sitios de atención
Conclusión
Bibliografía

XLVIII. *Trastornos mentales en retrasos y deficiencias mentales*
XLVIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica
XLVIII.1.1. Historial y evolución de los conceptos
XLVIII.1.2. Situación nosográfica
XLVIII.1.3. Definición operativa del déficit mental
XLVIII.2. Datos e investigaciones biomédicos
XLVIII.2.1. Epidemiología
XLVIII.2.2. Etiologías del retardo mental y comorbilidades
XLVIII.3. Clínica
XLVIII.3.1. Semiología general
XLVIII.3.2. Enfermedades epilépticas, psicosis infantiles y disarmonías evolutivas
XLVIII.3.3. Cuadros autísticos precoces y discapacidad mental
XLVIII.4. Casos clínicos
XLVIII.4.1. Florence

booksmedicos.org

XLVIII.4.2. Pauline
XLVIII.5. Psicopatología
XLVIII.6. Terapéutica
XLVIII.6.1. Abordaje psicoterapéutico
XLVIII.6.2. Medidas educativas e institucionales
Conclusión
Bibliografía

XLIX. *Situaciones clínicas difíciles y peligrosidad*
XLIX.1. Definición y contornos de la situación clínica difícil
XLIX.2. Epidemiología
XLIX.3. La clínica
XLIX.3.1. Evaluación clínica de la peligrosidad
Los factores de riesgo históricos
Los factores de riesgo clínicos
Los factores de riesgo contextuales
XLIX.3.2. Instrumentos de evaluación
XLIX.4. Caso clínico
XLIX.5. Psicopatología
XLIX.6. Terapéutica
XLIX.6.1. El marco de la atención
XLIX.6.2. El tratamiento medicamentoso
XLIX.6.3. La articulación con el sistema judicial
Conclusión
Bibliografía

L. *Exclusión social y precariedad: clínicas y psicopatología*
L.1. Definiciones
L.2. Trastornos psiquiátricos o psicológicos y exclusión social
L.2.1. El vínculo exclusión-psicopatología
L.2.2. Datos epidemiológicos
L.2.3. Las personas en situación de calle
L.3. La clínica psicosocial
L.4. Caso clínico
L.5. Psicopatología de la autoexclusión
L.5.1. Autoexclusión y adaptaciones secundarias
L.5.2. Enfoque psicoanalítico de la autoexclusión
L.6. Dispositivos y enfoques terapéuticos
Conclusión
Bibliografía

booksmedicos.org

LI. *Trastornos mentales en las diferentes afecciones somáticas*
LI.1. Manifestaciones psíquicas y afecciones neurológicas
LI.1.1. Epilepsias
Trastornos mentales ictales y periictales
Trastornos mentales interictales
LI.1.2. Patologías cerebrovasculares
LI.1.3. Afecciones neurodegenerativas
LI.1.4. Traumatismos craneales
LI.1.5. Otras afecciones neurológicas
LI.2. Manifestaciones psíquicas y enfermedades endócrinas
LI.3 Manifestaciones psíquicas y trastornos metabólicos, carencias nutricionales e intoxicaciones
LI.4. Manifestaciones psíquicas y enfermedades sistémicas
LI.5. Manifestaciones psíquicas y enfermedades infecciosas
Conclusión
Bibliografía

LII. *Trastornos psiquiátricos y psicológicos del embarazo, el puerperio y la parentalidad*
LII.1. Embarazo, parto, parentalidad: normalidad de una crisis
LII.1.1. La futura madre
LII.1.2. El padre
LII.1.3. La dinámica de los tres
LII.2. Perinatalidad y psiquiatría
LII.2.1. Trastornos en la prenatalidad
LII.2.2. Trastornos específicos del embarazo y del posparto en la mujer
Durante el embarazo
Posparto
LII.2.3. El padre
LII.2.4. El niño
LII.3. La atención en la parentalidad
LII.3.1. La atención ambulatoria
LII.3.2. Atención hospitalaria
Unidades de hospitalización madre-bebé
Conclusión
Bibliografía

LIII. *Urgencias y ayuda en psiquiatría*
LIII.1. Las urgencias psiquiátricas en el sentido médico del término

booksmedicos.org

LIII.2. Las situaciones de crisis
LIII.2.1. Las nociones de crisis y de ayuda y sus impactos en la práctica
LIII.2.2. El trabajo de crisis
LIII.2.3. La multiplicidad de los sitios de la urgencia psiquiátrica
Conclusión
Bibliografía

TERCERA SECCIÓN.
LA TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRÍA

LIV. *Tratamientos biológicos*
LIV.1. Los psicotrópicos actuales
LIV.2. Ansiolíticos e hipnóticos
LIV.2.1. Los ansiolíticos
Las benzodiacepinas
Los carbamatos
Antihistamínicos
Otros medicamentos ansiolíticos
LIV.2.2. Los hipnóticos
Los hipnóticos benzodiacepínicos
Los no benzodiacepínicos
LIV.3. Los antidepresivos
LIV.3.1. Los antiguos antidepresivos
Los tricíclicos
Los IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa)
LIV.3.2. Los nuevos antidepresivos o de segunda generación
LIV.3.3. Indicaciones, reglas de prescripción y evolución del tratamiento antidepresivo
Los tricíclicos y los IMOA
Los nuevos antidepresivos
Efectos de los tratamientos antidepresivos sobre los estados depresivos
LIV.4. Los estabilizadores del estado de ánimo
LIV.4.1. El litio
LIV.4.2. Los antiepilépticos
Valproato, divalproato y valpromida
Carbamazepina
Lamotrigina
LIV.4.3. Conclusión
LIV.5. Los neurolépticos (antipsicóticos)

booksmedicos.org

LIV.5.1. Clasificaciones clínicas de los neurolépticos
LIV.5.2. Modo de acción
LIV.5.3. Efectos terapéuticos e indicaciones
LIV.5.4. Farmacocinética
LIV.5.5. Efectos indeseables, efectos tóxicos y accidentes
Los efectos indeseables
Efectos tóxicos y accidentes
LIV.5.6. Interacciones medicamentosas
LIV.5.7. Contraindicaciones
LIV.6. La terapia electroconvulsiva
Conclusión
Bibliografía

LV. *Tratamientos psicológicos*
LV.1. Historial
LV.1.1. El tratamiento moral
LV.1.2. La sugestión
LV.1.3. La cuestión de la psicoterapia
LV.2. El paradigma psicoanalítico de la psicoterapia
LV.2.1. La "psicoterapia" en Freud
LV.2.2. Psicoterapias derivadas del psicoanálisis
LV.2.3. Psicoterapias institucionales
LV.2.4. Psicodrama
LV.2.5. Psicoterapias de grupo derivadas de la psicosociología y del psicoanálisis
LV.3. Terapias familiares
LV.4. Enfoques terapéuticos y etnopsiquiatría
LV.5. Relajación e hipnoterapia
LV.6. Psicoterapias cognitivo-conductuales
LV.7. Evolución de las psicoterapias
Conclusión
Bibliografía

LVI. *Tratamientos institucionales*
LVI.1. La emergencia de la institución terapéutica
LVI.1.1. Pinel y el tratamiento moral
LVI.1.2. La pérdida de rumbo en el tratamiento moral
LVI.1.3. Construcción del asilo y "psicoterapia asilar"
LVI.1.4. La crítica del asilo. Su fracaso
LVI.1.5. Las lecciones positivas del asilo

booksmedicos.org

LVI.2. La psicoterapia institucional:curar al asilo y desalienar
LVI.2.1. ¿Psicoterapia institucional o tratamientos institucionales?
El grupo de la psicoterapia institucional
La corriente de la “atención institucional”
La socioterapia y el trabajo de readaptación
LVI.3. Del asilo a la psiquiatría de sector
LVI.3.1. La concepción del sector
LVI.3.2. La institución hoy en día
LVI.3.3. El aparato jurídico y administrativo
LVI.4. Líneas directrices para el funcionamiento de un equipo psiquiátrico
LVI.4.1. Psicosis y funcionamiento institucional
LVI.4.2. Escollos y dificultades del trabajo psiquiátrico en institución
La violencia
El aislamiento del mundo social
Escisión del equipo, desorganización, contraactitudes
LVI.5. La ética
Conclusión
Bibliografía

LVII. *Medidas sociales y rehabilitación en psiquiatría*
LVII.1. Terminología
LVII.2. La rehabilitación en el extranjero
LVII.2.1. La rehabilitación en los Estados Unidos
LVII.2.2. La rehabilitación en Italia
LVII.3. La rehabilitación en Francia
LVII.3.1. Las concepciones
LVII.3.2. El reconocimiento de la discapacidad psíquica y de su compensación
LVII.3.3. El sitio de los usuarios
LVII.3.4. De la curación al restablecimiento
LVII.4. Las estrategias de rehabilitación dirigidas a las personas
LVII.4.1. Los tratamientos de readaptación
LVII.4.2. El acompañamiento hacia el alojamiento
La vida en establecimientos de albergue
LVII.4.3. El acompañamiento hacia la inserción profesional
El medio ordinario
El medio protegido
La formación
LVII.5. Las acciones destinadas a la sociedad de ayuda
LVII.5.1. La lucha contra la estigmatización y la promoción del principio de no discriminación

booksmedicos.org

LVII.5.2. La acción política en la ciudad
LVII.5.3. Redes y acompañamientos
LVII.6. Retos y perspectivas
LVII.6.1. El desafío de la articulación de los oficios y el sitio de la psiquiatría
LVII.6.2. El desafío de las políticas de transversalidad y del desarrollo de lo asociativo
Conclusión
Bibliografía

