

revista
CHILENA DE
NEURO-PSIQUIATRÍA

AÑO 60, VOL 44, N° 1, ENERO-MARZO 2006

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIRUGÍA. CHILE

www.sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Fundada en 1932

Presidentes

1946-1948	Hugo Lea-Plaza	1971-1972	Mario Poblete	1990-1991	Jaime Lavados
1950	Guillermo Brinck	1973	Mario Sepúlveda	1992-1993	Fernando Lolas
1954-1955	Octavio Peralta	1974-1976	Guido Solari	1994-1995	Jorge Méndez
1957	Héctor Valladares	1977-1978	Sergio Ferrer	1996-1997	César Ojeda
1958	José Horwitz	1979	Jorge Grismali	1998-1999	Fernando Díaz
1962-1963	Ricardo Olea	1980-1981	Guido Solari	2000-2001	Andrés Heerlein
1964	Rodolfo Núñez	1982-1983	Jorge Méndez	2002-2003	Fredy Holzer
1965-1966	Armando Roa	1984-1985	Fernando Vergara	2003-2005	Enrique Jadresic
1967-1968	Jorge González	1986-1987	Max Letelier	2005-2007	Renato Verdugo
1969-1970	Aníbal Varela	1988-1989	Selim Concha		

Editores de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría

1947-1949	Isaac Horwitz	1962-1964	Jacobo Pasmanik	1994-1995	César Ojeda
1954	Isaac Horwitz	1965-1966	Alfredo Jelic	1996-1997	Fredy Holzer
1955	Gustavo Mujica	1967-1980	Rafael Parada	1998-2002	Hernán Silva
1957-1958	Gustavo Mujica	1981-1993	Otto Dörr	2003-2005	Jorge Nogales-Gaete
				2006-2008	Rodrigo Salinas

Maestros de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Maestros de la

Psiquiatría Chilena

1991	Juan Marconi
1994	Armando Roa
1997	Mario Sepúlveda
1999	Fernando Oyarzún
2001	Otto Dörr
2003	Rafael Parada
2005	Mario Gomberoff

Maestro de la

Neurooftalmología Chilena

1993	Abraham Schweitzer
------	--------------------

Maestros de la

Neurología Chilena

1990	Jorge González
1995	Jaime Court
1998	Camilo Arriagada
2002	Fernando Novoa

Maestros de la

Neurocirugía Chilena

1992	Héctor Valladares
2000	Jorge Méndez
2004	Renato Chiorino

Directorio de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Período 2006

Presidente	Renato Verdugo
Vicepresidente	Fernando Ivanovic-Zuvcic
Secretario General	Juan Maass
Tesorero	Mario Rivera
Director de Publicaciones	Luis Risco
Presidente Anterior	Enrique Jadresic

Comisión de Neurología y Neurocirugía

Secretario Ejecutivo

Pedro Chaná

Directores

Violeta Díaz

Rómulo Melo

David Rojas Z.

Comisión de Psiquiatría

Secretario Ejecutivo

Fernando Ivanovic-Zuvcic

Directores

Alejandra Armijo

Pedro Retamal

Coordinadores Grupos de Trabajo

GDT de Psiquiatría Biológica

GDT de Trastornos del Movimiento

GDT de Psicoterapia

GDT de Cerebrovascular

GDT de Cefalea

GDT de Psiquiatría Social

GDT de Demencia

GDT de Cirugía de Base de Cráneo

GDT de Historia de la Psiquiatría

GDT de Adicciones

GDT de Psicopatología y Psiquiatría Clínica

GDT de Medicina Psicosomática

GDT de Psiquiatría Forense

GDT de Epilepsia

GDT de Psicopatología de la Mujer (en formación)

GDT de Patología Vascular Neuroquirúrgica (en formación)

GDT de Neuromuscular

GDT de Neuroinmunología

GDT de Esquizofrenia

GDT de Enfermedad del Ánimo

Comité de Ética

Víctor Lermanda

Pablo Venegas

Niels Biedermann

Walter Feuerhake

Alberto Millar

Rafael Sepúlveda

María Isabel Behrens

Jaime Pinto

Enrique Escobar

Daniel Martínez

Policarpo Rebolledo

Carlos Cruz

Alejandro Koppmann

Sergio Castillo

Gloria Granmegna

Patricio Loayza

Mario Rivera

Fernando Vergara

Alejandra Armijo

Pedro Retamal

Fernando Novoa

Representantes ante Sociedades Internacionales

Asociación Mundial de Psiquiatría

Asociación Psiquiátrica Latinoamericana

Federación Mundial de Neurología

Federación Latinoamericana de Neurocirugía

Sociedades Psiquiátricas Francesas

World Federation of Skull Base Societies

Sociedad Latinoamericana de Cirugía de Base de Cráneo

The Movement Disorder Society

Enrique Jadresic

Juan Maass

Jorge Tapia

Fredy Holzer

Rafael Parada

Jaime Pinto

Armando Ortíz

Pedro Chaná

Información general

Origen y gestión.- La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría fue creada en 1947 y pertenece a la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN), de la cual es su órgano oficial de expresión científica. La gestión financiera de la Revista la realiza el directorio de SONEPSYN. La gestión editorial está delegada a un editor y comité editorial, quienes cuentan con plena libertad e independencia en este ámbito.

Propósito y contenido.- La revista tiene como misión publicar artículos originales e inéditos que cubren aspectos básicos y clínicos de las tres especialidades: Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Se considera además la relación de estas especialidades con la ética, educación médica, relación médico paciente, gestión asistencial, salud pública, epidemiología, ejercicio profesional y sociología médica. Las modalidades de presentación del material son: artículos de investigación, experiencias clínicas, artículos de revisión, estudios de casos clínicos, comentarios sobre nuevas investigaciones o publicaciones, análisis de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos a la luz de la medicina basada en la evidencia, cartas, investigaciones históricas y reseñas bibliográficas.

Audiencia.- Médicos especialistas, otros médicos, profesionales de la salud, investigadores, académicos y estudiantes que requieran información sobre las materias contenidas.

Modalidad editorial.- Publicación trimestral de trabajos revisados por pares expertos (*peer review*), que cumplan con las instrucciones a los autores, señaladas al final de cada volumen.

Resúmenes e Indexación.- La revista está indexada en EMBASE/Excerpta Médica Latinoamericana, LILACS (Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud, <http://www.bireme.org/abd/E/ehomepage.htm>), ScIELO (*Scientific Electronic Library Online*, <http://www.scielo.cl/scielo.php>) y Latindex (Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, <http://www.latindex.unam.mx/>).

Forma parte de la Federación de Revistas Neurológicas en Español.

Acceso libre a artículos completos on-line.- (*Open and free access journal*). Disponible en:

1.- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0717-9227&lng=es&nrm=iso

2.- www.sonepsyn.cl

Abreviatura.- Rev Chil Neuro-Psiquiat

Producción:  EDITORIAL EDIKU
María Cristina Illanes
edik@vtr.net

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a: Dr. Jorge Nogales-Gaete, Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Carlos Silva V. 1292, Depto. 22. Plaza Las Lilas, Providencia, Santiago de Chile, Casilla 251, Correo 35, Santiago, Fono 232 9347, E-mail: editoriales@123.cl - Página Web: www.sonepsyn.cl - Publicación Trimestral. Valor Número: \$ 8.000. Suscripción Anual (franqueo incluido) \$ 24.000. Suscripción extranjero US\$ 45.

Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría

Fundada en 1947

Editor

Rodrigo Salinas

Departamento de Ciencias Neurológicas, Universidad de Chile

Editores Asociados

Neurocirugía (NC)

Patricio Tagle

Hospital Clínico

Universidad Católica

Neurología (N)

Jaime Godoy

Hospital Clínico

Universidad Católica

Psiquiatría (P)

Gustavo Figueroa

Universidad

de Valparaíso

Comité Editorial

Marcelo Butron (NC)

Andrés Heerlein (P)

Fernando Ivanovic-Zuvic (P)

Jorge Sánchez (P)

Hospital Barros Luco

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

Práctica Privada

Secretaria

Ana Cruces

Consejo Editorial Internacional

Renato Alarcón (EE.UU.)

Fernando Barinagarrementeria (México)

Germán Berríos (Inglaterra)

Oscar del Brutto (Ecuador)

Exuperio Díez-Tejedor (España)

Manuel Dujovny (EE.UU.)

Oscar Fernández (España)

Santiago Giménez-Roldán (España)

Gerhard Heinze (México)

Roberto Heros (EE.UU.)

Otto Kernberg (EE.UU.)

Marco T. Medina (Honduras)

Christoph Mundt (Alemania)

Eugene Paykel (Inglaterra)

Gustavo Román (EE.UU.)

Daniel Rosenthal (Alemania)

Norman Sartorius (Suiza)

Roberto Sica (Argentina)

Consejo Editorial Nacional

Nelson Barrientos

Jaime Court

Pedro Chaná

Hernán Davanzo

Archibaldo Donoso

Otto Dörr

Ramón Florenzano

Fredy Holzer

Rodrigo Labarca

Fernando Lolas

Juan Marconi

Jorge Méndez

Leonardo Muñoz

Fernando Novoa

César Ojeda

Fernando Oyarzún

Rafael Parada

David Rojas

David Sáez

Hernán Silva

Marcelo Trucco

Renato Verdugo

Alfredo Yáñez

Arturo Zuleta

Editorial	7
Artículos originales/Original Article	
Piridoxina en el manejo de disquinesias tardías. Un estudio placebo controlado, randomizado, doble ciego y cruzado Pyridoxine for drug induced dyskinesia. A placebo-controlled randomized cross-over trial <i>Pablo Venegas F., Mariana Sinning O., María Millán A., Marcelo Miranda C., Ignacio Robles G., Priscilla Astudillo A. y Sofía Peña</i>	9
Patrones de consumo de sustancias de una muestra no consultante de consumidores de pasta base de cocaína Patterns of substance use of out-of-treatment cocaine base paste users <i>Rodrigo Santis B., Viviana Hayden C., Sergio Ruiz P., Enzo Anselmo M., Rafael Torres B. y Carmen Gloria Hidalgo C.</i>	15
Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (UHCE). Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río Short term unit database analysis (UHCE). Psychiatry Dr. Sótero del Río Hospital <i>Gloria Granmegna S., Rocío Lora L. y Paulina Ahumada F.</i>	23
Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal Neurocognitive models of schizophrenia: The prefrontal cortex role <i>Gricel Orellana V., Andrea Slachevsky Ch., y Jaime R. Silva</i>	39
Comentario de Libro / Book Review	
Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno <i>Gustavo Figueroa C.</i>	48
Long-term psychodynamic psychotherapy. A basic text <i>Gustavo Figueroa C.</i>	50
Introduction to supportive psychotherapy Handbook of integrated short-term psychotherapy <i>Gustavo Figueroa C.</i>	52
Reseña Histórica	
Arturo Vivado Orsini (1894 - 1949) y sus aportes a la psiquiatría chilena Arturo Vivado Orsini (1894 - 1949) and their contributions to the chilean psychiatry <i>Enrique Escobar M.</i>	54
Jaime Court Lobo: El retiro de un Maestro <i>Marco Antonio Soza M.</i>	57
Crónica	
Juan Marconi Tassara <i>Alberto Minoletti S.</i>	61
Nombramiento del Profesor Mario Gomberoff Jodorkovsky “Maestro de la Psiquiatría Chilena” <i>Juan Maass, Juan Francisco Jordán, Sonia Tardito y Jorge Vega</i>	63

El presente número de nuestra revista es un ejemplar de transición. Lo es en varios sentidos. Quien fuera director de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría durante los últimos años, el Dr. Jorge Nogales-Gaete, ha renunciado a su cargo de Director en contra del deseo unánime de todos los miembros del Comité Editorial. Su voluntad de trabajo y vocación para dirigir una actividad que en ocasiones debió sacar adelante con un compromiso de esfuerzo personal, que iba mucho más allá de lo que se le exige a alguien por una actividad estrictamente voluntaria, nos marcó como un ejemplo de responsabilidad y seriedad. Durante su dirección nuestra revista alcanzó una regularidad en sus publicaciones, así como una mejoría sustantiva de su calidad, que nos permitió ser admitidos entre las publicaciones que son indexadas en la principal base de datos latinoamericana de bibliografía biomédica. Las razones esgrimidas por el Dr. Nogales-Gaete, sin embargo, las comprendemos en ese contexto. No es él persona que guste de acomodarse a descansar en los laureles. Sus apreciaciones respecto al diagnóstico y pronóstico de la principal publi-

cación de nuestra Sociedad, así como los desafíos que deberá enfrentar si queremos dar el siguiente salto de calidad que significa ser admitidos en el exclusivo club de aquellas publicaciones que son indexadas en la base de datos del Índice de Citaciones Científicas, exigían adecuaciones que no estaba nuestra Sociedad en condiciones de satisfacer hoy.

Este número es de transición, además, pues el Dr. Nogales-Gaete lo dejó preparado para mantener la regularidad de nuestra publicación durante este período, en que un nuevo Comité Editorial se hace cargo de esta responsabilidad. Comité, la verdad sea dicha, que de nuevo tendrá poco, pues hemos querido mantener la estructura y modelo de funcionamiento que se ha conformado durante el último período. A excepción de algunos integrantes que nos dejan por solicitud expresa de ellos, el resto del Comité se mantendrá sin variaciones, animado por el espíritu de continuar con regularidad la tarea de hacer crecer nuestra Revista y de mantenerse como una alternativa valedera de publicación para nuestra comunidad científica-clínica.

Piridoxina en el manejo de Disquinesias Tardías. Un estudio placebo controlado, randomizado, doble ciego y cruzado

Pyridoxine for drug induced dyskinesia.

A placebo-controlled randomized cross-over trial

Pablo Venegas F.¹, Mariana Sinning O.¹, María Millán A.², Marcelo Miranda C.¹,
Ignacio Robles G.¹, Priscilla Astudillo A.¹ y Sofía Peña¹

Tardive Dyskinesia is a common and disabling adverse effect of drugs acting on Dopaminergic pathways. An important proportion of patients does not respond to the conventional treatment. In this study 28 severe and refractory patients from a Psychiatric Hospital were randomized in a cross over design to placebo and high doses (500 mg per day) of Pyridoxine for 4 weeks each one. The patients were evaluated using the Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS) at 2 and 4 weeks of each cycle. Pyridoxine was well tolerated, and no adverse effect occurred during the study. No statistical differences between Pyridoxine and Placebo were found. Surprisingly, in both groups equally good responses were found.

Key words: Drug Induced Dyskinesia, Pyridoxine, Drug therapy, randomized controlled trial, placebo.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(1): 9-14

Introducción

La Disquinesia Tardía (DT) es una temida complicación del uso crónico de fármacos que interfieren directa o indirectamente en la transmisión dopaminérgica. Usualmente se presenta con el uso de antipsicóticos, sin embargo, puede aparecer también con el uso de bloqueadores de canales de calcio, algunos antidepresivos, antiepilépticos, proquinéticos intestinales, litio y otros^(1,2).

La DT a diferencia de las complicaciones motoras agudas o subagudas que aparecen con el uso de ciertos fármacos puede persistir después de la suspensión del fármaco en cuestión. Así en un seguimiento de una gran cohorte de pacientes un 40% de ellos persistió con el cuadro 2 años después de haber suspendido el fármaco que originó la patología⁽³⁾. En este caso la DT puede considerarse más una secuela que un efecto adverso.

Hay muchos tipos clínicos de DT, desde una disquinesia bucolingual hasta una distonía gene-

Recibido: 2 de Junio 2005

Aceptado: 30 de Noviembre 2005

¹ Departamento de Neurología Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Instituto Psiquiátrico de Santiago. Chile.

Los autores no refieren posibles conflictos de interés.

ralizada, teniendo cada una su propio pronóstico. Las disquinesias bucolinguales son las más frecuentes, presentándose en mujeres mayores y con un buen pronóstico. En el otro extremo, formas distónicas son más frecuentes en hombres jóvenes, teniendo un mal pronóstico de recuperación.

Una vez instalada, el primer paso en el tratamiento de una DT es suspender el fármaco responsable del cuadro. Existe un larga lista de fármacos que se han utilizado como tratamiento específico DT, la mayoría con pobre respuesta⁽⁴⁻⁸⁾. Recién en Diciembre del 2001, Lerner y colaboradores reportaron el primer estudio placebo controlado, usando Piridoxina en pacientes esquizofrénicos⁽⁹⁾. Este estudio, aunque con un reducido número de pacientes demostró utilidad de Piridoxina en casos leves a moderados a una dosis de 400 mg al día.

Basándonos en esto y en nuestra práctica clínica diaria en donde hemos obtenido resultados positivos con el uso de Piridoxina en casos seleccionados de DT, hemos diseñado este estudio para evaluar efectividad y seguridad de Piridoxina en el tratamiento de formas severas y refractarias a tratamiento habitual de DT.

Métodos

Se realizó una evaluación neurológica a pacientes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak reclutándose aquellos que presentaban DT. La mayoría de los seleccionados permanecían internados por años, debido a causas sociales, en el pabellón de larga estadía.

El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue esquizofrenia. Los hallazgos clínicos de los pacientes se detallan en la Tabla 1. En la Tabla 2 se detallan los fármacos utilizados por los pacientes, con la dosis promedio que cada uno recibió. El estudio fue aprobado por Comité de Ética de del Instituto Psiquiátrico y los pacientes o sus tutores fueron informados sobre el propósito del estudio firmando consentimiento informado para dar su aprobación.

Los pacientes fueron divididos en 2 grupos

(grupo A y grupo B) siendo randomizados a recibir placebo o piridoxina utilizando el software EPI INFO® 4.0.

Los pacientes recibieron Piridoxina 500 mg al día en 5 tabletas (2 en la mañana, 1 después de almuerzo y 2 después de la cena) o placebo (con la misma distribución de tabletas). Las tabletas de Piridoxina y placebo fueron idénticas en apariencia, sabor y olor, siendo suministradas por Laboratorios Silesia, Santiago de Chile.

El estudio fue realizado en 2 etapas. En una primera instancia los pacientes recibieron placebo o Piridoxina por 28 días, tras los cuales y tras un periodo de lavado de 7 días, se realizó el cruce de ambos grupos, recibiendo otro periodo de tratamiento de 28 días. Registros videográficos y evaluaciones clínica, fueron obtenidas al inicio y transcurridos 14 y 28 días de tratamiento en cada fase del estudio y en cada paciente. Ver esquema 1.

Tabla 1. Características basales de los pacientes

Número de Pacientes	28
Hombres / Mujeres	9/19
Edad promedio (años)	68,95
Tipo de Disquinesia Tardía:	
Disquinesia Bucolingual	16
Temblor tardío	6
Acatisia tardía	4
Corea tardío	2
Años evolución DT (años)	6,2
Diagnóstico Psiquiátrico:	
Esquizofrenia	22
Psicosis inespecífica	1
Oligofenia	4
Trastorno ánimo	1
Otros diagnósticos:	
Demencia	7
Diabetes Mellitus	1
Hipertensión arterial	2
Epilepsia	2
Neuro - sífilis	1

Tabla 2. Promedio de dosis acumulada en cada paciente

Fármaco	Dosis acumulada promedio por paciente (mg)
Haloperidol	8.646
Clonazepam	2.487
Tioridazina	97.533
Acido Valproico	208.478
Clozapina	79.826
Risperidona	172
Buspirona	783
Clorpromazina	760.630
Lorazepam	230
Trihexifenidilo	2.343
Periciazina	1.878
Pipotiazina	2.511
Carbamazepina	118.435
Sulpiride	50.087
Flufenazina	1.174
Funitrazepam	428
Imipramina	1.304
Diazepam	12.665
Trazodona	2.739
Alprazolam	43
Litio	147.522
Zopiclona	29

La intensidad de DT se graduó con la escala Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS) a los 14 y 28 días de cada etapa del estudio. Todas las evaluaciones clínicas fueron realizadas por investigadores ciegos (PVF y MMA). Preferimos

no incluir en el análisis de los resultados impresión de los médicos tratantes sobre el tratamiento, debido a que en la dinámica de funcionamiento de los pabellones de larga estadía, por el largo tiempo que los pacientes permanecen internados más por razones sociales que médicas, las evaluaciones de los médicos tratantes es de una periodicidad variable.

El análisis de los resultados se realizó comparando los valores de AIMS, con análisis de varianza, utilizando el software EPI INFO® 4.0.

Resultados

Se reclutó a 28 pacientes portadores de DT de los cuales 25 completaron el estudio. En aquellos 3 que no lo hicieron, éste se debió a cambio de domicilio en 2 casos y retiro de consentimiento en el restante. La mayoría de los pacientes fueron mujeres con formas de disquinesia bucolingual. En la Tabla 1 se detalla las características de los pacientes.

Tanto Piridoxina a dosis de 500 miligramos al día como placebo fueron seguros durante todo el estudio, sin que se observaran efectos adversos. Especial cuidado se tuvo en la búsqueda de síntomas sensitivos y gastrointestinales, sin que estos fueran detectados.

Piridoxina mejoró de manera considerable todas las formas de DT, disminuyendo de manera significativa el puntaje de AIMS después de 28 días de tratamiento, sin embargo, el placebo también lo hizo. Al comparar el cambio inducido tanto por Piridoxina como por placebo, no se

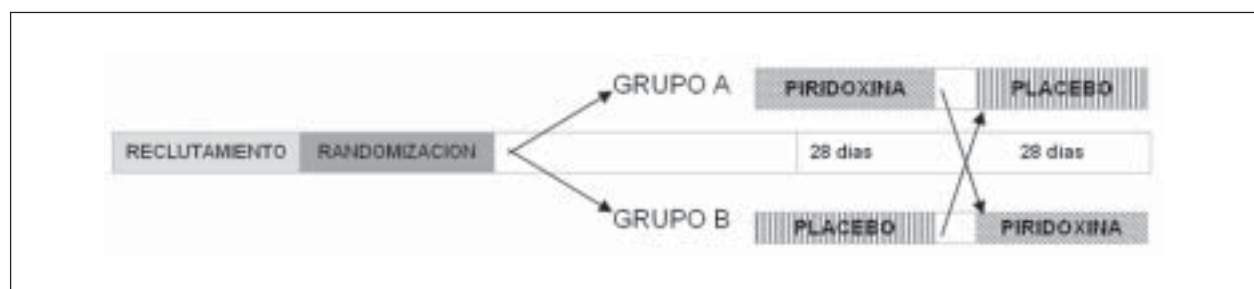
**Esquema 1.** Fases del estudio.

