

Trastorno psicótico con ideas delirantes y alucinaciones inducido por acullico de hojas de coca

El caso

Se trata de una paciente de 74 años de edad, atendida en el Hospital Psiquiátrico dependiente de la Caja Nacional de Salud.

La paciente era consumidora habitual de hojas de coca ("acullico diario"), en una cantidad aproximada de una libra por semana. Fue internada debido a un cuadro de 3 días de evolución, iniciado después del "acullicado" de una cantidad de hojas de coca mayor a la habitual (aproximadamente media libra -8 onzas- en una noche).

El cuadro se caracterizó por alteración de la conducta, irritabilidad, agresividad verbal (es especial con la hija), logorrea, insomnio, presencia de ideas delirantes de tipo persecutorio y místico y alucinaciones visuales, que se incrementan de manera progresiva. Estas manifestaciones se intensificaron de manera notable la noche antes de la consulta, provocando importante desadaptación. La alteración de la conducta, al no poder ser controlada, motiva a los familiares al traslado de la paciente al Hospital de Psiquiatría de la Caja Nacional de Salud, donde se decide su internación.

Al ingreso, la paciente presentaba un importante descuido en el aseo y arreglo personal, restos de hojas de coca en las comisuras labiales. No cooperaba con la entrevista. En la mano tenía un pañuelo de color rojo que, según ella, era "el diablo". Estaba parcialmente orientada en tiempo y espacio y orientada persona. La memoria pasada conservada y la memoria reciente con olvido de algunos acontecimientos. Presentaba distractibilidad, se mostraba desconfiada y hostil (sobre todo con la familia). Mostraba aceleración psicomotriz, logorrea y lenguaje asindético. Manifestaba ideas delirantes de daño y perjuicio (decía "que los hijos querían matarla, deshacerse de ella") y de contenido místico (en su casa "habían diablos" y ella debía luchar contra ellos). En la entrevista se evidenciaron alucinaciones visuales e ilusiones.

Al examen físico, su estado general era regular; estaba hidratada y sus signos vitales eran normales. En la boca existían residuos de hojas de coca y dientes manchados por el acullico. Resto del examen físico en parámetros normales.

A su ingreso fue medicada con antipsicóticos (clorpromazina, hasta 300 mg/día, haloperidol hasta 4 mg día) y biperideno 4 mg (PRN).

Progresivamente la agresividad fue disminuyendo. Al segundo día de su internación mejoró su orientación en tiempo y espacio, disminuyó la logorrea, el lenguaje era más comprensible. Ya no manifestaba ideas delirantes ni alucinaciones y solicitó la visita de sus hijos, de quienes empezó a hablar bien, resaltando la paciencia que tenían para cuidarla. Sonrió al confrontarla con las ideas sobre "la presencia de demonios en su casa", demostrando que ya no presentaba ideas fuera de la realidad.

A los seis días de internación (noveno día del inicio del cuadro), se verificó la remisión completa del cuadro. Solicitó salir del hospital acompañada de sus hijos.

Las dosis de antipsicóticos se fueron reduciendo en forma progresiva y fue dada de alta al noveno día de internación, en buenas condiciones y asintomática.

Discusión

La paciente presentó un característico cuadro de psicosis con aceleración ideativa y psicomotriz, atribuido al acullico de una excesiva cantidad de hojas de coca, muy por encima de la cantidad diariamente acullicada, y en un tiempo relativamente breve.

Los efectos del acullico sobre el organismo no han sido suficientemente estudiados y aun, al igual que el consumo del "mate de coca", provocan polémicas discusiones; sobre todo con relación a la presencia del principal metabolito de la cocaína en la orina (benzoilecginina) luego del acullico o ingestión del mate.

La masticación de la coca fue estudiada por varios científicos. Chopra en 1958 comprobó depresión, fatiga, toxicidad y alucinaciones como síntomas de abstinencia al suspender el acullico.

Trastorno psicótico con ideas delirantes y alucinaciones inducido por acullico de hojas de coca

Negrete (1967) y Borck (1968) reportaron lesiones cerebrales en un porcentaje de consumidores habituales de coca mediante la práctica del acullico.

La hoja de coca no procesada tiene 0,5 a 1,5% de alcaloides; de los cuales el 80% corresponde a la cocaína. La práctica del acullico puede llevar, según algunos autores, a una “dependencia” leve; sin embargo otros consideran que ésta práctica no es un problema de salud pública, debido a que no existirían las condiciones suficientes para que la coca libere el alcaloide hacia la circulación, ya que para esto se requiere la existencia de varias reacciones químicas través de un complejo proceso, el cual estaría ausente en el acullico.

Carter y Mamani (1986) establecieron que los grandes consumidores (mineros y campesinos) consumen 13 onzas semanales (390 gramos) de hojas de coca, repartidos en tres a cuatro veces al día cuando el trabajo es muy arduo. Si no se tiene a la mano la hoja, el consumo puede ser dejado de lado indefinidamente, sin causar ninguna molestia. Incluso, si mientras se mastica se ofrece al acullicador algo de comer, deja la coca para alimentarse. En general, el deseo de masticar hojas de coca puede ser abandonado indefinidamente, sin que por ello se sufran consecuencias físicas o psicológicas o surjan conductas compulsivas de consumo.

Como se puede apreciar existen dos corrientes de opinión, en relación al acullico, que están influenciados, en menor o mayor grado, por intereses económicos, sociales y políticos, que dificultan un análisis objetivo y totalmente científico del tema.

Volviendo al caso de nuestra paciente, pasamos a enunciar las siguientes conclusiones:

- El presente cuadro es muy inusual, el único reportado en los registros revisados correspondientes a los 10 últimos años
- El consumo habitual, moderado de hojas de coca, mediante acullico, no le produjeron cambios

comportamentales desadaptativos ni alteraciones en su vida personal y laboral.

- El incremento agudo de la cantidad de hojas “acullicadas”, le produjo un cuadro mental con características psicóticas, el cual evolucionó favorablemente hasta la resolución total en un breve período de tiempo.
- Remitido el cuadro psicótico, no presentó síntomas de abstinencia ni dependencia.
- Es posible que la edad avanzada de la paciente haya desempeñado un rol en la presentación del cuadro descrito, debido a los cambios propios de la tercera edad.

Reconocemos la falta de un examen de laboratorio que demuestre la presencia de bezoilecgonina en orina para sustentar el diagnóstico; aspecto que debe ser corregido ante la presencia de casos similares.

Finalmente, consideramos necesario profundizar los estudios dirigidos hacia este patrón tradicional de consumo de coca y el desarrollo de cuadros mentales secundarios al consumo agudo de grandes cantidad de hojas de coca.

Bibliografía

1. KAPLAN H., SADOCK B., Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. 8va edición. Editorial Médica Panamericana S.A. España, abril 2003.
2. DSM IV, Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición. Masson – Ferrer. España, 1995.
3. CIE 10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Capítulo V. Editorial Médica Panamericana S.A. España, 2000.
4. VALLEJO NÁGERA A. Md. Tratado de Psiquiatría. Primera edición. Salvat Editores S.A. Barcelona – Buenos Aires, 1944.
5. VIDAL G., ALARCÓN R., Psiquiatría. Segunda edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires – Argentina, abril 1986.
6. BATTEGAY R., GLATZEL J., PÖLDINGER W., UDO R., Diccionario de Psiquiatría. Primera edición. Editorial Herder S.A. Barcelona – España, 1988.

Trastorno psicótico con ideas delirantes y alucinaciones inducido por acullico de hojas de coca

7. HURTADO GUMUCIO J. Artículo Paramédico. Cronología de la prohibición de la coca. Revista de Salud Mental. Sociedad Boliviana de Psiquiatría, La Paz – Bolivia. Volumen 1. 2003 – 2004.
8. Manual Policial de la Toxicomanía. Editorial : Editorial Policial de la Policía Federal Argentina. Año: 1979.
9. EMILIO ASTOLFI. Toxicología de Pregrado. Editorial: López Editores. Año: 1985.
10. MANUEL LITTER. Tratado de Farmacología. Editorial: El Ateneo. Año: 1973.
11. SATEL S.L.; EDELL W.S. Cocaine - induced paranoia and psychosis proneness. Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, Conn.-Am-J-Psychiatry. 1991 Dec; 148 (12): 1708 – 11.
12. Villena M, Sauvain M, eds. Usos de la hoja de Coca y Salud Pública. IBBA (sin fecha).

RELATO DE UN CASO

Síndrome de Münchhausen

Dr. Juan Carlos Sandoval - Médico Psiquiatra C.P.S.
Dr. Antonio F. Flores Serna - Médico Internista C.P.S.

RESUMEN

El presente caso es una secuela de un deambular peregrino de un paciente, varón de treinta y seis años, paramédico de ocupación, que se inicia a mediados del año 1993.

Bajo un encuadre cuya dimensión la circunscribe el pánico el miedo y la ira que crean también un estilo de afrontamiento para con la enfermedad, que sin embargo una vez bajo la luz terapéutica, esta es eludida prefiriendo la recurrencia y la continuidad terapéutica tradicional clínica por opción e inofensivo para con el propio síndrome.

Introducción

El stress describe algunas veces la causa, una acometida violenta que culmina con displacer, de hecho responde a una egodistonia del sujeto con su entorno ambiental, y expresa a la vez en violencia y la respuesta a esta agresión.

La adaptación cuyo termino procede de la jerga darwiniana evolucionista y que hace referencia a la interacción saludable del sujeto y su medio pero, si esta interacción resulta ser nociva se acuñara como resultante un trastorno adaptativo que equivaldría a síndromes reactivos banales y cotidianos como una reacción o respuesta de angustia.

Diferenciando entre el significado manifiesto y latente de los agentes agresivos tendrían expeditas la vía a ser un alivio o una catástrofe un elemento estresante o agresivo, devastador o tener escasa repercusión en un individuo, mientras que uno sutil o leve pudiera ser vivenciado como caótico o catastrófico por otra persona.

La auto lesión deliberada pudiera ser la fascies evidente de una conducta pernicioso adaptativa, en una carrera cuya meta impredecible cuyos mecanismo falsos impugnarian una tendencia no identificada con la vida y con lo salubre.

Presentación del caso

En un mes de la estación de invierno acude a solicitar atención por el servicio de emergencias

por un episodio de faringitis en septiembre del mismo año presenta retención urinaria se soluciona con una sonda foley, se le realiza citoescopia habiéndose diagnosticado en esa ocasión cistitis en especifica descartándose TB.

Durante el verano de ese mismo año acude a consulta por presentar según el personaje central de este relato ictericia, coluria y acolia, se le realizo ecografía la que es negativa, serología para virus de hepatitis A y B, las que resultan ser negativas.

Durante otro mes de esa misma estación, pero del año siguiente se le diagnostico síndrome de Glibert, que posteriormente se descarto, quedo pendiente serología para el virus de hepatitis C.

En el decimoprimer mes de ese mismo año es internado por presentar un cuadro diarréico, estaba afebril con presunto dolor a la palpación en el marco colónico, ictericia y antecedentes de intolerancia a los colecistoquinéticos, la ecografía hepatobiliopancreática era positiva para colelitiasis, en ese mismo mes se reporto la serología para virus de hepatitis C siendo negativa, se realiza colon por enema dxs cuyos diagnósticos dieron Dolicolón y Colón Irritable, se le realizo así mismo endoscopia dando como diagnostico presunto gastritis crónica superficial.

En otro mes de invierno del año 1995 se le diagnostico canal medular estrecho por lo que fue sometido a una foraminectomía y liberación de canal medular, 19 días más tarde acude a

Síndrome de Münchhausen

emergencias por transgresión alimentaria; y durante la primavera del mismo año recibió tratamiento para Gastritis por *Helicobacter* con Ranitidina, Metronidazol y Amoxicilina durante tres semanas en un día del mismo mes se le detecta colelitiasis y colicistitis aguda, realizándole la colecistectomía en verano del mismo año.

Durante el invierno del '96 acude a consulta de reumatología por dolores articulares (no especificados) se realiza prueba de ASTO estando en 1400, y un cultivo de faringe del que reporta estreptococo beta hemolítico del grupo A. En la primavera del '96 acude a la especialidad de otorrinolaringología donde se le detecta sinusitis frontal.