Índice analítico

booksmedicos.org

El *Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto* ofrece un texto didáctico y actualizado, pensado y redactado a partir de la práctica clínica en la que se asocia el enfoque de la tradición psiquiátrica francesa y el enfoque global y estandarizado surgido de las grandes clasificaciones internacionales —como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*—. La obra, coordinada por Vassilis Kapsambelis, no sólo rescata la fenomenología sino también la semiología y la psicopatología sin las cuales no es posible un ejercicio honesto de la especialidad, centrado en la persona. Junto al recordatorio de la evolución histórica de las nociones y los conceptos, la obra integra en su exposición las influencias teóricas provenientes del psicoanálisis así como del fértil campo de las ciencias cognitivas. En cada capítulo hay una sección dedicada a la terapéutica, tanto farmacológica como psicoterapéutica y cognitivo-conductual. Los 46 coautores de este *Manual* han seleccionado algunos casos clínicos característicos para apoyar una labor didáctica que los lectores sabrán agradecer.

www.fondodeculturaeconomica.com

booksmedicos.org

booksmedicos.org

Índice

Sumario 8
Prólogo a la edición en español 12
Acerca de los autores 16
PRIMERA SECCIÓN. LA PSIQUIATRÍA ENTRE MEDICINA, BIOLOGÍA Y CIENCIAS HUMANAS 20
I. Especificidad de la psiquiatría 22
I.1. La particularidad de la psiquiatría 22
I.1.1. Ejercicio psiquiátrico y ejercicio médico 22
I.1.2. Los internamientos 23
I.1.3. La estructura de la relación médica en psiquiatría 24
I.1.4. La alianza terapéutica 24
I.2. La relativa autonomía de la psiquiatría 25
I.2.1. “Organogénesis”, “psicogénesis”, “sociogénesis” 26
I.2.2. El psiquismo, un “sistema” del organismo humano 28
I.3. El saber psiquiátrico 29
I.3.1. Los síntomas 29
I.3.2. Una clínica de la relación terapéutica 30
I.3.3. Nosografía y clasificaciones 31
I.4. Psiquiatría y salud mental 32
I.4.1. Salud mental y prevención 33
I.4.2. La desventaja y los derechos del ciudadano 33
Conclusión 34
Bibliografía 34
II. Historia y evolución de las ideas en patología mental 37
II.1. La psiquiatría de la Antigüedad grecorromana 37
II.2. La Edad Clásica 38
II.3. Nacimiento de la psiquiatría moderna a principios del siglo XIX 39
II.4. La encrucijada del siglo: 1870-1920 42
II.4.1. La teoría de la degeneración 42
II.4.2. Charcot y la histeria 43
II.4.3. La psiquiatría alemana en el siglo XIX: la escuela de Emil Kraepelin 43
II.5. La psiquiatría del siglo XX 45

booksmedicos.org

II.5.1. La revolución psicoanalítica 45
II.5.2. La revolución de la neurología y de las “neurociencias” 47
II.5.3. La reforma psiquiátrica 48
II.5.4. El auge de la psicología experimental:conductista y después cognitiva 49
Conclusión 50
Bibliografía 51
III. Semiología psiquiátrica 54
III.1. Examen psiquiátrico y semiología 54
III.2. Trastornos de los distintos campos del examen clínico 55
III.2.1. La presentación 55
III.2.2. Trastornos del lenguaje 56
III.2.3. Trastornos del pensamiento 57
Los trastornos del curso del pensamiento 57
Los trastornos del contenido del pensamiento 57
Los trastornos del juicio 59
III.2.4. Trastornos de la memoria 60
III.2.5. Trastornos de la percepción 61
III.2.6. Trastornos de la expresión afectiva y emocional 63
III.2.7. Trastornos de la psicomotricidad, del acto,de las conductas y de la voluntad 63
III.2.8. Trastornos de la vigilancia, de la atención,de la conciencia y de la conciencia de sí 65
III.2.9. Trastornos de las funciones fisiológicas 66
III.3. Aspectos sindrómicos 67
Conclusión 68
Bibliografía 68
IV. Epidemiología psiquiátrica 72
IV.1. Las dificultades de los estudios epidemiológicos en psiquiatría 72
IV.2. Epidemiología descriptiva 73
IV.2.1. La mortalidad 73
La mortalidad suicida 73
La mortalidad no suicida 74
IV.2.2. La morbilidad 74
Indicadores de la morbilidad 74
Definición de caso 74

booksmedicos.org

Los estudios en población general 75
Los estudios en poblaciones infantiles y juveniles 75
Evolución de la mortalidad y de la morbilidad a lo largo del tiempo 76
IV.3. Epidemiología analítica 76
IV.3.1. Investigación de los factores de riesgo 77
IV.3.2. Encuestas de riesgo relativo 77
IV.4. Los factores de riesgo de las enfermedades mentales 78
IV.4.1. Factores sociodemográficos 78
La edad 78
El sexo 78
IV.4.2. Factores psicosociales 79
El matrimonio 79
Medio rural y medio urbano 80
Profesiones 80
Creatividad y psicosis 80
El nivel social 80
Los factores culturales 81
Los eventos estresantes de vida 81
IV.4.3. Los factores genéticos 81
IV.5. Epidemiología experimental o evaluativa 82
IV.5.1. Evaluación médico-económica 82
IV.5.2. Evaluación fármaco-epidemiológica 83
IV.5.3. Evaluación de la calidad de vida 83
Conclusión 83
Bibliografía 84
V. Psiquiatría y neurociencias 88
V.1. Las herramientas de las neurociencias 88
V.1.1. Cultivos de tisulares orgánicos y función celular 88
V.1.2. Electrofisiología 89
Electrofisiología y redes de neuronas 89
Una aplicación de la electrofisiología:la teoría de las neuronas espejo 90
Las neuroprótesis, ¿mañana? 91
V.1.3. Genética 91
Estudios de población 91
Genética y biología molecular 92

booksmedicos.org

Modelos genéticos animales 93
V.1.4. Imagenología cerebral 94
V.2. Ejemplos de aplicaciones en la psiquiatría 95
V.2.1. Biología de las emociones 95
Estrés y homeostasis 95
Papel del lóbulo frontal 96
Biología del miedo 96
V.2.2. Biología de la depresión 97
V.2.3. Neurociencias de la conciencia 98
Conclusión 99
Bibliografía 99
VI. Psiquiatría y psicoanálisis 102
VI.1. El nacimiento del pensamiento psicoanalítico 102
VI.1.1. El recorrido de freud 102
VI.1.2. Un proyecto de "psicología científica" 103
VI.1.3. La sexualidad,base y paradigma del psiquismo humano 104
VI.2. Ubicación de las principales nociones 106
VI.2.1. El descubrimiento del inconsciente 106
VI.2.2. Las diferentes hipótesis metapsicológicas 107
VI.2.3. El complejo de Edipo y la organización triangular del psiquismo humano 108
VI.2.4. Las neurosis 109
VI.3. El tratamiento psicoanalítico 109
VI.4. El ensanchamiento del perímetro de la psicopatología psicoanalítica 110
VI.4.1. El narcisismo y las psicosis 110
VI.4.2. El objeto y la melancolía 111
VI.4.3. Negación y escisión 111
VI.5. El giro de la década de 1920:la segunda teoría de las pulsiones 112
VI.6. Corrientes posfreudianas de pensamiento en psicoanálisis 113
VI.6.1. Las relaciones de objeto 113
VI.6.2. La psicología del yo 114
VI.6.3. El papel del objeto 114
VI.6.4. El estructuralismo 115
VI.7. El psicoanálisis en la psiquiatría 116
Las pulsiones 116
El principio del placer 116

booksmedicos.org

El conflicto psíquico 117
El objeto humano 117
Historicidad y sentido 117
Conclusión 118
Bibliografía 118
VII. Psiquiatría y psicología cognitiva 122
VII.1. El campo de la psicología cognitiva 122
VII.2. Procesos implícitos y procesos inconscientes 124
VII.3. Condiciones de estudio de una representación mental inconsciente 125
VII.3.1. El problema de los sesgos de respuesta 126
VII.3.2. Teoría de la detección de la señal 127
VII.3.3. Definición operatoria 128
VII.4. Paradigmas experimentales que permiten estudiar las representaciones mentales inconscientes 129
VII.5. Diversidad y límites de las representaciones mentales inconscientes 129
VII.6. ¿Cuáles son las implicaciones para la psiquiatría? 132
Conclusión 133
Bibliografía 133
VIII. Psiquiatría, comportamientos y modelos animales 137
VIII.1. Los comportamientos animales 137
VIII.1.1. El ejemplo del apego 138
VIII.1.2. Las “neurociencias sociales” 139
VIII.2. La modelización animal en medicina 140
VIII.2.1. El modelo animal 140
VIII.2.2. Los modelos de la ansiedad en los roedores 141
VIII.2.3. Los modelos animales de las psicosis 142
VIII.3. El observador frente a un experimento de conducta animal 143
Conclusión 144
Bibliografía 144
IX. Psiquiatría y fenomenología 147
IX.1. Límites del enfoque objetivo en psiquiatría 147
IX.2. La actitud fenomenológica 148
IX.3. La fenomenología psiquiátrica 148
IX.4. Fenomenología psiquiátrica y clínica psiquiátrica 149
IX.4.1. La esquizofrenia 149
IX.4.2. El delirio 153