Tabla 3. Análisis entre la sumatoria de los grupos piridoxina y placebo

Grupo	Valor AIMS promedio PRE - TTO	Valor AIMS promedio POST - TTO	Desviación Standard POST - TTO	Varianza POST - TTO	P value
Piridoxina	16,25	11	5,57	32,41	0,481
Placebo	18,18	9,84	5,79	34,93	

Tabla 4. Se detallan puntajes de escala AIMS en situación basal, y transcurridos 28 días de cada etapa de tratamiento

	Basal		Grupo A Piridoxina 28 días	Grupo B Placebo 28 días	Grupo A Placebo 28 días	Grupo B Piridoxina 28 días
	Grupo A	Grupo B				
Numero pacientes	11,00	14,00	11,00	14,00	11,00	14,00
AIMS promedio	16,25	18,18	9,36	9,53	10,27	12,28
Desviación standard	5,03	6,05	5,17	4,88	6,82	5,54

encontraron diferencias estadísticamente significativas. En la Tabla 3 se describen los puntajes de la escala AIMS de ambos grupos, esto es la sumatoria de los puntajes al recibir placebo y la sumatoria de los puntajes al recibir piridoxina. Como se trató de un estudio cruzado el número de pacientes fue el mismo, 25, para cada grupo. En la tabla 4 se describen los puntajes de la escala AIMS obtenidos a los 28 días de tratamiento en la fase de piridoxina y placebo para cada grupo.

Discusión

A pesar de las variadas alternativas utilizadas en DT, sólo existen escasos ensayos clínicos controlados. La Vitamina E fue útil en un estudio, pero no en otro^(10,11), Melatonina y aminoácidos de cadena han demostrado utilidad en estudios placebo controlados, al ser utilizados en grupos específicos de DT y sólo en determinadas poblaciones de pacientes^(12,13).

La Piridoxina ha sido utilizada desde 1978 para tratar DT⁽¹⁴⁾, reportándose casos anecdóticos con buenos resultados, aunque sólo en el año 2001

se realizó el primer ensayo clínico controlado con ella, como ya se había mencionado antes⁽⁹⁾. El mecanismo de acción de Piridoxina así como la fisiopatología de la DT no es del todo conocida, sin embargo, existe evidencia de que el bloqueo crónico de receptores dopaminérgicos D2 induce en una primera etapa cambios funcionales en los circuitos de ganglios basales y luego de mantenerse el bloqueo se producen cambios morfológicos en ocasiones incluso definitivos^(15,16). La Piridoxina es un cofactor de varias enzimas que participan en el metabolismo de la Dopamina, como lo es la descarboxilasa de aminoácidos aromáticos. Esta enzima transforma Levodopa en Dopamina y 5 Hidroxitriptofano fosforilado en Serotonina. En suma la Piridoxina está relacionada en el metabolismo de Catecolaminas y por esta vía tendría un rol terapéutico en DT⁽¹⁾.

En nuestro estudio los resultados no corroboraron los descritos previamente, esto es efectividad superior de Piridoxina por sobre placebo en DT. De manera sorprendente el efecto placebo que observamos fue mucho mayor al esperado; la población de pacientes estudiados tenía un alta

proporción de demencia o patología psiquiátrica crónica, lo que hacía poco probable encontrar un efecto placebo significativo. Por lo tanto la primera conclusión que obtuvimos es que cualquier tratamiento en DT tiene un importante efecto placebo, incluso en pacientes dementes o con patología psiquiátrica crónica.

Probablemente no se obtuvo una respuesta superior a placebo debido a que la población en la que el estudio se llevó a cabo tenía múltiples factores de mal pronóstico para DT. La evolución de DT en la mayoría de los casos era muy pro-

longada, refractaria a otras terapias, incluidos antipsicóticos atípicos como clozapina y muchos eran dementes o tenían patología neurológica asociada.

Por lo tanto, según este estudio Piridoxina no es superior a placebo en casos de DT severa.

Finalmente, consideramos que se requiere un estudio placebo controlado, para demostrar utilidad de piridoxina en formas acatísicas de DT y en pacientes sin tratamiento previo, en los cuales sólo existen reportes de casos aislados en donde esta terapia sería beneficiosa⁽¹⁷⁾.

Resumen

Las Disquinesias tardías son reacciones adversas frecuentes e invalidantes de aquellos fármacos relacionados con la transmisión dopaminérgica. Una proporción importante de pacientes que la padecen no responden a las terapias actualmente vigentes. En este estudio se randomizó a 28 pacientes portadores de Disquinesias tardías severas y refractarias a tratamiento habitual, provenientes del Instituto Psiquiátrico de Santiago, en dos grupos que recibieron Piridoxina (500 mg al día) o placebo por 4 semanas, siguiendo un periodo de lavado de 7 días tras los cuales ambos grupos se cruzaron, manteniendo tratamiento por 4 semanas adicionales. Se utilizó la escala AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale) para evaluar a cada paciente en la semana 2 y 4 de cada etapa del estudio. La Piridoxina fue bien tolerada y no hubo efectos adversos en el periodo de estudio, no encontrándose diferencias significativas en la mejoría de Disquinesias Tardía entre los grupos que recibieron Piridoxina o Placebo.

Palabras clave: Disquinesias, piridoxina, farmacoterapia, ensayo clínico randomizado, placebo.

Referencias

1. Venegas P, Millán M, Miranda M. Disquinesia Tardía. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2003; 41: 131-138.
2. Najib J. Tardive dyskinesia: a review and current treatment options. Am J Ther 1999; 6: 51-60.
3. Glazer WM. Review of incidence studies of tardive dyskinesia associated with typical antipsychotics. J Clin Psychiatry 2000; 61 Suppl 4: 15-20.
4. Larach VW, Zamboni RT, Mancini HR, Mancini RR, Gallardo RT, Walters VL, Tognolini RZ, Rueda HM, Rueda RM, Torres RG. New strategies for old problems: tardive dyskinesia (TD). Review and report on severe TD cases treated with clozapine, with 12, 8 and 5 years of video follow-up. Schizophr Res 1997 19; 28: 231-246.
5. Emsley R, Turner HJ, Schronen J, Botha K, Smit R, Oosthuizen PP. A single-blind, randomized trial comparing quetiapine and haloperidol in the treatment of tardive dyskinesia. J Clin Psychiatry

- 2004; 65: 696-701.
6. Bai YM, Yu SC, Lin CC. Risperidone for severe tardive dyskinesia: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1342-1348.
 7. Sacchetti E, Valsecchi P. Quetiapine, clozapine, and olanzapine in the treatment of tardive dyskinesia induced by first-generation antipsychotics: a 124-week case report. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 357-359.
 8. Gupta S, Mosnik D, Black DW, Berry S, Masand PS. Tardive dyskinesia: review of treatments past, present, and future. *Ann Clin Psychiatry* 1999; 11: 257-266.
 9. Lerner V, Miodownik C, Kaptzan A, Cohen H, Matar M, Loewenthal U, Kotler M. Vitamin B(6) in the treatment of tardive dyskinesia: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (9): 1511-1514.
 10. Lohr JB, Caligiuri MP. A double-blind placebo-controlled study of vitamin E treatment of tardive dyskinesia. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 167-173.
 11. Adler LA, Rotrosen J, Edson R, Lavori P, Lohr J, Hitzemann R, Raisch D, Caligiuri M, Tracy K. Vitamin E treatment for tardive dyskinesia. *Veterans Affairs Cooperative Study #394 Study Group. Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 836-841.
 12. Shamir E, Barak Y, Shalman I, Laudon M, Zisapel N, Tarrasch R, Elizur A, Weizman R. Melatonin treatment for tardive dyskinesia: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 1049-1052.
 13. Richardson MA, Bevans ML, Read LL, Chao HM, Clelland JD, Suckow RF, Maher TJ, Citrome L. Efficacy of the branched-chain amino acids in the treatment of tardive dyskinesia in men. *Am J Psychiatry* 2003 160: 1117-1124.
 14. DeVeugh-Geiss J, Manion L. High-dose pyridoxine in tardive dyskinesia. *J Clin Psychiatry* 1978; 39: 573-575.
 15. Casey DE. Tardive dyskinesia: pathophysiology and animal models. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 4: 5-9.
 16. Swartz JR, Burgoyne K, Smith M, Gadasally R, Ananth J, Ananth K. Tardive dyskinesia and ethnicity: review of the literature. *Ann Clin Psychiatry*. 1997; 9: 53-59.
 17. Venegas FP, Millan AME, Miranda CM, Díaz V, Balboran SJP. Pyridoxine in the management of tardive dyskinesia. *Rev Neurol* 2003; 15: 36-100.

Correspondencia:

Dr. Pablo Venegas Francke
 Profesor Asistente Neurología,
 Unidad de Trastornos del Movimiento,
 Hospital Clínico Universidad de Chile.
 Dirección Postal: Los Laureles 7042, La Reina,
 Santiago, Chile.
 Teléfono: 56-2-6788260
 Fax: 56-2-7378546
 Correo electrónico: pablovf@mi.cl

Patrones de consumo de sustancias de una muestra no consultante de consumidores de pasta base de cocaína

Patterns of substance use of out-of-treatment Cocaine Base Paste users

Rodrigo Santis B.¹, Viviana Hayden C.^{1a}, Sergio Ruiz P.¹, Enzo Anselmo M.^{1a}, Rafael Torres B.¹ y Carmen Gloria Hidalgo C.^{2a}

Background: In Chile, crack or free-base Cocaine (FBC) use is associated with social isolation and drug traffic. This fact might be conditioning a hidden population of CBP users. The aim of the study was to characterize a sample of out-of-treatment CBP users by means of Privileged Access Interviewing in two districts of Santiago. **Methods:** Nine privileged access interviewers were trained to administer a questionnaire about substance use patterns and related risk behaviors. **Results:** 160 CBP users were recruited. The median age of the sample was 21 years (min: 12; max: 46). Gender distribution was 61,9% male. CBP was the primary abused substance in 85% of the sample. The median days of use in the last month was 23 days (min: 0; max: 30) and the median daily dose in the last month was 4,2 gr/day (min:0; max:75). The median age of onset of CBP use was 16 years (min: 8; max: 37). **Conclusions:** The pattern of substance use of this out-of-treatment sample seems to be more serious than the pattern of a general population sample reported by a National Survey in the same territorial areas. This sample, or part of it, might be a hidden population of CBP users.

Key words: Cocaine, Hidden population, Privileged Access Interviewing.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(1): 15-22

Introducción

Desde fines de la década de los ochenta Chile se ha visto afectado por el consumo de Pasta Base de Cocaína (PBC)⁽¹⁾. Estudios epidemiológicos en nuestro país muestran una prevalen-

cia de consumo de PBC de 0,51% para el último año⁽²⁾ y de 0,33% para el último mes⁽³⁾. De las drogas ilícitas, la PBC es la que presenta mayor frecuencia de dependencia (51,8% de los consumidores de último año)⁽²⁾. Se estima que sólo un 23,5% de los dependientes de PBC ha recibido

Recibido: Mayo 2005

Aceptado: Noviembre 2005

Pontificia Universidad Católica de Chile.

¹ Unidad de Adicciones, Departamento de Psiquiatría,

^{1a} Psicólogos Unidad de Adicciones (VHC, EAM, CHC).

² Escuela de Psicología (CHC).

Fuente de Apoyo Financiero: Dirección de Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Proyecto de Inicio 2001/08E. Apoyo financiero sin restricciones.

tratamiento en el último año⁽²⁾. Estos datos, aportados por la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), son de enorme valor para monitorizar las tendencias de consumo de sustancias. Sin embargo, el consumo de sustancias que están al margen de la legalidad y la asociación del consumo de PBC con marginación social y micronarcotráfico⁽¹⁾ dificultan que los consumidores de PBC sean adecuadamente representados por este tipo de encuestas poblacionales⁽⁴⁾. Así, es probable que en nuestro país exista una población oculta de consumidores de PBC o invisible a los métodos de registro tradicionalmente empleados que no ha sido caracterizada clínicamente.

Uno de los métodos de estudio de poblaciones ocultas es la utilización de la Entrevista de Acceso Privilegiado (EAP)^(5,6). Esta metodología consiste en establecer una red de recolección de información formada por entrevistadores que tienen acceso a la cultura de interés, en este caso, consumidores de PBC. La EAP ha demostrado ser altamente eficiente en la obtención de información compleja en relativamente cortos períodos de tiempo y presenta ventajas respecto a otros métodos de acceso a poblaciones ocultas como la etnografía^(4,5).

Con el objetivo de estudiar una población consumidora de PBC no consultante de los servicios de rehabilitación, se implementó la EAP en dos comunas de Santiago de Chile. El presente reporte describe el patrón de consumo de sustancias de la muestra. Las conductas de riesgo y situación legal es materia de otros reportes en preparación.

Métodos

Procedimientos

La muestra se reclutó en las comunas de La Pintana y San Joaquín, las que presentan la mayor prevalencia de consumo de PBC en el último año⁽³⁾.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron:

a) al menos un año de iniciado el consumo de

PBC; b) Un mínimo de 10 episodios de consumo de esta droga en los últimos 12 meses y c) No haber estado en tratamiento de rehabilitación en los últimos 12 meses. Se buscó que al menos un tercio de la muestra fuera de sexo femenino para permitir comparaciones de acuerdo al género.

El equipo investigador contactó 27 potenciales entrevistadores a través de consultorios, organismos municipales y organizaciones no gubernamentales de las comunas en estudio. Finalmente, 9 entrevistadores de acceso privilegiado (4 mujeres y 5 hombres) fueron seleccionados y entrenados en la administración del instrumento de investigación. El proceso de selección y capacitación de los entrevistadores de acceso privilegiado de este estudio fue descrito en detalle en una publicación previa de los autores⁽⁷⁾.

A cada sujeto encuestado se le leyó además un documento explicativo del estudio, y se le solicitó firmar su consentimiento previo a la administración de la encuesta. Por cada entrevista correctamente efectuada se pagó a los entrevistadores la suma de \$ 7.000. El control de la confiabilidad de la información se realizó mediante la grabación, en una cinta de audio, de cada entrevista y su posterior verificación de concordancia con la información escrita en la encuesta. Las encuestas fueron realizadas entre los meses de Octubre de 2001 y Abril de 2002. Para una descripción detallada de la metodología empleada se sugiere el artículo de Griffiths et al⁽⁵⁾.

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica.

Participantes

De 174 encuestas aplicadas se descartaron 14 por inconsistencias en el control de la confiabilidad. La muestra final estuvo entonces constituida por 160 consumidores de PBC, 90 (56,2%) de ellos residentes en La Pintana y 70 (43,8%) en San Joaquín. Noventa y cinco sujetos fueron reclutados por entrevistadores femeninos y 65 sujetos por entrevistadores masculinos. La distribución por género fue 99 hombres (61,9%) y 61 mujeres (38,1%). La mediana de edad fue 21 años

(mín: 12; máx: 46). La distribución etárea fue: 31,2% de 12 a 18 años, 42,5% de 19 a 25 años y 26,3% igual o mayor a 26 años. Un 45% de los sujetos refirió un nivel de instrucción escolar igual o inferior a la enseñanza básica completa, siendo mayoritariamente solteros (84,4%) y sin trabajo formal actual (78,1%). Sólo 12 de los 50 sujetos menores de 18 años (24%) se encontraban cursando escolaridad básica o media. La Tabla 1 de-

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de 160 consumidores de Pasta Base de Cocaína

Variable	n	(%)
Nivel educacional		
Sin educación formal	2	(1,3)
Enseñanza básica incompleta	41	(25,6)
Enseñanza básica completa	29	(18,1)
Enseñanza media incompleta	51	(31,9)
Enseñanza media completa	32	(20)
Estudios superiores	5	(3,1)
Estado Civil Actual		
Soltero	135	(84,4)
Casado	4	(2,5)
Separado	8	(5)
Viudo	1	(0,6)
Conviviente	12	(7,5)
Vive con		
Sólo	5	(3,1)
Familia de origen	105	(65,6)
Familia nuclear	6	(3,8)
Pareja	5	(3,1)
Amigos	6	(3,8)
Sin domicilio fijo	7	(4,4)
Allegado	26	(16,2)
Actividad actual		
Cesante	92	(57,5)
Trabajo informal ocasional	33	(20,6)
Trabajo temporal	11	(6,9)
Trabajo estable	12	(7,5)
Estudiante	12	(7,5)

talla las características sociodemográficas estudiadas (Tabla 1).

Mediciones

El instrumento de investigación fue una encuesta de 144 ítems que exploró los siguientes aspectos: 1) caracterización sociodemográfica del sujeto; 2) patrón de consumo de sustancias ilegales; 3) frecuencia de conductas de riesgo (sobredosis, autolesiones e intento de suicidio, conducta sexual, conducta antisocial, conducción de vehículos y conducta laboral); 4) situación legal; 5) salud mental, mediante el Cuestionario de Salud General (GHQ-12)⁽⁸⁾, y Percepción de Servicios de Salud.

Análisis

La estadística descriptiva se expresó mediante medianas para la tendencia central y la dispersión se describió como mínimos y máximos. El análisis inferencial se efectuó con pruebas estadísticas no paramétricas, test χ^2 para variables categóricas, y test de Krukall-Wallis y test de Mann-Whitney para variables continuas.

Resultados

Patrón de consumo de sustancias

La sustancia primaria en los 3 meses previos, fue la PBC en 115 sujetos (71,9%). En 21 casos adicionales (13,1%) fue el consumo simultáneo de PBC y marihuana. La sustancia secundaria más frecuente en dicho periodo fue la marihuana en 75 sujetos (46,9%), seguida por el Clorhidrato de Cocaína en 42 casos (26,2%).

En 35 sujetos (21,9%) la PBC fue la única sustancia consumida en los tres meses previos. La Tabla 2 detalla la distribución de la muestra de acuerdo al número de sustancias ilegales consumidas en los 3 meses previos (Tabla 2).

La Tabla 3 describe la frecuencia en días y la mediana de la cantidad consumida de sustancias en los 30 días previos a la entrevista. En esta muestra es el consumo de marihuana el que tiene una mayor frecuencia mensual seguido por el consumo de PBC (Tabla 3).

Tabla 2. Distribución de 160 consumidores de Pasta Base de Cocaína de acuerdo al número de sustancias utilizadas en los 3 meses previos

Sustancias utilizadas	n	(%)
Sólo PBC	35	(21,9)
PBC y otra sustancia	74	(46,2)
THC	62	(38,7)
Cocaína	7	(4,4)
PBC más inhalantes	5	(3,1)
PBC y dos o más sustancias	51	(31,9)
THC y cocaína	24	(15)
Otra combinación	27	(16,9)

Abreviaturas: PBC: Pasta Base de Cocaína; THC: Marihuana.

La vía de administración más frecuentemente empleada fue la pulmonar (cigarrillos de tabaco o marihuana mezclados con PBC o pipas con PBC) en el 98,1% de los 159 sujetos que consumieron PBC en los 30 días previos a la entrevista. Los 109 sujetos que consumieron marihuana en ese periodo lo hicieron por vía pulmonar (fumando cigarrillos de marihuana). El consumo de clorhidrato de cocaína, en 47 (98%) de los 48 sujetos que la consumieron en dicho periodo fue por vía nasal y en un sujeto por vía pulmonar (2%). No se registraron casos de consumo endovenoso de sustancias.

Al analizar la edad de inicio de consumo de sustancias ilegales de acuerdo a la distribución etárea se observa una diferencia marcada para el consumo de PBC y clorhidrato de cocaína. Los sujetos de 18 años o menores iniciaron en consumo de ambas sustancias a edades más tempranas que los otros grupos etárea. La Tabla 4 y la Figura 1 muestran la distribución etárea de la edad de inicio de consumo de sustancias ilegales (Tabla 4 y Figura 1).

Al utilizar el criterio de precocidad del estudio de CONACE de 2000, es decir, porcentaje de sujetos con inicio del consumo de sustancias a los 15 años o antes, observamos que para marihuana tal porcentaje es de 76,9%, para inhalantes 65,6%, para anfetaminas es 47,6%, para PBC es 45% y para clorhidrato de cocaína es 30,4%.

De acuerdo al género de los consumidores, la única diferencia significativa se observó en el número de días de consumo de clorhidrato de cocaína en los últimos 30 días: las mujeres que consumieron dicha sustancia (n = 17) lo hicieron con una mediana de 10 días (mín: 2; máx: 30) versus los hombres (n = 31) con una mediana de 5 días (mín: 1; máx: 15) – test de Mann-Whitney, U = 165; GL = 1, p < 0,05.

No se observaron diferencias relevantes y significativas en los sujetos de acuerdo al estado de monoconsumidor versus policonsumidor.

Exploración de Sesgos

Se analizaron las características sociodemo-

Tabla 3. Frecuencia de días de consumo y cantidad promedio consumida de sustancias en los 30 días previos a la entrevista en 160 consumidores de Pasta Base de Cocaína

Sustancia	n	Número días Mediana (mín-máx)		Consumo / día Mediana (mín-máx)	
PBC	159	23	(1-30)	4,2 gramos/día	(1-75)
Marihuana	109	30	(2-30)	3 cigarros/día	(1-20)
Clor. de Cocaína	48	5,5	(1-30)	2 gramos/día	(0,3-15)
Inhalantes	15	5	(1-30)	3 episodios/día	(1-15)
Anfetaminas	5	3	(2-15)	4,5 unidades/día	(1-60)

Abreviaturas: PBC: Pasta Base de Cocaína; Clor. de Cocaína: Clorhidrato de Cocaína.

Tabla 4. Distribución etárea de la edad de inicio de consumo de sustancias ilegales en 160 consumidores de Pasta Base de Cocaína

Sustancia	n	Edad (años) de primer consumo				Mediana (mín-máx)	Test Kruskal-Wallis GL=2
		18 años o <	n	19 a 25 años	26 años o >		
Marihuana	38	13 (8-16)	49	14 (12-21)	34	15 (7-27)	H = 19,9; p < 0,001
Inhalantes	18	13,5 (9-17)	7	14 (12-17)	7	16 (12-32)	H = 4,7; p > 0,05
PBC	51	14 (9-17)	67	16 (8-22)	42	23 (11-37)	H = 73,4; p < 0,001
Clor. de Cocaína	21	14 (12-17)	30	17 (13-22)	18	25,5 (17-36)	H = 40,8; p < 0,001
Anfetaminas	5	15 (13-16)	8	16 (15-17)	8	15 (14-20)	H = 6,7; p < 0,05

Abreviaturas: PBC: Pasta Base de Cocaína; Clor. de Cocaína: Clorhidrato de Cocaína.