Durante verano del '97 acude a consulta de endocrinología por probable sintomatología de diabetes, descartándose aquella. En primavera del '97 acude al consultorio de urología por presentar polaquiria y dolor lumbar.

En el verano del '98 acude por rinorrea con cultivo *Streptococo* hemolítico.

En el otoño del '99 acude a consulta por presentar rinitis posteriormente en el mismo mes de esa estación consulta por faringitis; un mes antes del inicio del invierno de ese mismo año es diagnosticado de Esteatosis Hepática en el verano del mismo año se le práctica biopsia hepática por vía laparoscópica.

En otoño del año 2000 se le diagnostica traqueitis siendo tratado con antibióticos y fluidificantes, ese mismo mes es valorado y se le diagnostica rinitis alérgica con hiperreactividad bronquial, tratado con beclometasona y astemizol, posteriormente diagnosticado rinosinusitis y faringitis crónica, posteriormente diagnosticado con rinosinusitis, faringitis crónica y bronquitis asmática, con pruebas cutáneas positivas para el polvo de la casa y polen de gramíneas, se le halla incremento de gammaglobulinas recibiendo tratamiento con antibióticos, fluidificantes y corticoides con inhalador, presentando una evolución con periodos de remisión y exacerbación.

En invierno del mismo año acude a la consulta de neurocirugía por expresar dolor cervical, dorsal que se irradiaba a región de ambos hombros. Concluyéndose después de respectivos exámenes de síndrome psicofisiológico. Fue manejado en esa ocasión por fisioterapia en agosto de ese mismo año se inicia tratamiento desensibilizante a polen de gramíneas y continua con beclometasona y loratadina, en la primavera de ese año se le diagnostica incontinencia cardial y prolapso de la mucosa gástrica, gastritis antral, ese mismo mes es tratado por reumatología por fiebre reumática, durante otro mes de primavera del mismo año se le encuentra sobre peso e hipertrigliceridemia indicándole dieta de reducción calórica, en el epílogo de ese mismo mes cursa con un cuadro diarreico, en el mes de noviembre presenta cuadros de faringitis aguda, bronquitis asmática, asma bronquial; recibiendo tratamiento con corticoide inhalatorio y antihistamínico, los últimos días de ese año presenta un cuadro de hemorragia digestiva baja, se realiza biopsia de recto, tras rectosigmoidoscopia y se diagnostica *E. histolytica* se trata con metronidazol.

En el verano del 2001 hospitalizado por dolor abdominal con el diagnóstico de colitis amebiana, esteatosis hepática, gastritis y colon espástico, el laboratorio destaca leucopenia, ese mismo verano presenta cuadro de rino faringitis a repetición, en otoño consulta por limitación funcional de hemi-cuerpo derecho, durante ese semestre presenta cuadros rinofaríngeos asmáticos a repetición, todos controlados; en el invierno de ese año se le diagnostica epligotitis aguda, siendo tratado con prednisona y salbutamol, fue internado por tres días, durante otro mes de invierno de ese año es valorado por urología por presentar tenesmo vesical, basiloscofia seriada de orina negativa.

En el advenimiento de la primavera de ese año reumatología determina hipercortisismo por uso de dexametasona. En verano del mismo año se determina candidiasis faríngea, en el siguiente mes de esa estación el hepatograma muestra AST,

ALT incrementados e Hiperbilirrubinemia predominio indirecta. En verano del 2002 alergología refiere que el paciente presento dos episodios de Quinke secundario a reflujo gastroesofágico. Gastroenterología realiza el reflujo gastroesofágico severo, dismotilidad importante, recomendándose valoración por cirugía.

Durante el verano de ese año es valorado por la especialidad de reumatología por presentar poliartralgias y síndrome de ojo seco, se realiza ANA, anti DNA, T3, T4, TSH, ASTO, Freumatoide, PCR y RX todos normales. En un mes de invierno de ese año es tratado con ketoconazol por presentar faringitis por candida, ese mismo mes se realiza centellografía de glándulas salivales diagnosticandose sialoadenitis crónica, y síndrome de Sjögren, fue tratado con prednisona 5 mg y clo-roquina. En primavera del mismo año expresa un nuevo cuadro de rinosinusitis tratado con amoxicilina más ácido clavulánico. Al próximo mes nuevo cuadro de rinitis alérgica, bronquitis asmátiforme, el próximo mes presenta cuadro de pseudo cruz, el cultivo de secreción reporta Klebsiela, es internado. En ese mes es valorado por cirugía.

En el otoño del 2003, se le realiza ecografía de hombros detectándose tendinitis calciforme del supraespinoso a predominio derecho, en un mes previo al invierno se detecta hipertrofia paratiroidea por ecografía, además de Hiperbilirrubinemia indirecta.

Durante el primer mes de invierno de ese año presenta episodio de faringitis aguda tratado con penicilina benzatínica. El paciente recibía tratamiento como profilaxis para fiebre reumática.

Cerca de la primavera de ese año presento dos episodios de laringitis aguda respectivamente, así mismo se le realizo funduplicatura de Nissen para el reflujo gastroesofágico. En los albores del año 2004 acude a la especialidad de dermatología por presentar eccema atópico. Cerca al otoño del presente año exterioriza dos crisis asmáticas, un mes previo al invierno se informa resultados de laboratorio que muestran niveles de proteínas

C4 y C1 bajos compatibles con angioedema hereditario, por déficit de C1, por lo que la ergología recomienda transfusión de plasma y tratamiento con Danazol.

En el prólogo de invierno fue internado en terapia intensiva por una reacción alérgica al plasma presentando ulteriormente una evolución satisfactoria.

El síndrome de Münchhausen

El síndrome de Münchhausen es el trastorno facticio más conocido. Este termino fue acuñado por Asher y se caracteriza por mentiras patológicas y una conducta errante, de hospital en hospital, fingiendo una enfermedad fisica inexistente. Para explicar este síndrome nos referiremos brevemente a los trastornos somatoformes, que agrupan varios trastornos psicopatológicos y psiquiátricos en los cuales los sujetos refieren síntomas físicos, pero niegan tener problemas psicológicos.

Trastornos somatoformes

Trastorno somatoforme es un término relativamente nuevo para referirse a lo que se suele conocer como trastorno psicósomático.

En los trastornos somatoformes, los síntomas físicos, su gravedad o duración no pueden ser explicados por ninguna enfermedad orgánica subyacente. Los trastornos somatoformes incluyen el trastorno de somatización, el trastorno de conversión y la hipocondría.

El síndrome de Münchhausen, también llamado "simulación", no es un verdadero trastorno somatoforme, pero sus características son parecidas a las de los trastornos psicopatológicos con apariencia de una enfermedad orgánica.

La diferencia está en que las personas que padecen el síndrome de Münchhausen simulan de modo consciente los síntomas de un trastorno físico. Inventan repetidamente enfermedades y suelen ir de médico en médico en busca de tratamiento.

Origen del nombre y descripción

El síndrome toma el nombre de Karl Friedrich Hieronymus, Barón de Münchhausen 1, (1720-1797), famoso por contar historias de aventuras impregnadas de gran fantasía. La propuesta para designar la entidad patológica como síndrome de Münchhausen fue de Asher (1951), quien señaló: Se trata de un síndrome que muchos médicos han visto, pero sobre el que se ha escrito muy poco.

Karl Friedrich Hieronymus, barón de Münchhausen, nació el 11 de mayo de 1720, en Bodenwerder, Alemania. De familia aristocrática, hizo carrera militar como oficial de caballería en el ejército ruso. Combatió contra los turcos en 1716 y fue famoso por su hospitalidad y por las historias de aventuras de caza y de guerra impregnadas de gran fantasía, falleció en 1797 a la edad de 57 años. Rudolf Erich Raspe recopila y ordena esas historias en la obra "Las aventuras del barón de Münchhausen" (1785) Gottfried August Bürger (1747-1794) escribe una nueva versión en 1785.

Es el trastorno facticio más conocido. Se caracteriza por mentiras patológicas (pseudología fantástica) y una conducta errante, de médico en médico, fingiendo una enfermedad física. Los patrones principales, según Asher, son el tipo Abdominal Agudo, el tipo Hemorrágico (hemoptisis, hematemesis simulada) y el tipo Neurológico (cefaleas, pérdida de conciencia), aunque también se implican otras áreas.

Criterios diagnósticos

- 1) Fingir enfermedades, lesiones y otras condiciones "patológicas", sin causa demostrada.
- 2) Historia dramática, plausible, mezcla de verdades y falsedades.
- 3) Deseo de hacerse exámenes, investigaciones, intervenciones, etc.
- 4) En ocasiones, patrones de cuadros clínicos demasiado típicos, como de un libro de texto.

- 5) Evidencias de muchos procedimientos (cicatrices, resultados de exámenes, etc.)
- 6) Comportamiento agresivo, fuera de las reglas normales de conducta, "elusivos y truculentos".
- 7) Antecedentes de múltiples atenciones e ingresos en muchos hospitales.
- 8) Altas de los hospitales a petición, o antes de lo recomendado.
- 9) No adherencia a los consejos médicos.

Existe una gran confusión y dificultad para clasificar estos enfermos con numerosas quejas y síntomas subjetivos no comprobables, mezclados a veces con algunos signos objetivos al examen físico y lo que es peor provenientes de exámenes complementarios. En general, los clínicos más avezados les aplican adecuadamente el "pensamiento popperiano" de no ir a verificar planteamientos, sino a descartar entidades en estos pacientes y así disminuir la incertidumbre diagnóstica. Generalmente, la opinión que se emite es: "No sé realmente lo que tiene el enfermo, pero casi estoy seguro que no tiene x, y, z... entidades". En otras palabras, se agudiza la "especificidad" del diagnóstico clínico, identificando a los "verdaderos negativos" (casilla "d" de la matriz analítica).

Pero esta opinión no satisface habitualmente a este tipo de enfermos, ni muchas veces a sus familiares, a pesar de las más prolongadas explicaciones, pues ellos de alguna forma "aprenden a vivir" la situación totalmente anormal que se crea. Por supuesto, este grupo de pacientes son fuentes de las más diversas quejas por la atención recibida, a menos que la situación real se confronte con ellos de manera directa y se les plantee que se conoce que sus síntomas son ficticios, "o se capturen in fraganti" en un fraude. Entonces, generalmente, se marchan "bravos" a otra institución, con todo su "andamiaje ficticio más o menos montado".

Grupos de riesgo

La frecuencia del síndrome es baja. Predominan las mujeres jóvenes y de edad media, aunque se

han referido casos de todas las edades y en ambos sexos. Algunos refieren que el síndrome clásico es más frecuente en los hombres. Entre los pacientes más típicos, hay un alto porcentaje de trabajadores de la salud (médicos, enfermeras y técnicos), o personal relacionado con los servicios de salud.

Los pacientes con síndrome de Münchhausen tienen con frecuencia trastornos de la personalidad, incluyendo poco control de sus impulsos, conductas autodestructivas y personalidad borderline o pasiva-agresiva. No está del todo clara la relación entre esta constelación de trastornos de la personalidad y el síndrome primario.

En la versión cinematográfica, Terry Gilliam, creador del equipo cinematográfico creativo Monte Pitón, obra emblemática Kafkiana, Brasil, en su segunda obra. Las Aventuras del Barón de Münchhausen, consigue que su héroe el Barón, termine imponiendo sus fantasías a la realidad y haciendo que sea esta la que se rinda ante ellas y no al revés.

En plena segunda guerra mundial los estudios UFA de la Alemania Nazi estrenan la super producción, "Las Aventuras del Barón Münchhausen", 1943, realizada en el sistema AGFA color y lanzada como propaganda del cine ario, tres increíbles aventuras del barón Münchhausen (Hans Albers) y su sirviente Cristian Kuchenreuter (Herman Speelman), huyen en un globo a la luna, ahí el tiempo avanza más rápido, Cristian envejece y muere (desvaneciéndose) pero no así el barón que en previa aventura había logrado la inmortalidad, se encuentra con la esposa del rey de la luna y un lacayo, por quienes se entera de que los selenitas pueden estar en dos lugares a la vez, al poder separar sus cabezas de sus cuerpos. A diferencia de lo explicado en la novela de Buerger, los selenitas no son gigantes ni sus cabezas seccionadas flotan en el aire y hay tantos hombres como mujeres.