booksmedicos.org

IX.4.3. La melancolía 154
IX.4.4. La manía 154
IX.4.5. Melancolía y manía 155
IX.5. Fenomenología y neurociencias 155
Conclusión 156
Bibliografía 156
X. Psiquiatría y teoría de los sistemas 159
X.1. La teoría de los sistemas 159
X.2. Gregory Bateson: la comunicación paradójica 160
X.3. Los pioneros y el grupo de Palo Alto 160
X.3.1. Los pioneros de la terapia familiar 161
X.3.2. Conexiones y aperturas 161
X.4. El auge de la clínica sistémica: 1960-1980 162
X.4.1. La corriente que prioriza la función del terapeuta 162
X.4.2. La corriente que prioriza la personalidad del terapeuta 164
X.5. Difusión de las terapias familiares en Europa: evolución de la teoría y de las prácticas 165
Conclusión 167
Bibliografía 167
XI. Psiquiatría social y comunitaria 171
XI.1. Historial y generalidades 171
XI.1.1. Psicoterapia institucional, comunidad terapéutica 172
XI.1.2. Psiquiatría social,psiquiatría comunitaria, política de sector 173
XI.1.3. Promoción de la salud mental, psiquiatría ciudadana 173
XI.2. La evolución de las ideas y de las prácticas. El ejemplo francés de la psiquiatría de sector 174
XI.2.1. Las ambiciones fundadoras 174
XI.2.2. Las realizaciones 175
La instalación del dispositivo:implantación de estructuras 176
La sectorización en la actualidad 177
XI.3. Desafíos y perspectivas 178
XI.3.1. Las progresiones 178
XI.3.2. Las impugnaciones 179
Lo inconcluso del desarrollo 179
El cronicismo de las prácticas 180
La oposición entre atención general y atención especializada 180

booksmedicos.org

La necesidad de las asociaciones 181
Conclusión 182
Bibliografía 182
XII. Introducción a la psicosomática 186
XII.1. Historia de la psicosomática psicoanalítica 186
XII.1.1. Los cimientos freudianos de la psicosomática 186
Los síntomas conversivos histéricos 187
Los síntomas somáticos de la neurosis actual 187
Los síntomas hipocondriacos 188
Las enfermedades orgánicas 188
XII.1.2. Las corrientes posfreudianas en psicosomática anteriores a la guerra 189
XII.1.3. Las corrientes teóricas de la posguerra en Francia 190
La conversión generalizada de J.-P. Valabrega 190
La Escuela Psicosomática de París 191
XII.2. Clínica y teoría psicosomática 192
XII.2.1. El proceso de somatización mediante regresión 192
XII.2.2. El proceso de somatización mediante desvinculación pulsional 193
XII.3. La práctica psicosomática psicoanalítica 195
Conclusión 196
Bibliografía 196
XIII. Introducción a la etnopsiquiatría 199
XIII.1. Breve compendio histórico de las relaciones entre la psiquiatría y la antropología 200
XIII.2. El modelo nosológico 201
XIII.2.1. El modelo epidemiológico 201
XIII.2.2. El modelo etnomédico 202
XIII.3. El modelo de antropología general 203
XIII.4. Las perspectivas terapéuticas 205
XIII.5. Las limitaciones de una psiquiatría de los límites 206
XIII.5.1. Los errores del diagnóstico cultural 206
XIII.5.2. El riesgo de etnicización de la psiquiatría 207
XIII.5.3. El riesgo de relegación de las poblaciones extranjeras 207
Conclusión 208
Bibliografía 208
XIV. El marco legislativo y deontológico de la psiquiatría 211

booksmedicos.org

XIV.1. El marco legislativo de la organización de los tratamientos en psiquiatría 211
XIV.2. Modalidades de hospitalización y de atención en psiquiatría 212
XIV.2.1. La hospitalización libre (HL) (artículo L.3211-2) 213
XIV.2.2. La hospitalización y los tratamientos psiquiátricos a solicitud de un tercero (artículos L.3212-1 y L.3212-3) 213
XIV.2.3. La hospitalización y la atención psiquiátrica a solicitud del representante del estado (SDRD) (artículos L.3213.1 y siguientes) 216
XIV.2.4. Modalidades de hospitalización en psiquiatría de menores de edad 218
XIV.2.5. Derechos de las personas hospitalizadas bajo coerción 218
XIV.3. Medidas de protección jurídica de las personas de la tercera edad 219
XIV.3.1. La salvaguarda de justicia 219
XIV.3.2. La tutela y la curatela 220
La tutela 220
La curatela 221
XIV.4. Disposiciones legislativas relativas a las personas con discapacidades 221
XIV.5. Los exámenes psiquiátricos por requerimiento 222
XIV.6. Los peritajes psiquiátricos 223
XIV.7. El cuidado de los alcohólicos y los toxicómanos 223
XIV.8. El seguimiento socio-judicial 224
XIV.9. Los señalamientos 225
XIV.9.1. Señalamiento de un menor o de una persona vulnerable 225
XIV.9.2. Señalamientos de peligrosidad 225
XIV.10. Derechos de los pacientes para acceder a su expediente 226
Conclusión 226
Bibliografía 226
XV. Psiquiatría y psicología clínica: métodos e instrumentos 229
XV.1. Historial y definiciones 229
XV.2. Referencias teóricas 230
XV.3. La actividad del psicólogo clínico 230
XV.3.1. La evaluación clínica 231
XV.3.2. La psicoterapia y el acompañamiento psicológico 231
XV.3.3. La intervención en el seno de un equipo 231
XV.4. Las técnicas 232
XV.4.1. La observación clínica 232

booksmedicos.org

XV.4.2. La entrevista clínica 232
XV.4.3. Técnicas psicométricas 233
Las pruebas de nivel y de aptitudes 234
Las escalas de evaluación 235
XV.4.4. Técnicas de evaluación de la personalidad 236
MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota) 237
Métodos proyectivos 237
Test de Rorschach 238
Test de Apercepción Temática (TAT) 238
Conclusión 239
Bibliografía 239
XVI. La investigación en psiquiatría 241
XVI.1. La psicofarmacología: tratamientos eficaces, instrumentos de investigación 242
XVI.2. Los modelos animales 242
XVI.3. Las escalas de evaluación 243
XVI.4. La epidemiología psiquiátrica 244
XVI.5. Las ciencias humanas 245
XVI.6. La neurobiología 246
XVI.6.1. Los marcadores biológicos 246
XVI.6.2. Los métodos genéticos 247
XVI.6.3. Neuroanatomía, fisiología celular y biología molecular 247
El nivel estructural 248
Nivel funcional 248
La biología molecular 248
La imagenología funcional 249
XVI.7. Las ciencias cognitivas 249
XVI.8. Evaluación de las psicoterapias 249
Conclusión 250
Bibliografía 250
SEGUNDA SECCIÓN. CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA 254
Parte 1. Neurosis 256
XVII. Introducción a las patologías neuróticas 257
XVII.1 Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 257
XVII.1.1. Historial y terminología 257

booksmedicos.org

XVII.1.2. Situación nosográfica 258
XVII.2. Datos e investigaciones biomédicos 259
XVII.3. La clínica 259
XVII.3.1. La ansiedad 259
XVII.3.2. Inhibición e insatisfacción 260
XVII.3.3. Los trastornos depresivos (la distimia) 260
XVII.3.4. Los trastornos sexuales 261
XVII.3.5. Fatiga y somatizaciones 261
XVII.4. Casos clínicos 262
XVII.4.1. Emma Rouault, madame Bovary 262
XVII.4.2. El doctor Cottard en París 262
XVII.5. Psicopatología 263
XVII.6. Terapéutica 265
Conclusión 266
Bibliografía 266
XVIII. Trastornos ansiosos y fóbicos 268
XVIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 268
XVIII.1.1. Historial y terminología 268
XVIII.1.2. Situación nosográfica 269
XVIII.2. Datos e investigaciones biomédicos 270
XVIII.2.1. Epidemiología 270
XVIII.2.2. Investigaciones biológicas 270
XVIII.3. La clínica 271
XVIII.3.1. La clínica de la ansiedad 271
XVIII.3.2. Las dos formas clínicas de la ansiedad 272
XVIII.3.3. Las fobias 272
XVIII.3.4. La fobia social 273
XVIII.4. Caso clínico de crisis de angustia (ataques de pánico) 274
XVIII.5. Psicopatología 274
XVIII.5.1. El enfoque psicoanalítico 274
XVIII.5.2. El enfoque conductual 276
XVIII.5.3. El enfoque cognitivista 276
XVIII.6. Terapéutica 277
Conclusión 278
Bibliografía 278