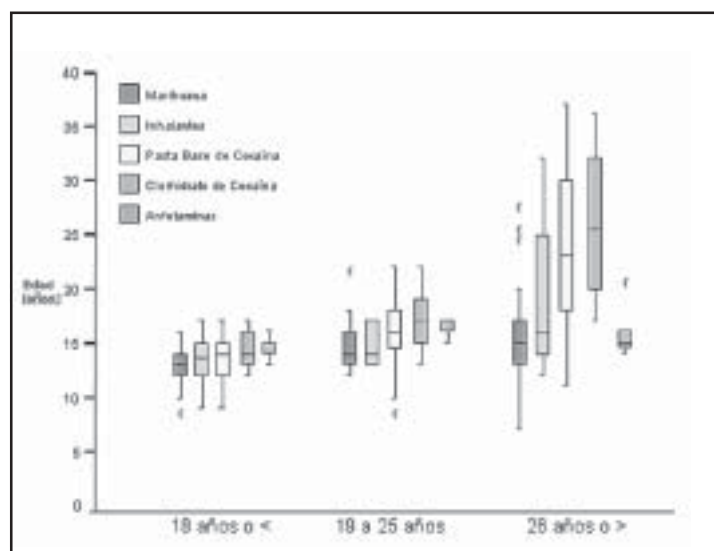


Figura 1. Gráfico de caja de la edad de inicio de consumo de sustancias ilícitas de acuerdo a la distribución etárea de 160 consumidores de Pasta Base de Cocaína.

gráficas de los entrevistadores de acceso privilegiado como fuente potencial de sesgo de selección. Las variables edad, educación, situación laboral, estado civil y consumo de drogas (sólo un entrevistador consumió marihuana en el mes previo a la selección, siendo un consumidor ocasional) de los entrevistadores no influyeron significativamente en las características del patrón de consumo de los sujetos reclutados. Sin embargo, el género de los entrevistadores afectó el reclutamiento en la siguiente forma: los entrevistadores femeninos reclutaron más frecuentemente policonsumidores (91,6% versus 66,1%; $\chi^2 = 16,4$,

GL = 1, p < 0,001) y consumidores de clorhidrato de cocaína (33,7% versus 13,8%; $\chi^2 = 8$, GL = 1, p < 0,01) que los entrevistadores masculinos. Por otro lado, los entrevistadores masculinos reclutaron sujetos que consumieron una mayor dosis mediana diaria de clorhidrato de cocaína -3 gr/día (mín: 0,3; máx: 5) versus 1 gr/día (mín: 1; máx: 15) (test de Mann-Whitney U = 78, GL = 1, p < 0,05), con edad de inicio de consumo más precoz de PBC - 15 años (mín: 8; máx: 37) versus 17 años (mín: 11; máx: 35) (Mann-Whitney U = 1939, p < 0,001) y también de inhalantes - 13 años (mín: 12; máx: 25) versus 15,5 años (mín: 11; máx: 32)

(test de Mann-Whitney $U = 61$, $GL = 1$, $p < 0,05$) en comparación a los sujetos reclutados por entrevistadores femeninos.

Discusión

Los resultados presentados constituyen el primer estudio con EAP de población no consultante de consumidores de sustancias ilegales efectuado en Chile.

La muestra presentada incluyó sujetos predominantemente entre 12 y 25 años de edad (73,7%), solteros (84,4%) y desempleados (78,1%). La mayoría de ellos reportaron un consumo casi diario de PBC y marihuana en el mes previo a la encuesta. Se observó además, que los sujetos de 18 años o menores iniciaron el consumo de sustancias ilegales más precozmente que las categorías etáreas mayores, en particular para PBC y clorhidrato de cocaína.

El análisis de las características de 27 sujetos consumidores de PBC en el último mes incluidos en el reporte CONACE 2000 (comunicación personal Sr. Eduardo Valenzuela, CONACE 2000) en las comunas estudiadas, evidencia que se trata de una muestra compuesta mayoritariamente por hombres (81,4%), entre los 12 y 25 años (77,7%), solteros (63%) y en un 37% de los casos cesantes o con trabajo esporádico. El 63% de estos 27 casos consumió 10 ó menos papelillos en el mes pre-

vio (1 papelillo = 0,7 grs.; Comunicación personal de Brigada Antinarcóticos de Policía de Investigaciones de Chile, 2002). Sólo un sujeto (3,7%) refirió consumir más de 20 papelillos en el mes previo a la entrevista de CONACE. En relación a la edad de inicio de consumo, CONACE reporta una índice de precocidad de 7,2% para cualquier sustancia ilícita en la comuna de San Joaquín y 8,7% en la comuna de La Pintana³.

Al comparar la muestra de CONACE 2000 con los sujetos reclutados en este estudio podemos observar que tienen similares características sociodemográficas, pero nuestra muestra presenta un marcado mayor nivel de cesantía, mayor frecuencia y cantidad diaria de consumo de PBC y mayor precocidad en el inicio de consumo de sustancias ilegales. La Tabla 5 muestra el índice de precocidad del estudio CONACE 2000 y de los sujetos de este estudio de acuerdo a la comuna.

Nuestra muestra fue definida *a priori* como oculta a los servicios de rehabilitación de drogodependencias. Por tanto se trata de una muestra intencionada no extrapolable a población general. Sin embargo, las características discutidas nos permiten plantear que probablemente se trata de sujetos también ocultos a los estudios nacionales de consumo de sustancias.

Los estudios de CONACE desde 1994 al 2000 muestran una tendencia a la baja en el consumo de PBC, del orden del 18%⁽⁹⁾. CONACE ha planteado como posibles explicaciones de tal dismi-

Tabla 5. Comparación de la precocidad^a del consumo de sustancias ilegales entre la muestra del estudio CONACE 2000 (3) y 160 consumidores de Pasta Base de Cocaína, de acuerdo a la comuna de origen

% Precocidad	San Joaquín		La Pintana	
	CONACE 2000	Muestra	CONACE 2000	Muestra
Marihuana	6,9	67,7	8,7	87,5
PBC	0,6	18,6	1	65,6
Clor. cocaína	0,2	17,9	1,7	46,7
Anfetaminas	- ^b	54,5	- ^b	40
Inhalantes	- ^b	50	- ^b	75

Abreviaturas: PBC: Pasta Base de Cocaína; Clor. de Cocaína: Clorhidrato de Cocaína.

^a Definida como el porcentaje de personas que comienzan el consumo a los 15 años o antes.

^b Dato no informado.

nución⁽⁹⁾, por una parte un aumento en la oferta y en el consumo de cocaína (desplazando el uso de PBC), y además el potencial impacto de los programas de prevención que pueden haber facilitado la toma de conciencia de los efectos nocivos de la PBC. Una explicación alternativa puede ser que los consumidores con mayor severidad de dependencia a PBC, se estén acumulando en estratos socioeconómicos bajos, que asociado al conocido fenómeno del micronarcotráfico y marginalidad, aumente el ocultamiento a los registros tradicionales e instituciones sanitarias.

La limitación más importante de la metodología empleada es la naturaleza no probabilística del muestreo. Este hecho condiciona sesgos desconocidos e incontrolables, imposibilitando la generalización de los resultados. Sin embargo, fue posible detectar la influencia del género de los entrevistadores de acceso privilegiado sobre las características de los consumidores reclutados. Aún cuando los entrevistadores femeninos reclutaron la mayor parte de la muestra, los entrevistadores masculinos parecen tener acceso a sujetos con mayor severidad en el consumo de PBC y clorhidrato de cocaína. Este sesgo de selección

afectó la representatividad de los resultados. Para controlar tal sesgo se analizaron sub-muestras por lo que el poder estadístico para detectar diferencias significativas también disminuyó. Consideramos relevante controlar más rigurosamente el efecto de las características del entrevistador sobre el sujeto reclutado en diseños futuros.

La confiabilidad y validez de la metodología utilizada es discutida en profundidad en otro reporte⁽⁷⁾.

Es el objetivo de este equipo investigador el incorporar en el medio nacional las estrategias de estudio de poblaciones ocultas de consumidores de sustancias. Tales metodologías, factibles de perfeccionar en su representatividad⁽¹⁰⁾, son el complemento natural de los estudios probabilísticos de población general.

Agradecimientos

Se agradece a la Dirección de Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile por su apoyo financiero en el desarrollo de este estudio (Proyecto 2001/08E).

Resumen

Introducción: En Chile, el consumo de Pasta Base de Cocaína (PBC) se ha asociado a marginalidad y micronarcotráfico. Es posible que en nuestro país exista una población de consumidores de PBC oculta a los estudios de población general y a los servicios sanitarios. El objetivo fue caracterizar una muestra de consumidores de PBC que no han recibido tratamiento reciente por abuso de sustancias utilizando la Entrevista de Acceso Privilegiado. **Método:** Se entrenaron 9 entrevistadores, con acceso a consumidores de PBC en las comunas de San Joaquín y La Pintana, en la administración de una encuesta sobre patrones de consumo y conductas de riesgo. **Resultados:** se reclutaron 160 sujetos con una mediana de edad de 21 años (mín: 12; máx: 46) de los cuales 99 fueron hombres (61,9%). La PBC fue la sustancia primaria de consumo en 136 sujetos (85%) con una mediana de días de consumo en el último mes de 23 (mín: 1; máx: 30) y una cantidad mediana de consumo de 4,2 gr/día (mín: 1; máx: 75). La edad mediana de inicio de consumo de PBC fue de 16 años (mín: 8; máx: 37). **Conclusiones:** el patrón de consumo de sustancias de esta muestra no consultante parece ser de mayor severidad que el patrón de consumo de una muestra de población general reportada en el Estudio Nacional de consumo de Sustancias (CONACE 2000) en las mismas comunas. La muestra descrita, o parte de ella, pudiera constituir una población oculta de consumidores de PBC.

Palabras clave: Cocaína, Población Oculta, Entrevista de Acceso Privilegiado.

Referencias

1. Maass J, Kirberg A. La epidemia de cocaína: morbo en el norte de Chile. *Revista de Psiquiatría* 1990; 7: 639-647.
2. CONACE. Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile 2002. Disponible en: www.conacedrogas.cl/docs_obs.
3. CONACE. Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile 2000. Disponible en: www.conacedrogas.cl/docs_obs.
4. Wiebel W. Identifying and gaining access to hidden populations. *NIDA Research Monographs* 1990; 98: 4-11.
5. Griffiths P, Gossop M, Powis B, Strang J. Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. *Addiction* 1993; 88: 1617-1626.
6. Kuebler D, Hausser D. The Swiss Hidden Population Study: practical and methodological aspects of data collection by privileged access interviewers. *Addiction* 1997; 92: 325-334.
7. Santis R, Hayden V, Ruiz S, Anselmo E, Torres R, Pérez De Los Cobos J. Rendimiento de la Entrevista de Acceso Privilegiado para caracterizar usuarios de Pasta Base de Cocaína. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2004; 42: 273-280.
8. Araya R, Wynn R, Lewis G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 168-73.
9. CONACE. Síntesis de los más actualizados datos diagnósticos respecto al fenómeno de la droga en Chile. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile 2001. Disponible en: www.conacedrogas.cl/docs_obs.
10. Van De Goor La, Garretsen H F, Kaplan C, Korf D, Spruit I P, De Zwart W M. Research methods for illegal drug use in hidden populations: summary report of a European invited expert meeting. *Journal of Psychoactive Drugs* 1994; 26: 33-40.

Correspondencia:

Dr. Rodrigo Santis Barros
 Marcoleta 387, 2º piso; Casilla 114-D, Santiago,
 Chile.
 Código Postal: 6510260.
 E-mail: rsantis@med.puc.cl
 Fono: 56-2-3543028; Fax: 56-2-7548878

Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (UHCE). Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río

Short term unit database analysis (UHCE). Psychiatry Dr. Sótero del Río Hospital

Gloria Granmegna S.¹, Rocío Lora L.¹ y Paulina Ahumada F.²

The Southeastern Metropolitan Health Service launched in 2003 the Short Residential Hospitalisation Unit (UHCE). The professional team, developed a pre-codified form that aimed at registering the characteristics of the attending population. Of a total number of 156 registered patients, it was possible to analyse 114 forms (73,07%). The information analysis allowed to determine biosociodemographic data; to identify psychiatric records of the people who benefit from these attentions; and to know statistical data from the UHCE. The results: The population was young (82% between 14 –50); mostly female (81,6%); well educated (25,5% only primary school against a 74,6% of secondary or higher education); with a diverse family situation (36,8% single; 17,5% divorced; 43% married and living in partnership). The major attention requirements are located at the boroughs of Puente Alto and La Florida. A 65,5% arrived as a consequence of suicidal attempt. Within the methods used in these attempts it is possible to highlight: drugs (80%); hanging (5,6); white weapons (4%); asphyxia (4,4%). Therefore, and considering that suicidal rates in Santiago has risen, specially among males, where it reaches 15 cases for every 100 thousand people, and that the most frequent method used by suicides is hanging, we conclude that we are treating the suicidal attempts that use the lesser effective and violent methods. Then it is necessary to rethink policies in order to make an early diagnosis of these cases. The pre-codified form has allowed to diagnose population treatments and redesign a new instrument.

Key words: *Short residencial hospitalisation, descriptive study.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(1): 23-38*

Recibido: 5 Julio 2005

Aceptado: 28 de Octubre 2005

¹ Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente Hospital Doctor Sótero del Río. Unidad de Hospitalización de Corta Estadía. Psiquiatría.

² Enfermera Universitaria.

No existe apoyo financiero externo.

Introducción

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente en cumplimiento del Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental⁽¹⁾ se inaugura el año 2003 la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía Psiquiátrica (UHCE). El equipo profesional se constituye con una enfermera, una psicóloga, un terapeuta ocupacional, una asistente social y un psiquiatra.

El equipo en conjunto diseñó una ficha precodificada, instrumento que permite obtener datos de los pacientes atendidos en la unidad.

Se revisan las fichas de los hospitales Barros Luco, Capredena, Clínica Sur Este y Hospital Psiquiátrico Sanatorio el Peral, y se rediseña un instrumento, el cual comienza a usarse en agosto 2003 por el período de un año.

Objetivo

1. Evaluación instrumento diseñado (Anexo 1).
2. Análisis de datos biosociodemográficos de la población usuaria de la Unidad.
3. Identificación antecedentes psiquiátricos de la población usuaria de la Unidad.
4. Conocer datos estadísticos de la UHCE.
5. Obtención de un nuevo instrumento.

Proceso

Durante el año 2003-2004 el equipo colaboró en obtener la información, la cual quedó registrada en la ficha clínica del hospital. Posteriormente, se trasladó la información en base de datos con Programa Epi Info6.

Análisis base de datos UHCE Psiquiatría Hospital Dr. Sótero Del Río

Criterio de inclusión: Todos los pacientes ingresados, menos los hospitalizados al momento del corte.

Del universo de 156 fichas egresadas del servicio se lograron rescatar 114, que representa un 73,07% del total (Tabla 1).

Distribución Etárea

La población es joven, 82% tiene entre 14 y 50 años (Tabla 2).

Distribución por sexo

Predomina el sexo femenino, siendo el 81,6% mujeres (Tabla 3).

Características de la población estudiada

La mayoría de la población tiene algún tipo de educación. Un 25,5% tiene educación básica y un 74,6% media o superior (Tabla 4).

Se consideró como soltero y separados aquellas personas que al momento del ingreso vivían sin pareja (N62), 54,3%. Los casados y convivientes viven en pareja (N49) 43% (Tabla 5).

Tabla 1.

Nº fichas	Nº no ingresadas	Nº fichas ingresadas	Nº fichas no encontradas
156	12	114	30
100 %	7,69 %	73,07 %	19,23 %

Tabla 2. Distribución Etárea

	n = 114	%
10-29 años	45	39
30-49 años	49	43
50-69 años	18	16
70 y más años	2	2

Tabla 3. Distribución por sexo

	Frecuencia	%
Femenino	93	81,6
Masculino	21	18,4

Tabla 4. Distribución según escolaridad

		Analfabeta	Básica		Media		Superior
			Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	
Escolaridad	n	2	10	17	31	24	30
	%	1,8	8,8	14,9	27,2	21,1	26,3

Tabla 5. Distribución según estado civil

		Soltero	Casado	Separado	Conviviente	Otro
Estado civil	n	42	39	20	10	3
	%	36,8	34,2	17,5	8,8	2,6

Tabla 6. Distribución según número de hijos

		Sin hijos	1 – 2	3 – 4	5 – 6
N° de hijos	n	39	44	25	6
	%	34,2	38,6	21,9	5,2

Tabla 7. Distribución según ocupación

		Estudiante	Dueña de casa	Trabajador		Cesante	Jubilado	Pensionado
				Dependiente	Independiente			
Ocupación	n	18	52	19	5	11	2	7
	%	15,8	45,6	16,7	4,4	9,6	1,8	6,1

Se decidió especificar la categoría de convivencia, independiente de si estos eran previamente casados, separados o viudos, ya que establece claramente vida en pareja.

El 34,2% no tiene hijos y el 63,7% tiene entre uno y seis hijos (Tabla 6).

Un 21,1% de los pacientes son trabajadores activos. El resto, que constituye la mayoría, 78,9%, son estudiantes dueñas de casa, cesantes, jubilados o pensionados (Tabla 7).

Distribución según comuna de residencia

El 70% de la demanda corresponde a las comunas de Puente Alto y La Florida (Gráfico 1).

Según estadísticas biodemográficas de la Región Metropolitana, la población estimada por el INE por comunas y por grupos quinquenales entre 1990 y 2004⁽²⁾, habría crecido en la comuna de La Florida un 52,26% y en la de Puente Alto en un 110% (Gráfico 2).

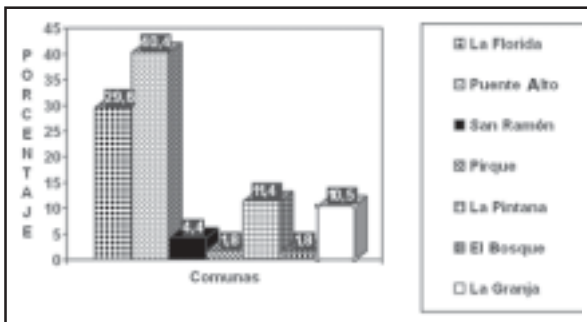


Gráfico 1. Distribución según comuna de residencia.

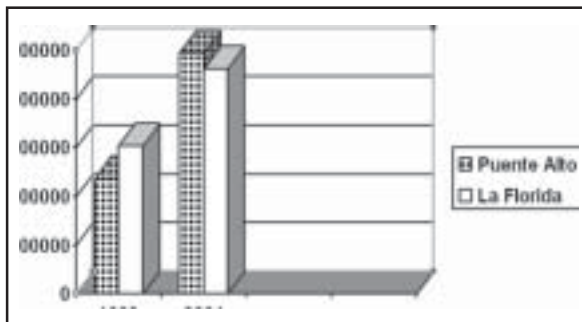


Gráfico 2. Distribución según número de habitantes por comuna.

Distribución según motivo de consulta

- Psicosis Aguda: 19,3%
 - Psicosis Crónica: 5,4%
 - Desajustes Conductuales: 32,8%
 - Reacción de Adaptación: 5,4%
 - Agitación psicomotora: 9%
 - Riesgo suicida: 65,1%
 - Otros: 8,9%
- (EQZ 1º brote, Insomnio, Manejo y compensación diabetes, Neutropenia Alarma III, Psicosis post-parto, stress post-traumático)

El motivo de consulta se obtiene de datos aportados por los centros derivadores, ya sean de nivel primario, secundario o terciario y puede ser uno o más. Destaca que el 65% presenta riesgo suicida.

Antecedentes Psiquiátricos

Sólo el 27,7% consulta por un primer episodio de enfermedad, el resto registra tratamiento previo (Gráfico 3).

Distribución según tipo de tratamiento previo recibido

El 73,4% de los pacientes tenían tratamiento antidepresivo previo. Un 59,7% son usuarios de Benzodiazepinas, y un 47,7% ha usado neurolépticos (Tabla 8).

Distribución según diagnósticos de epicrisis

Los diagnósticos obtenidos en la epicrisis muestran un 54,9% Trastorno del Humor, un 11,5% de Esquizofrenia y Psicosis no orgánica.

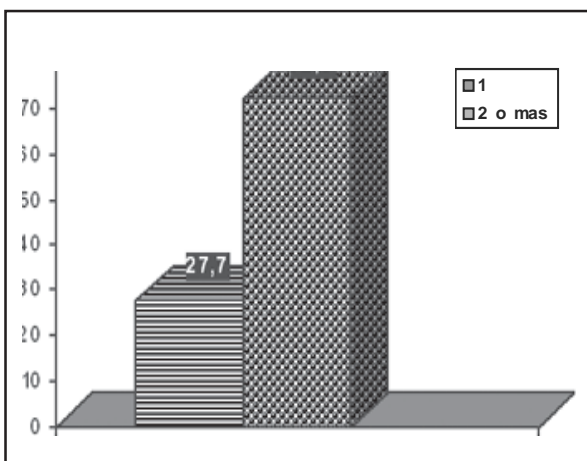


Gráfico 3. Distribución según antecedentes psiquiátricos.

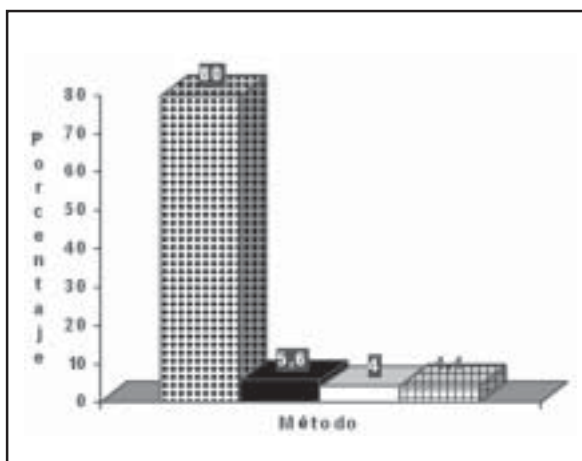


Gráfico 4. Distribución según método de suicidio.

Tabla 8. Distribución según tipo de tratamiento previo recibido

Tratamiento	%
Tratamiento psicológico exclusivo	10
Antidepresivos	73,4
Benzodiazepinas	59,7
Neurolepticos	47,7
Tec-Mod	11

Tabla 9. Distribución según diagnósticos de epicrisis

Diagnósticos	% (CIE-10)
Demencia y trastornos mentales	7,1
Abuso de alcohol y drogas	4,4
Esquizofrenia y psicosis no orgánica	11,5
Trastornos del humor	54,9
Trastornos de ansiedad y del comportamiento	23,9
Trastornos de la personalidad	77,1

Tabla 10. Distribución según diagnósticos específico: Esquizofrenia y psicosis no orgánica

Diagnósticos	%
Paranoide	72,7
Indiferenciada	9,1
Residual	9,1
Sin especificación	9,1

Tabla 11. Distribución según diagnósticos específico: Trastornos de personalidad

Diagnósticos	%
Paranoide	1,8
Esquizoide	3,6
Disocial	3,6
Inestabilidad impulsivo	12,5
Inestabilidad límite	28,6
Histriónico	25

Un 77,1% presenta un Trastorno de Personalidad. Estos diagnósticos corresponden al eje uno o dos, pudiéndose darse solos o asociados (Tabla 9).