Discusión

Cotejando con los criterios para el diagnóstico, tenemos que nuestro caso cumple con 8 de ellos

a cabalidad, uno de ellos el que corresponde a atenciones en muchos hospitales no se cumple, ya que nuestro paciente aprovecho su seguro de salud, y circunstancialmente acudía a consulta externa de privados.

Como se colige del relato fueron múltiples las especialidades médicas visitadas y numerosos los tratamientos que se prescribieron en cada una de las especialidades, como lo demuestran los cuadros y gráficas. Es posible evidenciar que el número mínimo de medicamentos utilizados fue en 1996 con seis tipo diferentes de fármacos empleados, y el extremo esta en el año 2000, donde el empleo llego a 19 medicamentos diferentes.

Ingredientes significativos a nivel de estrés, adaptabilidad, incluso automedicación se constato el curso de la evolución nosográfica que sufre el personaje central de este relato.

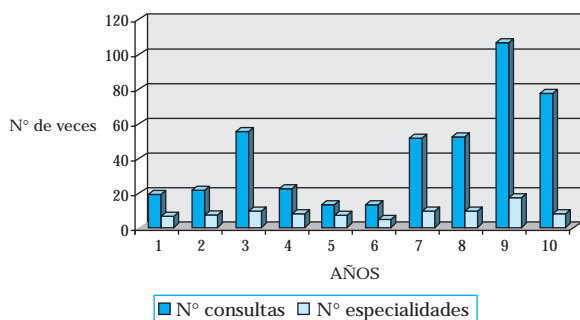
CUADRO N° 1: Relación de la demanda efectuada por el paciente con respecto al número de consultas medicas efectuadas, especialidades medicas, numero de cirugías y endoscopías a los que se sometió y un promedio de diferentes medicamentos que consumía por mes, en un periodo de diez años de 1993 a 2002.

Cuadro en el que se detallan las especialidades visitadas y el número de los diferentes medicamentos que se le prescribieron por año.

AÑO	Nº Consultas Realizadas	Nº Especialidades Visitadas	Nº de Cirugías que tuvo	Nº de Endoscopías	Nº de Diferentes Medicamentos tomados por mes
1993	20	7	0	2	10
1994	22	8	0	3	8
1995	56	10	2	1	15
1996	23	9	0	0	6
1997	14	8	0	0	10
1998	14	5	0	0	6
1999	52	10	1	1	12
2000	53	10	0	2	19
2001	107	18	0	1	14
2002	78	9	0	1	16
TOTAL	439	94	3	11	

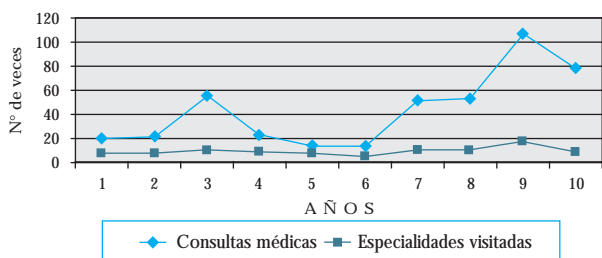
Síndrome de Münchhausen

Relación de la demanda en número de veces, para la consulta médica y las especialidades requeridas. Período 1993 a 2002

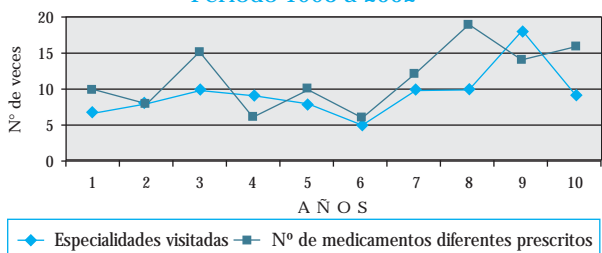


AÑO	Nº especialidades	Nº medicamentos
1993	7	10
1994	8	8
1995	10	15
1996	9	6
1997	8	10
1998	5	6
1999	10	12
2000	10	19
2001	18	14
2002	9	16

Tendencia de las consultas médicas efectuadas y especialidades médicas - Período 1993 a 2002



Tendencia de las Especialidades Médicas visitadas y el número de medicamentos diferentes prescritos por año Período 1993 a 2002



Bibliografía

1. Millón Theodore, Davis Roger D, Trastornos antisociales de la personalidad, el patrón fanfarrón inadaptado, capítulo XII, pag 536. Trastornos de la personalidad, más allá del DSM - 4R, Editorial Masson 1999.
2. Millón Theodore, Davis Roger D, Trastornos Compulsivos de la personalidad, el patrón del conformismo, capítulo XIV, pag. 547. Trastornos de la personalidad, más allá del DSM - 4R, Editorial Masson 1999.
3. Hales Robert E, Yudofsky Stuart C., Trastornos somatomorfos capítulo XI, Pág. 431 - 452, Sinópsis de Psiquiatría Clínica. Editorial Masson, 3ra edición Madrid España 2000.
4. Hales Robert E, Yudofsky Stuart C., Trastornos facticios y simulación, Capítulo XII, páginas 457 - 435. Sinópsis de Psiquiatría Clínica. Editorial Masson, 3ra edición Madrid España 2000.
5. Luban Boris, Piotas C., Pöldinger Walter, Et al. Enfermedades de los órganos respiratorios, Capítulo III, páginas 20 - 38. El Enfermo psicossomático en la práctica. Editorial Herder. 1997.
6. Demelo Julio, et al. Aspectos Psicossomáticos en pacientes con asma Bronquial, capítulo XXI. Pag 227 - 231. Psicossomático Hoy. Editorial artes Médicas 1995.
7. Jacopson James L., Jacopson Alan M. Síntomas médicamente no explicados, capítulo XXXI. Páginas 178 - 182. Secretos de la Psiquiatría. Editorial McGraw Hill. 2002.
8. Vasques María I, Buceta José M. El papel de las variables Psicológicas, capítulo II, páginas 45 - 46. Tratamiento psicológico del asma bronquial. Editorial Psicología Pirámide 1996.
9. Nemerof Charles B, Schatzberg Alan F. Trastornos de Somatización, capítulo IV, páginas 48 - 50. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos. Editorial ARS Médica 2001.
10. Spitzer Robert L, Gibbon Miriam, Skodol Andrew E. Et al. Trastornos mentales en los adultos capítulo I, páginas 7, 18, 24. Libro de Casos. Editorial Masson 1990.
11. Spitzer Robert L, Gibbon Miriam, Skodol Andrew E. Et al. Trastornos adaptativo con síntomas emocionales mixtos. Libro de Casos. Editorial Masson 1990.
12. Rodes Texider Juan, Guardia Massó Juame, et al. Trastornos de personalidad. Pag 2220, Parte XIV, Psiquiatría, Tomo I, Medicina Interna Masson. Tercera edición. Basado en DSM IV®. 2000.

ARTICULO PARAMÉDICO

Psicopoética y biblioterapia

Dr. Víctor A. Selaya Gonzáles
Médico Residente I del Hospital de Psiquiatría “Belisario Díaz Romero” C.N.S.

RESUMEN

A través del presente artículo se revisan aspectos inherentes a la terapia por medio de la poesía y la biblioterapia, sus antecedentes históricos, las formas o procedimientos a los que recurre, los factores terapéuticamente eficaces, el mismo proceso terapéutico que se asemeja al proceso de configuración creativa o de análisis de problemas, los métodos (el libro, los textos elaborados, la redacción de diarios o cartas, entre otros) y las indicaciones y aplicaciones. Esto, posteriormente, nos permitirá desarrollar ofertas terapéuticas específicas hacia la población donde desempeñamos nuestras funciones de asistencia. La terapia mediante la poesía y la biblioterapia utilizan textos literarios, escogidos o escritos por el propio paciente, como medio de curación. La finalidad es provocar reacciones catárticas, presentar personajes para una identificación positiva con ellos y dar posibilidades para la resolución de los problemas mediante la expresión creativa, en la propia formación del texto o en la conversación individual o de grupo sobre textos.

Palabras clave: terapia por la poesía, psicopoética, terapéutica literaria, biblioterapia, biblioteca hospitalaria, terapia creativa, terapia ocupacional.

1. Antecedentes históricos

Aristóteles –de padre médico– había recomendado el uso de la poesía y la lectura como medio para la “catarsis de las emociones”; la misma recomendación encontramos en los médicos romanos y árabes. Los tratados y cartas de consuelo de la antigüedad y de la Edad Media y las lecturas espirituales pueden considerarse como precursores de la moderna biblioterapia. Con el inicio de la Psiquiatría Moderna en los siglos XVIII y XIX (Pinel, Tuke, Reil, etc.) se prestó especial atención a las lecturas que pudieran hacer los pacientes: “La selección de libros para el uso de los enfermos mentales requiere de un cuidado especial. Hay que evitar, en general, por razones evidentes, los relatos fantásticos...; por el contrario los conocimientos que el paciente posee y ofrecen mejores puntos de apoyo” (Tuke 1813, 183). Desde principios del siglo XIX se han fundado bibliotecas especiales en los hospitales. “Debería haber una pequeña biblioteca o, en todo caso, una parte de sus instalaciones debería estar destinada a entretenimientos y formación de los pacientes” (Rush 1811, 192). En los años 20 y 30

se sentaron las bases de la biblioterapia actual, gracias a la labor de bibliotecarios y de psiquiatras, por ejemplo Meninger, Peterson–Delaney, y otros. Se trata de seleccionar para el enfermo, y de acuerdo con él, unos textos que pueden consolarlo, calmarlo, estabilizarlo o proporcionarle información, a modo de ayuda vital. La terapia por medio de la poesía y la biblioterapia se orientaron desde sus inicios, no solo a la curación y alivio de la enfermedad, en un enfoque reparativo, sino al crecimiento personal o al desarrollo de la personalidad (Petzold 1983). Combinan los objetivos terapéuticos y los objetivos educativos.

2. Procedimientos

La terapéutica mediante textos escritos, llámese terapia mediante la poesía, biblioterapia, terapéutica literaria, psicopoética, etc., puede recurrir a los siguientes procedimientos:

Procedimiento receptivo

Se leen al paciente textos selectos, o se leen conjuntamente con él, o los lee el paciente solo;

la selección de los textos la hace el terapeuta teniendo en cuenta el problema o la enfermedad de aquél. Las ofertas de identificación, la solución de problemas y las sugerencias del texto son los factores terapéuticamente eficaces que deben complementarse y profundizarse mediante el diálogo no directivo, o basado en la psicología profunda, sobre el texto (Leedy 1969, Rubin 1978).

Procedimiento productivo. Se anima a los pacientes a escribir textos en forma libre o ajustados a determinadas normas. El “dominio de la buena forma” literaria, la promoción de la expresión creativa y el estímulo para la autorreflexión se consideran como agentes terapéuticos. El análisis de la “producción” se realiza individualmente o en grupo, sobre la base de las concepciones teóricas del terapeuta (Lerner 1978).

Procedimiento dinámico

Aquí pueden combinarse el procedimiento receptivo y el productivo en una indicación específica. Los factores terapéuticos mencionados se orientan hacia el acontecimiento de la relación terapéutica. Los textos se eligen o se crean partiendo de la dinámica de la relación y del hecho de la transferencia y la contratransferencia, y se elaboran en sentido interpretativo o en la línea de la –terapia guesáltica. La comprensión del proceso desde la perspectiva de la psicología profunda es decisiva para la intervención (Petzold, Orth 1982). El libro o el texto literario creado sirven, por ejemplo, como objeto de transición (Winnicott) o como “objeto intermediario” (Rojas-Bermúdez 1982) que reduce y franquea las resistencias y las defensas y permite la comunicación aun de pacientes difícilmente accesibles o retraídos.