booksmedicos.org

XIX. Histeria 280
XIX.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 280
XIX.1.1. La terminología 280
XIX.1.2. Historia 280
XIX.1.3. Situación nosográfica 282
XIX.2. Datos e investigaciones biomédicos 283
XIX.2.1. Incidencia y prevalencia 283
XIX.2.2. Comorbilidades 283
XIX.3. La clínica 284
XIX.3.1. Los rasgos de personalidad histérica 284
XIX.3.2. Las manifestaciones sintomáticas 286
Síntomas de conversión 286
Síntomas de expresión psíquica 287
XIX.3.3. Diagnóstico diferencial 288
XIX.3.4. Pronóstico a mediano y largo término 289
XIX.4. Casos clínicos 289
XIX.4.1. Un episodio de conversión somática 289
XIX.4.2. Un hombre histérico 290
XIX.4.3. Una paciente histérica en la cincuentena 290
XIX.5. Psicopatología 291
XIX.5.1. El enfoque psicoanalítico 291
XIX.5.2. Psicopatología cognitiva 293
XIX.6. Terapéutica 293
Conclusión 295
Bibliografía 295
XX. Neurosis obsesiva 298
XX.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 298
XX.1.1. La terminología 298
XX.1.2. Historial y situación nosográfica 299
XX.1.3. Popularización del TOC 300
XX.2. Datos e investigaciones biomédicos 301
XX.2.1. Epidemiología 301
XX.2.2. Investigaciones biológicas 301
XX.2.3. Comorbilidades 302
XX.3. Clínica de la neurosis obsesiva 302

booksmedicos.org

XX.3.1. Temas y cuadros clínicos 303
XX.3.2. La personalidad obsesiva 303
XX.3.3. Evaluación del TOC 304
XX.3.4. Evolución 304
XX.3.5. El espectro obsesivo-compulsivo 304
XX.3.6. Diagnóstico diferencial 305
XX.4. Caso clínico 306
XX.5. Psicopatología 306
XX.5.1. El enfoque psicoanalítico 306
XX.5.2. Psicopatología cognitiva 308
XX.6. Terapéutica 308
XX.6.1. Los tratamientos medicamentosos 308
XX.6.2. Las psicoterapias 309
Las terapias cognitivo-conductuales 309
Los tratamientos psicoanalíticos 309
XX.6.3. Psicocirugía y procesos de electro-estimulación profunda 310
Conclusión 310
Bibliografía 311
XXI. Patologías traumáticas y reacciones patológicas a los acontecimientos de vida 314
XXI.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 314
XXI.1.1. Historial 314
XXI.1.2. Situación nosográfica 315
XXI.2. Datos e investigaciones biomédicos 316
XXI.2.1. Epidemiología 316
XXI.2.2. Investigaciones biológicas 317
XXI.3. La clínica 317
XXI.3.1. Reacciones agudas a un factor traumático 317
Síntomas neuróticos 318
Síntomas de la serie psicótica 318
XXI.3.2. El “estado de estrés postraumático” (EEPT) 318
El tiempo de latencia 319
El síndrome de repetición 319
Los síntomas no específicos y síntomas de superestructura 319
La evolución 320
XXI.3.3. La modificación durable de la personalidad 320

booksmedicos.org

XXI.3.4. La sinistrosis 321
XXI.4. Caso clínico 321
XXI.5. Psicopatología 322
XXI.5.1. El enfoque psicoanalítico 322
XXI.5.2. El enfoque conductual y cognitivo 323
XXI.6. Terapéutica 323
XXI.6.1. El sitio de los psicotrópicos 323
XXI.6.2. Las psicoterapias 324
XXI.6.3. Prevención o intervenciones psicológicas precoces 324
XXI.7. Aspectos médico-legales 325
Conclusiones 325
Bibliografía 326
XXII. Hipocondría y otros trastornos psíquicos de expresión corporal 328
XXII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 328
XXII.1.1. Historial y evolución de los conceptos 328
XXII.1.2. Situación nosográfica 330
XXII.2. Datos e investigaciones biomédicos 330
XXII.2.1. Epidemiología y factores de riesgo 330
XXII.2.3. Comorbilidades 330
XXII.3. La clínica 331
XXII.3.1. La actitud hipocondriaca 331
Un sufrimiento inefable 331
La convocatoria de un tercero 331
La reconversión en médico imaginario 332
XXII.3.2. Las posibles evoluciones 332
XXII.3.3. Las formas clínicas 333
La hipocondría neurótica, llamada “menor” 333
La hipocondría delirante, llamada “mayor” 333
Hipocondría, melancolía y depresión 334
La evolución hipocondriaca de una enfermedad somática conocida y tratada 334
XXII.3.4. Los otros trastornos psíquicos de expresión o preocupación corporales 334
XXII.4. Caso clínico 336
XXII.5. Psicopatología 336
XXII.5.1. El modelo de la neurosis actual 337

booksmedicos.org

XXII.5.2. La hipótesis de una hipocondría psiconeurótica 337
XXII.6. Terapéutica 338
XXII.6.1. Los enfoques psicoterapéuticos 338
XXII.6.2. Tratamientos medicamentosos 338
Conclusión 339
Bibliografía 339
Parte 2. Psicosis 343
XXIII. Introducción a las patologías psicóticas 344
XXIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 344
XXIII.1.1. Historial y terminología 344
XXIII.1.2. Situación nosográfica 346
XXIII.2. Datos e investigaciones biomédicos 347
XXIII.2.1. Epidemiología general 347
XXIII.2.2. Mortalidad y suicidio 347
XXIII.2.3. Factores de riesgo 348
XXIII.2.4. Comorbilidades 348
XXIII.2.5. Neurolépticos y neurotransmisores 348
XXIII.2.6. Investigaciones genéticas 349
XXIII.2.7. Las hipótesis del neurodesarrollo 349
XXIII.3. Lógicas de la clínica de los estados psicóticos 350
XXIII.3.1. La clínica de las psicosis 350
La “pérdida de la realidad” 350
El déficit 351
La desorganización 352
La distinción negativo / positivo 352
XXIII.3.2. Las clasificaciones empíricas de los estados psicóticos 353
La oposición psicosis orgánicas / psicosis funcionales 353
La oposición esquizofrenias / psicosis crónicas sistematizadas 354
La oposición trastornos del pensamiento / trastorno del afecto (humor) 356
XXIII.4. Casos clínicos 356
XXIII.4.1. El sentimiento de existir según Jean-Paul Sartre 357
XXIII.4.2. Jean-Jacques Rousseau a propósito de su “Tercer diálogo” 357
XXIII.5. Psicopatología 358
XXIII.5.1. Enfoques psicoanalíticos 358

booksmedicos.org

XXIII.5.2. Enfoques cognitivos 361
Las alucinaciones 361
El déficit 363
XXIII.5.3. Enfoques sistémicos 364
XXIII.6. Terapéutica 365
Conclusión 366
Bibliografía 366
XXIV. Psicosis agudas 372
XXIV.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 372
XXIV.1.1. Historial y terminología 372
XXIV.1.2. Situación nosográfica 373
XXIV.2. Datos e investigaciones biomédicos 373
XXIV.2.1. Epidemiología 373
XXIV.2.2. Factores de riesgo 374
XXIV.2.3. Investigaciones biológicas 374
XXIV.3. La clínica 375
XXIV.3.1. El principio y la fase de estado 375
XXIV.3.2. Diagnóstico diferencial 376
XXIV.3.3. Pronóstico 377
XXIV.4. Caso clínico 377
XXIV.5. Psicopatología 378
XXIV.6. Terapéutica 379
XXIV.6.1. Tratamiento inicial 379
XXIV.6.2. La mejoría del episodio agudo 380
Conclusión 380
Bibliografía 381
XXV. Confusiones mentales y delirium tremens 384
XXV.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 384
XXV.1.1. Historial y terminología 384
XXV.1.2. Situación nosográfica 385
XXV.2. Datos biomédicos 385
XXV.2.1. Epidemiología 385
XXV.2.2. Fisiopatología 385
XXV.2.3. Etiologías de la confusión mental 386
XXV.3. La clínica 386

booksmedicos.org

XXV.3.1. Fase prodrómica 386
XXV.3.2. Fase de estado 386
El síndrome confusional propiamente dicho 387
El delirio onírico u onirismo 388
El síndrome somático 388
XXV.3.3. Diagnóstico, evolución y pronóstico 389
XXV.3.4. Formas clínicas 389
El delirium tremens 390
El delirio agudo 390
El síndrome de Korsakoff 390
XXV.4. Caso clínico 391
XXV.5. Psicopatología 392
XXV.6. Terapéutica 393
Conclusión 394
Bibliografía 394
XXVI. Las esquizofrenias debutantes 397
XXVI.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 397
XXVI.1.1. Historial de los estudios sobre la esquizofrenia debutante 397
XXVI.1.2. Terminología y situación nosográfica 399
XXVI.2. Datos e investigaciones biomédicos 400
XXVI.3. La clínica 401
XXVI.4. Casos clínicos 401
XXVI.4.1. Un extranjero 401
XXVI.4.2. Caso clínico 402
XXVI.5. Psicopatología 403
XXVI.6. Terapéutica 404
XXVI.6.1. Las quimioterapias 404
XXVI.6.2. Tratamientos psicoterapéuticos 405
XXVI.6.3. El enfoque familiar 405
XXVI.6.4. Enfoques psicosociales 405
Conclusiones 406
Bibliografía 406
XXVII. Esquizofrenias del periodo de estado 409
XXVII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 409
XXVII.2. Datos e investigaciones biomédicos 409