Distribución según diagnósticos específico: Esquizofrenia y psicosis no orgánica

La psicosis paranoide es la más frecuente.

Distribución según diagnósticos específico: Trastornos de personalidad

Los Trastornos de Personalidad más frecuentes son los Inestables Límite 28,6% e Histriónico 25% (Tabla 11).

De los datos anamnésicos destaca que un porcentaje importante de 82%, ha intentado suicidarse algún período de su vida (aquí se incluyen todos los intentos previos). El 65% es un hecho reciente.

Dentro de los métodos tenemos:

- Fármacos: 80%
- Ahorcamiento: 5,6%
- Arma Blanca: 4%
- Asfixia: 4,4%

Discusión

El área Sur Oriente ha experimentado entre los años 1990 al 2004 un importante crecimiento demográfico, según estadísticas biodemográficas de la Región metropolitana, estimadas por el INE por comunas y por grupos quinquenales, donde la comuna de La Florida creció en un 52,26% y la de Puente Alto en un 110%⁽²⁾.

La población asignada al hospital Sótero del Río es de 1.347.210 habitantes aproximadamente, de los cuales el 60% son beneficiarios de Fonasa.

Estudios de prevalencia de patología (Vicente, 2002) Psiquiátrica de Chile⁽³⁾ define que dentro de los trastornos más prevalentes están: la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia de alcohol (6,4%), referente a esto, en el presente análisis se obtiene que los diagnósticos de epicrisis más frecuentes son los Trastornos del Humor 54,9%, un 11,5% de Esquizofrenia y Psicosis no orgánica, lo cual, nos refiere que nuestra unidad esta dando atención a sólo uno de los trastornos más prevalentes en Chile.

La unidad de hospitalización de corta estadía, fue creado dentro de un hospital general con el fin de dar atención a cuadros psiquiátricos graves o que se definen como prioritarias (no siendo todos estos los más prevalentes): trastornos psiquiátricos severos psicosis, trastornos depresivos con riesgo suicida o refractarios a tratamiento, intento suicida grave, pacientes que requieren estudio diagnóstico y pacientes con co-morbilidad médica. El presente estudio tiene como objetivo el registro claro de información por un lado, por otro el conocer las características de la población que se está atendiendo. En este aspecto no existen estudios comparables ni datos publicados de Unidades de Corta Estadía, probablemente este es uno de los primeros estudios relacionados.

El área sur oriente no cuenta con servicios de urgencia psiquiátrica exclusiva por lo que parte de nuestros consultantes son atendidos en servicios de urgencia del Hospital Barros Luco y Hospital Psiquiátrico Hortvitz Barak, por lo que este estudio refleja atención de derivación de nivel primario y secundario, no de urgencia.

Los datos de la población atendida en la UHCE, quedaron registrados en la ficha precodificada, lo que permite obtener datos biosocio-demográficos de la población; promedio de edad, distribución por sexo, escolaridad, estado civil, número de hijos y ocupación. Este instrumento registra además información de tratamientos previos, antecedentes personales y familiares. Consignados los datos anteriores, los pacientes ingresados a la unidad fueron diagnosticados se-

gún criterio diagnóstico CIE 10⁽⁴⁾. Estos datos así registrados hacen posible hacer un estudio descriptivo, que entrega promedios y proporciones, se utilizó el programa EPI-info para hacer inferencias sobre la población objetivo.

Quisiéramos destacar que este servicio se inaugura en agosto del 2003, se desarrolla como parte del Programa Nacional de la Reforma en Salud Mental, el cual proyecta que las unidades de corta estadía estén insertas en hospitales generales y que a su vez los pacientes que están en este servicio, reciban un tratamiento completo que dependa de red asistencial, en todos sus niveles, desde el primario al terciario y que además exista coordinación entre ellos.

Este estudio descriptivo permite conocer las características de la población atendida:

La población es joven, el 82% tiene entre 14 y 50 años, predomina el sexo femenino con un 81,6%, este resultado es explicable ya que el servicio atiende entre otras patologías a trastornos del ánimo, y no recibe a patología por dependencia a drogas. Estudios de prevalencia señalan que: "Los trastornos afectivos y ansiosos fueron significativamente más frecuentes en mujeres, en cambio el uso de sustancias claramente de mayor prevalencia en hombres"⁽³⁾.

La población tiene educación: el 25,5% básica y el 74,6% tiene media o superior. Estos datos son concordantes con los publicados para la población de la región metropolitana por el INE⁽⁵⁾, en la región metropolitana (25% básica y 70% media y superior).

Se decidió agrupar a los solteros y separados (53%) y casados y convivientes (43%), pues esto define la vida con o sin pareja, lo que permite estimar mayor o menor soporte social. Los datos aquí encontrados no difieren de los datos censales de INE⁽⁵⁾, donde para Santiago estiman, que el 43% de la población mayor de 15 años esta casado o convive mientras que el 56% esta viudo, soltero, anulado o separado. (INE, 2002). El 34,2% no tiene hijos y el 63,7% tiene entre uno y seis hijos.

La demanda es concordante con la población de cada comuna asignada, siendo según lo espe-

rado la mayor demanda de las comunas de Puente Alto y la Florida.

Un porcentaje importante viene derivado por intento suicida. La tasa de suicidio en Santiago por datos publicados⁽⁶⁾ entre los años 1989-1990 fue de 7,5 por 100 mil habitantes, esta se incrementa a 8,4 por 100 mil habitantes entre los años 1999-2000. La tasa de intentos es desconocida. Pero según estándares internacionales sería de 52-65 por 100.000 habitantes. Ya que los intentos suicidas no letales son uno de los predictores más poderosos de muerte por suicidio, estos pacientes son derivados y prioritarios, ya que hay una probabilidad 100 veces mayor de suicidarse durante el año siguiente al intento índice⁽⁷⁾.

En nuestros hallazgos destaca que un 65% de los pacientes viene derivado por este problema como hecho reciente (considerado así cuando el intento es dentro de los treinta días previos a su ingreso). Considerando los datos anamnésicos, donde se consignan todos los intentos suicidas de la vida este porcentaje se incrementa a un 82%.

Si bien se da atención a los intentadores de suicidio, cabe discutir si nuestros esfuerzos están bien orientados ya que la tasa de suicidio en general ha aumentado y que la mayor tasa de suicidalidad esta en el sexo masculino y nuestra población es mayoritariamente femenina. Según datos publicados las diferencias por sexo en los años 1989-1990; en varones la tasa fue de 12,5 en mujeres 2,8. Entre los años 1999-2000 la tasa en varones se incrementa a 15,0 en mujeres disminuye a 2,3⁽⁶⁾.

Dentro de los métodos de suicidio registrados en la ficha destacan: fármacos (80%); ahorcamiento (5,6%); arma blanca (4%) y asfixia (4,4%). Datos publicados para Santiago destacan: dentro de los procedimientos para intento consumados en varones el principal es ahorcamiento (74,4%), seguido por arma de fuego (16,2%) y envenenamiento por sustancias tóxicas (3,5%); y dentro

de los métodos más utilizados por las mujeres, ahorcamiento (66%); armas de fuego (15,3%) y envenenamiento por sustancias tóxicas (15,3%)⁽⁶⁾.

Con estos datos podemos pensar que estamos atendiendo a los intentadores de suicidio, que usan los métodos menos efectivos o menos violentos pero no menos grave, ya que como se menciono los intentos de suicidio no letales son uno de los predictores más poderosos de muerte por suicidio. Teniendo en cuenta que dentro de los objetivos sanitario del ministerio de salud se encuentra el reducir la tasa de suicidio, resulta importante redefinir las coordinaciones de ingreso y priorizar aquellos paciente con conductas más riesgosas.

Quedan muchas interrogantes por responder, actualmente se lleva a cabo un estudio: "autopsia psicológica de los intentos consumados", lo cual arrojará información sobre éstos y probablemente dará luces sobre esta problemáticas.

Debido a que la UHCE forma parte del hospital general, concuerda que un 42% de los pacientes ingresados a la unidad presenten una enfermedad general concomitante, dentro de las cuales tenemos: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) Asma, Hipotiroidismo, Colon irritable, Leucemia, Neumonía e Infección urinaria.

En estudios sobre patología crónicas⁽⁸⁾ se constata que los registros en psiquiatría adolecen de defectos como: registros incompletos, falta de homogeneidad en el diagnóstico y subregistro de información. Con la ficha precodificada se espera tener registros completos con toda la información y más adelante poder hacer cruce de variables. En cuanto al diagnóstico este continua siendo clínico y es de responsabilidad del médico a cargo del servicio. Se espera implementar en el futuro investigaciones usando instrumentos validados en Chile y otros países⁽⁵⁾.

Actualmente se rediseña un nuevo instrumento.

Anexo 2. Instrumento inicial

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO
 S.O. 1000000
 HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO
 DIVISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTADÍA
 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTADÍA

FORMA DE INSTRUMENTO ESTANDARIZADA

N° FOLIO:

I. IDENTIFICACIÓN:

I. NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: HORA:

II. SEXO: M F III. NOMBRE (CIVIL):

IV. ESTADO: V. FECHA DE REGISTRO:

VI. ESTADO CIVIL: _____

VII. DIRECCIÓN: _____

VIII. FONOS: _____

IX. REPRESENTANTE:

NOMBRE: _____

CARGO REPRESENTANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

RESIDENCIA: URBANA RUSTICA MAR

II. REFERENCIALES:

III. COT: IV. OR: V. OR: VI. PAB: VII. HULT: VIII. FOL:

IX. P. FUERZA: X. S. M. R.:

XI. MOTIVO DE LA REFERENCIA (P. U.): _____

XII. MOTIVO DE CONSULTA (REFERIDO POR PACIENTE O ACOMPAÑANTE):

XIII. MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE (ENTREVISTA):

XIV. MOTIVO MOTIVACIONAL: <input type="checkbox"/> XV. MOTIVO EMOCIONAL: <input type="checkbox"/> XVI. MOTIVO CONDUCTUAL: <input type="checkbox"/> XVII. MOTIVO ADAPTACIONAL: <input type="checkbox"/>	XVIII. MOTIVO PERCEPTUAL: <input type="checkbox"/> XIX. MOTIVO SENCIBLE: <input type="checkbox"/> XX. MOTIVO FENOMENICA: <input type="checkbox"/> XXI. MOTIVO SENSITIVA: <input type="checkbox"/>
---	--

OTROS: _____

III. ANTECEDENTES CLÍNICOS PSIQUIÁTRICOS:

12. EPISODIOS DE:

1	
2 + 3	
3 + 4	

14. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ÚLTIMO EPISODIO

--

--

15. TRATAMIENTO PREVO:

SI	
NO	

REGULATORIO
SUSPENSIÓN

LUGAR Y FECHA: _____

16. EPISODIOS
ANTERIORES
RECURRENTE
BIBLIOTERAPIA

NEUROPSICIAS
BAJER DE LITIO
NEUROPSICIAS DE DEFECTO
OTROS

18. CERCANTERÍA DEL TRATAMIENTO:

SI	
----	--

NO	
----	--

ABANDONO VOLUNTARIO
INTERRUPCIÓN
PROBLEMAS ECONÓMICOS
FALTA DE CONTROL
NO SE RESPONDE EN POC

19. ANTECEDENTES DE SUICIDIO:
(PREVIA) _____

SI	
----	--

NO	
----	--

IV. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS PARLANTES:

17

22. TRASTORNOS PERSONALES: No especificado

23. LAMPTON

BLOQUEO CRISIS

TREMO OTROS

24. ANTECEDENTES MEDICOS CLASIFICADOS

24. INFORMACION GENERAL NO

SI

ENFERMEDAD

TRATAMIENTO

OTROS

25. ANTECEDENTES MEDICOS NO CLASIFICADOS

NO

SI

ENFERMEDAD

TRATAMIENTO

OTROS

26. ANTECEDENTES PSICOLOGICOS

SI NO

TRATAMIENTO OTROS

27. ANTECEDENTES SOCIALES

SI NO

TRATAMIENTO OTROS

28. ANTECEDENTES FAMILIARES

SI NO

TRATAMIENTO OTROS

VII.

17. **CONCEPTOS DE ENFERMEDAD:** _____

18. **TIPO DE AUTISMO (SINTOMAS)**

ALTOFUNCIÓN	<input type="checkbox"/>
BAJAFUNCIÓN	<input type="checkbox"/>
INTERMEDIO	<input type="checkbox"/>

VIII. ANTECEDENTES SOCIOFAMILIARES:

19. **PREVALENCIA** SI NO

20. **OTROS ENFERMOS PSICOLÓGICOS FAMILIARES:** SI NO

21. **COMPLEJO:** _____

22. **ADOPCIÓN FAMILIAR:**

BIEN	<input type="checkbox"/>
REGULAR	<input type="checkbox"/>
MALA	<input type="checkbox"/>
NO RESPONDE	<input type="checkbox"/>

23. **OTROS DATOS LABORALES:**

TRABAJO ESTABLE	<input type="checkbox"/>
TRABAJO INTERMITENTE	<input type="checkbox"/>
SEDECA POR TRABAJO	<input type="checkbox"/>
SEDECA	<input type="checkbox"/>
NO RESPONDE	<input type="checkbox"/>
SI DE CASO	<input type="checkbox"/>
JUBILACIONAL	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>

24. **OTROS DATOS:** _____



NO. INVESTIGACIONES DE HOMINÍDEOS

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

NOMBRE DEL ALUMNO

NOMBRE DEL PROFESOR

NOMBRE Y COLEGIO

NOMBRE Y DISTRITO

PLANTAS AÑO _____ DE _____ DE 20__



Resumen

*El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente inauguró el año 2003 la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía (UHCE). El equipo profesional diseña una ficha precodificada con el objetivo de hacer un diagnóstico de la población, de un total de 156 pacientes registrados se rescatan 114 fichas (73,07%). El análisis de la información hace posible determinar datos biosociodemográficos, identificar antecedentes psiquiátricos de la población usuaria, conocer datos estadísticos de la UHCE. **Resultados:** La población es joven, (82% entre 14 y 50 años); mayormente femenina (81,6%); con educación (25,5% básica y el 74,6 tiene media o superior); diversa situación familiar (36,8% solteros; 17,5% separados; 43% casados y convivientes). La mayor demanda de atención la proporcionan las comunas de Puente Alto y la Florida. Un 65,5% viene derivado por intento suicida. Dentro de los métodos registrados destacan: fármacos (80%); ahorcamiento (5,6%); arma blanca (4%); asfixia (4,4%). Considerando que la tasa de suicidio en Santiago especialmente para varones aumentó a 15 x cien mil habitantes y que el método más utilizado es el ahorcamiento, nosotros concluimos que estamos atendiendo a los intentadores de suicidio, que usan los métodos menos efectivos o menos violentos. Se hace necesario redefinir políticas para la detección precoz de estos casos. La ficha precodificada ha permitido un diagnóstico de la población atendida y rediseñar un nuevo instrumento.*

Palabras clave: Hospitalización de corta estadía, estudio descriptivo.

Referencias

- Equipo Técnico y Profesional de Salud Mental del Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental. Editorial Gobierno de Chile Ministerio de Salud Santiago Chile. 2001.
- www.ssmso.cl/estadisticas/biodemograficos/tabla/poblacionambossexos.
- Vicente P, Benjamín, Rioseco S, Pedro, Saldivia B, Sandra et al. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Méd Chile 2002; 130: 527-536. ISSN 0034-9887.
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico. Ed Meditor Prof J. J. López Ibor. Madrid 1993.
- www.ine.cl
- Kirshbaum y cols. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2002; 4.
- Gómez A, Barrera A. Evaluación Clínica y Psicológica de la conducta suicida. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1993; 31 (4 Supl): 19-42.
- Valdivia G, Bastías G, Márquez P. Magnitud de la enfermedad crónica en Chile-Boletín. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1994; 23: 35-401.

Correspondencia:
 Gloria Granmegna S.
 Avenida Concha y Toro 3459.
 E-mail: gloria.granmegna@terra.cl.
 Fono: 3536279.

Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal

Neurocognitive models of schizophrenia: The prefrontal cortex role

Gricel Orellana V.¹, Andrea Slachevsky Ch.², Jaime R. Silva³

Introduction: Neurocognitive models gave place to an important improvement in our understanding of several mental disorders such as schizophrenia. In this context, Prefrontal cortex (PFC) dysfunction is an essential variable for its symptomatology account. It has been observed that abnormal level of PFC activation, as well as connectivity dysfunctions with other cerebral structures, play a central role in the delimitation of the disease. **Materials and Methods:** Through a theoretical, empirical, and clinical review, five neurocognitive approach of schizophrenia will be described. **Conclusion:** Although schizophrenia etiology is probably multiple, neural interconnectivity disorders and specially those related to PFC, explain a broad range of its symptoms.

Key words: prefrontal córtex, schizophrenia, neurocognitive approach.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(1): 39-47

Introducción

Los síntomas de la esquizofrenia (EQZ) afectan a múltiples dominios comportamentales: percepción (alucinaciones), pensamiento deductivo (delirios), fluidez en el pensamiento y discurso (alogía), claridad y organización del pensamiento (desorden formal del pensamiento), actividad

motora (catatonía), expresión emocional (afecto aplanado), capacidad de iniciar y de terminar una conducta dirigida a una meta (abulia) y la capacidad de buscar y de experimentar satisfacción emocional (anhedonia). Los paradigmas neurocognitivos están siendo utilizados en forma creciente en la EQZ con el objeto de explicar sus síntomas en términos de procesos cerebrales

Recibido: 13 Octubre 2005

Aceptado: 14 Diciembre 2005

¹ Departamento de Psiquiatría Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Departamento de Farmacología, Instituto de Ciencias Biomédicas y Departamento de Ciencias Neurológicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Neurología Cognitiva y Demencias, Servicio de Neurología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

³ Laboratorio de Neurociencia Afectiva & Psicopatología, Facultad de Psicología, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

Financiado por Fondecyt # 1020333

Los autores no refieren posibles conflictos de interés

disfuncionales⁽¹⁾. Tales paradigmas utilizan en esta enfermedad tests experimentales y clínicos para caracterizar adecuadamente las anormalidades cognitivas. Dicho acercamiento difiere de las investigaciones psicológicas previas, por el uso de pruebas neurocognitivas validadas en poblaciones con lesiones cerebrales y en estudios con técnicas de neuroimagen funcional. El uso de éstas, al hacer inferencias sobre sistemas neurales disfuncionales, ha permitido identificar los déficit cognitivos centrales en la EQZ y explicar una proporción significativa su morbilidad social y vocacional⁽²⁾.

Un examen inicial de la diversidad de síntomas podría sugerir que son múltiples los procesos cognitivos y regiones cerebrales están que implicados en la génesis de la sintomatología esquizofrénica. No obstante, se han propuestos modelos que podrían explicar la diversidad de síntomas por la disfunción de uno o más mecanismos cognitivos, los cuales han permitido un importante avance en la comprensión de los procesos cognitivos a la base de la esquizofrenia. Por este motivo, nos parece pertinente presentar una revisión sobre los principales modelos teóricos de la EQZ que ilustran la interrelación moderna de las neurociencias cognitivas y la psiquiatría⁽³⁾.

1. Modelo del trastorno de la conectividad funcional y anatómica en la EQZ

La posibilidad de una patología de la CPF en la EQZ ha sido un foco de interés para clínicos e investigadores en las últimas décadas. Los estudios neuropsicológicos han demostrado que los déficit más consistentes y pronunciados ocurren en las funciones ejecutivas, en la memoria y en la atención. Las funciones ejecutivas corresponderían según Lezak (1995), a las capacidades mentales necesarias para formular un objetivo, planificar y ejecutar acciones para lograr ese objetivo e intervendrían, además, en la realización de tareas complejas⁽⁴⁾. Las funciones ejecutivas dependerían de un correcto funcionamiento del córtex prefrontal y estructuras relacionadas⁽⁵⁾.

Los déficit cognitivos mencionados están presentes desde el inicio de la EQZ, y quizás en el

período presintomático, no serían progresivos y reflejarían un compromiso de la CPF, especialmente sus conexiones con el lóbulo temporal medial, con estructuras subcorticales y con la corteza parietal. Específicamente, se ha propuesto que los déficit cognitivos en la EQZ serían secundarios a alteraciones de la conectividad de las redes neurales córtico-subcortical o córtico-corticales⁽⁶⁾. De hecho, la EQZ ha sido conceptualizada como un trastorno de la conectividad que involucra ya sea a los sistemas prefronto-talámico-estriatales, a los circuitos prefronto-temporales, a los sistemas prefronto-talámico-cerebelares o a los prefronto-parietales. La conexión alterada de estas redes neurales explicaría los síntomas de la EQZ, sus déficit cognitivos y los hallazgos en neuroimágenes morfológicas y funcionales. A continuación revisaremos los principales modelos neurocognitivos que explican la fisiopatología de la EQZ como un trastorno de la conectividad anatómica.

i. La EQZ como una alteración del sistema fronto-estriato-talámico

El déficit cognitivo más comúnmente observado en la EQZ consiste en trastornos en pruebas neuropsicológicas que evalúan las funciones ejecutivas. Estos instrumentos miden la habilidad para planificar, para organizar o para generar estrategias nuevas para resolver problemas, exigiendo que la información relacionada a metas se deba representar y actualizar apropiadamente. Cada uno de aquellos diferentes procesos cognitivos depende de la función normal de la CPF. Los pacientes con EQZ presentan rendimientos disminuidos en diversas pruebas ejecutivas, lo que es consistente con estudios en neuroimágenes funcionales que han mostrado una hipofunción de la CPF durante la realización de dichas tareas⁽⁷⁾. Además, los estudios de espectroscopía de resonancia magnética (ERM) han identificado un compromiso de las neuronas prefrontales en la EQZ. No obstante, no se puede afirmar que la disfunción en los tests ejecutivos es atribuible a una patología exclusiva de la CPF. Se ha sugerido recientemente que el circuito

prefronto-estriato-talámico o el prefronto-talámico-cerebelar juegan un rol importante en la determinación de la enfermedad. Estudios en neuroimágenes y post-mortem han mostrado cambios funcionales y estructurales en el estriado, tálamo y cerebelo en EQZ⁽⁶⁾.