3. Proceso terapéutico

Mientras que la biblioterapia representa un enfoque más bien receptivo y la terapia mediante la poesía posibilita un proceso receptivo y productivo a la vez, la elección del enfoque, del medio

y la técnica del desarrollo dinámico se orienta con arreglo al cuadro patológico y a la situación del –proceso terapéutico. Éste se apoya, durante la fase inicial, en la formación de una alianza fecunda y en la recogida de informaciones diagnósticas. El libro se convierte así en instrumento de contacto, en un “tercer elemento” mediante el cual se comunican el paciente y el terapeuta y posibilita por tanto la comunicación. El texto creado, el poema o los fragmentos de prosa aportan un rico material proyectivo que puede analizarse en el diálogo terapéutico. La creación literaria misma, al producirse dentro del contexto psicodinámico, es a menudo una elaboración, una autointerpretación que el paciente sólo reconoce después de la fase productiva, cuando lee su texto al terapeuta o al grupo. En esta fase de integración, el acontecimiento catártico de la creación, que se realiza a menudo con gran participación afectiva, aparece clarificado, sintetizado y referido al proceso vital pasado, presente y futuro. La experiencia emocional y el conocimiento se combinan, a veces con ayuda de la discreta interpretación del terapeuta, en una plataforma que posibilita la reorientación en la vida cotidiana. Este proceso en cuatro fases –“tetrádico”, según la terminología de Petzold (1982)–, que es característico de la mayoría de las formas de terapia dramática o creativa, se asemeja al proceso de configuración creativa o de solución de problemas conocido por la investigación de la creatividad. El texto mismo es ya, muchas veces, la solución, porque en él se condensa el acontecer terapéutico de la diada o del grupo.

4. Metodología, técnicas, medios

El libro, como medio, transporta información desde el espacio social, desde el caudal de experiencias de la humanidad, de la ciencia, etc., al paciente. Transmite también una intención específica del terapeuta (Teirich 1962). El texto escrito del paciente (como el del terapeuta) transporta mensajes recíprocos, conscientes e inconscientes, y esta comunicación interpersonal pasa a ser, en

su manifestación literaria, objeto de la dialéctica y del análisis. Pero el texto es también un mensaje dirigido por el escritor a sí mismo, una “autocomunicación” donde el inconsciente se muestra y cobra figura (Petzold 1977, 1983). El medio que es el texto puede producirse y descubrirse mediante diversos accesos metodológicos. Los periódicos murales, la nonsense-poetry (poesía absurda) y los poemas colectivos estimulan los procesos de creación individual y grupal. La dramatización de textos mediante juegos de roles y la pantomima posibilita una forma de elaboración especialmente apropiada para el grupo, que puede recurrir a los métodos del -psicodrama de Moreno, del teatro terapéutico de Iljine o de la expression scénique (Petzold 1982). Se puede invitar al paciente al diálogo con textos o fragmentos de textos, ofrecerle imágenes o personajes para la identificación (“Yo soy el viejo de la barca”, “Yo soy el ancho mar solitario”), animarle a emplear técnicas de la -terapia gúestáltica que sean apropiadas para el trabajo con medios de comunicación (Stevens 1975). Otras posibilidades de acceso son la asociación libre del individuo o del grupo sobre el texto y la ilustración gráfica de éste. Una forma especial de biblioterapia y de terapia por la poesía es el análisis o la redacción de diarios y cartas (Pogroff 1975), que pueden emplearse también, de modo complementario, en el marco de la terapia individual analítica o gúestáltica.

5. Indicaciones y áreas de aplicación

La terapéutica mediante la poesía y los libros es un método que aplican ciertos bibliotecarios con formación terapéutica específica, ciertos psicoterapeutas muy especializados y otros profesionales terapéuticos y sociales. Los correspondientes métodos se prestan especialmente para la labor con pacientes psiquiátricos agudos y crónicos, como lo demuestra la abundante bibliografía (Rubin 1978, Leedy 1972, Petzold, Orth 1983). La elección del texto debe adaptarse a la capacidad comprensiva y analítica del paciente y

ha de perseguir, dentro del proceso terapéutico, una ampliación de la perspectiva vital. La lectura y la realización de textos se pueden integrar, como medio complementario, en la terapéutica ambulatoria de los trastornos de ansiedad dentro de las más diversas formas de la psicoterapia profunda y de la -psicoterapia humanista (Teirich 1962, Lerner 1978), teniendo siempre en cuenta la transferencia, las posibilidades de simulación y otros fenómenos de resistencia. Áreas de aplicación especial de estos métodos son la gerontoterapia, la geriatría en residencias y hogares de ancianos y la ayuda a morir (Petzold y otros 1983). La recitación de textos o la recomendación de una lectura apropiada y el diálogo posterior ofrecen un marco comunicativo cuando se trata de pacientes que apenas parecen accesibles; pero también la creación de textos, la escritura de cartas, de testamentos o legados para familiares y de poemas a modo de misivas encuentra mucho eco en los ancianos e influye favorablemente en la solución de los problemas (coping), en la actitud ante el sufrimiento y en la confrontación con la muerte. La terapia por la poesía y la biblioterapia poseen gran importancia para la asistencia terapéutica, pero también psicosigiénica (-psicosigiénica) y preventiva, especialmente a largo plazo. Los planteamientos de la terapéutica mediante la lectura y la creación literaria se han acreditado como una posibilidad de ayuda social a presos y grupos marginados, y como instrumento de pedagogía creativa en la labor con niños, adultos, ancianos y familias (Leedy 1969). Habrá que otorgar en el futuro una mayor relevancia a la creación de bibliotecas hospitalarias y al desarrollo de ofertas terapéuticas específicas que vayan más allá del mero entretenimiento o de la terapia ocupacional.

Bibliografía

1. LEEDY, J., Terapia por la Poesía. Filadelfia - Toronto, 1969.
2. PETZOLD, H., Pedagogía Gúestáltica. Munich, 1977.
3. PETZOLD, H.; ORTH, I., Poesíaterapia. Padeborn, 1983.
4. POGROFF, I., El Trabajo Diario. Texto y Guía Básicos para uso intensivo en los procesos diarios. Dialogue House, Nueva York, 1975.
5. ROJAS BERMÚDEZ, J., Terapia Integrativa. _ , 1982.

ARTICULO PARAMÉDICO

Necesidad de programas de prevención de drogodependencia en adolescentes

Dra. Libertad Pacheco Barrancos - Médica psiquiatra C.N.S.

En prevención a cerca de drogodependencias faltan conceptos claros y definidos tanto en teoría como en metodología. Se acepta la multicausalidad del fenómeno de drogodependencia, se deberá actuar sobre el individuo antes de que comiencen los problemas y que los programas de prevención ejerzan impacto sobre los factores de riesgo utilizando diferentes estrategias, educación afectiva, ofrecimiento de alternativas la adquisición de habilidades de resistencia social, aprendizaje de competencias a través del entrenamiento en habilidades de resistencia social. La promoción de salud y calidad de vida el fomento de valores influencia en la cadena de consumos y la intervención en crisis.

Se ha señalado que los programas de prevención deberían ser diseñados para acrecentar los factores de protección y reducir los factores de riesgo con la finalidad de que el individuo no consuma. Por eso el desarrollo de los programas de prevención se tiene que sustentar por un lado en la epidemiología y por otro en la etiopatogenia. El ideal de estas áreas de investigación sería conseguir evidencias y explicaciones acerca de los procesos que estimulan o inhiben el consumo de drogas y proporcionar datos y teoría para guiar los programas de prevención. Las intervenciones preventivas han ido evolucionando desde las técnicas alarmistas hasta los modelos educativos de refuerzo de la autoestima pasando por la toma de decisiones, el desarrollo de sentido crítico, la resistencia a la presión de grupo y la habilidad para el aumento de la capacidad interna y externa.

Es preciso tener en cuenta que existe un cierto consenso en el hecho de que la forma más eficiente de afrontar los desordenes relacionados con el consumo de las drogas es actuar sobre los individuos antes de que comiencen los problemas,

y que los programas de prevención se llevan a cabo para que ejerzan efecto sobre uno o más de los factores de riesgo, y por lo tanto en diferentes ámbitos y con diferentes estrategias

De ahí que las diferentes estrategias y ámbitos de intervención en prevención debe surgir de la hipótesis sobre los elementos que configuran los factores de riesgo y protección para el consumo de tóxicos.

Modelo y supuestos teóricos

El programa de la prevención se apoya por lado en la hipótesis de la susceptibilidad que comparte la característica de ser multifactorial pues contempla aspectos biológicos psicológicos y sociales. Cada individuo tiene un distinto nivel de susceptibilidad para que el uso de droga se transforme en abuso y dependencia. En cuanto a la combinación de algunos elementos de susceptibilidad del sistema de recompensa, susceptibilización al proceso de separación individuación, susceptibilidad a los acontecimientos vitales estresantes, a la presión del grupo de iguales y disponibilidad del tóxico.

Los factores de protección vinculación, redes de apoyo social y auto concepto.

Por otro lado el programa de prevención se sostiene sobre el constructivismo que se basa en la premisa de que el ser humano realiza esfuerzos activos para interpretar la experiencia buscando propósito y significado constructor a los acontecimientos que le rodean, es decir que para los seres humanos como agente proactivo en relación dialéctica con su entorno integrado en su medio social los humanos crean y construyen activamente su realidad personal.

Además se establecen ciertos supuestos teóricos.

1. La variable del sistema de recompensa, sirve para explicar en parte la drogodependencia pero carece de la repercusión en la confección de los programas preventivos actuales. Sin embargo determinar la base biológica de la conducta adictiva abriría la puerta de nuevos métodos de prevención.
2. Las iniciativas de prevención va dirigida a la población de adolescencia temprana por que la edad critica para el consumo esta entre 12 y 15 años es decir antes de llegar a la separación individuación.
3. Los niños con cuidados infantiles inadecuados se ven abocados a una cierta inestabilidad afectiva que suele verse acompañada de trastornos de carácter emocional y de comportamiento, estos niños muestran dificultad para vincularse con los padres y una actitud antiautoritaria hacia los adultos. Los padres son piezas importantes como modelos de identificación y transmisión de valores.
4. Prepara al adolescente frente a los psicoestresantes que le esperan con el cambio físico, psicológicos y socioeducativos.
5. Intervenir con los padres para fomentar el autoconcepto que es la imagen que la persona se forma de si misma y el externo es la imagen que los demás proyectan de nosotros y que influye en la persona de forma positiva o negativa. Seria conveniente la intervención sobre el autoconcepto ya que en la medida que este se fermenta, la imagen que se da a los otros se modificara y como consecuencia la valoración que los demás harán de nosotros también cambiara.

Por eso una responsabilidad de padres es dar sentido a la valoración de sus hijos porque el

autoconcepto se forma con las valoraciones que de ellos hacen personas significativas.

6. La independencia de los hijos repercute en los padres que a menudo sienten temor y angustia ante la separación.
7. Los adolescentes que rechazan normas y valores tienen un alto índice de riesgo para iniciarse en el consumo.
8. Los programas de prevención tendrán que desarrollar redes de apoyo social promoviendo grupos y asociaciones juveniles y de padres con la intención de fomentar valores y alternativas creando situaciones donde sea factible encontrar ayuda mutua entendida como reciprocidad de ayuda practica y psicológica entre personas que comparten situaciones vitales.

Bibliografía

1. Wexler H.K. Crecer Libre de Drogas: Guía de Prevención para los Padres, U. Department of Education, Washington, D.C., NCADI Publication N° PHD541 (también disponible en inglés).2000.
2. Hiller M.L. Comunidad Libre de Drogas, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention, NCADI Publication N° PHD587. 2000.
3. Inciardi J.A. y col . De la Toma de Conciencia a la Acción: Qué Puede Hacer la Comunidad Respecto al Consumo de Drogas En América, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention, NCADI Publication N° PHD519. 1998.
4. Dr. Dionicio S. Zaldivar. Recursos Preventivos Para la Comunidad Hispana, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention, NCADI Publication N° VHS61.2003.

ARTICULO DE ACTUALIZACION

La Terapia Familiar: Desde la formación a la Intervención Clínica según un modelo Relacional- Sistémico

*Emilio Ricci (Psicólogo Clínico)

RESUMEN

Este artículo enfrenta algunas diferencias metodológicas respecto a las evoluciones de la terapia familiar. Propone una observación de los planteamientos teóricos y prácticos de la formación clínica del futuro “terapeuta de la familia” y de los cambios respecto a la formulación de una terapia familiar.