booksmedicos.org

XXVII.3. La clínica 409
XXVII.3.1. Los síntomas característicos según las clasificaciones internacionales 409
XXVII.3.2. Enfoque empírico de los principales síndromes 411
La xenopatía 411
Disociación, ambivalencia, discordancia 412
Retraimiento y negativismo 413
La regresión 413
XXVII.3.3. Las formas clínicas 414
Esquizofrenia paranoide 415
Hebefrenia 415
Catatonia 416
Esquizofrenia distímica (trastornos esquizoafectivos) 416
Esquizofrenia simple 417
El trastorno esquizotípico 417
Depresión postesquizofrénica 417
Esquizofrenia residual 418
Otras entidades clínicas del grupo de las esquizofrenias 418
XXVII.3.4. El curso de la enfermedad 418
XXVII.4. Casos clínicos 418
XXVII.4.1. Un caso de esquizofrenia paranoide 419
XXVII.4.2. Un caso de esquizofrenia distímica 419
XXVII.5. Psicopatología 420
XXVII.6. Terapéutica 420
XXVII.6.1. El tratamiento hospitalario 421
XXVII.6.2. Los tratamientos biológicos 422
XXVII.6.3. Los tratamientos psicológicos 423
Psicoanálisis y tratamientos psicoanalíticos 423
Terapias cognitivo-conductuales 423
Terapias familiares 424
XXVII.6.4. Los tratamientos psicosociales 424
Conclusión 424
Bibliografía 425
XXVIII. Evolución y formas terminales de las esquizofrenias 427
XXVIII.1. Situación nosográfica 427
XXVIII.2. Los estudios de evolución a largo plazo 429

booksmedicos.org

XXVIII.2.1. Los estudios epidemiológicos 429
XXVIII.2.2. Los criterios de remisión 430
XXVIII.3. Clínica de las formas terminales 430
XXVIII.3.1. Las evoluciones de fuerte deterioro 431
XXVIII.3.2. Devenir de la clínica psicótica 431
XXVIII.4. Casos clínicos 433
XXVIII.4.1. Una evolución "catastrófica" 433
XXVIII.4.2. Una evolución de relativa estabilización 434
XXVIII.4.3. Una evolución favorable 434
XXVIII.5. Psicopatología 435
XXVIII.6. Terapéutica 436
Conclusión 436
Bibliografía 437
XXIX. Paranoias y otras psicosis crónicas sistematizadas 439
XXIX.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 439
XXIX.1.1. Historial y terminología 439
XXIX.1.2. Situación nosográfica 441
XXIX.2. Datos e investigaciones biomédicos 442
XXIX.3. La clínica 443
XXIX.3.1. El delirio y sus mecanismos 443
XXIX.3.2. La personalidad paranoica 444
XXIX.3.3. Las entidades clínicas 444
Los delirios de interpretación 445
El "delirio de relación de los sensitivos" 445
Los delirios pasionales 446
La psicosis alucinatoria crónica 446
Las parafrenias 447
XXIX.3.4. Aspectos evolutivos 447
XXIX.4. Casos clínicos 448
XXIX.4.1. Un caso de paranoia 448
XXIX.4.2. Un caso de psicosis alucinatoria crónica 449
XXIX.5. Psicopatología 450
XXIX.6. Terapéutica 451
XXIX.6.1. La hospitalización 451
XXIX.6.2. El seguimiento a largo plazo 452

booksmedicos.org

Conclusión 453
Bibliografía 453
Parte 3. Trastornos de la afectividad (o del humor) 455
XXX. Introducción a los trastornos de la afectividad (o del humor) 456
XXX.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 456
XXX.1.1. Historial 456
XXX.1.2. Terminología 457
XXX.1.3. Situación nosográfica 459
XXX.2. Datos e investigaciones biomédicos 460
XXX.3. Lógicas de la clínica de los trastornos del humor 460
XXX.3.1. La clínica de los estados depresivos 460
La "tristeza patológica" 461
La inhibición y el enlentecimiento 461
La inseguridad y el desamparo 462
XXX.3.2. Los estados de expansividad tímica 462
XXX.3.3. Las clasificaciones empíricas de los estados depresivos 463
La oposición melancolía / depresión 464
La oposición depresión reactiva / depresión endógena 464
La oposición depresión-episodio / depresión-constitución (o temperamento) 465
XXX.4. Caso clínico: la melancolía de Tolstói 465
XXX.5. Psicopatología 466
XXX.5.1. Enfoques psicoanalíticos 466
La melancolía 466
Las depresiones 468
La manía 469
XXX.5.2. Enfoques cognitivos 469
XXX.6. Tratamiento 471
Bibliografía 471
XXXI. Estados depresivos y melancólicos 475
XXXI.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 475
XXXI.2. Datos e investigaciones biomédicos 476
XXXI.2.1. Epidemiología y factores de riesgo 476
XXXI.2.2. El suicidio 476
XXXI.2.3. Investigaciones biológicas 477
XXXI.3. La clínica 478

booksmedicos.org

XXXI.3.1. El síndrome depresivo 478
El humor depresivo 478
El enlentecimiento depresivo 479
El síndrome somático 479
XXXI.3.2. Las formas clínicas 480
La melancolía 480
Las depresiones neuróticas 481
Las depresiones reactivas 482
Formas atípicas, depresión enmascarada,equivalentes depresivos 482
Las depresiones “secundarias” 482
La depresión del adolescente 483
La depresión de la tercera edad 483
XXXI.3.3. Evolución 484
XXXI.4. Casos clínicos 484
XXXI.4.1. Una depresión melancólica 484
XXXI.4.2. Una depresión neurótica 485
XXXI.4.3. Una “seudodemencia depresiva” de un sujeto anciano 486
XXXI.5. Psicopatología 486
XXXI.6. Terapéutica 486
XXXI.6.1. Cuadro terapéutico 486
XXXI.6.2. Los medicamentos antidepresivos 487
La elección del antidepresivo 487
La conducción del tratamiento 487
Conducta a seguir en ciertos casos particulares 487
Duración y fin del tratamiento 488
XXXI.6.3. Otros tratamientos biológicos 488
El tratamiento electroconvulsivo (TEC) 488
La estimulación magnética transcraneal (EMT) 488
La fototerapia 489
XXXI.6.4. Enfoques psicoterapéuticos 489
Conclusión 489
Bibliografía 490
XXXII. Estados maniacos, hipomaniacos y mixtos 491
XXXII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 491
XXXII.1.1. Terminología 491

booksmedicos.org

XXXII.1.2. Situación nosográfica 492
XXXII.2. Datos e investigaciones biomédicos 492
XXXII.2.1. Epidemiología 492
XXXII.2.2. Complicaciones y comorbilidad 492
XXXII.2.3. Investigaciones biológicas 493
XXXII.3. La clínica 493
XXXII.3.1. Modos de inicio del acceso maniaco 493
XXXII.3.2. La crisis maniaca típica 493
Presentación y contacto 494
El humor 494
El contenido de los pensamientos 494
Los trastornos psicomotores 495
El funcionamiento mental 496
Los síntomas somáticos 496
XXXII.3.3. Formas clínicas 496
La hipomanía 497
El furor maniaco o manía aguda 497
La manía delirante 497
La manía confusa 497
El episodio mixto 497
Las formas secundarias 498
XXXII.3.4. Evolución de los estados maniacos 498
XXXII.4. Casos clínicos 498
XXXII.4.1. Un mutismo maniaco 499
XXXII.4.2. Un estado mixto 499
XXXII.5. Psicopatología 500
XXXII.6. Terapéutica 500
XXXII.6.1. Tratamiento del episodio maniaco 500
XXXII.6.2. Tratamiento de los episodios mixtos 501
XXXII.6.3. Enfoques psicoterapéuticos 501
Conclusión 501
Bibliografía 502
XXXIII. Enfermedad maniaco-depresiva y “espectro bipolar” 503
XXXIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 503
XXXIII.1.1. Historial y evolución de los conceptos 503