Los circuitos fronto-talámico-estriales forman cinco sistemas de feedback córtico-subcorticales paralelos y segregados, que se originan en distintas regiones prefrontales: la corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL), la orbitofrontal (COF), la cíngula anterior (CCA), el campo frontal ocular (CFO) y el área motora suplementaria (AMS). Estos distintos circuitos fronto-talámico-estriales estarían alterados en la EQZ, lo cual se relacionaría con ciertos síntomas cognitivos y conductuales⁽⁶⁾. Así, trastornos en los circuitos que implican la CPF DL, la COF y la CCA darían cuenta de trastornos cognitivos y del comportamiento, mientras que una disfunción a nivel del CFO explicaría los trastornos de los movimientos oculares observados en la EQZ. Al mismo tiempo, trastornos del circuito que incluye el AMS sería importante en mediar ciertos síntomas, como los delirios de control. A continuación describiremos solamente los tres circuitos implicados en cognición⁽⁶⁾.

i.a. El circuito CPF DL-estriato-talámico o el circuito ejecutivo

La hipofunción de la CPF DL en la EQZ ha sido el hallazgo más consistente en los estudios con neuroimágenes funcionales. En 1974 fue dado a conocer el primer reporte que mostraba que pacientes con EQZ crónica tenían menos flujo sanguíneo frontal en comparación a controles. Este hallazgo fue denominado "hipofrontalidad" y se correlacionó con los síntomas negativos⁽⁸⁾. Los estudios neuropsicológicos han mostrado que los esquizofrénicos muestran déficit en las funciones ejecutivas asociadas al circuito CPF DL-estriato-talámico, específicamente se han descritos trastornos en:

- La Memoria de Trabajo (MT) visoespacial y en MT verbal, los cuales son un hallazgo prominente y fundamental en la EQZ. Los estu-

dios en neuroimágenes funcional en la EQZ no han aclarado las bases funcionales de los trastornos de la MT: algunos estudios sugieren que los EQZ en tareas de MT utilizan, en comparación a los controles, áreas fundamentalmente de la CPF DL con igual rendimiento en los tests, mientras que otros estudios muestran en la EQZ una hipofrontalidad y peor ejecución en los tests. Aun así, estos resultados sugieren que existiría un compromiso neural para procesar la MT en el CPF DL de los pacientes con EQZ⁽⁹⁾.

- Déficit en la flexibilidad cognitiva, evidenciados en tareas tales como el WCST y el Trail Making Test B. Los pacientes esquizofrénicos, al igual que los pacientes con lesiones frontales tienen dificultades para inhibir respuestas aprendidas previamente y en consecuencia tienen dificultades para cambiar su atención a los estímulos relevantes, cometiendo errores de perseveración⁽⁶⁾.
- Déficit en la capacidad de planificación, observados en tareas tales como la Torre de Londres⁽⁶⁾.
- Trastornos en la realización de tareas duales, es decir los pacientes presentan rendimientos disminuidos cuando tienen que realizar dos tareas simultáneamente o alternar entre dos tareas diferentes⁽¹⁰⁾.

i.b. El circuito COF-estriato-talámico

Este circuito está implicado en el afecto, agresión, motivación y olfato. Las lesiones de la COF se han asociados a cambios importantes en la personalidad como irritabilidad, desinhibición, autoindulgencia inapropiada y pérdida de la preocupación por otros. Disfunciones en el COF se han asociado al síndrome de dependencia ambiental, caracterizado por una dependencia anormal de claves ambientales con imitación automática de gestos y acciones de otras personas o utilización forzada de los objetos del ambiente. Los cambios en la personalidad, desinhibición y la dependencia de claves externas para guiar la conducta de los pacientes con EQZ se han asociado a una disfunción de este circuito.

Desde el punto de vista cognitivo, las lesiones del circuito COF se han asociado con un deterioro en las tareas “responder-no responder” (*Go-NoGo*), indicando una incapacidad para suprimir una respuesta inapropiada, rendimientos disminuidos en tareas de toma de decisión (especialmente cuando están implicadas variables emocionales) y en tareas de aplicación de estrategias o de autorregulación del comportamiento. Lesiones de este circuito también causan una disminución de la capacidad de identificar olores. Existen limitados estudios que exploren este circuito en la EQZ. Por ejemplo, se ha demostrado en esta población cierto déficit en la identificación de olores. Por otra parte, el estudio de la toma de decisiones ha arrojado resultados contradictorios: En un estudio con pocos pacientes, los rendimientos de los EQZ no diferían de los controles, pero en un estudio más reciente, los pacientes presentaban rendimientos disminuidos⁽¹¹⁾.

i.c.- El circuito CCA-estriato-talámico

Este circuito, que incluye el córtex prefrontal medial, está relacionado con el hipocampo y tiene estrechas conexiones con la CPFDL, la COF y la corteza parietal. Así, este circuito presentaría una sobreposición de funciones, participando en tareas que requieren iniciación, motivación, selección e inhibición. Las lesiones en el circuito de la CCA resultan en akinesia, apatía y una disminución de la capacidad de inhibir respuestas inapropiadas. La lesión bilateral de la CCA provoca mutismo akinético y un deterioro en la habilidad de expresar y experimentar afectos. Lesiones en la CCA producen una disminución en el rendimiento en el test de Stroop, secundarias a una disminución del control de interferencia o de inhibición de respuestas automáticas. En la EQZ las investigaciones anatómo-patológicas han identificado alteraciones de dicho circuito y diferencias en el grado de pliegue de la CCA en pacientes en su primer brote y crónicos comparados con controles normales⁽⁶⁾. Los síntomas negativos de la EQZ se han atribuido a una disfunción del circuito CCA-estriato-talámico, considerando la similitud semiológica entre es-

tos síntomas y los trastornos de pacientes con lesiones en este circuito. Desde el punto cognitivo, los pacientes con EQZ presentan rendimientos disminuidos en la prueba de Stroop, durante los cuales se ha observado una hipoactivación de la CCA. La disminución de los rendimientos en el test de Stroop se ha correlacionado con la severidad del síndrome desorganizado de la EQZ, el cual incluye desórdenes en el pensamiento y afecto inapropiado. Un estudio que utilizó PET en reposo, mostró que el puntaje en este síndrome se correlacionaba con la actividad aumentada en la CCA⁽⁶⁾.

Los diferentes estudios que mencionamos muestran la existencia de trastornos en las funciones dependientes del córtex prefrontal, atribuidos a disfunciones en los diferentes circuitos fronto-subcorticales revisados. Como veremos a continuación, otros autores han propuesto que la EQZ se explicaría por disfunciones en las conexiones entre la corteza prefrontal y las cortezas retrorolándicas.

ii. La EQZ como una alteración del sistema fronto-temporal

Las observaciones clínicas de las relaciones entre la epilepsia del lóbulo temporal y la EQZ, sumado a evidencias de anatomía patológica, de neuroimágenes y neuropsicológicas, han sugerido una disfunción del lóbulo temporal medial. Estudios neuropatológicos en la EQZ han mostrado consistentemente anomalías estructurales en el hipocampo. Weinberger y Goldman-Rakic (2000) propusieron que los déficit del funcionamiento del lóbulo frontal, especialmente los déficit en MT y otros trastornos neuropsicológicos, podrían deberse a una disfunción del circuito que conecta el CPFDL con el hipocampo. Se han involucrado también regiones que presentan importantes conexiones con el hipocampo, como la COF y la CPF medial. Avalando esa hipótesis, se ha correlacionado a los rendimientos deficientes obtenidos por los pacientes durante la ejecución del WCST con la atrofia del hipocampo. Si bien, estos datos sugieren un déficit funcional secundario a una alteración en la

conectividad anatómica entre el córtex prefrontal y el hipocampo, no se puede concluir una conexión directa entre estas estructuras y la disfunción de otras estructuras podrían explicar esos resultados. La existencia de esta correlación podría también explicarse por una disfunción del núcleo talámico ventral anterior, que conecta las estructuras del lóbulo temporal medial y la CPF⁽⁶⁾. Se requieren más estudios con neuroimágenes funcionales para poder concluir que la reducción del flujo sanguíneo cerebral de la CPFDL en la EQZ es secundario a anomalías estructurales del lóbulo temporal medial.

Los estudios sobre la memoria en EQZ han arrojado resultados contradictorios, que no permiten concluir con certeza a una disfunción de las regiones temporales mediales. En la EQZ se ha mostrado rendimientos disminuidos al recordar una prosa, tarea altamente dependiente del contexto, lo que se ha atribuido a una incapacidad de tratar el contexto y se ha relacionado con una disfunción frontal. Estudios con aprendizaje de pareja de palabras han mostrado que los EQZ no difieren de los controles en aprendizaje de parejas no relacionados semánticamente, lo que sugiere una indemnidad del lóbulo temporal medial, específicamente el hipocampo. Estos estudios sugieren que el déficit en la memoria verbal en la EQZ no se explicarían por una disfunción del hipocampo, sino que más bien dependerían de una mala utilización de estrategias (o de otra función ejecutiva) necesarias para una buena capacidad mnésica y, por lo tanto, se explicaría por una disfunción de la CPF⁽⁶⁾.

No obstante, los estudios de memoria visual, tal como el aprendizaje de *aparear-asociado*, un test de memoria visual no verbalizable, en el cual se aparean patrones gráficos con localizaciones espaciales, han mostrado rendimientos disminuidos en EQZ crónicos. Este resultado sugiere la existencia de una disfunción hipocampal derecha en la EQZ, que se ha correlacionado con la existencia de una atrofia del hipocampo⁽⁶⁾.

En síntesis, aunque el deterioro en la memoria en la EQZ es incuestionable, no es del todo claro, si se debe a una disfunción del lóbulo tem-

poral medial, del frontal o de una disfunción cognitiva más general. Falta evidencia empírica para poder concluir sobre el real rol e integridad de las conexiones fronto-temporales en la EQZ⁽⁶⁾.

iii. La EQZ como una alteración del sistema fronto-parietal

En la EQZ, el flujo sanguíneo cerebral anormalmente bajo en la CPFDL se asocia con un flujo disminuido en el lóbulo parietal, regiones altamente interconectadas. Consistente con una disfunción del lóbulo parietal derecho, diversos estudios han mostrado, en la EQZ, una negligencia espacial leve del hemiespacio izquierdo. Esta negligencia es mayor en los pacientes con más síntomas positivos y a menudo se resuelve luego de breves períodos de tratamiento con antipsicóticos⁽⁶⁾. Por otro lado, a diferencia de los controles, no se observan, en los pacientes con EQZ, durante la realización de tareas ejecutivas, una correlación inversa entre la actividad funcional, medida con RNM funcional, del córtex frontal y parietal. Este resultado sugiere una disfunción de la red neurocognitiva fronto-parietal. Estudios neuroanatómicos han también mostrado una densidad neuronal anormal en el lóbulo parietal de la EQZ⁽⁶⁾. Finalmente, los pacientes con lesiones focales de la corteza parietal presentan síntomas similares a los observados en pacientes con EQZ tales como alienación, negligencia, anosognosia y distorsiones de la imagen corporal⁽¹²⁾. El compromiso del lóbulo parietal estaría asociado al delirio de control, ya que sólo pacientes con ese síntoma presentan aumento del aumento del flujo cerebral en la corteza premotora izquierda y en el lóbulo parietal inferior derecho, sugiriendo una disfunción de esas regiones. En resumen, los datos reportados sugieren que una disfunción del lóbulo parietal y de las conexiones fronto-parietales en por lo menos un subgrupo de EQZ⁽⁶⁾.

iv. Hipótesis unificada

Los estudios presentados sugieren que disfunciones en diferentes redes neurocognitivas explicarían la diversidad de síntomas de la EQZ. Estos hallazgos son coherentes con la idea que esta en-

fermedad sería un trastorno de la conectividad prefronto-estriato-talámico, prefronto-temporal y también prefronto-parietal. Una hipótesis interesante que intenta unificar los trastornos de conectividad en los diferentes sistemas que revisamos sugiere que la EQZ sería un trastorno de las redes cognitivas de las cortezas de asociación heteromodales, es decir la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL), la temporal superior y la parietales inferior. Dichas regiones cerebrales están interconectadas y tienen conexiones extensas con estructuras límbicas y subcorticales. Una disfunción de esas conexiones subyacería a parte importante de las manifestaciones clínica de la EQZ⁽⁶⁾.

Además de los modelos que postulan un trastorno de la conectividad anatómica en la EQZ, diversos autores han propuestos modelos cognitivos de la EQZ, que presentaremos a continuación.

2. Modelo de Andreasen

El modelo de Andreasen y cols⁽¹³⁾ (1997) postula que los trastornos de la conectividad neuronal que hemos descritos, específicamente la disfunción de un circuito córtico-cerebelo-tálamo-cortical, daría cuenta del trastorno cognitivo fundamental de la EQZ. El cerebelo es considerado una estructura muy importante en este circuito neuronal y en los pacientes con EQZ existiría una disfunción del cerebelo caracterizada por una atrofia del vermis cerebeloso y una hipoperfusión del cerebelo⁽¹⁴⁾. La disfunción de este circuito, y específicamente del cerebelo, ha sido atribuida a un defecto del neurodesarrollo. La disfunción de este circuito daría cuenta del déficit cognitivo central en la EQZ, la disimetría cognitiva. La disimetría cognitiva es definida como una interrupción de la comunicación y coordinación fluida de los procesos cognitivos que permiten la normalidad de los procesos perceptivos, de las acciones y del pensamiento en general⁽¹³⁾.

3. Modelo de Frith

Frith ha dividido los síntomas de la EQZ en tres dimensiones: “trastornos de la conducta intencionada” que conducen a síntomas tales como

conducta inapropiada, perseveración y abulia; “trastornos del auto-monitoreo” que conducen a alucinaciones auditivas, inserción de pensamientos y delirios de control y “trastornos en la evaluación de las intenciones de los otros” que conducen a síntomas tales como delirios de persecución, delirios de referencia, discurso ilógico y alucinaciones en tercera persona⁽¹⁾. La primera dimensión produciría los síntomas negativos y las otras dos los síntomas positivos de la EQZ. Los síntomas negativos y desorganizados se deberían a un trastorno en la capacidad de formular metas, de acoplar las metas con acciones para iniciar o terminar una actividad o para inhibir comportamientos no relacionados con la meta. Este trastorno de la conducta intencionada se ha atribuido a una disfunción del córtex prefrontal y temporal⁽¹⁵⁾. Se ha demostrado en estudios con PET la existencia en la EQZ de una disminución del flujo sanguíneo en regiones frontales y aumentos en regiones temporales durante la realización de tareas en las cuales los sujetos deben seleccionar acciones sin la ayuda de claves externas, es decir en tareas donde se evalúa la capacidad de auto-generar acciones⁽¹⁶⁾. En relación a los síntomas positivos, estudios en PET han mostrado que las alucinaciones en los pacientes con EQZ se asociaban a una disfunción de las regiones cerebrales implicadas en el auto-monitoreo de las acciones⁽¹⁷⁾. Por ejemplo, se ha mostrado que los EQZ con alucinaciones, a diferencia de los controles y los EQZ sin alucinaciones, presentan un flujo sanguíneo disminuido en las áreas usadas para supervisar el discurso (la circunvolución temporal medial izquierda y el área suplementaria motora), durante la realización de una tarea que simulaba el mecanismo de las alucinaciones (los sujetos tenían que terminar una oración e imaginarse que la respuesta era expresada por la voz de otra persona)⁽¹⁸⁾.

4. Modelo de Goldman-Rakic

Goldman-Rakic, ha postulado que el déficit fundamental en la EQZ corresponde a un trastorno de la memoria de trabajo, en otras palabras la capacidad de mantener información y re-

presentaciones mentales en línea y usarlas para guiar la conducta y realizar operaciones cognitivas. Un defecto en esta capacidad permite explicar diversos síntomas de la EQZ: la inhabilidad de llevar a cabo mentalmente un plan discursivo y de supervisar el lenguaje expresivo conduce a un discurso desorganizado y a desórdenes del pensamiento; la incapacidad para mantener un plan para la conducta puede conducir a los síntomas negativos y el déficit en precisar si una experiencia es externa o interna podría conducir a un sentido alterado de la experiencia sensorial que se expresaría en delirios y/o alucinaciones⁽¹³⁾.

5. Modelo de Cohen

El modelo de Cohen considera como elemento central para entender la EQZ el concepto de contexto, definido como cualquier información relevante para una tarea y que es internamente representada de tal forma que influye en el procesamiento en las vías implicadas en la ejecución de una tarea. Las representaciones del contexto se mantienen en línea para influenciar el procesamiento de la información. El contexto es un componente de la MT y mantener activamente la información del contexto es crítico para el control cognitivo. La dopamina ejerce una función de compuerta dentro de la CPF, regulando el acceso de las representaciones del contexto a la memoria activa e interviniendo en el control cognitivo.

El déficit del comportamiento sufrido por los pacientes con EQZ en una amplia gama de dominios cognitivos puede entenderse como un trastorno en el control cognitivo, secundariamente a una capacidad deteriorada para representar, mantener y actualizar la información del contexto⁽¹⁰⁾.

El modelo de Cohen ha proporcionado un puente conceptual entre los procesos psicológicos que se deterioran en la EQZ y su neurobiología. Específicamente, se presume que en la EQZ existe un ruido creciente en la actividad del sistema de la dopamina, conduciendo a una función de entrada anormal de la información dentro de la corteza prefrontal. Esta variabilidad creciente

conduce a los disturbios en la actualización y en la mantención de la información del contexto dentro de la memoria de trabajo. Los trastornos de la atención, de la memoria y de las funciones ejecutivas en la EQZ serían secundarios a un deterioro en la representación interna y en el uso de información de contexto para ejercer control sobre el comportamiento. Esta teoría postula que los diferentes trastornos de la EQZ se explicarían por déficit en las interacciones entre el sistema del neurotransmisor de la dopamina y la corteza prefrontal⁽¹⁰⁾.

Conclusión

La etiología de la EQZ es probablemente múltiple. Una acumulación de influencias genéticas y no genéticas, entre las cuales se ha postulado la exposición a virus y a otros patógenos, produciría lesiones cerebrales que ocurren durante el embarazo, en el parto o en la infancia. Además, ciertas experiencias psicológicas, al afectar la plasticidad neuronal, se añadirían a los factores antes mencionados. Existirían alteraciones desde el embarazo hasta la adolescencia en el neurodesarrollo, es decir en los procesos de formación de neuronas, en la sinaptogénesis, en la llamada poda neuronal y en la apoptosis. Lo anterior podría determinar alteraciones anatómicas y funcionales de la comunicación y de la conectividad neuronal. Las anormalidades del cerebro que se han identificado en la EQZ, usando técnicas que van desde la neuropatología a las técnicas en neuroimágenes, han implicado múltiples áreas: corteza frontal y temporal, tálamo, hipocampo, ganglios basales y cerebelo. La patología de la enfermedad no es focal, lo cual junto a la ausencia de un marcador histológico, sugiere que la EQZ puede implicar alteraciones en los circuitos neuronales y en los neurotransmisores. La esquizofrenia sería, por lo tanto, una enfermedad de la conectividad neuronal⁽¹⁹⁾. Los diversos deterioros en las funciones cognitivas de los EQZ podrían deberse a esta disfunción de la conectividad y de la comunicación en los circuitos neuronales.

Lo anterior produciría una alteración en procesos cognitivos fundamentales ubicados principalmente en la CPF, por ejemplo funciones ejecutivas. Adicionalmente, los EQZ tendrían un deterioro en procesos cognitivos de segundo orden,

por ejemplo en la memoria, en el lenguaje o en la emoción. Esta alteración en los procesos cognitivos de primer y segundo orden produciría finalmente los síntomas de la esquizofrenia, por ejemplo alucinaciones, síntomas negativos⁽²⁰⁾.

Resumen

Introducción: Los modelos neurocognitivos han dado lugar a un importante avance en la comprensión de diversos desordenes mentales tales como la esquizofrenia (EQZ). En ese contexto, la disfunción del córtex prefrontal (CPF) es un hallazgo central para explicar su sintomatología. Se ha observado que los niveles anormales de activación de la CPF, así como disfunciones en la conectividad con otras estructuras cerebrales, juegan un importante rol en la delimitación de la enfermedad. **Material y Métodos:** A través de una revisión teórica, empírica y clínica se describirán cinco aproximaciones neurocognitivas de la esquizofrenia. **Conclusiones:** Aunque la etiología de la EQZ es probablemente múltiple, un desorden de la interconectividad neuronal, y especialmente de la CPF explican un amplio espectro de su sintomatología.

Palabras clave: córtex prefrontal, esquizofrenia, aproximación neurocognitiva.

Referencias

1. Frith CD. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove: Lawrence Erlbaum Ltd., 1992.
2. Goldberg TE, Gold JM. Neurocognitive functioning in patients with schizophrenia en FE Bloom, DJ Kupfer (Editores). Neuropsychopharmacology: the fourth generation of progress. Eds. Raven, New York 2000; 658-671.
3. Andreasen NC. Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia. Lancet 1995; 346: 477-481.
4. Lezak MD. Neuropsychological Assessment. New York -Oxford, Oxford University Press, 1995.
5. Slachevsky A, Pérez C, Silva J, Orellana G, Prenafreta M, Alegria P, et al. Córtex prefrontal y trastornos del comportamiento: Modelos explicativos y métodos de evaluación. Rev Chilena de Neuro-psiquiatría 2005; 43: 109-121.
6. Pantelis C, Stephen JW, Maruff P. Schizophrenia. Harrison JE y Owen AM. Martín Dunitz. (Editores) Cognitive deficit in brain disorders. Raven Press 2002; 217-248.
7. Andreasen NC, O'Leary DS, Flaum M, Nopoulos P, Watkins GL, Boles Ponto LL, et al. Hypofrontality in schizophrenia: distributed dysfunctional circuits in neuroleptic-naive patients. Lancet 1997; 349: 1730-1734.
8. Weinberger DR, Berman KF. Prefrontal function in schizophrenia: confounds and controversies. Editado por Roberts, Robbins y Weiskrantz. En: The Prefrontal Córtex, executive and cognitive functions. Oxford University Press. 1998.
9. Callicott JH, Mattay VS, Verchinski BA, Marenco S, Egan MF, Weinberger DR. Complexity of prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia: more than up or down. Am J Psychiatry 2003; 160: 2209-2215.
10. Braver TS, Barch TS, Cohen JD. Cognition and control in schizophrenia: a computational model of dopamine and prefrontal function. Biol Psychiatry 1999; 46: 312-328.
11. Ritter LM, Meador-Woodruff JH, Dalack GW. Neurocognitive measures of prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia. Schizophr Res 2004;

- 68: 65-73.
12. Slachevsky A, Alegría P. Síndrome parietal y occipital. En Nogales-Gaete J, Donoso A, Verdugo R (Editores). *Tratado de Neurología Clínica*. Santiago, Ediciones Universitaria y SONEPSYN. 2005. pp
 13. Andreasen NC. Linking mind and brain in the study of mental illnesses: a Project for a scientific psychopathology. *Science* 1997; 275: 1586-1593.
 14. Nopoulos PC, Ceilley JW, Gailis EA, Andreasen NC. An MRI study of cerebellar vermis morphology in patients with schizophrenia: evidence in support of the cognitive dysmetria concept. *Biol Psychiatry* 1999; 46: 703-711.
 15. Frith CD. The cognitive abnormalities underlying the symptomatology and the disability of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10 Suppl 3: 87-98.
 16. Frith CD, Friston KJ, Herold S, Silbersweig D, Fletcher P, Cahill C, et al. Regional brain activity in chronic schizophrenic patients during the performance of a verbal fluency task. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 343-349.
 17. Frith CD, Blakemore S, Wolpert DM. Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. *Brain Res Brain Res Rev* 2000; 31: 357-363.
 18. Frith C. The role of the prefrontal cortex in self-consciousness: the case of auditory hallucinations. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1996; 351: 1505-1512.
 19. Andreasen NC. Schizophrenia: the fundamental questions. *Brain Res Rev* 2000; 31: 106-112.
 20. Pantelis C, Maruff P. The cognitive neuropsychiatric approach to investigating the neurobiology of schizophrenia and other disorders. *J Psychosom Res* 2002; 53: 655-64.