Se repropone la idea de “terapia con la familia” como planteado por algunos pioneros de la terapia familiar, destacando la posición de actores principales que tendrían que cubrir las mismas familias que concurren a terapia. Introduciendo prioritariamente la visión del grupo familia como generador de recursos mas que como portador de “incompetencias”. Así como también el desempeño del terapeuta mas bien como un “catalizador de recursos”, sensible a las expresiones del sufrimiento humano más que un simple y limitado “especialista de patologías”.

El título de este artículo, quiere, en lo posible, llamar la atención del lector para reflexionar sobre las bases teórico-prácticas de lo que considero el proceso fundamental para llegar a ser un terapeuta familiar. Sin duda la coherencia de una formación ad hoc establece la comprensión prioritaria de las diferencias entre teorías y práctica de la terapia familiar y posteriormente de la complementariedad de estos dos elementos que no pueden considerarse por separados en la intervención terapéutica.

¿Pero a qué cosas se tendría que enfrentar, en su práctica profesional, un futuro terapeuta familiar? “Crisis conyugales, síntomas psicósomáticos o comportamentales en niños adolescentes, abusos físicos o afectivos, psicosis y depresiones son algunas de las formas con las cuales se expresa el malestar de tantas familias que piden una ayuda en psicoterapia” (Andolfi, 1996, pág. 5). Así Maurizio Andolfi, uno de los pioneros en Europa de este modelo presentaba a quienes como yo querían transformarse en “especialistas de la familia”, pero que gran error habría sido el haber transformado una práctica de la observación relacional que

“quiere considerar las dificultades de la familia como parte de su evolución, en vez de un bloqueo ‘patológico’ de su desarrollo. Es mas, este modo de hacer terapia quiere liberarse “de aquel síndrome de profesionalismo, muchas veces legado de estudios médicos y/o psicológicos, que llevan a interpretar, a explicar, a esconderse detrás de modelos y paradigmas, a encasillar hechos y sentimientos” (idem), para reconquistar, en cambio, la curiosidad del niño, logrando buscar y abrir nuevos conocimientos sobre si mismos y los otros.

Entonces para lograr entender, prioritariamente y posteriormente poder aplicar, eficazmente, este enfoque en la práctica clínica no es solamente necesario hacer un trabajo personal sobre la persona del terapeuta (el self) sino que también es fundamental introducir la observación de la propia familia de origen en vez de dirigir, predominantemente, la atención a familias en dificultades que piden ayuda terapéutica. Esta modalidad de formación introduce la comprensión “auténtica” de un modo personal de estar en relación con “el/los otros”, además de comprender y respetar

La Terapia Familiar: Desde la formación a la Intervención Clínica según un modelo Relacional-Sistémico

el sufrimiento, otorgando un valor diverso que simple índice de incapacidad a quien lo presenta. Se utilizan una infinidad de herramientas (teorías y técnicas) como por ejemplo, el uso de la descripción de sus mitos familiares, de las metáforas, de la escultura, de las fotos de la familia, etc. Un sin número de instrumentos que quieren transmitir y hacer adquirir un lenguaje capaz de describir los procesos evolutivos de la familia. De este modo se logrará apreciar y utilizar las “partes sanas” que toda familia, tanto la del futuro terapeuta como de las familias con las cuales trabajará, poseen, pero que, en algún modo, son opacadas por la constante “aguda” búsqueda de aquello que no funciona.

Este enfoque, ya conocido casi en todas sus dimensiones, es considerado de tipo intergeneracional o comúnmente conocido como trigeracional, porque observa al menos tres generaciones a la vez: abuelos, padre e hijos. Observa a la familia en términos longitudinales, es decir, observando al menos a tres generaciones para poder observar los procesos de aprendizaje, como los mitos que se transmiten de una generación a la otra. Asimismo, considera a la familia, sobre todo, como protagonista del proceso terapéutico más que como un simple espectador pasivo a las ordenes de un “todopoderoso especialista de los sentimientos” interesado a desarrollar por sobre todas las cosas la “terapia” mas que el trabajo “terapéutico con la familia”.

A este punto se hace necesario un paréntesis histórico-metodológico para poder lograr comprender, en un cierto modo, los fundamentos de este modelo. En sus comienzos el modelo de la terapia familiar se desarrollaba en presencia y con la participación activa de todo el grupo familiar. “En esos tiempos tal idea parecía revolucionaria y estaba basada sobre observaciones de las interacciones verbales y no verbales, entre los miembros de la familia. (...) también estaba implícita la posibilidad de convocar a la sesión a las familias de origen, para poder utilizar de esta forma los

recursos y las energías de todo el grupo familiar” (Andolfi, 1997, pág.1).

Si éstas últimas ideas, presentadas por Virginia Satir, la mamá de la terapia familiar, eran los fundamentos del trabajo terapéutico con la familia, entonces la prioridad era basada en la constante preocupación de comprender y utilizar el lenguaje de la familia mas que introducir los objetivos teóricos, el lenguaje y las preferencias del especialista.

Esto quiere decir enfocar nuestra prioridad a conocer a las familias en todo su desarrollo, mas que limitar el trabajo a la sola defensa y desarrollo de la “terapia” en donde, bajo este segundo aspecto, la familia pasa a ser un complemento, un subordinado de la terapia. En muchos congresos en donde los “especialistas” se reúnen a discutir sobre la eficacia de tal enfoque en relación con la decadencia del otro, o simplemente cómo abordar tal patología con mas y eficaces resultados, han sido muy pocas veces en donde he escuchado a colegas decir que han hablado con sus pacientes porque les gustaria presentar algo relativo al proceso que han desarrollado juntos, o simplemente, invitarlos a participar al congreso; tal vez, porque esta “loca” idea, pondría en evidencia el interés de los “especialistas”: desarrollar “únicamente la terapia” y hablar de su eficacia. Pero, las familias en todo este proceso, ¿donde se encuentran?. Sin duda muy afuera respecto a los fundamentos de la “terapia familiar conjunta”, en donde el sentido de la palabra “terapia”, (que estaba y tendría que estar al servicio de la palabra familia) se ha transformado en el elemento principal y lo que era la sustancia, el fundamento, “la familia”, se ha transformado lentamente en un elemento secundario que ha comenzado a perder importancia o tal vez prioridad en la concepción del trabajo clínico.

En Sudamérica en donde hace algunos años he comenzado una experiencia de intercambio formativo y sobre todo una creciente actividad clínica se me ha pedido reiteradas veces de hacer

La Terapia Familiar: Desde la formación a la Intervención Clínica según un modelo Relacional-Sistémico

cursos sobre la terapia familiar porque el interés creciente de muchos colegas y sobre todo estudiantes es conocer “la terapia familiar”. Simplemente yo les he dicho que no hago cursos sobre la terapia porque personalmente, no tengo ningún interés en hacer conocer la enésima receta para hacer terapia. Yo hago cursos sobre la familia: esto, porque de modelos teóricos y recetas se encontraran millones de libros, (desgraciadamente poco traducidos o peor todavía, pésimamente interpretados); además, porque se desconoce, casi completamente, el significado de la familia en lo que es la “terapia con la familia”. En las mismas sedes universitarias se estudia específicamente la patología: cómo identificarlas, cómo curarlas en lo posible; entonces, es lógico que el interés, prioritario, de la mayoría de los futuros especialistas es de “reconocer” aquello que han aprendido a buscar: “¡las dificultades del mundo!”. “¿Qué es lo que no va con esta familia?” “¿Qué les pregunto para que entiendan que sé lo que hago?”. “¿Y si me callo pensarán que no sé?” “¿Qué patología presentan? ¿Es grave? ¿Qué puedo hacer para que sigan viniendo?, ya que si no regresan significaría tener que enfrentar un gran dolor, en nuestra concepción personal de “todopoderosos de la salud”, ¡un fracaso terapéutico!.

Es mas, sobre todo, cuando el especialista es una o un joven inexperto, se esfuerza de convencer a las familias que se es capaces de desarrollar una buena terapia; o peor todavía, cuando uno de los miembros de la familia expresa abiertamente que “no cree a la terapia familiar”, el especialista como mínimo se ofende porque se siente “gravemente insultado” en lo más íntimo de su ser profesional e inevitablemente, con una simétrica actitud defensiva, explicará detalladamente la eficacia de éste modelo de intervención. Desgraciadamente todo encaminado a desarrollar, por enésima vez, “la terapia”. ¿Por qué no transformar ese handicap en un recurso?. Aprender a utilizar el “sentido común” y tratar de conocer, realmente, a la familia, que por ejemplo se tenga de frente, en vez de dar por conocido aquello que no es así.

Por qué se tendría que saber todo antes que la familia nos introduzca en su mundo, que sin duda alguna, “no es el nuestro”, pero hacemos como si lo fuera introduciendo preconceptos de genero, de modos de pensar y actuar; en fin, una serie de errores metodológicos que no dan posibilidades a las familias de sentirse protagonistas del proceso terapéutico que se quiere entablar y de éste modo crear ese “tercer planeta”.

Por esto es necesario hacer un proceso personal por un largo período, lo que fue particularmente el mío mas de 6 años, para conocer prioritariamente nuestro mundo de valores, para lograr comprender nuestras dificultades de relación, talvez con los símbolos del poder, de los mitos familiares etc.

A través de esta rica experiencia se llega con una cierta libertad a usar la creatividad y la intensidad. Se Aprende, que es realmente esencial, como dice De Saint - Exupéry en el “Principito”: “... sé que a los grandes les gustan las cifras. Cuando Uds. les hablan de un nuevo amigo jamás se interesan por las cosas esenciales, y les preguntan: ¿qué edad tiene?, ¿Cuántos hermanos?, ¿Cuánto pesa?, ¿Cuánto ganan sus padres?. Jamás se preguntan: ¿Cuál es el tono de su voz?, ¿Cuáles son sus juegos preferidos?, ¿Hace colección de mariposas?.

Si Uds. dicen a los grandes: He visto una hermosa casa de ladrillos rozados, con geranios en sus ventanas y con palomas sobre el techo, ellos jamás logran imaginársela. Es necesario decir: he visto una casa de cien dólares, y entonces exclaman: Como es hermosa”.

Entonces, antes de comenzar cualquier presentación del proceso de formación para ser terapeuta familiar, o simplemente cómo llegar a ser un buen terapeuta familiar introduzco una receta que me fue leída hace muchos años en Roma cuando yo comenzaba mi training de formación. Esta es una metáfora creada por uno de los miembros de la Academia de psicoterapia de la familia de Roma, María Adelaide Berardi (1995, pág. 67):

“Terapeuta en Sopa”

Tomar un licenciado en psicología o en psiquiatría bien maduro, pelarlo con cuidado sin destruir los órganos sensoriales que son muy importantes. Preparar aparte los varios miembros de la familia de origen, limpiarlo, pulirlo de las incrustaciones emotivas y ponerlas en un preparado transparente y bien limpio.

Después, tomar el licenciado junto con su familia de origen y licuarlo por ocho horas; enseguida dejarlo reposar por lo menos un año, observando quincenalmente la decantación y la separación.

Después de un año generalmente el futuro terapeuta familiar está listo para ser pasado en la harina de la técnica, cuando está bien enharinado, ocurre exprimirlo, escurrirlo bien, bajo la luz de una telecámara y en presencia de una familia experimental.

Puede suceder que el proceso de relación de su familia no sea completo y que esto se evidencie cuando viene sometido al objetivo de la telecámara; se aconseja en este caso de repetir la primera operación con la astucia de trabajar mejor sobre las incrustaciones emotivas precedentemente no extraídas.

Al tercer año de cocción utilizar el mismo procedimiento para separar el futuro terapeuta familiar de sus colegas del grupo; este procedimiento le permitirá experimentar al desafortunado una soledad insoportable; indispensable para la cocción final.

Si el terapeuta no se ha licuado, agregar algunos tomatitos, para el color, un poco de aromas y dejar cocer como antes por otros dos años.

Al final de cuatro años tendrán un buen terapeuta familiar”.

Ya desde esta receta se individualiza el estilo de trabajo que identifica el modo de hacer terapia de quienes se han formado bajo el modelo de la Academia de Psicoterapia de la Familia de Roma.