booksmedicos.org

XXXIII.1.2. Situación nosográfica 503
El trastorno bipolar tipo I (TPI) 504
El trastorno bipolar tipo II (TPII) 504
El trastorno bipolar tipo III (TPIII) 505
El trastorno unipolar 505
Otras 505
XXXIII.2. Datos e investigaciones biomédicos 505
XXXIII.2.1. Epidemiología y factores de riesgo 505
XXXIII.2.2. Investigaciones en genética 506
Los estudios familiares 506
La genética molecular 507
XXXIII.2.3. Investigaciones biológicas 507
La neuroquímica 507
La neuroendocrinología 508
XXXIII.2.4. Estudios del riesgo ambiental 508
XXXIII.2.5. La imagenología cerebral 509
XXXIII.2.6. Los factores secundarios 509
XXXIII.3. La clínica 509
XXXIII.3.1. Modos de inicio 509
XXXIII.3.2. Evolución y formas clínicas 510
XXXIII.3.3. Complicaciones y comorbilidad 511
XXXIII.4 Casos clínicos 512
XXXIII.4.1. Una hipomanía descompensada que revela un trastorno bipolar 512
XXXIII.4.2. Una vida de trastorno bipolar 513
XXXIII.5. Psicopatología 513
XXXIII.6. Terapéutica 513
XXXIII.6.1. El tratamiento medicamentoso:los estabilizadores del estado de ánimo 514
Conducción del tratamiento 514
Algunos casos particulares 515
XXXIII.6.2. La terapia electroconvulsiva (TEC) 516
XXXIII.6.3. Enfoques psicoterapéuticos, psicoeducativos y psicosociales 516
Conclusión 517
Bibliografía 518

booksmedicos.org

Parte 4. Trastornos de la personalidad. Conductas y manifestaciones psicopatológicas aisladas 520
XXXIV. Introducción a la noción de personalidad patológica 521
XXXIV.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 521
XXXIV.2. Algunos modelos de caracterología 522
XXXIV.2.1. La morfopsicología 523
XXXIV.2.2. La caracterología de origen clínico 523
XXXIV.2.3. Carácter y personalidad en el enfoque psicoanalítico 524
XXXIV.3. La noción de caracteropatía y de "trastornos del carácter" 526
XXXIV.4. Terapéutica 527
Conclusión 527
Bibliografía 528
XXXV. Los trastornos de la personalidad dentro de las clasificaciones contemporáneas 530
XXXV.1. Presentación general de los trastornos de la personalidad según las dos clasificaciones internacionales 530
XXXV.1.1. La CIE-10 530
XXXV.1.2. El DSM-5 531
XXXV.2. Trastornos de la personalidad comunes a las dos clasificaciones 532
XXXV.2.1. Personalidad paranoide 532
XXXV.2.2. Personalidad esquizoide 533
XXXV.2.3. Personalidad disocial (antisocial) 533
XXXV.2.4. Personalidad histriónica 534
XXXV.2.5. Personalidad anancástica (obsesivo-compulsiva) 534
XXXV.2.6. Personalidad ansiosa (evitativa) 535
XXXV.2.7. Personalidad dependiente 535
XXXV.3. Trastornos de la personalidad propios del DSM-5 535
XXXV.3.1. La personalidad esquizotípica en el seno de las personalidades psicóticas 536
XXXV.3.2. La personalidad narcisista 536
XXXV.4. El grupo de los estados limítrofes 537
Conclusión 537
Bibliografía 538
XXXVI. Clínica y psicopatología del grupo de los estados limítrofes 539
XXXVI.1. Historia y evolución de los conceptos 539
XXXVI.2. El grupo de los estados limítrofes en la psiquiatría 540

booksmedicos.org

contemporánea 540

XXXVI.2.1. Las clasificaciones internacionales 540
XXXVI.2.2. Criterios de definición para la investigación 542
XXXVI.2.3. Epidemiología 543
XXXVI.2.4. Investigaciones biológicas 543
XXXVI.2.5. Enfoques cognitivos 543
XXXVI.2.6. Enfoques sociales y familiares 544
XXXVI.3. Caso clínico 545
XXXVI.4. Clínica y psicopatología psicoanalíticas 545
XXXVI.4.1. Los grandes enfoques psicoanalíticos 545
Otto Kernberg y la "organización limítrofe" 545
Jean Bergeret y el "tronco común organizado" 546
Sándor Ferenczi y el traumatismo 547
Donald Winnicott, el espacio transicional y el temor del derrumbe 547
André Green: las áreas limítrofes del aparato psíquico y la "madre muerta" 548
XXXVI.4.2. Clínica 549
La angustia y sus destinos 549
La depresión 550
Impulsividad, pasaje al acto, puesta en acto 551
Síntomas de aspecto neurótico y de aspecto psicótico 551
XXXVI.4.3. Psicopatología 551
Las modalidades de funcionamiento 551
Los mecanismos de defensa 552
XXXVI.4.4. Algunos reagrupamientos clínicos 553
La personalidad borderline 553
La personalidad narcisista 554
La personalidad "como si" (as if) de Deutsch,los "falsos self" de Winnicott 554
Las personalidades anaclíticas y abandónicas 555
Las psicosis frías 556
XXXVI.5. Terapéutica 557
XXXVI.5.1. Quimioterapia 557
XXXVI.5.2. Enfoques psicoterapéuticos 558
XXXVI.5.3. Enfoques psicosociales e institucionales 558

booksmedicos.org

Bibliografía 559
XXXVII. Trastornos de las conductas alimentarias 563
XXXVII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 563
XXXVII.1.1. Historial y terminología 563
XXXVII.1.2. Situación nosográfica 564
XXXVII.2 Datos e investigaciones biomédicos 564
XXXVII.2.1. Epidemiología 565
XXXVII.2.2. Factores de riesgo 565
XXXVII.2.3. Investigaciones biológicas 566
XXXVII.3. La clínica 566
XXXVII.3.1. La anorexia mental 566
La anorexia 566
El adelgazamiento 567
La amenorrea 570
Otros aspectos psicológicos 570
XXXVII.3.2. La bulimia 571
La crisis de hiperfagia (acceso bulímico) 571
Otros aspectos psicológicos 572
XXXVII.3.3. Los trastornos de las conductas alimentarias no específicos 572
XXXVII.4. Caso clínico 573
XXXVII.5. Psicopatología 574
XXXVII.5.1. El enfoque psicoanalítico 574
XXXVII.5.2. El enfoque cognitivo y conductual 575
XXXVII.5.3. El enfoque familiar 576
XXXVII.6. Terapéutica 576
XXXVII.6.1. Las psicoterapias 577
XXXVII.6.2. El lugar de los psicotrópicos 577
XXXVII.6.3. La hospitalización 578
Conclusión 578
Bibliografía 578
XXXVIII. Hipnología y trastornos del sueño 581
XXXVIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 581
XXXVIII.2. Datos e investigaciones biomédicos 581
XXXVIII.2.1. Fisiología del sueño normal 582

booksmedicos.org

XXXVIII.2.2. Datos epidemiológicos 584

XXXVIII.3. Clínica 585
XXXVIII.3.1. Los insomnios 585
Los insomnios asociados 586
El insomnio primario 587
XXXVIII.3.2. Somnolencias diurnas excesivas 587
Síndrome de apneas del sueño (SAS) 587
La narcolepsia 588
Otras hipersomnias 588
XXXVIII.3.3. Las parasomnias 589
XXXVIII.3.4. Trastornos circadianos del sueño 589
XXXVIII.4. Caso clínico 590
XXXVIII.5. Psicopatología 591
XXXVIII.6. Terapéutica 591
XXXVIII.6.1. Insomnios 591
Quimioterapias 591
Las medidas no medicamentosas 592
XXXVIII.6.2. Somnolencia diurna excesiva 593
Conclusión 593
Bibliografía 593
XXXIX. La psiquiatría frente al suicidio 596
XXXIX.1. Historial y definiciones 596
XXXIX.2. Datos e investigaciones biomédicos 597
XXXIX.2.1. Epidemiología del suicidio 597
XXXIX.2.2. Genética y neurobiología del suicidio 599
XXXIX.3. Clínica 599
XXXIX.3.1. Suicidio y patología mental 599
Los episodios depresivos 599
La esquizofrenia 600
Los estados limítrofes 600
XXXIX.3.2. Situaciones particulares 600
Suicidio y trabajo 600
Suicidio y prisión 601
Suicidio y adolescencia 601
XXXIX.4. Aspecto médico-legal 602

booksmedicos.org

XXXIX.5.1. Enfoque psicoanalítico 602
XXXIX.5.2. Psicopatología cognitiva 603
XXXIX.6. Terapéutica 604
XXXIX.6.1. La prevención 604
XXXIX.6.2. La crisis suicida 604
XXXIX.6.3. La tentativa de suicidio (TS) 605
XXXIX.6.4. El tratamiento 606
Conclusión 607
Bibliografía 607
XL. Toxicomanías 611
XL.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 611
XL.1.1. Historial 611
XL.1.2. Situación nosográfica 612
XL.2. Datos e investigaciones biomédicos 613
XL.2.1. La investigación biológica 613
XL.2.2. Neurofisiología y neuropsicología 614
XL.2.3. Los productos 614
Los opiáceos 615
La cocaína 615
LSD, anfetaminas, éxtasis 616
Los psicotrópicos 616
XL.3. La clínica 617
XL.3.1. Descripción clínica 617
XL.3.2. Comorbilidad 618
XL.3.3. Evolución 619
XL.4. Caso clínico 619
XL.5. Psicopatología 620
XL.5.1. Enfoques psicoanalíticos 620
XL.5.2. Enfoques cognitivo-conductuales 622
XL.5.3. Enfoques familiares 622
XL.5.4. Enfoques sociológicos 623
XL.6. Terapéutica 623
XL.6.1. La privación 624
XL.6.2. Quimioterapias 625
XL.6.3. Psicoterapias 625