Correspondencia:

Gricel Orellana Vidal

Departamento de Psiquiatría Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Gran Avenida 3100

Santiago, Chile

Fono: 551 0044. Fax: 551 7906

E-mail: gorellan@med.uchile.cl

Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno

Autores: Stephen A. Mitchell,
Margaret Black
Editorial: Herder, Barcelona, 2004,
429 páginas.

Todo texto sobre la historia del psicoanálisis debe justificarse de modo convincente porque la cantidad de literatura disponible es ya inundatoria. En cualquier caso, ambos autores nos son conocidos desde hace tiempo porque se han dedicado al tema de modo serio y con acuciosidad, aunque quizás no de una manera especialmente creativa. Son buenos artesanos que manejan con habilidad el oficio desde el punto de vista y supuestos americanos y, en esta oportunidad, lo vuelven a realizar con atributos y resultados similares. En una frase, es un libro dedicado a aquellos que se inician y empiezan a batallar con los diferentes autores y corrientes del psicoanálisis desde Freud hasta nuestros días apoyándose en casos clínicos sencillos que son útiles, en algunas oportunidades, para ejemplificar lo que se está tratando de conceptualizar de modo teórico.

Se divide en nueve capítulos de similar longitud y profundidad y las figuras elegidas son tanto las clásicas como los psicoanalistas actuales: Freud, Anna Freud, Harry Stack Sullivan, Melanie Klein, Winnicott, Fairbairn, Erikson, Kohut, Kernberg, Schafer, Loewald, Lacan, por nombrar los más detalladamente estudiados. En general se tiende a exponer cada doctrina y luego a compararla en sus aspectos teóricos y clínicos con las restantes, especialmente con la teoría “clásica”, que es la denominación que ellos utilizan para referirse a Freud o la Psicología del Yo, según el caso. Lo que no queda completamente aclarado es el criterio de selección utilizado para escogerlos,

por ejemplo en los casos de Sullivan y Erikson. ¿Son de tanta trascendencia o singularidad sus aportes como para dedicarles sendos capítulos?

Los méritos del libro están implícitos en lo expuesto hasta aquí: no sesgado desde su propia concepción, tratamiento de las figuras más decisivas dejando fuera pocas de relevancia reconocida, conocimiento tanto del tema como ambiente del psicoanálisis institucional, intento de comprensión de cada psicoanalista desde su propio interior, sorteo del fanatismo de parroquia de cada doctrina acudiendo a la historia del mismo psicoanálisis como recordatoria que cada escuela que parecía resolver todos los dilemas clínicos era una ilusión propia del momento.

Paradójicamente el que sale peor parado es Freud mismo. A lo que nos referimos es que, en parte por darse por supuestas muchas de sus contribuciones, se pasa por encima de él sin introducirse en los matices y sutilezas peculiares a su modo de pensar y se aborda rápidamente los otros analistas que habrían “superado” sus carencias, el “más allá”. El “duelo” por Freud es un asunto delicado: o se le endiosa o se lo envilece, o se lo coloca como la roca que nunca podrá ser removida o se lo saca como una pieza cualquiera de un puzzle que puede seguir funcionando sin él – un significante más. Mitchell y Black no llegan a ninguno de los dos extremos pero Freud queda finalmente deslavado, sin una rica consistencia interna, una suerte de máscara pintada con colores vivos pero máscara al fin. ¿Se produjo lo que el mismo Freud predijo sobre su posible futuro al interior de la civilización americana, por lo que él siempre desconfió de ella?

El continente europeo está considerado –lo que es un avance–, pero con sabor a conocimiento libresco antes que vívidamente meditado, debatido y digerido. Tanto la así llamada Escuela Británica como Lacan se exponen sin penetrar nunca ni en el capital clínico que está sustentando sus visiones ni en sus revolucionarias propuestas. Uno se pregunta por qué el psicoanálisis inglés ha experimentado tanta resistencia en los Estados Unidos y suponemos que la respuesta es particularmente compleja, más allá de la conoci-

da sentencia británica, de que los dos países se parecen mucho salvo en el idioma. Queda claro, por lo menos, que el énfasis en la pulsión agresiva y en los objetos internos innatos del bebé provoca un marcado escozor al otro lado del Atlántico. ¿Es el escepticismo de Freud que late detrás de ambas asertos lo que desencadena una repulsa visceral? ¿Es su concepción del hombre que no tolera ilusiones de ningún tipo a pesar de que todos las necesitamos desesperadamente? Lacan es, como es solito, un caso excepcional. Los autores no logran coger su pensamiento y lo declaran abiertamente aunque, agregan, se esfuerzan y tratan de hacerlo entendible de acuerdo a sus posibilidades. Son honestos y no se quedan en la descalificación fácil y altanera, lo que no se puede decir, a veces, del vocinglero analista parisino.

Ya hicimos mención que se acude a viñetas clínicas para mostrar en vivo cómo se pueden abordar los pacientes cuando se emplean distintos modelos. La debilidad del texto exhibe aquí una mancha gruesa que echa a perder el conjunto. La mayoría de las veces son banales y, en otras, forzadas o aún equivocadas por lo simplistas. Es en el momento de abordar a Lacan cuando se hace más palmaria la falta de empatía y aún de perspicacia frente al discutido mandarín francés, lo que quizás les habría valido más a Mitchell y

Black no intentar aplicarlo en una historia concreta.

Los dos capítulos finales se refieren a las controversias. Las que se ocupan de la teoría, aluden a las conocidas aporías entre trauma/fantasia, conflicto/desarrollo, género/sexualidad, empirismo/hermenéutica: todas interesantes pero insatisfactorias sus respuestas, porque quedan en las manidas discusiones sin un aporte novedoso o, cuando menos, desatendido e inesperado. Las que se adentran en la técnica, tratan las alternativas pasado/presente, interpretación/relación, transferencia/contratransferencia: se puede repetir lo recién dicho, no mueven al lector a interesarse ni menos a cuestionarse por permanecer en el nivel informativo.

¿Se puede prescindir del libro? Evidentemente, aunque se lo pueda recomendar a los interesados en tener una visión de conjunto del psicoanálisis. ¿Es una obra para ser leída después de almuerzo, como solía decir Kierkegaard? Sí, pero más de alguien necesitará refrescar sus conocimientos más allá de los novatos ávidos de penetrar en los senderos de los discípulos de Freud. ¿Está “más allá” de Freud? Lo dudamos.

GUSTAVO FIGUEROA C.

Long-term psychodynamic psychotherapy. A basic text

Editores: Glen O. Gabbard
Editorial: American Psychiatric Publishing.
 Washington, 2004, 210 páginas.

Ya hemos mencionado en comentarios anteriores el feliz mandato del 2002 del Comité de Revisión de Residencia Psiquiátrica de los EEUU de elaborar unas pautas estrictas de "Competencias Nucleares en Psicoterapia" destinadas a los psiquiatras en proceso de formación como especialistas, lo que ha dado origen a una serie de cinco textos básicos de las principales modalidades de psicoterapia así como criterios rigurosos para su evaluación al final del período de la especialización. El que ahora comentamos es de orientación psicodinámica y proviene de un psicoanalista que ocupa un importante lugar tanto al interior del psicoanálisis como en la psiquiatría americana.

Es un libro atenido estrictamente a sus propósitos: dar a conocer las bases de la teoría psicodinámica, entregar los mecanismos de acción de las principales técnicas a disposición del estudiante en capacitación, proporcionar el marco y las intervenciones a las que se puede recurrir en las diversas situaciones clínicas, ayudar con ejemplos a identificar la transferencia y contratransferencia, aportar con una planificación rigurosa para lograr las metas proyectadas y dar un patrón para seguir atentamente los diferentes períodos por lo que atraviesa el proceso terapéutico. Todo lo anterior siguiendo el modelo del psicoanálisis clásico aunque respetando el hecho que no está dirigido a psicoanalistas en su período de análisis didáctico sino a futuros psiquiatras generales que se están adiestrando en hospitales y consultorios y, por ello, están al tanto de otras concepciones de la enfermedad mental y otras maneras de abordarlas, aún dentro del campo de la psicoterapia.

No es un libro de cocina pero tampoco es un manual novedoso ni por sus planteamientos teóricos ni por sus abordajes técnicos creativos. Por decirlo así, se deja leer con facilidad aunque se podía esperar que un autor tan conocido hubiera puesto mayor empeño y dedicación personal, se entiende, que hubiera hecho aportes propios más allá de lo consabido. Donde se nota especialmente la ausencia de originalidad es en las viñetas clínicas que van mostrando en concreto aquello que se ha analizado teóricamente. No son interesantes, son demasiado generales e inespecíficas, no se ataca al inconsciente sino se permanece en un plano cognitivo preconscious, no permiten evaluar con certeza si las intervenciones son apropiadas o producto de la idiosincrasia o contratransferencia del psicoterapeuta. Siempre surge la pregunta ¿de dónde sacó esa intervención? o ¿por qué no trató de imaginar una diferente dinámica a la base del caso?

Uno sospecha que Glen Gabbard está comprometido en exceso, intelectual y pragmáticamente, con la psiquiatría americana establecida actual como se comprueba también en su conocido libro *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (American Psychiatric Publishing, 2005) donde intenta analizar todos los cuadros clínicos de acuerdo al DSM-IV. Es una ventaja -conoce los avances últimos de la psiquiatría clínica- pero tiene el inconveniente o peligro de perder la esencia de lo psicoanalítico, que es el inconsciente propiamente tal, en aras de un practicismo demasiado inmediato o de teorías de moda provenientes de las neurociencias, interesantes, pero que se encuentran en un plano muy tosco aún como para ayudar al psicoterapeuta junto al *couch* del enfermo a iluminar su vida atormentada.

Llama la atención lo débil que nos parece el análisis de los casos si se compara con las estrictas evaluaciones a las que se someten los alumnos al finalizar su pasada por la Unidad de Psicoterapia. El último capítulo es una buena prueba de que están obligados a rendir con diferentes monitores en distintas ocasiones (presentación oral de sus casos, exámenes escritos, exámenes

orales, cintas de DVD donde se observa la ejecución de una psicoterapia, cintas grabadas). Uno se pregunta, si ellos están sometidos a tantas mediciones de su desempeño ¿cómo es posible que lo consigan con un texto tan básico?

Pero las observaciones hechas hasta aquí a lo mejor pecan de excesivas. Es una obra que se puede y debe recomendar a todos nuestros estudiantes de posgrado porque representa un texto pensado y escrito específicamente en estos y, también, en nosotros como docentes. Con ella se nos

facilitará, en buena medida, nuestra labor como supervisores. Si alguien considera escribir en el futuro un libro dedicado a los psiquiatras generales que están por comenzar su dura batalla con sus pacientes neuróticos o con trastornos de personalidad deberá tomar en cuenta este libro de Glen Gabbard porque, aunque limitado, es un punto de partida confiable y seguro. Quizás ahora entendemos mejor parte de los reparos que Freud tenía para no publicar un tratado sobre técnica psicoanalítica.

GUSTAVO FIGUEROA C.

Introduction to supportive psychotherapy

Editores: Arnold Winston,
Richard N. Rosenthal,
Henry Pinsker
Editorial: American Psychiatric Publishing, Inc.
Washington, 2004, 168 páginas.

Handbook of integrated short-term psychotherapy

Editores: Arnold Winston, Beverly Winston
Editorial: American Psychiatric Publishing, Inc.
Washington, 2002, 293 páginas.

Hace 20 años el Departamento de Educación de Estados Unidos fomentó un movimiento de reforma de la enseñanza que se trasladó a la medicina y, en 1999, se concretó en el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados (ACGME) y la Comisión Americana de Especialidades Médicas (ABMS). Su punto de partida: es imperioso poseer un conjunto de principios para medir la competencia en la educación médica, y estos son esencialmente seis: cuidado del paciente, conocimiento médico, habilidades interpersonales y comunicativas, aprendizaje basado en la práctica, profesionalismo y práctica basada en sistemas. Estas “competencias nucleares” llevadas al campo de la psiquiatría se concretaron en cinco diferentes formas de psicoterapia que se estimaron necesarias de ser conocidas y manejadas por los psiquiatras en formación: psicodinámica prolongada, psicoterapia breve, de apoyo, cognitivo-conductual y psicoterapia combinada con farmacoterapia. Desde 2002 la APA ha implementado una nueva serie de publicaciones que lleva por título *Competencias Nucleares*

en *Psicoterapia* y los dos textos que comentamos pertenecen al proyecto, mejor dicho, el *Handbook* es preparatorio y cimienta de la *Introduction*, que se ofrece como el texto guía para ser aprendido y puesto en práctica por el futuro especialista. Muy americano: bien acotados los fines y pragmático en su diseño e implementación. ¿Cuáles son sus frutos concretos?

El *Handbook* es un intento serio de integrar diversas aproximaciones o puntos de vista en psicoterapia para conseguir mayor eficacia cuando la meta planteada es de corta duración, específicamente, las teorías del desarrollo, del conflicto y cognitivo-conductual. Su postulado principal es el continuo que existiría entre enfermedades más severas y afecciones más suaves (enfermedad-salud), y psicoterapia de apoyo y psicoterapia expresiva (déficit-conflicto). Antes que detenerse en disquisiciones o elucubraciones sobre los fundamentos, les interesa a los autores proponer pasos precisos para la evaluación sistemática del caso concreto junto a herramientas sencillas y operacionales de intervención que se detallan mediante ejemplos iluminadores y, como sostén de todo el proceso, sugerir medidas para el fomento de una fuerte alianza terapéutica. Si es indispensable, nos aseveran, se agrega al tratamiento un psicofármaco que lo prescribe otro psiquiatra que trabaje en una colaboración estrecha o el mismo psicoterapeuta si este posee los conocimientos pertinentes. Mediante cuatro historias bien escogidas se describen las tres fases del proceso de curación: inicio, intermedio y término. Todas las numerosas viñetas clínicas dispersas a través del texto van acompañadas de comentarios interesantes y sugestivos sobre los motivos que tuvieron los terapeutas para acudir a tales medidas técnicas y, con frecuencia, apuntan a errores o negligencias cometidos por ellos, sea por desconocimiento o contratransferencia.

Reconociendo sus méritos indiscutibles -propósitos didácticos claros y excelente manual para los residentes- nos asaltan tres reparos de distinto alcance. Por un lado, no se propone, ni se visualiza como plan para un futuro, una integración real a partir de un planteamiento teóri-

co unitario que, de algún modo, justifique de que no se trata de un puro empirismo y eclecticismo que acude a cada una de las intervenciones sólo movido por su utilidad inmediata o la presión emocional del momento. Además, los autores manejan con mayor soltura y profundidad el enfoque dinámico por lo que el empleo de técnicas cognitivo-conductuales es limitado, de menor interés, subordinado y, a veces, conteniendo ciertos errores conceptuales. Por último, como siempre sucede cuando se reproducen diálogos literales entre paciente y terapeuta -seductores y estimulantes para todo principiante- asaltan muchas dudas sobre la adecuación, momento (*timing*) y propiedad de las interpretaciones, confrontaciones y aclaraciones, además de que los cuatro casos estudiados con detención no parecen haber mejorado como se postula sino que su término parece forzado, y la aceptación final de los pacientes suena a sometimiento frente a la figura de autoridad del psicoterapeuta antes que a cambio psíquico real. En muchas ocasiones el lector se pregunta, ¿qué habría dicho yo? Pregunta, por lo demás, que subraya lo provocador y excitante de las historias.

La *Introduction* sigue el esquema anterior aunque con menor acopio de historias clínicas -lo que le resta fuerza y vitalidad- y agrega sendos capítulos sobre la intervención en crisis y aplicabilidad a poblaciones especiales (trastornos mentales graves, trastornos de la personalidad, adicciones, comorbilidad). Su mayor novedad estriba en que al final se adiciona una detallada y valiosa tabla sobre las competencias que debe alcanzar el estudiante de acuerdo a la Asociación Americana de Directores de Entrenamiento de Residentes y una prueba específica para medirlas cuantitativamente en las áreas del conocimiento, actitudes y destrezas. El reto está lanzado. Habría llegado el momento en que los especialistas en formación deben probar, siguiendo pautas objetivas, que sus conocimientos y habilidades en el área de la psicoterapia de apoyo son reales y responden a las necesidades que la sociedad actual espera de ellos y por tanto les exige. Por decirlo así, no sólo la psiquiatría biológica está avan-

zando de acuerdo a los cánones de la ciencia actual sino también todo el vasto campo de la psicoterapia y, con ello, esta está dejando de ser el hermano menor retrasado que se entretiene jugueteando con las palabras pero sin ninguna responsabilidad médica última. ¿Será verdad o sólo una ilusión producto de querer aparecer como una ciencia natural estricta? ¿Qué se gana y qué se pierde con esta postura? ¿Quiénes están detrás de todos estos loables esfuerzos que a una primera vista parecen desinteresados? ¿No se está priorizando la técnica sobre la actitud básica de ser un "médico óptimo" (*áristos iatrós*), según proponía Galeno?

Los dos libros se complementan armónicamente y son una ayuda sin duda importante tanto para el psiquiatra en formación como para los que se dedican con regularidad a la psicoterapia breve y a la de apoyo. Como acertadamente se enfatiza y lo muestran los ensayos empíricos, los componentes de apoyo son de importancia primordial en toda interacción curativa y es necesario de que se los estudie ajustada y rigurosamente, recordando que son la plataforma que hace posible todas las técnicas psicoterapéuticas. En una palabra, el apoyo tiene que dejar de ser una expresión peyorativa o de tercer orden o que se le nombre al pasar porque lo realmente importante viene a continuación, la técnica, llámese psicoanalítica, interpersonal o cognitivo-conductual. Los ensayos clínicos que prueben la efectividad de la psicoterapia de apoyo estandarizada es el próximo paso, aunque existen indicios prometedores en las revistas especializadas. Además, el esfuerzo institucional y editorial que está tras estos escritos es enorme y, en parte, justifica que la psiquiatría americana esté ubicada en el primer rango a nivel mundial. Freud mantuvo a través de su vida un escepticismo respecto a la vida americana porque estimaba que habían errado en su postura frente a la existencia causada por cierta simplificación y pragmatismo extremo, ¿sucede algo de aquello en ambos libros sobre psicoterapia? El lector es el juez último que decide.

GUSTAVO FIGUEROA C.

Arturo Vivado Orsini (1894 -1949) y sus aportes a la psiquiatría chilena

Arturo Vivado Orsini (1894 -1949) and their contributions to the chilean psychiatry

Enrique Escobar M.¹

Dr. Arturo Vivado Orsini practised and lectured on Psychiatry, and acted as Director of the National Asylum, during the time in which the great breakthroughs of psychiatric therapeutics were made. Vivado and his collaborators, introduced these new therapies in Chile, including electroshock, insulin therapy, and aversion therapy with apomorphine for alcoholism, allowing, thus, many patients to be discharged from hospital.

Key words: History of Chilean Psychiatric, 20TH Century, Psychiatric somatic therapy
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(1): 54-56

Al mirar retrospectivamente el desarrollo de los recursos terapéuticos en la atención psiquiátrica son evidente las innovaciones alcanzadas -antes de la era psicofarmacológica- durante el siglo XX. En efecto en la primera mitad del siglo pasado aparecieron sucesivamente en 1917 la “impaludación” de Julius Wagner von Jauregg para el tratamiento de la Parálisis General superado luego en 1943 con la introducción de la Penicilina; en 1933 Manfred Sakel comunicó la terapia del coma insulínico para la esquizofrenia; en 1938 Cerletti y Bini informaron de la aplicación del electroshock y por último Jacobsen usó la apomorfina para generar aversión en alcohólicos. No obstante que la malarioterapia y la insulino-terapia fueron desechadas posteriormente, los otros recursos continúan siendo utilizados⁽¹⁾.

En nuestro país esos revolucionarios tratamientos -recuérdese que han sido conocidos como la primera terapia biológica- fueron introducidos por el Dr. Arturo Vivado en su doble condición de Profesor y Director del Manicomio Nacional⁽²⁾.

Nacido en 1894 en Tacna, estudió Medicina en la Universidad de Chile donde se graduó en 1920. Como interno del Manicomio alcanzó en 1932 el cargo de médico jefe y Director en 1944. Paralelamente hizo su carrera académica hasta alcanzar el cargo de profesor titular en 1937 luego de la trágica muerte del Profesor O. Fontecilla*.

* El profesor Oscar Fontecilla fue asesinado por un paciente esquizofrénico en su consulta.

Recibido: 7 Octubre 2005

Aceptado: 25 Noviembre 2005

¹ Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.

De carácter medido se esforzó por llevar a la especialidad al mismo nivel que otras especialidades médicas hecho que confirma su preocupación por contribuir al mejoramiento asistencial y perfeccionamiento académico. Aunque Vivado publicó varios trabajos sobre clínica neurológica y psiquiátrica acá destacaremos los que se refieren a la implementación de las nuevas terapias.

De este modo sabemos que en Mayo de 1937 en una sesión de la Sociedad de Psiquiatría Vivado, Bustos y Morales San Martín comunicaron la aplicación del coma insulínico a 15 enfermos esquizofrénicos concluyendo que cinco mejoraron completamente, ocho tuvieron remisión parcial, uno falleció y el resto no mostró modificaciones⁽³⁾. Al año siguiente aumentada la casuística fue cauto en sus conclusiones: "aún no ha llegado el momento de hablar de curaciones, prefiriendo continuar la observación aludiendo a remisiones totales, con restitución completa, social cuando el paciente puede salir del hospital y parcial cuando no es posible vivir fuera del hospital"⁽⁴⁾.