Podemos, utilizando las palabras de Andolfi (1997), conocer la esencia y el fundamento de utilizar la propia personalidad en el trabajo terapéutico con las familias. Así como ya desde los años sesenta cuando “se comienza a individuar dos almas en el naciente movimiento de la terapia familiar: los conductos, es decir aquellos terapeutas que usan la propia personalidad, incluso el instinto y la creatividad, como instrumentos de evaluación y de intervención (se vea a Ackermans, Satir, Whitacker, etc.) y los system purist, es decir aquellos terapeutas que estudian a la familia como sistema de relaciones, poniéndose en una posición de relativa distancia de cualquier tipo de implicación personal y/o resonancia emotiva (se vea al grupo de Palo Alto, Haley, Hoffman, la escuela de Milán en la primera fase de investigación etc.)” (pág. 2). Sin duda la posición como “terapeutas con la familia” es una orientación que considera la terapia como un proceso creativo, de crecimiento, con el objetivo de favorecer el desarrollo de la familia y de su ecosistema.

Entender como los recursos de las familias son, para la misma familia, un redescubrir nuevos movimientos y sobre todo introducir nuevos aspectos significativos, de vitalidad a través de la curiosidad respetuosa; capaz de permitir a las familias de observar los “tipos de relaciones con las propias familias de origen, los valores, las expectativas transmitidas, etc. Esto quiere decir, para el especialista, saber captar, apreciar y utilizar “las partes sanas” del sistema familiar, en vez de bloquear a la familia en una “insoportable” síndrome de incompetencia. Por esto el rol del “terapeuta con la familia” se tendría que entender como de traductor del lenguaje de las relaciones, de los sentimientos familiares, de las incomprensiones generacionales, como respetuoso y sincero conocedor del sufrimiento humano y sobre todo, como “activador de los recursos que la misma familia posee” pero que es incapaz de utilizar desde el momento que se siente como bloqueada.

Desgraciadamente si el mayor interés de los colegas terapeutas es profundizar mayormente

La Terapia Familiar: Desde la formación a la Intervención Clínica según un modelo Relacional-Sistémico

las teorías, de cómo hacer una buena intervención, y esto me parece óptimo, pero si esto no es acompañado con la atribución a las familias de un rol de protagonistas; de una cierta curiosidad, tal vez, escuchando a las familias cómo se han sentido después de la misma intervención. Es lógico comprender la posición de muchas familias que, algunas, no logran comprender el verdadero interés de muchos terapeutas de la familia y otras se sienten como no escuchadas respecto a los propios modos de vivir un problema.

Evolución del modelo de Terapia familiar

En relación con el modelo de terapia familiar, se ha profundamente cambiado, en estas últimas décadas, el modo de hacer terapia. Se ha pasado de un modo “provocador”, (años 70-80) dirigido a descompaginar los aspectos de rigidez de las familias nucleares, esto porque se pensaba a un modelo familiar incapaz de introducir un propio cambio; a una modalidad (desde los años 90) de “comprensión” más evolutiva e histórica de la familia, porque sin duda, aunque con muchas dificultades, las familias presentan, en algún modo, una idea específica de cómo enfrentar o han enfrentado alguna dificultad emotiva o patológica de uno de sus miembros.

Así como también ha cambiado la posición del terapeuta familiar que ha “abandonado” su centralidad como elemento propulsor y provocador a un transformarse, cada vez más, en un “activador de los recursos intergeneracionales” y en un mediador capaz de favorecer recomposiciones de cortes emotivos y afectivos, a distancias e incomprensiones relacionales.

Este es el modo en el cual el trabajo clínico con las familias se transforma de directivo a uno más “relacional”, en donde es la familia la protagonista del proyecto terapéutico y como protagonista es necesario una clara definición, individual que familiar, respecto a su posición relacional y

terapéutica. Si la curiosidad, respetuosa, del terapeuta sabrá introducirse como elemento fundamental de conocimiento, sobre todo, de un familiar que no es el suyo; entonces podrá aprender y conocer las propias modalidades relacionales a través de la familia. Pero, como afirma Berardi (1996) para poder observar y enfrentar libremente el dolor de la familia es necesario haberse reapoderado del propio dolor y esto para poder comprender y utilizar, plenamente, el significado de “contener” y de esta forma lograr dar un inmenso valor al sufrimiento humano para poderlo abrazar sin preconceptos teóricos ni personales.

Es sin duda muy importante y significativo comprender que antes de lograr un buen desempeño en ámbito clínico es necesario haber pasado por un training clínico de formación en instituciones legalmente reconocidas y en donde los títulos adquiridos definan exactamente aquello que -el futuro profesional- puede hacer y, obviamente, aquello que el título no permite. La fácil comprensión de los modelos que fundamentan el trabajo clínico y sobre todo su, aparentemente, fácil aplicación terminan por hacer creer a los “lectores profanos” que solo basta una buena lectura de alguno de estos modelos que inmediatamente uno se transforma en un “terapeuta familiar”. Estas son las ideas “salvajes” de incautos incompetentes que -con las buenas intenciones- no han hecho otra cosa que destruir núcleos familiares e individuos además de los fundamentos de la terapia familiar. Se necesita seriedad y responsabilidad en el momento de intervenir pero esta seriedad se adquiere en la formación y en aquellas instituciones legalmente reconocidas.

Cuando un terapeuta familiar interviene en la clínica no solamente ejerce una profesión entre las más comprometedoras sino que además utiliza un modelo coherente de referencia que lo llevan a organizar su desempeño a través de una observación relacional -histórica-evolutiva- de los acontecimientos. Proponiendo modalidades de observación con un atento respeto al grupo familia pero sobre todo con la responsabilidad de todo

lo que pueda acontecer en el setting terapéutico. Estas son las ideas que siempre acompañan mi desempeño clínico con las familias que vienen a terapia y estas son las ideas que constantemente transmito a estudiantes y colegas a familias e individuos que se introducen en el fascinante mundo de la terapia familiar para comprender juntos “hipótesis de observación” mas que rígidas leyes que impiden reales percepciones de la familia y su mundo de relaciones.

Bibliografía

1. Andolfi, M. Come restituire competenze alle famiglie: un itinerario formativo difficile. *Terapia Familiare, Rivista Interdisciplinare di Ricerca ed Intervento Relazionale*, (52),1996. (páginas 5-21), Roma.
2. _____, “Il setting in psicoterapia familiare”. En *La cultura dell’ascolto*. Ed. Unicolti, Milan.1997.
3. Andolfi, M., Angelo, C., D’Atena, P. *La terapia narrata dalle famiglie*. Raffaello Cortina Editore. Milan. 2001.
4. Berardi, M. A., (1995), “Lo specchio nello specchio: la ricerca del peccato originale”. *Terapia Familiare, Rivista Interdisciplinare di Ricerca ed Intervento Relazionale*, (49), (páginas 67-73), Roma.1995.
5. Bowen, M. *Dalla famiglia all’individuo*. Ed. Astrolabio. Roma.1979.
6. Bertrando, P., Toffanetti, D. *Storia della terapia familiare*. Raffaello Cortina Editore. Milan. 2000.
7. Piperno, R. “La formazione per quale psicoterapia, la psicoterapia di quale formazione?”. En *Revista Terapia Familiare*, N. 49-nov. Italia. 1995.
8. Ricci, E. (“La terapia con la familia. Un encuentro con Mauricio Andolfi”. En *Revista: Perspectivas Sistémicas*. Año 14, N° 70, marzo, Buenos Aires, Argentina. 2002.
9. Whitaker, C. *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Casa editrice Astrolabio. Roma. 1990.

*Dr. Hernán Peñaloza Navarro (Médico Anestesiólogo C.N.S.)

**Dra. Rosario Paz Prado (Médico Anestesióloga C.N.S.)

***Dr. Adhemar Huanca (Médico Anestesiólogo C.N.S.)

Historia

En Roma el 1938 se administra por primera vez Terapia electroconvulsiva (TEC) llamándola crisis inducida eléctricamente o electroshock por Cerletti, Luigi Bini, Ferdinando Acornero y Mario Felici. En ese entonces se realizaba estas practicas sin anestesia ni asistencia ventilatoria, ni relajantes musculares. Puesto que las cianosis, el estado de inconciencia, la amnesia, la hipoxia, hipercapnia, el edema cerebral, así como las crisis convulsivas que algunas veces producían luxaciones articulares, fracturas óseas, sobre todo por aplastamiento de los cuerpos vertebrales y fracturas del cuello del fémur y del húmero, eran parte de la TEC.

Responsables de cambios psicológico, alteración de la memoria morbilidad y posible mortalidad en los días sucesivos.

En 1963 se fue modificando con la asistencia de oxígeno terapia asistida o controlada aconsejable al 100% y el uso posteriormente de curar por Bennett, psiquiatra quien utilizaba dosis muy bajas que permitían al paciente mantener la ventilación principalmente por el músculo diafragmático. Probablemente era la décima parte de la dosis de intubación llamada hoy dosis de sensibilización, Bennett comprobando o monitorizando con la reacción de fasciculación del abductor largo del pulgar, con la presión inspiratoria máxima, presión clínica que desarrolla el diafragma.

Así con el pasar del tiempo y el avance de la ciencia se vio que la elección de los anestésicos y otros influían en un mejor resultado como por ejemplo las benzodiazepinas disminuían el tiempo de las convulsiones por lo que se realiza una visita preanestésica para la TEC.

Visita preanestésica

El paciente debe acudir al anestesiólogo 24 horas antes de su tratamiento en buenas condiciones físicas, con una historia clínica completa psiquiátrica y examen físico, pruebas de laboratorio hemograma cuagulograma, glucemia en sangre, electrolitos séricos, nitrógeno ureico, examen general de orina, Rx de tórax y valoración cardiológico. El electrocardiograma debe ser indicado en todos los pacientes.

Debemos tomar en cuenta todas las patologías adyacentes sobre todo tumor cerebral, diabetes, hipertensión, coronariopatías u otra patologías cardíacas, también embarazo.

Tomar en cuenta la medicación que recibe tanto para tratamiento psiquiátrico como para otra enfermedad intercurrente.

Las patologías que se deben descartar son las siguientes:

Patología neurológica, la TEC puede causar daño cerebral, pérdida de memoria, hipoxia e hipercapnia, con los mecanismos circulatorios compensatorios a nivel cerebral que estas dos últimas comportan. Se ha visto que continuas y sucesivas sesiones, incrementan los niveles de lactato cerebral, lo que ocasiona reducción de las reservas energéticas cerebrales y provocar un deterioro hístico irreparable.

En circunstancias normales durante la convulsión provocada, existen mecanismos compensatorios que incrementan el flujo cerebral, que trata de suplir las demandas metabólicas. La respuesta circulatoria pasa primero por una etapa de vasoconstricción, pero en seguida el flujo y metabolismo

cerebral se incrementan de 100 a 400% con respecto a la basal, el aumento de flujo va paralelo al aumento de la tensión arterial sistólica y es máxima a los 3 minutos de descarga eléctrica. Por lo que es riesgo importante en pacientes con incremento de la presión intracraneal provocada por edema cerebral y tumor cerebral.

Se debe tener especial cuidado en pacientes hipertensos, o mal controlados, por la posibilidad de presentar edema vasogénico o hemorragias perivasculares tras los aumentos vasculares que producen la TEC.

En patologías neuroendócrinas el electroshock afecta el hipotálamo, hipófisis, glándula tiroidea, medula suprarrenal y corteza, encontrando niveles máximos de cortisol a los 30 minutos de realizar la TEC, no se conoce el mecanismo en si, se supone que el aumento de la ACTH y Cortisol se debe al estrés o interacción entre el TEC y los trastornos psiquiátricos, esta respuesta disminuye en los tratamiento sucesivos.

Se sabe que las descargas de Catecolaminas por las suprarrenales luego de la TEC dan una respuesta de hipertensión, taquicardia, y disrritmias.

Las alteraciones cardiovasculares producidas por el TEC, producen estimulación vagal seguida de simpática, que se explica por que en la fase clónica de la convulsión las arritmias por estimulación parasimpático, ocurriendo inhibición del seno auricular con marcapasos ectópicos o ritmo ventricular de escape, bradicardia o asistolia durante algunos segundos, asociados a hipotensión e incremento de salivación. Se a demostrado prolongación de asistolia con el uso de Neostigmina, pero existe un adecuado efecto protector con la Atropina. Tener cuidado en pacientes ancianos con enfermedades coronarias, patologías del miocardio o previa arritmia, por estar mas pre-dispuestos.