booksmedicos.org

Psicoterapias cognitivo-conductuales (TCC) 625
Psicoterapias psicoanalíticas 626
Terapia familiar 626
Los grupos 627
Conclusión 627
Bibliografía 627
XLI. Otras formas de adicción 631
XLI.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 631
XLI.1.1. Historial 631
XLI.1.2. Terminología y situación nosográfica 632
XLI.1.3. Criterios diagnósticos 633
XLI.2. Datos e investigaciones biomédicos 634
XLI.2.1. Epidemiología 634
XLI.2.2. Investigaciones biológicas 634
XLI.3. La clínica 635
XLI.4. Casos clínicos 636
XLI.5 Psicopatología 637
XLI.5.1. El enfoque psicoanalítico 637
XLI.5.2. Los enfoques conductuales 638
XLI.5.3. Los enfoques cognitivos 638
XLI.6. Tratamiento 639
Conclusión 640
Bibliografía 640
XLII. Alcoholismo 643
XLII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 643
XLII.1.1. Historial y terminología 643
XLII.1.2. Las clasificaciones internacionales 644
XLII.1.3. Clasificaciones tipológicas 645
Clasificación de Fouquet 646
Clasificación de Cloninger 646
Clasificación de Babor (1997) 647
Clasificación de Adès y Lejoyeux (1997) 647
XLII.2. Datos e investigaciones biomédicos 647
XLII.2.1. Epidemiología 648
XLII.2.2. Datos neurobiológicos 648

booksmedicos.org

XLII.2.4. Cuantificación del consumo de alcohol 649
XLII.2.5. Evaluación: los auto y los heterocuestionarios 650
XLII.2.6. Los análisis biológicos 651
XLII.3. Clínica 652
XLII.3.1. Trastornos psiquiátricos 652
XLII.3.2. Trastornos neurológicos 652
XLII.3.3. Trastornos somáticos 653
Patologías cardiovasculares 653
Patologías digestivas 654
Patologías endócrinas 654
Riesgo fetal durante el embarazo 654
XLII.3.4. Repercusión social del alcoholismo 655
XLII.4. Caso clínico 655
XLII.5. Psicopatología 655
XLII.6. Terapéutica 656
El tratamiento medicamentoso 657
Conclusión 657
Bibliografía 657
XLIII. Psicopatía 662
XLIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 662
XLIII.1.1. Historial 662
XLIII.1.2. Situación nosográfica 663
XLIII.2. Datos e investigaciones biomédicos 664
XLIII.2.1. Epidemiología 664
XLIII.2.2. Comorbilidades 665
XLIII.2.3. Datos neurofisiológicos y bioquímicos 665
XLIII.3. Clínica 665
XLIII.3.1. Descripción clínica 665
XLIII.3.2. Evolución y complicaciones 666
XLIII.4. Caso clínico 667
XLIII.5. Psicopatología 667
XLIII.5.1. Enfoques psicoanalíticos 667
XLIII.5.2. Enfoques cognitivo-conductuales y neuropsicológicos 669
XLIII.5.3. Enfoques familiares 669
XLIII.6. Terapéutica 669

booksmedicos.org

XLIII.6.1. Principios generales 669
XLIII.6.2. Tratamiento medicamentoso 670
XLIII.6.3. Los enfoques psicoterapéuticos 670
Conclusión 671
Bibliografía 671
XLIV. Perversiones sexuales (parafilias) 673
XLIV.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 673
XLIV.1.1. Historial y terminología 673
XLIV.1.2. Situación nosográfica 674
XLIV.2. Datos e investigaciones biomédicos 675
XLIV.2.1. Epidemiología 675
XLIV.2.2. Factores de riesgo 676
XLIV.2.3. Investigaciones biológicas 676
XLIV.3. La clínica 676
XLIV.3.1. Características generales 677
XLIV.3.2. Las diferentes perversiones sexuales 677
XLIV.4. Caso clínico 679
XLIV.5. Psicopatología 679
XLIV.5.1. Enfoques psicoanalíticos 679
XLIV.5.2. Psicopatología cognitiva 681
XLIV.5.3. Enfoques familiares y sistémicos 681
XLIV.6. Enfoques terapéuticos 682
XLIV.6.1. Principios generales 682
XLIV.6.2. Los diferentes medios terapéuticos propuestos 682
Conclusión 683
Bibliografía 684
Parte 5. Trastornos mentales e intervenciones psiquiátricas en situaciones particulares 686
XLV. Introducción a la psiquiatría infantil 687
XLV.1. Especificidad de la infancia 687
XLV.2. El encuentro con el niño 688
XLV.2.1. El contexto 688
XLV.2.2. Particularidades del encuentro con el niño 689
XLV.3. Patologías psiquiátricas infantiles 691
XLV.3.1. La identificación de los trastornos 691

booksmedicos.org

XLV.3.3. Grandes registros de funcionamiento 693
Estructura psicótica 693
Estructura neurótica 694
Estados limítrofes 694
XLV.4. Dispositivo de la atención 695
XLV.4.1. La consulta terapéutica 695
XLV.4.2. Las terapéuticas ambulatorias no medicamentosas 696
XLV.4.3. Las terapéuticas institucionales 696
XLV.4.4. Sitio de la prescripción de los psicotrópicos en paidopsiquiatría 697
XLV.4.5. Vínculos de acompañamiento 698
XLV.5 Perspectivas evolutivas 699
XLV.5.1. La sintomatología llamada neurótica 699
XLV.5.2. Autismos y psicosis infantiles 700
XLV.5.3. Los estados limítrofes 700
Conclusión 701
Bibliografía 701
XLVI. Introducción a la psiquiatría del adolescente 704
XLVI.1. Las dos concepciones de la psiquiatría de la adolescencia 704
XLVI.1.1. La clínica de la adolescencia es específica 705
XLVI.1.2. La clínica de la adolescencia forma parte de las dificultades generales del desarrollo del individuo 705
XLVI.2. La cuestión de lo normal y de lo patológico en la adolescencia 706
XLVI.2.1. Primera ilustración clínica: la crisis de la adolescencia 708
XLVI.2.2. Segunda ilustración clínica:el funcionamiento limítrofe 710
XLVI.3. Conducta diagnóstica en la adolescencia y diferenciación de las organizaciones psicopatológicas 711
XLVI.3.1. Ilustración del interés dirigido sobre lo que es más aparente: conductas de riesgo, ¿“amenaza depresiva” o depresión? 711
XLVI.3.2. Ilustración de una organización psicopatológica en vías de estructuración: los inicios de la esquizofrenia 712
XLVI.4. Comprensión de los trastornos y conducta terapéutica 714
Conclusión 716
Bibliografía 716
XLVII. Introducción a la psiquiatría del anciano 718
XLVII.1. Historial de la psiquiatría del individuo anciano 718

booksmedicos.org

XLVII.1. Historial de la psiquiatría del individuo anciano 718
XLVII.2. Aspectos epidemiológicos 719
XLVII.3. La clínica 719
XLVII.3.1. Evolución de las patologías psiquiátricas con el envejecimiento 719
XLVII.3.2. Particularidades geriátricas de las afecciones psiquiátricas comunes a todas las generaciones 720
Patologías ansiosas y neuróticas 720
Trastornos del humor 721
Trastornos psicóticos 722
Adicciones 722
Trastornos del sueño 723
Suicidio 723
XLVII.3.3. Cuadros clínicos específicos de la persona anciana 723
Síndrome de deslizamiento 723
Síndrome de Diógenes 724
Patologías demenciales 724
XLVII.4. Psicopatología 725
XLVII.5. Terapéutica 726
XLVII.5.1. Tratamientos medicamentosos 726
XLVII.5.2. Enfoques psicoterapéuticos 727
XLVII.5.3. Sitios de vida y sitios de atención 728
Conclusión 728
Bibliografía 729
XLVIII. Trastornos mentales en retrasos y deficiencias mentales 733
XLVIII.1. Historia, evolución de los conceptos y situación nosográfica 733
XLVIII.1.1. Historial y evolución de los conceptos 733
XLVIII.1.2. Situación nosográfica 735
XLVIII.1.3. Definición operativa del déficit mental 735
XLVIII.2. Datos e investigaciones biomédicos 736
XLVIII.2.1. Epidemiología 736
XLVIII.2.2. Etiologías del retardo mental y comorbilidades 737
XLVIII.3. Clínica 738
XLVIII.3.1. Semiología general 739
XLVIII.3.2. Enfermedades epilépticas, psicosis infantiles y disarmonías evolutivas 739