Más adelante, en 1943 Vivado y Morales San

Martín refieren la aplicación de la terapia electroconvulsiva en setenta y cinco pacientes con diversas enfermedades mentales consiguiendo mejoría total en el 80% de los esquizofrénicos agudos y en el 87% de los enfermos maniaco-depresivos. En un trabajo posterior con 400 pacientes 50% tuvo mejoría total: 79% de los mejorados eran agudos y 36% crónicos^(5,6).

Por otra parte, en 1942 Vivado y Murillo informaron sobre los primeros resultados con la aplicación de apomorfina en la terapia aversiva para alcohólicos. Utilizado en 15 bebedores consiguieron la abstinencia en 10 enfermos⁽⁷⁾.

Por último, en 1939 junto a Larson y Arrollo proponen una nueva organización de la salud mental para el país con un Hospital Psiquiátrico en Santiago y Servicios Clínicos anexos a los hospitales de las ciudades más importantes⁽⁸⁾.

En resumen considerando lo expuesto el Dr. Arturo Vivado merece un reconocimiento por sus aportes a la especialidad, en especial por la introducción de los nuevos recursos terapéuticos que cambiaron el pronóstico de los enfermos.

Resumen

El Dr. Arturo Vivado Orsini ejerció y enseñó la Psiquiatría además de desempeñarse como director del Manicomio Nacional durante una época relevante de la especialidad, dado la aparición de nuevos recursos terapéuticos. Vivado junto a sus colaboradores, introdujeron en Chile el electroshock, la terapia insulínica y la terapia aversiva con apomorfina que beneficiaron a numerosos pacientes y permitieron a otros abandonar el hospital.

Palabras clave: *Historia de la Psiquiatría Chilena, Siglo XX, Terapias Psiquiátricas Somáticas.*

Referencias

- Shorter E. A History of Psychiatry John Wiley and Sons New York 1997.
- Escobar E. Arturo Vivado Orsini y la renovación de los tratamientos psiquiátricos. Rev Méd Chile 2002; 130: 1179-1182.
- Vivado A, Bustos C, Morales A. Primeros ensayos con insulinoterapia Rev de Psiquiatría y Disciplinas Conexas 1937; 7: 163-165.
- Vivado A. Tratamiento de la Esquizofrenia por el método de Sakel. Rev de Psiquiatría y Disciplinas Conexas 1938; 10: 2-37.
- Vivado A, Núñez C. Técnicas e Indicaciones del Electroshock Rev de Psiquiatría y Disciplinas Conexas 1944 ; 1: 7-13.

6. Vivado A. El Pronóstico de la Esquizofrenia. Rev de Psiquiatría y Disciplinas Conexas 1944 ; 2: 117-127.
7. Vivado A, Murillo R. Terapéutica del Alcoholismo Crónico por el método de los Reflejos Condicionados. Rev de Psiquiatría y Disciplinas Conexas 1942; 7: 73-80.
8. Vivado A, Larson C, Arroyo V. La Asistencia Psiquiátrica en Chile. Rev de Psiquiatría y Disciplinas Conexas 1939; 3: 155-174.

Correspondencia:
Enrique Escobar Miguel
E-mail: doctoreem@123.cl
Fono: 228 9265

Jaime Court Lobo: El retiro de un Maestro

Marco Antonio Soza M.¹



El Dr. Jaime Court Lobo, Profesor Titular de Neurología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y docente de su Facultad de Medicina desde 1968, se ha acogido a retiro a partir de Diciembre de 2004.

Más de 60 los neurólogos chilenos y extranjeros deben a él su especialización. Por formar escuela, la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía le confirió en 1994, el reconocimiento de Maestro de la Neurología de Chile.

Jaime Court nació en Santiago de Chile el 27 de Noviembre de 1936. Sus padres fueron Don Alfonso Court Artigas y Doña Olga Lobo Parga, de cuyo matrimonio nacieron 6 hijos. Doña Olga fallece a los 39 años de edad de un cáncer mamario, dejando al menor Rodrigo con tan sólo 4 meses de vida. Esta tragedia impactó profundamente a Jaime quien en ese entonces contaba sólo con 16 años de edad. Con frecuencia se refiere a su madre con profundo afecto y nostalgia y recuerda como ella le daba sus primeras lecciones de piano. Fue también su madre quien le manifestó más de una vez su anhelo de que estudiara medicina. Su tío materno, el eximio pediatra Dr. Gabriel Lobo Parga ya figura en los anales de la medicina chilena como uno de quienes más ha contribuido al desarrollo de su especialidad. Sin duda su ejemplo fue también

un estímulo para que Court eligiera la profesión de médico.

Jaime Court estudió en el Colegio Saint George de Santiago y contrajo matrimonio con Doña Ingrid Viviani Richard, de profesión enfermera universitaria y socióloga, con quien tiene sus tres hijos. De ellos han nacido sus 9 nietos que junto al resto de su familia, le han dado las mayores alegrías que la vida puede otorgar.

En su vida universitaria, Court fue un activo militante de la Acción Católica, agrupación que llegó a presidir y en cuya representación viajó a varios países incluyendo la Ciudad del Vaticano. Fue miembro de Pax Romana, institución que desde su fundación en Roma en 1947, agrupa a profesionales e intelectuales católicos con el objeto de promover el diálogo entre diferentes culturas, profesiones y generaciones para favorecer la paz y la solidaridad entre los pueblos. Dentro de las aficiones de Jaime Court figuran el deporte del fútbol y coleccionar bastones antiguos, pipas y cajas de madera. Goza con la observación de la naturaleza, la música selecta y la lectura de los clásicos literarios, particularmente de la Biblia y Don Quijote de la Mancha. En la actualidad, ya retirado de las actividades académicas y asistenciales, continúa leyendo y estudiando los textos de Neurología.

Recibido: 28 Julio 2005

Aceptado: 16 Diciembre 2005

¹ Departamento de Neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jaime Court fue un alumno destacado en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, obteniendo el título Médico Cirujano en 1962. Entre los años 1963 y 1965 cursó una beca de Neurología en el Hospital Barros Luco-Trudeau bajo la tutela del Profesor Oscar Marín. En 1978 hizo una estadía de perfeccionamiento en el Massachusetts General Hospital de Boston, EE.UU. Fue escalando grados académicos hasta que en 1980 alcanzó el grado de Profesor Titular de Neurología de la Pontificia Universidad Católica. Creó el Servicio de Neurología del Hospital Sótero del Río y fue su jefe entre 1971 y 1986. Participó en numerosos proyectos de investigación nacionales e internacionales en las áreas de enfermedades extrapiramidales, enfermedades cerebrovasculares, neuromusculares, epilepsia, y Enfermedad de Alzheimer. Ha trabajado ya por muchos años en la Comisión de Neurología de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, de la cual fue su presidente. Es miembro activo de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Court ha recibido innumerables distinciones y premios entre los que se cuentan el premio anual “Sociedad Médica de Santiago” en 1969, por su trabajo “L-Dopa en el Tratamiento del Manganismo crónico”. Ha sido distinguido con honores como el mejor docente de la carrera en múltiples oportunidades por sus alumnos. El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente lo ha premiado también por su contribución asistencial en el Hospital Dr. Sótero del Río. La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile lo nombró Maestro de la Neurología Chilena en 1994 y en 1998 miembro honorario.

A comienzos de los años 70, Court crea la primera cátedra de Neurología en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile. Inicialmente, las actividades docentes y asistenciales se desarrollaron en el Hospital Dr. Sótero del Río, agregándose en los años 80 el Hospital Clínico de la Universidad Católica y el Centro de Diagnóstico de San Joaquín. El grupo de trabajo que lideró aumento desde dos en un comienzo, hasta más de 15 en la actualidad, la mayor parte con

formación de subespecialidad completa en centros extranjeros de alto nivel. Jaime Court ha impartido la enseñanza de la especialidad a nivel de pregrado y postgrado y formado varias decenas de especialistas nacionales e internacionales.

Todos quienes hemos tenido el privilegio de compartir estrechamente con Jaime Court sentimos que nos dio mucho y con generosidad y nosotros aprendimos lo que quisimos o pudimos. En una reciente conversación con sus alumnos de postgrado, se mencionaron tantas cualidades de este profesor que sería muy largo de detallar. Se lo reconoce como conciliador, prudente, valorador de las personas indistintamente, siempre disponible para lo técnico y lo humano, erudito, solidario y respetuoso con el paciente y el alumno, comprometido, serio, estricto, amable, muy generoso. Se esmera en entregar todo lo que sabe y es el primero en investigar lo que no se conoce. Producto de su estudio y reflexión permanente, tiene mucho conocimiento, pero más aún sabiduría. Es hábil en el diagnóstico, riguroso en sus planteamientos y siempre veraz. No se queda con la palabra aunque la suya sea la mejor, sino que hace participar a toda su gente y respeta sus opiniones. Es comprensivo y consecuente, pero por sobre todo leal.

Sus clases y presentaciones clínicas fascinan a la audiencia, tal como lo hacía en el siglo XIX Jean Martín Charcot, el padre de la neurología moderna. Sus clases eran y son sencillamente espectaculares, apasionantes y como dijo Joseph Pulitzer, el fundador de los premios que llevan su nombre y le gustaba recordar a Court, cada una fue... “breve para que se escuche, clara para que se entienda, veraz para que se crea y entretenida para que se recuerde”. Dichas clases constituyeron sin duda un poderoso estímulo para que muchos de sus alumnos se sintieran de inmediato atraídos por la neurología. De su docencia nos ilustra una de sus más destacadas discípulas, la Dra. María Cristina Miranda... “Tiene un modo muy particular de enseñar, haciendo las cosas más complicadas de una simpleza extraordinaria”. Otro de sus discípulos, el Dr. Jaime Godoy, apunta... “Entrega su conocimiento de un modo siem-

pre sencillo, como un fruto maduro, procesado por la reflexión, seguro de que hará crecer a quien lo escucha. Este Maestro nuestro, no utiliza adornos para enseñar. Ha podido hacer clases por décadas sin recurrir al uso de diapositivas, y el secreto de este éxito es simplemente que se entrega a sí mismo en la docencia". Hace honor al Decálogo del Maestro de la Mistral cuando dice a los profesores: "vivifica tu clase. Cada lección ha de ser viva como un ser" y agrega "saber enseñar es simplificar sin restar esencia". Un verdadero maestro, dice la poetisa, "explica lo que sabe y enseña lo que es". Porqué admiramos tanto a este profesor?... porque al enseñarnos como es, nos ha dejado extasiados.

Al referirse a Jaime Court, su discípulo Godoy agrega: "Ciertamente no he visto jamás a alguien que trate con más genuina delicadeza y abnegación a un alumno. Qué lejana su forma de ser de la actitud profesoral, de superioridad, que muchas veces busca brillar y deslumbrar antes que nada. Esta delicadeza, rasgo tan distintivo y obvio de su modo de ser docente, es siempre su primera enseñanza, que no pasa desapercibida ni para el educando ni para sus pares docentes que presenciamos este proceso. No tengo dudas de que ha sido ésta la experiencia de todos los que hemos sido sus alumnos. Esta sorprendente, cautivante y hoy día desgraciadamente inusual forma de enseñar, genera necesariamente una inmediata admiración y adhesión y desencadena el primer y más importante elemento de la docencia: la motivación. Un alumno que se siente acogido, nada menos que por un admirado profesor, que jamás le es mezquino con su tiempo, que le hace ver sutil o expresamente que la duda planteada es importante o que el modo en que el alumno aborda un determinado problema, es interesante o inteligente, no puede sino sentirse estimulado a aprender. Jamás lo hemos escuchado escandalizarse por una pregunta que contenga un error conceptual importante, incluso hecha por quien ya debería estar al tanto, menos todavía reprochar el error al alumno. Pero lo hemos visto corregir, siempre a su modo, siempre enseñando, siempre con esa bondad que le es tan natural,

siempre dejando claro que tiene ante sí una persona. Son conocidos sus malabares para demostrar que aun una respuesta manifiesta, insólitamente errónea tiene algo de verdad, algo que explica porqué no es tan disparatada, para alivio del interrogado quien ya vio hundirse en sus asientos a más de uno y ya escuchó más de una carraspera de reprobación". En otro comentario Godoy agrega: "Es fácil imaginar que todas estas virtudes aparecen también en la relación con sus pacientes. Su modo sencillo, acogedor y extremadamente respetuoso es fácil de apreciar en sus visitas por los pisos. Es el primero y muchas veces el único siempre preocupado de no inquietar al enfermo con comentarios técnicos inoportunos o simplemente malinterpretables, siempre pendiente de entregar alguna luz de esperanza al enfermo o entorno familiar devastado por un pronóstico de la peor especie, incluso con una perdonable mentira piadosa. Justificadamente, la admiración que los pacientes tienen por su persona no es menor que la mostrada por sus alumnos".

Court, no sabemos cómo, siempre lideró entre nosotros la adaptación al cambio hoy vertiginoso, y nos ayudó a asumirlo. Jamás le notamos angustia por el conocimiento nuevo... quizás porque iba antes que aquel. Nunca se enorgulleció ni hizo gala de su dominio de lo nuevo. Su modestia no lo permitía. Nuevamente, siempre nos simplificó lo difícil, nos ayudó a disfrutar con lo nuevo, a esperarlo con entusiasmo, a estar preparados para modificar de repente lo aprendido y usado por tantos años.

Son muchos los alumnos que atraídos por el ser de este hombre tan grande, abrazaron la Neurología como su especialidad. Y fueron casi siempre los mejores alumnos de medicina los que quisieron ser neurólogos. Muchos tuvieron que esperar un año o más para obtener un cupo en su programa de formación. Hoy están felices de haberlo hecho. Así, Court ha dejado una huella muy profunda en la medicina nacional.

Court ha escrito mucho... y siempre para los demás, dejando a firme su experiencia y reflexión privilegiada. Sus trabajos superan el ciento, sin

considerar los numerosos capítulos en libros, apuntes de clases y seminarios y artículos de divulgación que nos ha dejado.

En 1972 Jaime Court crea los “Cuadernos de Neurología”, publicación que en su género es la más antigua de habla hispana y que ha aparecido de manera ininterrumpida todos los años. Se han publicado en ellos más de 313 artículos y han participado muchísimos autores. Court ha publicado hasta ahora 33 trabajos en ellos. Como ha sido su costumbre, en muchos de ellos ha invitado a sus alumnos, lo que naturalmente es expresión de su preocupación por la docencia. Estos “cuadernos” han sido para muchos, literatura cada año esperada y también obligada y se ha constituido también en un buen comienzo para que los alumnos de post grado se introduzcan en la literatura científica, estimulándolos a complementar con la escritura, el ejercicio profesional.

Como se ve Jaime Court ha sido sobre todo un gran docente, su producción de neurólogos ha sido excepcionalmente abundante en cantidad y también en calidad. A pesar de contar con un número creciente de discípulos que le apoyan, ha llevado siempre el mayor peso de la docencia. Goza enormemente al ver que sus alumnos de pre y postgrado han aprendido lo que les enseña y como usan esos conocimientos en la práctica:

se alegra con sus logros y se entristece con sus fracasos. Quiere mucho a sus alumnos quienes al percibirlo así, pueden desarrollar al máximo sus potencialidades. En privado, me ha confiado que admira a sus alumnos por su esfuerzo y los siente como hijos adoptivos. Quizás esto contribuya a que haya logrado desarrollar tanto algunas de sus virtudes docentes.

En la vida universitaria, pocas personas han llegado a ser tan queridas como Jaime. En realidad, Court se ha entregado a si mismo usando como pretexto la enseñanza de una disciplina. Nuestra Mistral, a quien nuestro profesor tanto admira, parece haberle dicho.... “piensa que Dios te ha puesto a crear el mundo”.

Jaime Court Maestro de la Neurología, retirado sigue enseñando. Permanece presente a nuestro lado cada día, acompañándonos frente a cada paciente que veamos, a cada clase que hagamos, a cada estudio o trabajo que escribamos. Cuán agradecidos hemos quedado. Tenía razón Hipócrates cuando se refería a la enorme deuda con que quedan los discípulos para con sus maestros.... Court ha sido un ejemplo de entrega como profesional y docente, pero sobretudo como ser humano, y del modo más característico de él: genuinamente sin esperar reconocimiento alguno.

Semblanza

Juan Marconi Tassara

Alberto Minoletti S.¹

El Dr. Marconi, el Profesor Marconi, el Profe, o el Sheriff para sus más íntimos. Un hombre de esos que caminan por la vida sin poder evitar que una profunda huella quede a su paso. Su partida, para nosotros sus discípulos, nos provoca múltiples imágenes, emociones y reflexiones, tal como lo hizo en su vida profesional.

Marconi, el de las ideas geniales. Un apasionado de la salud mental y la psiquiatría, multifacético, podía devorar conocimientos de libros y revistas científicas junto con una perspicaz mirada de la realidad de las personas y comunidades, produciendo nuevos conceptos, visiones, formas de afrontar la realidad que nosotros no sospechábamos o que solo logramos realmente comprender después de algunos años.

Lo vimos, y lo acompañamos, en el mundo de la epidemiología, en los primeros estudios chilenos que permitieron medir la magnitud de los trastornos mentales y su relación con el nivel socioeconómico, pioneros en Latinoamérica. Supimos que había hecho estudios experimentales de los mecanismos neurofisiológicos de la apetencia del alcohol. Leímos en la década del 60 su teoría estructural de las psicosis, la cual se ha publicado en la revista de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría 40 años después, manteniendo su vigencia y frescor conceptual. Escuchamos sus explicaciones de la teoría del calcetín para la reforma de la enseñanza de la medicina, durante las convulsiones universitarias del 68.

También aplicamos sus definiciones y enfoques clínicos sobre el alcoholismo inveterado y el in-

termitente, que hicieron historia en Chile en varias generaciones de profesionales de la salud, y recibimos sus enseñanzas clínicas en aquellas enfermedades mentales más difíciles de diagnosticar y tratar. Nos entusiasmos y nos comprometimos con sus programas intracomunitarios de salud mental, donde se conjugaban la sabiduría popular y la medicina occidental, la población participaba activamente en la solución de sus problemas, facilitándose la formación de líderes y el desarrollo de organizaciones de autoayuda.

Marconi, el maestro. Con su producción intelectual hubiera podido cosechar en Chile y en otros países más honores y algunas riquezas. Sin embargo, prefirió sembrar en los espíritus, a través de la formación de numerosos profesionales, técnicos y líderes comunitarios, durante medio siglo de docencia, para que el país recibiera en el siglo 21 los frutos del desarrollo de Planes Nacionales de Salud Mental.

Aún nos sorprendemos al conversar con profesionales de salud que recibieron las enseñanzas de Marconi y que nos cuentan con orgullo como desarrollaron programas de prevención y tratamiento del alcoholismo en algún rincón de Chile. Como también nos causa sorpresa el descubrirnos aplicando aún hoy día sus enseñanzas de Antropología y de relativismo cultural en nuestro trabajo con distintos grupos humanos. Como no recordar sus cuestionamientos a las terapias psicoanalíticas y sus enseñanzas innovadoras sobre las terapias conductuales, en los albores de

¹ Jefe Departamento Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

Eysenck y Wolpe, terapias que 40 años más tarde se profundizaron y generalizaron para el tratamiento de depresiones, angustias, esquizofrenia y otros cuadros clínicos, al confirmarse su efectividad en varios meta análisis.

Una de sus fortalezas como maestro fue su compromiso consecuente con sus discípulos, acompañándonos en nuestra migración del hospital psiquiátrico al hospital general, y desde este al Consultorio de atención primaria, a los clubes de alcohólicos y al trabajo en las poblaciones. Estuvo junto a nosotros en el Barros Luco, en el Consultorio Santa Anselma y en la población la Victoria, y también nos fue a apoyar en el desarrollo del programa de salud mental de Antofagasta. Dedicó tiempo a cada uno de nosotros en nuestras tesis y proyectos de investigación, ayudándonos a escribir nuestras primeras presentaciones a congresos y primeros artículos en revistas de salud mental y psiquiatría. Y hasta hace muy pocos años seguía colaborando con su producción intelectual en la formulación de políticas del Ministerio de Salud.

Marconi, el luchador social. Más allá de la investigación y la docencia, Marconi fue un hombre comprometido con la realidad de su país y con los esfuerzos para mejorarla. De la erudición universitaria, el psicoanálisis y la clínica, dio un gran salto hacia la epidemiología, los planes de salud pública y los programas intracomunitarios, como búsquedas incansables de elevar el nivel de salud mental de la población.

El liderazgo de Marconi generó en el Área Sur de Santiago, en solo 4 años, entre 1969 y 1973, un significativo movimiento social en torno a la salud mental. Los líderes poblacionales se capacitaban y multiplicaban, más de 30 clubes de alcohólicos en recuperación se formaron o reactivaron, numerosos curas y monjas se comprometían en programas de alcoholismo y salud mental en las poblaciones donde vivían, los con-

sultorios de atención primaria incorporaban prestaciones de salud mental, se efectuaban jornadas de participación masiva, surgían experiencias pilotos innovadoras, tales como grupos de apoyo psicológico para neurosis y jardines infantiles comunitarios, entre mucho otros desarrollos.

Ni la dictadura ni las traiciones aplacaron su espíritu de lucha. Si bien los programas intracomunitarios fueron cercenados, Marconi siguió influyendo en la realidad a través de la formación de profesionales en alcoholismo, los cuales replicaron programas de atención en distintos puntos del país. También lo vimos involucrarse en el Hospital Psiquiátrico el Peral, luchando por mejorar las condiciones infrahumanas en que se encontraban sus internos en la década del 70, aportando con elementos técnicos y de defensa de derechos humanos.

Con el retorno a la democracia, sus análisis y propuestas contribuyeron enormemente al desarrollo de los Planes de Salud Mental, locales y nacionales. Lo encontramos participando y emocionándose, el 91, en el Estadio Italiano, y el 98, en el edificio Diego Portales, en las dos grandes asambleas donde se plasmaron los cimientos de los dos Planes Nacionales de Salud Mental.

A través de estas imágenes de Marconi como genio, Marconi como maestro y Marconi como luchador social, hemos querido estar junto a él en este momento con nuestro reconocimiento y nuestra gratitud de discípulos. Dedicarle también el reciente honor recibido por Chile junto a Brasil, de parte de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, como los dos Planes Nacionales de Salud Mental de mayor desarrollo en Latinoamérica y el Caribe.

Gracias Profesor Marconi por tus ideas geniales, gracias por tu enseñanza comprometida y gracias por tu lucha por un mundo mejor.

Santiago, Noviembre, 2005.