Tras la respuesta vagotónica, predomina el sistema simpático, las arritmias asociadas a la esta fase pueden ser las taquicardias sinusales o ven-

triculares, marcapasos multifocales, bigeminismo o trigeminismo. En los pacientes con coronariopatías, se altera la demanda y oferta de oxígeno en el miocardio, riesgo potencial de preinfarto o infarto de miocardio.

En relación a las patologías endócrinas como las que presentan cambios en la TEC se observo un incremento de la glucosa sanguínea esto por una estimulación del núcleo ventromedial del hipotálamo produciendo un incremento del clucagón e inhibición de la insulina de igual manera se observo estimulación de las glándulas suprarrenales corteza y medula encontrándose incremento de cortisol y catecolaminas que causa n incremento en la tensión arterial alteraciones en la frecuencia y ritmo cardíaco que como consecuencia pueden causar alteraciones en otros sistemas como el SNC (edema cerebral) hasta producir la muerte por lo que es bueno la participación del Anestesiólogo.

El feocromocitoma causa generalmente el incremento de catecolaminas por estrés y por el mismo TEC incrementan mas a un problemas cardiovasculares que al no estar controladas pueden ser fatales para el paciente.

En el embarazo. Dicho tratamiento no es teratógeno a diferencia del uso de litio o fenotiacinas, por lo que la TEC es el tratamiento de elección en casos de crisis reagudizadas de depresión durante la gestación. Dichas pacientes deben ser previamente hidratados en forma adecuada es conveniente administrar clucopirrolato como anticolinergicos y mantenerlas en posición decúbito lateral izquierdo durante la realización de la TEC y asistir con oxigenoterapia al 100%.

En enfermedades cardíacas es importante el tratamiento de arritmias previas y el uso de antidepressivo triciclicos. En los pacientes portadores de marcapasos externos es importante revisar el funcionamiento de este en el pre, trans y post TEC.

Anestesia en terapia electroconvulsiva

La Anestesia debe seguir los siguientes parámetros:

__ No debe ser ni demasiado superficial (Pérdida de la conciencia no completa y/o activación del SNA), ni demasiado profunda (Umbral convulsivo elevado y eficacia de la TEC comprometida).

__ El psiquiatra es el responsable de la indicación de la TEC.

__ La anestesia general es imprescindible.

__ Los Servicios de Psiquiatría y Anestesiología deben estar coordinados.

Durante el procedimiento TEC debe:

__ Mantener la vía aérea, oxigenación e hiperventilación.

__ Administrar los anestésicos, relajantes musculares y agentes farmacológicos para prevenir y tratar complicaciones debidas al tratamiento.

__ Buena colaboración anestesiólogo-psiquiatra.

__ Dar el alta de la unidad de reanimación.

__ Dejar constancia en la historia del paciente del curso de la anestesia en la TEC.

Fármacos, problemas, estándares:

Dentro de los inductores se prefiere la utilización de tiopental, que aunque aumenta el umbral y disminuye la duración de la convulsión más que otros agentes como la ketamina o el etomidato, posee menor número de efectos adversos (estimulación cardiovascular, depresión a nivel suprarrenal en anestias repetidas, respectivamente).

La utilización del propofol en la TEC proporciona un rápido despertar con dosis habitual de inducción de 2,5 mg/kg. Se ha podido comprobar como este, en comparación con el tiopental, aumenta más el umbral y disminuye más aún el tiempo de la convulsión, por lo que su utilización se limita a aquellos casos en los que el tiopental no esté indicado.

Como relajante muscular se prefiere la utilización de un agente de vida media ultracorta. Hoy por hoy sigue estando indicada la utilización del relajante despolarizante succinilcolina a dosis de 0,5 mg/kg. para reducir las manifestaciones tónico-clónicas, sin causar apnea prolongada postictal, salvo contraindicación: hiperkalemia, déficit de colinesterasa plasmática y glaucoma de ángulo cerrado.

La utilización de atropina usada en forma rutinaria para minimiza la bradicardia-asístole y aumenta el tono del esfínter esofágico inferior, disminuyendo así la regurgitación. Las dosis oscilan entre 2,4 a 0,5 mg o menores Su administración, eso sí, debe ser cautelosa cuando el enfermo recibe otros tratamientos anticolinérgicos y en el caso de patología cardíaca asociada grave.

Las técnicas de aplicación son las siguientes:

Bajo este epígrafe revisamos los procedimientos de monitorización y la colocación de los electrodos, la frecuencia y el número de tratamientos.

La primera monitorización hace referencia a la convulsión. Es necesario hacerlo porque tanto la eficacia como los efectos secundarios parecen relacionados con la duración de la convulsión. Puede hacerse por registro electroencefalográfico (la forma más recomendable) o por control visual motor a nivel periférico con la colocación de manguito. La duración de la convulsión a nivel cerebral puede exceder la de las manifestaciones periféricas en 10-15 segundos.

Un estímulo adecuado es aquel que se manifiesta por una crisis tónico-clónica que dura más de 15 segundos, o bien, 25 segundos o más en el registro EEG, de ahí la enorme utilidad de la monitorización electroencefalográfica que en algunos casos está incorporada a los aparatos de TEC.

En una primera sesión y si técnicamente es posible, debería realizarse la titulación de cada paciente, entendiendo por tal la reestimulación con energía creciente en cada descarga, hasta

determinar la energía mínima necesaria para conseguir una estimulación adecuada; esto nos permite individualizar los tratamientos y calcular el estímulo supraumbral para los próximos tratamientos. Si el estímulo no es eficaz debe reestimularse hasta en tres ocasiones, mientras permanezca bajo la inducción anestésica, esperando 60 segundos desde el final de la convulsión o de la última estimulación para reestimular. En algunos casos donde no se consigue un estímulo eficaz puede estar indicado la administración de caféina como facilitador en posteriores tratamientos.

Las convulsiones prolongadas (de duración superior a 3 minutos) deben tratarse utilizando un bolus de anestésico general o diazepam e.v. Advertir al anestesiólogo al cabo de 90 segundos de convulsión. Es recomendable detener la convulsión a partir de los 120 segundos.

Cuando no exista registro EEG el manguito de Hamilton puede ser de gran utilidad para saber si existe o no convulsión y la duración de la misma.

En caso de convulsiones abortadas (aquellas en las que el estímulo no se sigue de crisis convulsiva) se recomienda reestimular con una dosis mayor cuando se ha comprobado que el estímulo se ha administrado correctamente.

También son objeto de monitorización durante el tratamiento el trazado del ECG, la pulsioximetría y las constantes (pulso y TA incruenta). Durante la TEC monitorización del ECG de forma continua (derivación II +/- V), presión arterial incruenta y pulsioximetría). En el post-TEC inmediato, se mantendrá la vigilancia.

La intensa estimulación del sistema simpático causa además de taquicardia, hipertensión, en ocasiones muy grave ocasionando daño cerebral y cardiovascular. La preoxigenación y ventilación previas son absolutamente necesarias. Por lo que se han utilizado diferentes fármacos como el propanolol, otros como el trimetafán, bloqueantes ganglionares y nitroprusiato para control de la

tensión durante la TEC, los cuales no son aconsejables la posible sobredosificación.

La hidralazina se ha utilizado para prevenir elevaciones tensionales durante la TEC en pacientes normotensos.

En la administración de la TEC se siguen los siguientes pasos:

- 1- Asegurarse de que se ha realizado la evaluación pre-TEC completa y que ésta permite realizar el tratamiento. Los resultados de dicha evaluación deben incluirse en la historia clínica y estar disponibles en la sala de la TEC. Antes de iniciar el tratamiento revisar las incidencias de sesiones anteriores y asegurarse que el paciente ha vaciado la vejiga y el recto.
- 2- Comprobar, preguntando al propio paciente y a la enfermera encargada, que el paciente no haya ingerido sólidos las 8 horas anteriores y líquidos en las 3-4 horas anteriores al procedimiento de la TEC.
- 3- Si el paciente tiene entre sus indicaciones una premedicación comprobar que la ha tomado con un mínimo de agua, y que lo haga delante de la enfermera.
- 4- Una vez que el paciente está tumbado en decúbito supino en la camilla deben iniciarse una serie de acciones: colocar la vía e.v.; que se mantendrá durante el post-TEC inmediata; realizar el primer control de constantes (pulso y tensión arterial); colocar los electrodos de monitorización habiendo limpiado previamente la superficie con alcohol o acetona, conectarlos y comprobar el buen funcionamiento de los registros; poner al paciente el sensor del pulsioxímetro; asegurarse que el paciente no tiene ninguna prótesis u objetos metálicos.
- 5- Comprobar que está en buen estado de funcionamiento el aspirador y la fuente de oxígeno; que está conectado el ambú y la sonda de aspiración limpia; también que está disponible un tubo orofaríngeo y el carro de reanimación cardiopulmonar.

Anestesia en terapia electroconvulsiva

- 6- Colocar el manguito en el brazo contrario de la vía e.v. con el fin de poder realizar el control visual de la convulsión, al evitar el paso del miorrelajante.
- 7- Aparato de la TEC: antes del tratamiento es preciso asegurarse de que funciona correctamente, que hay papel para el registro en los que disponen de este medio y que las conexiones están correctamente colocadas. Después se selecciona la dosis eléctrica mediante el ajuste de los parámetros y se preparan los electrodos poniendo una fina capa de pasta conductora que facilite la transmisión del estímulo.
- 8- Una vez que se han dado los pasos anteriores comienza el tratamiento en sí con la anestesia. Conseguir una saturación de oxígeno cercana al 100% en los momentos previos de la anestesia facilita que el tratamiento sea eficaz y disminuye el riesgo de hipoxia. Si no se ha puesto antes de pasar a la sala de la TEC, se inicia con la administración del anticolinérgico y posteriormente el anestésico. Es el momento de hinchar el manguito destinado a facilitar el control visual de la convulsión y de retirar la sujeción mecánica en los pacientes que hasta entonces la hayan requerido. Una vez que el paciente está inconsciente se administra el miorrelajante. Esperar a que desaparezcan las fasciculaciones antes de suministrar el estímulo;
- 9- Si no se ha hecho ya en el paso anterior, colocar en la posición adecuada los electrodos de tratamiento y el protector dental asegurando que quedan libres la lengua y los labios. El protector dental debe tener la parte anterior más amplia para separar labios y lengua, y un canal para la entrada de O₂ y del catéter de aspiración. No debe utilizarse el tubo orofaríngeo para este propósito.
- 10- Asistencia ventilatoria manual con presión positiva mediante mascarilla a FiO₂=100%.
Modo de actuación: Hiperventilación con pulsos amplios a una frecuencia de 15 p/min (aumenta la eficacia de la convulsión de un 25 a un 100%) y una saturación arterial de O₂ lo más cercana posible al 100%.
- 11- En este paso se suministra el estímulo eléctrico al paciente. Es importante asegurarse que el paciente sigue inconsciente. Otra persona del equipo sujeta la mandíbula del paciente en hiperextensión o toda la cabeza si la colocación es unilateral y evita así que se mueva y provoque un mal contacto y un estímulo insuficiente.
- 12- Una vez administrado el estímulo, el anestesiólogo facilita la ventilación adecuada del paciente con hiperventilación hasta la recuperación de ventilación espontánea suficiente. En cuanto sea posible se retira el protector dental y se inicia el control de constantes. En la post-TEC inmediata se mantiene al paciente con ventilación asistida hasta la recuperación.

Bibliografía

1. José Emilio Rojo Rodes. Julio Vallejo Ruiloba. Terapia Electroconvulsiva. Barcelona España. Masson. 1993.
2. Jonathan I. Benumof. Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. Editorial interamericana.1993.
3. Michael Gelder. Juan Lopez. Nancy Andreasen. Tratado de psiquiatría, Tomo II. Editorial Ars. América. 2003.
4. Joaquín Santo domingo Carrasco. Enrique Baca. José Luis Carrasco. Manual de Psiquiatría. Editorial Ars. Médica 2002.
5. Sociedad española de Psiquiatría. CONSENSO ESPAÑOL SOBRE TEC. Documento de trabajo revisado 2-07-1999.
6. Van der Wurff FB. Stek ML. Terapia Electroconvulsiva para ancianos con depresión. De la Cochrane library plus en español, N° 3, Oxford, 2004.
7. Ronaldo Ucho Udabre. Salto lidia. Historia de la Somatoterapia. Año XIII, vol 10, N° 4. Marzo 2002.