booksmedicos.org

XLVIII.4. Casos clínicos 741
XLVIII.4.1. Florence 741
XLVIII.4.2. Pauline 742
XLVIII.5. Psicopatología 742
XLVIII.6. Terapéutica 742
XLVIII.6.1. Abordaje psicoterapéutico 743
XLVIII.6.2. Medidas educativas e institucionales 743
Conclusión 744
Bibliografía 744
XLIX. Situaciones clínicas difíciles y peligrosidad 748
XLIX.1. Definición y contornos de la situación clínica difícil 748
XLIX.2. Epidemiología 749
XLIX.3. La clínica 750
XLIX.3.1. Evaluación clínica de la peligrosidad 750
Los factores de riesgo históricos 750
Los factores de riesgo clínicos 750
Los factores de riesgo contextuales 751
XLIX.3.2. Instrumentos de evaluación 751
XLIX.4. Caso clínico 752
XLIX.5. Psicopatología 753
XLIX.6. Terapéutica 754
XLIX.6.1. El marco de la atención 754
XLIX.6.2. El tratamiento medicamentoso 755
XLIX.6.3. La articulación con el sistema judicial 755
Conclusión 756
Bibliografía 757
L. Exclusión social y precariedad: clínicas y psicopatología 759
L.1. Definiciones 759
L.2. Trastornos psiquiátricos o psicológicos y exclusión social 759
L.2.1. El vínculo exclusión-psicopatología 759
L.2.2. Datos epidemiológicos 760
L.2.3. Las personas en situación de calle 761
L.3. La clínica psicosocial 762
L.4. Caso clínico 764
L.5. Psicopatología de la autoexclusión 765

booksmedicos.org

L.5.1. Autoexclusión y adaptaciones secundarias 765
L.5.2. Enfoque psicoanalítico de la autoexclusión 765
L.6. Dispositivos y enfoques terapéuticos 766
Conclusión 767
Bibliografía 767
LI. Trastornos mentales en las diferentes afecciones somáticas 770
LI.1. Manifestaciones psíquicas y afecciones neurológicas 770
LI.1.1. Epilepsias 770
Trastornos mentales ictales y periictales 770
Trastornos mentales interictales 771
LI.1.2. Patologías cerebrovasculares 772
LI.1.3. Afecciones neurodegenerativas 772
LI.1.4. Traumatismos craneales 774
LI.1.5. Otras afecciones neurológicas 774
LI.2. Manifestaciones psíquicas y enfermedades endócrinas 775
LI.3 Manifestaciones psíquicas y trastornos metabólicos, carencias nutricionales e intoxicaciones 776
LI.4. Manifestaciones psíquicas y enfermedades sistémicas 777
LI.5. Manifestaciones psíquicas y enfermedades infecciosas 777
Conclusión 778
Bibliografía 778
LII. Trastornos psiquiátricos y psicológicos del embarazo, el puerperio y la parentalidad 780
LII.1. Embarazo, parto, parentalidad: normalidad de una crisis 780
LII.1.1. La futura madre 780
LII.1.2. El padre 781
LII.1.3. La dinámica de los tres 783
LII.2. Perinatalidad y psiquiatría 783
LII.2.1. Trastornos en la prenatalidad 784
LII.2.2. Trastornos específicos del embarazo y del posparto en la mujer 784
Durante el embarazo 785
Posparto 785
LII.2.3. El padre 787
LII.2.4. El niño 788

booksmedicos.org

LII.3.1. La atención ambulatoria 789
LII.3.2. Atención hospitalaria 790
Unidades de hospitalización madre-bebé 790
Conclusión 791
Bibliografía 791
LIII. Urgencias y ayuda en psiquiatría 794
LIII.1. Las urgencias psiquiátricas en el sentido médico del término 794
LIII.2. Las situaciones de crisis 797
LIII.2.1. Las nociones de crisis y de ayuda y sus impactos en la práctica 798
LIII.2.2. El trabajo de crisis 799
LIII.2.3. La multiplicidad de los sitios de la urgencia psiquiátrica 800
Conclusión 802
Bibliografía 803
TERCERA SECCIÓN. LA TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRÍA 806
LIV. Tratamientos biológicos 808
LIV.1. Los psicotrópicos actuales 809
LIV.2. Ansiolíticos e hipnóticos 809
LIV.2.1. Los ansiolíticos 809
Las benzodiacepinas 809
Los carbamatos 811
Antihistamínicos 812
Otros medicamentos ansiolíticos 812
LIV.2.2. Los hipnóticos 813
Los hipnóticos benzodiacepínicos 813
Los no benzodiacepínicos 814
LIV.3. Los antidepresivos 815
LIV.3.1. Los antiguos antidepresivos 816
Los tricíclicos 816
Los IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa) 817
LIV.3.2. Los nuevos antidepresivos o de segunda generación 818
LIV.3.3. Indicaciones, reglas de prescripción y evolución del tratamiento antidepresivo 819
Los tricíclicos y los IMOA 819
Los nuevos antidepresivos 820

booksmedicos.org

Efectos de los tratamientos antidepresivos sobre los estados depresivos 821

LIV.4. Los estabilizadores del estado de ánimo 821
LIV.4.1. El litio 822
LIV.4.2. Los antiepilépticos 823
Valproato, divalproato y valpromida 823
Carbamazepina 823
Lamotrigina 824
LIV.4.3. Conclusión 824
LIV.5. Los neurolépticos (antipsicóticos) 825
LIV.5.1. Clasificaciones clínicas de los neurolépticos 825
LIV.5.2. Modo de acción 828
LIV.5.3. Efectos terapéuticos e indicaciones 828
LIV.5.4. Farmacocinética 830
LIV.5.5. Efectos indeseables, efectos tóxicos y accidentes 830
Los efectos indeseables 830
Efectos tóxicos y accidentes 832
LIV.5.6. Interacciones medicamentosas 833
LIV.5.7. Contraindicaciones 833
LIV.6. La terapia electroconvulsiva 834
Conclusión 835
Bibliografía 835
LV. Tratamientos psicológicos 836
LV.1. Historial 836
LV.1.1. El tratamiento moral 836
LV.1.2. La sugestión 837
LV.1.3. La cuestión de la psicoterapia 838
LV.2. El paradigma psicoanalítico de la psicoterapia 839
LV.2.1. La “psicoterapia” en Freud 839
LV.2.2. Psicoterapias derivadas del psicoanálisis 840
LV.2.3. Psicoterapias institucionales 842
LV.2.4. Psicodrama 842
LV.2.5. Psicoterapias de grupo derivadas de la psicosociología y del psicoanálisis 843
LV.3. Terapias familiares 845

booksmedicos.org

LV.5. Relajación e hipnoterapia 849
LV.6. Psicoterapias cognitivo-conductuales 850
LV.7. Evolución de las psicoterapias 851
Conclusión 852
Bibliografía 853
LVI. Tratamientos institucionales 856
LVI.1. La emergencia de la institución terapéutica 856
LVI.1.1. Pinel y el tratamiento moral 857
LVI.1.2. La pérdida de rumbo en el tratamiento moral 857
LVI.1.3. Construcción del asilo y "psicoterapia asilar" 858
LVI.1.4. La crítica del asilo. Su fracaso 859
LVI.1.5. Las lecciones positivas del asilo 859
LVI.2. La psicoterapia institucional:curar al asilo y desalienar 860
LVI.2.1. ¿Psicoterapia institucional o tratamientos institucionales? 861
El grupo de la psicoterapia institucional 862
La corriente de la "atención institucional" 863
La socioterapia y el trabajo de readaptación 864
LVI.3. Del asilo a la psiquiatría de sector 864
LVI.3.1. La concepción del sector 864
LVI.3.2. La institución hoy en día 865
LVI.3.3. El aparato jurídico y administrativo 866
LVI.4. Líneas directrices para el funcionamiento de un equipo psiquiátrico 866
LVI.4.1. Psicosis y funcionamiento institucional 867
LVI.4.2. Escollos y dificultades del trabajo psiquiátrico en institución 868
La violencia 868
El aislamiento del mundo social 869
Escisión del equipo, desorganización, contraactitudes 869
LVI.5. La ética 870
Conclusión 871
Bibliografía 872
LVII. Medidas sociales y rehabilitación en psiquiatría 876
LVII.1. Terminología 876
LVII.2. La rehabilitación en el extranjero 877
LVII.2.1. La rehabilitación en los Estados Unidos 877
LVII.2.2. La rehabilitación en Italia 878

booksmedicos.org

LVII.3. La rehabilitación en Francia 879
LVII.3.1. Las concepciones 879
LVII.3.2. El reconocimiento de la discapacidad psíquica y de su compensación 880
LVII.3.3. El sitio de los usuarios 880
LVII.3.4. De la curación al restablecimiento 881
LVII.4. Las estrategias de rehabilitación dirigidas a las personas 881
LVII.4.1. Los tratamientos de readaptación 881
LVII.4.2. El acompañamiento hacia el alojamiento 883
La vida en establecimientos de albergue 883
LVII.4.3. El acompañamiento hacia la inserción profesional 884
El medio ordinario 884
El medio protegido 885
La formación 885
LVII.5. Las acciones destinadas a la sociedad de ayuda 886
LVII.5.1. La lucha contra la estigmatización y la promoción del principio de no discriminación 886
LVII.5.2. La acción política en la ciudad 887
LVII.5.3. Redes y acompañamientos 887
LVII.6. Retos y perspectivas 888
LVII.6.1. El desafío de la articulación de los oficios y el sitio de la psiquiatría 888
LVII.6.2. El desafío de las políticas de transversalidad y del desarrollo de lo asociativo 889
Conclusión 890
Bibliografía 890
Índice analítico 892

booksmedicos.org