El Sepulturero

Y pensar...
Cuarenta años que trabajo sepultando
O ayudando a sepultar.
Cuarenta años que persuado a enterrar
Viejos traumas de los tiempos de la infancia,
Conservados como ositos de peluche
En un rincón del desván.
... Sepultando oxidados rencores
por amores fracasados.
Tal vez abortos sangrantes
De alguna madre frustrada.
Quizá envidias malolientes,
Odios inconfesables,
Violetas marchitas de ilusiones rotas.
Ayudando a sepultar viejos detritos,
Que como trastos de raídas horas,
Persistían, taladraban, trasegaban...
No es fácil cavar tumbas,
O practicar necropsias en el alma...
Y sin embargo, luego del largo quehacer funerario
Estoy aquí,
Buscando mi propio sepulturero.

Dr. Eduardo Maldonado

SOCIEDAD BOLIVIANA DE PSIQUIATRÍA-FILIAL LA PAZ

Reglamento de Publicaciones

Revista de Psiquiatría

La "Revista de Psiquiatría de la SBPFLP", aceptará para su publicación los artículos sobre Psiquiatría incluidos aspectos de tipo conceptual de la materia, etiopatogénicos, psicopatológicos, bioquímicos, clínicos, diagnósticos, terapéuticos así como trabajos de investigación. Para ello deberán sujetarse a los requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Normas de Vancouver) las cuales a continuación presentamos:

NORMAS TÉCNICAS

1. Los artículos se enviarán al comité editorial con una carta firmada por el primer autor donde se indique el tipo de trabajo y la conformidad de su publicación por parte de todos los autores mismos nombres que deben estar incluidos en dicha carta.
2. Los artículos deberán elaborarse en lo posible en computadora (letra Arial 12), se aceptaran sin embargo trabajos mecanografiados, presentarse en hojas bond tamaño carta a doble espacio, numeradas. No deben exceder las 10 páginas. Se presentarán un artículo original y una copia.
3. Cada sección debe elaborarse en una hoja independiente.
4. Los gráficos y tablas estarán incluidos en el texto en el lugar correspondiente.
5. Fotografías o imágenes deben adjuntarse independientemente (la versión original) solo señalando en el texto su localización.

CLASES DE ARTICULOS

1. **ARTICULO ORIGINAL**, trabajos de investigación.
2. **COMUNICACIONES BREVES**, Artículos originales breves, generalmente en relación con trabajos de larga extensión como estudio preliminar.
3. **NOTA CLÍNICA**, aportes con descripción de observaciones clínicas raras o excepcionales o con alguna particularidad especial.
4. **ARTICULO DE REVISIÓN**, trabajos en los que se haga puesta al día alguna entidad clínica o aspecto particular de ella. Estos trabajos serán a solicitud del Comité Editorial de la revista.
5. **RELATO DE CASOS**, casos de interés por alguna particularidad en el curso de la enfermedad, estos tendrán su reglamentación propia.
6. **TRABAJOS PARAMÉDICOS**, aquellos que recojan aportaciones de humanidades de la especialidad, historia, etc.
7. **PSIQUIATRÍA EN IMÁGENES**, trabajos con una base de estudios imagenológicos con un texto mínimo imprescindible para explicar un diagnóstico.
8. **CARTAS AL EDITOR**, aquellas que aporten de forma breve un caso o comenten casuística previamente aportada en la revista.
9. **EDITORIALES**, solamente a cargo del Comité Editorial.
10. **BIBLIOGRAFÍA**, no debe superar a 50 en originales.

Cada sección debe cumplir la siguiente secuencia:

a. TÍTULO

Conciso e informativo, nombre de la institución donde fue elaborado y cargos respectivos de los autores, dirección del autor responsable.

b. RESUMEN

Con extensión no mayor a 200 palabras exponiendo los propósitos del trabajo, metodología, hallazgos y conclusiones principales, de

manera que el lector pueda comprender el trabajo sin acceso previo al texto. Al final se enunciarán tres palabras claves. (Para trabajos originales y notas clínicas).

c. EXTENSIÓN MÁXIMA DE LOS TRABAJOS:

- **Originales:** 10 páginas, 4 figuras y 4 cuadros.
- **Comunicaciones breves:** 7 páginas, 2 figuras y 2 cuadros.
- **Notas clínicas:** 7 páginas, 2 figuras y 2 cuadros.
- **Artículos de revisión:** 10 páginas, 4 figuras y 4 cuadros.
- **Relato de casos:** 2 páginas, 2 figuras, 1 cuadro.
- **Trabajos paramédicos:** 10 páginas, 4 figuras y 4 cuadros.
- **Psiquiatría en imágenes:** 1 página y 1 o 2 figuras.
- **Cartas al editor:** 2 páginas, 1 figura y 1 cuadro.
- **Editoriales:** 2 páginas.
- **Bibliografía:** no debe superar a 50 en originales, artículos de revisión y trabajos paramédicos; a 25 citas en las comunicaciones breves, notas clínicas, los editoriales, cartas al editor y las imágenes no superior a 10 citas bibliográficas.

d. ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS:

- **Originales:** Deberá constar de introducción, hipótesis de estudio (propósito), material (casuística), métodos, ética, resultados y /o análisis estadístico, discusión y referencias bibliográficas.
- **Notas o Casos clínicos, Artículos de revisión, Relato de casos y Sección paramédica,** será estructurada a criterio del autor, para una mejor comprensión.
- **Medicina en imágenes,** se aportará una breve historia clínica y los comentarios oportunos de la imagen aportada.
- **Cartas al editor:** comentarán sin establecer apartados una observación de interés.
- **Bibliografía,** de acuerdo a las normas del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas.
- **Unidades de Medida,** de acuerdo con la tendencia actual se debe utilizar el sistema internacional de medidas (SI).

e. ICONOGRAFÍA:

- Cuadros, enviados en hoja aparte, numerados en la parte superior, con el comentario correspondiente.
- Figuras, en blanco y negro en brillo y tamaño, 9 x 12 cm.
- Pie de figura, en hoja aparte, indicando la posición en un ángulo del dorso.

NOTAS ADICIONALES:

La aceptación de los trabajos será notificada al autor en un periodo inferior al mes, la corrección lingüística de los trabajos si fuera necesario, será efectuada por el Comité Editorial.

g. TABLAS

Mecanografe o imprima cada tabla a doble espacio y en hoja aparte. No presente las tablas en forma de fotografías. Numere las tablas consecutivamente en el orden de su primera citación en el texto y asígneles un breve título a cada una. En cada columna figurará un breve encabezado. Las explicaciones precisas se pondrán en notas a pie de página, no en la cabecera de la tabla. En estas notas se especificarán las abreviaturas no usuales empleadas en cada tabla. Identifique las medidas estadísticas de variación, tales como desviación estándar el error estándar de la media. Asegúrese de que cada tabla se halle citada en el texto. Si en la tabla se incluyen datos de otra fuente se deberá contar con la autorización necesaria para reproducirlos y mencionar este hecho en la tabla.

h. ILUSTRACIONES

Envíe el número de juegos completos de figuras solicitado por la revista. Las figuras estarán dibujadas y fotografiadas de forma profesional.

i. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto; en éste, en las tablas y leyendas, las referencias identificarán con números arábigos entre paréntesis; las referencias citadas únicamente en las tablas o ilustraciones se numerarán siguiendo la secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de la tabla o figura en concreto.

Se utilizará el estudio de los ejemplos que a continuación se ofrecen:

a. Artículos de revistas

- (1) Artículo estándar
Autor(es). Título de artículo. Abreviatura* internacional de la revista del año; volumen (número)**: página inicial – final del artículo.
- (2) Autor corporativo
Grupo de autores. Título del artículo. Abreviatura y año; volumen (número): páginas (inicial – final).
- (3) No se indica nombre del autor
Título del artículo editorial_. Abreviatura y año; volumen: páginas.
- (4) Artículo en otro idioma distinto del inglés
Los artículos deben escribirse en su idioma original si la grafía es latina.
- (5) Suplemento de un volumen
Nombre de autores. Título del artículo. Abreviatura y año; volumen (número) Supl número: páginas.
- (6) Suplemento de un número
Nombre del autores. Título del artículo. Abreviatura y año; volumen (número); (Número Supl número): páginas.
- (7) Parte de un volumen
Nombre de autores. Título de artículo. Abreviatura y año; volumen (número) (Pt número): páginas.
- (8) Parte de un número
Nombre de autores. Título. Abreviatura y año; Volumen (número) (número pt número): S número – S número.
- (9) Número sin volumen
Nombre de autores. Título. Año; volumen: páginas.
- (10) Sin número sin volumen
Nombre de autores. Título. Abreviatura y año; páginas.
- (11) Paginación en números romanos
Nombre de autores. Título. Abreviatura y año; volumen (Número): páginas en números romanos.
- (12) Indicación del tipo de artículo según corresponda
Nombre de autores. Título [carta o resumen, etc]. Abreviatura; volumen (número): páginas.
- (13) Artículo que contenga una retractación
Nombre de autores. Título [retractación de Nombre de autores. En: Abreviatura y año: volumen (número): páginas_ Abreviatura y año; Volumen (número): páginas.
- (14) Artículo retirado por retractación
Nombre de autores. Título [retractado en Abreviatura y año; volumen (número): páginas_ Abreviatura y año; volumen (número): páginas.
- (15) Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas
Nombre de autores. Título [fe de erratas en Abreviatura y año; volumen (número): páginas_ Abreviatura y año; volumen (número): páginas.
- (16) Libros y otras monografías de autores individuales
Autores. Título del libro. Edición. Lugar de publicación. Editorial. Año.
- (17) Editor(es) Compilador (es)
Autores. Editores. Título del libro. Edición. Lugar de publicación. Año.
- (18) Organización como autor y editor
Organización. Título del libro o texto. Lugar de publicación. Organización editorial: año.
- (19) Capítulo de libro
Autores de capítulo. Título de capítulo. En: Director/reco- pilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación. Editorial; año. p. página inicial – final del capítulo.
- (20) Actas de conferencias
Autores. Título. Conferencia; año mes fecha de inicio – final: ciudad, País; año.
- (21) Ponencia presentada a una conferencia
Autores de la Comunicación/Ponencia. Título de la Comunicación/Ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: editorial; año. Pagina inicial – final de la comunicación/ponencia.
- (22) Informe científico o técnico
Autores. Título del informe. Lugar de publicación: Organismos/Agencia editora; año. Número o serie identificativa del informe.
- (23) Tesis Doctoral
Autor. Título de la tesis [Tesis doctoral_]. Lugar de edición; editorial; año.
- (24) Patente
Autores; organización. Título. Lugar patente. Año y mes.
- (25) Artículo de periódico
Autor del artículo. Título del artículo. Nombre del periódico año mes día; sección: página (columna).
- (26) Material audiovisual
Autores. Título del video [video]. Lugar de edición: editorial; año.
- (27) Documentos legales
- Leyes:
Título de la Ley. (Nombre del boletín Oficial, fecha, año de publicación)
- Ley aprobada
Ley número/año de fecha de mes, tipo de ley. (Boletín Oficial, número, de fecha – mes – año).
- (28) Mapa
Nombre del mapa [tipo de mapa_]. Lugar de publicación: editorial; año.
- (29) Biblia
Título. Versión. Edición. Lugar de publicación: editorial; año. Libro: versículo.
- (30) Diccionarios o obras de consulta
Diccionario. Edición. Lugar de publicación: editorial; año. Texto consultado; página (precedida de una p.).
- (31) Escritos Clásicos
Título de la obra: Acto, escena, párrafo. Título del libro. Lugar de publicación: Editorial; año.
- (32) En prensa
Nombre. Título. Abreviatura. En prensa año.
- (33) Artículo de revista formato electrónico
Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: (Dirección de internet)
- (34) Monografía en formato electrónico
Título [Tipo de soporte]. Editores o productores. Edición. Versión. Lugar de publicación: Editorial; año.
- (35) Archivo informático
Autor. Título [Tipo de soporte]. Versión. Lugar: Editorial; año.