Nombramiento del Profesor Mario Gomberoff Jodorkovsky “Maestro de la Psiquiatría Chilena”

Jueves 17 de Noviembre 2005

60° Congreso Anual de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Juan Maass¹, Juan Francisco Jordán², Sonia Tardito³ y Jorge Vega⁴

Autoridades, estimados colegas, queridos socios:

La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía me ha encomendado la honrosa tarea de presentar hoy, aquí en Pucón, al *Dr. Mario Gomberoff Jodorkovsky* como el nuevo Maestro de la Psiquiatría Chilena.

Antes de dar inicio a este “Laudatio” creo conveniente señalar que la vastedad y diversidad de intereses y actividades desarrolladas por el *Dr. Gomberoff* durante su exitosa carrera sólo permiten exponer en estos minutos un breve resumen de los principales hitos de su brillante biografía.

Esta diversidad me ha exigido integrar otras miradas, representativas de facetas importantes en la vida del *Dr. Gomberoff*. Como verán la *Dra. Sonia Tardito* y el *Dr. Juan Francisco Jordán*, contribuyeron junto al *Dr. Jorge Vega* en ampliar esta presentación.

Sus Orígenes

Mario Gomberoff cree que proviene de la tribu de los “Jázaros”, rusos caucásicos, diferentes

fenotípicamente a los judíos clásicos. Se dice que en la Edad Media, los “Jázaros”, no tenían religión, por lo que en una convención decidieron adoptar la religión judía. A fines del siglo antepasado, en Europa se realizaban con inquietante frecuencia “pogroms”, nombre dado a las matanzas de judíos por odios étnicos y religiosos. Muchos judíos migraron a Latinoamérica y especialmente a Argentina, transformándose algunos en improvisados campesinos en la provincia de Entreríos, desde donde la mayoría emigró a Buenos Aires.

Ese fue, creemos, el camino que siguió, evitando la policía secreta del Zar, “*María la Roja*”, abuela materna de *Mario Gomberoff*, que conoció a su futuro marido en la travesía en barco desde Europa a Argentina. Afincados un período en esas latitudes, la familia decide trasladarse a Chile. Instalados en Valparaíso, el papá del *Dr. Gomberoff* fue condiscípulo, en el Liceo y luego en la Escuela de Medicina, de un descollante dirigente social y político chileno: el *Dr. Salvador Allende Gossens*.

Los abuelos y sus hijos se radicaron finalmente en Santiago donde se dedicaron laboriosamente a instalar pequeñas industrias, siendo una de

¹ Psiquiatra y Secretario General, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

² Psiquiatra y Psicoanalista

³ Psiquiatra y Subdirectora del Instituto José Horwitz Barak

⁴ Psiquiatra y Experto en Salud Mental

ellas “Yale Schirt” de camisas, en el Centro y otra la “Magotex”, de tejidos, en la calle Ejército. Su padre se inclinó tempranamente por el estudio de la medicina, pero el prestigioso Dr. Juan Noé le impidió este camino y “lo rajó”, recomendándole ¡lo suyo es la ley...! al dejarlo fuera de carrera.

Mario Gomberoff Jodorkovsky nació en Ñuñoa el 16 de Diciembre de 1936. Hijo del Abogado Sr. León Gomberoff y de la Sra. Frida Jodorkovsky. Su padre participó activamente en el Movimiento Sionista; lo recuerda entre los años 1940 y 1942 muy preocupado por la situación judía durante la Segunda Guerra Mundial, escuchando por radio los avances de las tropas de Hitler en Europa y diseñando un mapa del estado de las cosas. Se temía lo peor. Llegó a ser Presidente de la Federación Sionista Chilena, movimiento político judío que abogaba por Sion (Estado de Israel).

Los pasos en el mundo social y político de *Mario Gomberoff* se expresan en un significativo primer acto cívico. Se desarrolló en la “Rambla de Cartagena” a sus 3 años de edad, cuando, mientras paseaba con sus padres, reconoció frente a ellos al Presidente de la República Pedro Aguirre Cerda, a quien -adelantándose a su familia- extendió los brazos diciéndole “Sr. Presidente”.

A sus 6 años fallece su abuela paterna. Vista tiempo antes por un famoso neuropsiquiatra de la época, recomendó a la familia entender el problema como un cuadro conversivo. Sin embargo se conoció, post mortem que la causa de su deceso fue un tumor cerebral. Hecho significativo, que con seguridad influyó en la mirada integral de su enfoque clínico que muchos aprendimos.

Ya en el Liceo y en la época en que cursaba humanidades, se motivó para ingresar al Movimiento Sionista, Movimiento que acunaba entre sus filas diversas corrientes. *Mario Gomberoff* eligió la más radical, conocida como Hachomer Hatzair (Guardian joven), cuyos principios marxistas le permitían en un ambiente de adolescentes, mixto, plantearse la utopía de un Pueblo Judío proletarizado en un Kibutz. La proletarización de estos jóvenes normalizaría la pirámide

social del pueblo judío transformándose en la capa obrera y campesina, base que no existía. Después de eso se efectuaría la verdadera lucha de clases. Estos proletarios de la base alcanzarían la cúspide del poder y normalizarían la convivencia humana postulando un Estado Binacional con el pueblo Palestino.

El alto compromiso con esta causa llevó al grupo entre los años 1949 y 1951 plantearse la posibilidad de llevar a la praxis estas ideas, preparándose para partir a Israel (Harian Ali). *Mario Gomberoff* sorprendentemente les planteó que si bien estaba dispuesto, quería irse con el grupo siendo médico, idea que fue discutida y aceptada, pero que lo obligaría a separarse de entrañables amigos, que partían de inmediato, llenos de idealismo a los nacientes Kibutzim. Mario Gomberoff se quedó sólo y culposo en Santiago y otros rumbos le llevarían a abandonar este grupo al salir del Liceo.

La realidad de los judíos en la Unión Soviética de Stalin, donde fueron amenazados y exterminados culturalmente produjo en *Gomberoff* un importante cambio en sus ideas. Mientras muchos de sus viejos camaradas continuaron en los Kibutz, y aún hoy de vez en cuando suelen verse y recordar ese período, *Gomberoff* ingresó a Medicina, donde vuelve a incursionar en el campo político estudiantil, incorporándose al CUJ, Grupo Universitario Judío. Otro militante de esta causa fue el destacado psicoanalista Dr. Otto Kernberg.

La Vida Universitaria

El Dr. *Mario Gomberoff* ingresó a la Universidad de Chile, casa de estudio que por motivos administrativos entregaba los puntajes después de la Universidad Católica, donde permaneció brevemente. Allí -sorprendentemente- lo aceptaron a pesar de que en la entrevista de ingreso se declaró partidario del aborto y del divorcio. Pero es la Universidad de Chile la que lo acompañará en el resto de su brillante carrera y donde posteriormente llegó a ser Profesor Titular.

Durante sus primeros años de medicina, siendo dirigente del CUJ, se siente obligado por segunda vez a involucrarse en una causa judía de ultramar. Se trata de una de las tantas guerras de Israel contra los árabes, guerra donde se requería de “voluntarios”. Su inscripción sin embargo se vio frustrada por la rápida acción bélica, que hizo innecesaria la presencia de estos jóvenes voluntarios. Fue quizá la primera guerra imperialista en que se involucró Israel, sus aliados fueron Inglaterra y Francia y quizá por lo mismo la sensación de no participar, fue más grata que agria, aparte de las obvias consideraciones contrarias a cualquier guerra.

Siendo estudiante de 3º y 4º de Medicina en el Hospital San Juan de Dios, sus intereses derivaron hacia la actuación teatral, llegando a desarrollar giras a través del País. Una de ellas, memorable, fue la realizada al Sur, a Valdivia, donde los entonces estudiantes de medicina *Gomberoff* y Enrique París, en una gloriosa temporada estival, no sólo llenaron el Teatro local, sino incluso ganaron dinero suficiente para invitar a los integrantes de la Escuela de Temporada y a las autoridades de la Ciudad a una fiesta a “todo dar” en el mejor Hotel, gracias a la decisión del tesorero París. A tanto llegó el interés por la actuación, que confiesa haber tenido dudas vocacionales serias, entre el Teatro y la Medicina.

Se podría decir que el curso de Medicina de *Mario Gomberoff* fue un fenómeno vocacional para la psiquiatría. Se distingue entre esos alumnos a 17 psiquiatras, algunos ya honoríficos Maestros de la Psiquiatría como Rafael Parada y Otto Dörr. También encontramos al prematuramente desaparecido Enrique París, a Hernán Montenegro, Fanny Pollarolo, Carlos Almonte, Martín Cordeiro, Julio Sepúlveda, Beltrán Elgart, Ximena Hiriart, Ety Hernández, Ruth Obrecht, Maren Ulriksen, Isaac Perera, Jaime Stifel, Eva Reichenstein.

Al terminar su carrera postuló a la misma Universidad de Chile iniciando su contrato sin beca formal de psiquiatría, en la cátedra del profesor Matte. En ese período no estaban bien estructurados los post grados en psiquiatría y *Gomberoff* no perdió su tiempo en las tierras fértiles de Matte

Blanco y al año ya era profesor encargado de curso de psiquiatría, absorbiendo con sana voracidad la sustancia académica que le proporcionaba la cátedra de este insigne Profesor.

Tiene de un primer matrimonio, su hijo, Eduardo Gómboroff Soltanovich hoy de 42 años. Psicólogo. Director de una Escuela de Psicología. Se casa más adelante con Liliana Pualuan de ancestros drusos libaneses, suecos y alemanes, con quién tiene 2 hijos, León Ariel. Psicólogo, actualmente haciendo un doctorado en París. El menor de ellos Rodrigo Emilio, músico y librero.

Entretanto *Mario Gómboroff* se transformaba en el último discípulo de Ignacio Matte. Vientos de cambio sacudían la psiquiatría nacional, antes de la Reforma Universitaria. Destacan entre sus compañeros de trabajo en la Clínica Universitaria renombrados profesionales de la psiquiatría nacional como los Drs. Julio Dittborn, Brenio Onetto, Guido Solari, Fernando Oyarzún, Anibal Varela, Max Letelier, Juan Marconi, Claude Leclerc, Lola Hoffmann, Mario Palestini, Vilma Armengol, Leonardo Muñoz, Sergio Gaete, Adriana Schnacke, Raúl Vicencio, Sergio Rodríguez, Francisco Barilari, Inés Marchese, Sonia Abovich.

Muchos de ellos, anteriormente, influidos por el psicoanálisis y las corrientes dinámicas del profesor Ignacio Matte, se psicoanalizan con el mismo Matte. *Gómboroff* se enfrenta a una importante etapa de su vida, que es el encausar su futuro profesional hacia esta corriente. Disputas internas y el complejo mundo de la Universidad en período de prerreforma favorecen la progresiva dispersión del grupo.

Entretanto un líder emergente, desde muchísimos años antes el Dr. Armando Roa, reemplaza a Matte, que se va a Italia. La Reforma Universitaria está ad portas.

El psicoanálisis

Dr. Juan Francisco Jordán

Es un verdadero privilegio poder estar hoy presente y decir unas palabras en homenaje a un

nuevo Maestro de la Psiquiatría y el Psicoanálisis Chileno.

Maestro es el que enseña y Mario ha sido tal para varias generaciones de analistas entre los cuales por supuesto me incluyo orgulloso. Pero ¿qué es lo que nos ha enseñado Mario a los psicoanalistas? La respuesta simple surge inmediatamente: nos ha enseñado el psicoanálisis. Esta respuesta, sin embargo, se hace más compleja cuando comprobamos que, a más de 100 años del invento de Freud, hoy no existe un solo psicoanálisis. Por de pronto no existe una sola versión teórica del psicoanálisis y, lo que a mi juicio es más importante, no existe un consenso entre los psicoanalistas acerca del lugar que ocupa y el servicio que brindan la teoría y la práctica del psicoanálisis en la comunidad en la cual se encuentra inserto.

Pero antes de continuar con su enseñanza es necesario que les hable de su vocación, aquella que sustenta sus empeños de maestro. La vocación es un llamado y Mario es de aquellos privilegiados que escucharon el llamado muy tempranamente. Estudio Medicina con el objetivo de formarse como psicoanalista. En quinto año de Medicina ya se encontraba comprometido en la organización del Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis que se llevo a cabo en Chile en 1959 tiempo que muchos describen como la época de oro del psicoanálisis en Chile. Creo que la vocación psicoanalítica de Mario constituye un todo coherente con su particular inteligencia y manera de pensar, esto es, un pensamiento crudamente realista y capaz de iluminar aquello que a posteriori, una vez ya visto, parece como obvio y pleno de sentido común.

Creo que la maestría de Mario se refleja especialmente en su capacidad para ayudar a quienes se arriman a escucharlo a descubrir la propia vocación, escuchar el propio llamado, aquello que al modo de una invocación provoca a sostener una meta en la acción comprometida con la realidad, meta, que al comienzo, sólo se vislumbra tenuemente en la penumbra de los deseos.

Esta vocación es la que sustenta entonces el llamado a ejercer y a aprender un psicoanálisis

que no se agota en las cuatro paredes del consultorio. Mario ha mantenido en la transmisión de su enseñanza lo mejor de la tradición del psicoanálisis chileno. Aquel psicoanálisis que floreció en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile bajo la dirección de Ignacio Matte. Un psicoanálisis inserto en lo universitario, abierto a explorar sus aplicaciones para insertarlo en la labor asistencial de los hospitales y consultorios, abierto a explorar, fertilizar y fertilizarse con sus fronteras, con las disciplinas afines, la psiquiatría, la neurociencia, la psicofarmacología, la filosofía.

Es un mérito de Mario haberse mantenido fiel al legado de los orígenes del psicoanálisis en Chile cuando la consigna de la mayoría de los analistas fue: a los consultorios a hacer el verdadero psicoanálisis, siguiendo el modelo argentino de aquellos años. De este modo para el psicoanálisis en Chile ha sido de suma importancia la función que ha cumplido Mario de establecer una continuidad entre los fundadores del psicoanálisis, muchos de quienes además emigraron fuera de Chile, y la generaciones actuales que se están formando tanto aquellas de la Asociación Psicoanalítica Chilena como así también en los ámbitos de la enseñanza en la Universidad y en el de la atención hospitalaria en donde gracias a sus empeños de profesor se ha sostenido plenamente vigente la Psiquiatría Dinámica. Debe destacarse en este aspecto que Mario ha sido editor, junto al Dr. Juan Pablo Jiménez, del único libro de Psiquiatría Dinámica editado en Chile.

Es innegable que el Psicoanálisis en Chile rebasó hace mucho los límites de la Asociación Psicoanalítica Chilena y en este desarrollo el aporte de Mario ha sido capital. Ha sido Presidente de la APCh además de haber ocupado varios cargos en diversos directorios durante los últimos 15 años. Un aporte central en términos institucionales de este maestro ha sido el cuestionar permanentemente los aspectos autoritarios y castradores de la formación de los psicoanalistas en la Institución. Sin embargo, esto mismo ha constituido motivo de conflicto con la institución psicoanalítica.

Son muchos los escritos de Mario acerca de la institución psicoanalítica y las propuestas que en ellos ha hecho para democratizarla intentando acercar la formación al ideal universitario del pluralismo y la argumentación como modo de resolver las controversias entre los diversos puntos de vista teóricos y técnicos que constituyen hoy en día la diversidad de lo que llamamos psicoanálisis. Como decía esta propuesta no ha podido más que generar conflictos con una institucionalidad que se resiste, a veces más a veces menos, y a veces enconadamente, a aceptar plenamente convivir con los nuevos tiempos del psicoanálisis en los cuales, por ejemplo, ya no solo existen los psicoanalistas que se forman en la Asociación Psicoanalítica Chilena.

Finalmente, quiero resaltar que de un Maestro no solo se aprende la particular disciplina que este transmite sino que la enseñanza se encuentra inscrita en un marco más amplio que tiene que ver con el traspaso de ciertos valores fundamentales en los que se basa la convivencia humana y que provee el fundamento de una práctica profesional tan delicada como el psicoanálisis en la cual de lo que se trata es de convivir con otro ser humano sesión tras sesión en la búsqueda de aquella comprensión de la particular manera en que se organiza la subjetividad del analizando y que le provoca sufrimiento a él y a los demás. Uno de estos valores fundamentales transmitidos por Mario ha sido el de la democracia, en especial su permanente insistencia que uno de sus aspectos esenciales es el respeto de los derechos de las minorías. Es evidente que los derechos de los pacientes se inscriben en este aspecto esencial de la democracia.

Solo me resta decir en nombre de mis colegas analistas: Gracias Dr. Gomberoff.

La Reforma y El Proyecto Docente *Dr. Juan Maass*

Las Cátedras se transforman en Departamentos; el Dr. Leonardo Muñoz dirigía el “Consejo del Departamento de Psiquiatría” integrado por

los Drs. Mario Sepúlveda, Mario Zurita, *Mario Gómboroff*, Mario Poblete, Mario Palestini, Mario Vidal y Mario Fliman.

El Dr. Davanzo y el *Dr. Mario Gomberoff* se trasladan desde la Clínica Psiquiátrica al Hospital El Salvador. Cuando *Gomberoff* dirigía este naciente grupo se funda, el primer Servicio de Psiquiatría en un Hospital General, en momentos en que no existía aún suficiente interés público en dejar de lado los Hospitales Psiquiátricos.

En un momento difícil, el Dr. Armando Roa fue nombrado Director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, cuando el equipo docente estaba constituido por los Drs. Max Letelier, Rafael Parada, Otto Dörr y Guillermo Sura entre otros y un grupo de jóvenes psiquiatras en formación, los Drs. Juan Pablo Jiménez, Juan Francisco Jordán, Patricio Olivos, Nils Biederman, Gloria Silva y Rodrigo Maturana. El grupo renuncia y el recientemente nombrado Jefe del Departamento Oriente de Psiquiatría, *Mario Gomberoff* les pide no abandonar al servicio público y les ofrece traslado.

El Dr. Montenegro, a la sazón Encargado de Salud Mental en el MINSAL, y luego de muchas gestiones, les da cargos en el Hospital El Salvador, en el recién fundado Servicio de Psiquiatría, donde se trasladan, constituyendo uno de los grupos psiquiátricos más importantes de Santiago.

El grupo se organiza y genera un proyecto docente asistencial con dos campos: el Hospital Psiquiátrico, con nuevos becados y docentes a cargo del Dr. Rafael Parada, Director de ese abandonado establecimiento después del Golpe Militar y el segundo, el Dr. Davanzo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital El Salvador, mientras *Mario Gómboroff*, en plena dictadura, constituye el célebre proyecto docente asistencial del Servicio “B” del Hospital Psiquiátrico, donde radicaba la Jefatura del Departamento Oriente, creado previamente y del cual fue su primer Director.

En la última década *Mario Gomberoff* ha superado tres serias enfermedades sin desalentar. Recuerda que al recibirse de médico tuvo su primera experiencia de desánimo. Creemos que la segunda fue cuando, luego de establecer las raíces

ces del proyecto docente asistencial que encabezaba, perdió la Dirección del Departamento Oriente de Psiquiatría en 1981.

El Docente

Dra. Sonia Tardito

Segunda mitad de los setentas; quiebres y profundos cambios que remecen al país...también afectan al ambiente universitario. La línea histórica de formación de psiquiatras ha estado tambaleando y trastabillando. Las instancias de relación y comunicación entre los especialistas se han distanciado. El contacto y el intercambio activo de conocimiento, opiniones y posiciones han disminuido.

El Departamento de Psiquiatría del Hospital Salvador tiene sus becas ocupadas por egresados de la sede oriente de Medicina. Nosotros, un grupo de médicos de la sede Norte, siguiendo a nuestros emigrados ex profesores, buscamos un puerto donde llegar y formarnos. El grupo del Hospital Salvador, con el Dr. Mario Gomberoff a la cabeza, accede a acogernos y nos incorpora al programa de formación de los becados formales.

A los docentes de ese entonces, Rafael Parada, Hernán Davanzo, Luis Gomberoff y Guillermo Sura, se agrega al poco tiempo Ramón Florenzano.

Para los temerosos becados de esa época, Mario estaba rodeado de un halo que a algunos activaba inseguridades y ansiedades. De alguna manera gatillaba las fantasías que el imaginario colectivo atribuye a los psiquiatras, y más aún a los psicoanalistas:

“...me va a pillar al tiro los puntos más débiles...”;

“...se va a dar cuenta de los conflictos no resueltos con mis padres...”

“...seguro que apenas me mire sabrá que tengo dudas en mi relación de pareja y, peor aún, las va a relacionar con algún aspecto sumergido en mi inconciente, que ni siquiera yo sé que existe...”

O sea, ¡Casi una experiencia de transparencia

psíquica! Desde esta perspectiva, cargada con algo de adolescencia tardía, propia de los recién egresados, tomar una supervisión individual con él, posibilidad que ofrecía la formación, era visto casi como enfrentar alguna de las pruebas de Hércules.

Sin embargo, una vez abordado el desafío se desplegaba la realidad profundamente enriquecedora que representaba esa oportunidad. Se aprendía de los psicodinamismos de los o las pacientes, y también se revisaban las angustias y sufrimientos que ellos pueden provocar, así que efectivamente había que enfrentar los propios puntos débiles, lo cual podía ser doloroso. En ocasiones surgía entonces la veta paternal apoyadora del Profesor Gomberoff, quien ofrecía una pastilla Cri-Cri, que sacaba de su bolsillo.

A poco andar, el campo clínico que ofrecía el Hospital Salvador se hizo un poco estrecho, ampliándose éste hacia algunas unidades del entonces Hospital Psiquiátrico.

Mario Gomberoff se traslada allá, como jefe del Departamento de Psiquiatría Oriente, junto con otros profesores, asumiendo a la vez como Jefe del Servicio B de esa institución. Desde esa época hasta la actualidad, la relación entre estos dos centros formadores ha vivido una fluctuación en sus distanciamientos y acercamientos.

En 1979, el equipo docente determina que 4 de las becas universitarias de la sede Oriente, se realicen íntegramente en el Psiquiátrico.

De ahí en adelante se marca su trayectoria ligada a esa Institución, actualmente Instituto Psiquiátrico, con una fuerte presencia en los dos ámbitos: en el académico, como Profesor Universitario de la U. de Chile, dirigiendo activamente los programas de formación, defendiendo permanentemente la condición del Psiquiátrico como centro formador, realizando supervisiones, ahora grupales, e instaurando el seminario de “Introducción al Psicoanálisis”, que actualmente ya es conocido por los futuros psiquiatras desde antes de iniciar la beca. Y como Psiquiatra que asume funciones directivas en el Sistema Público de Salud, primero como Jefe de Servicio Clínico, el Servicio B, cargo ganado una vez que salió a

concurso y posteriormente como Subdirector Médico, tarea que ejerció hasta su jubilación.

Desde fines de los setenta han pasado muchas aguas bajo el puente de la Psiquiatría, algunas calmas, otras más movidas, especialmente en el ámbito del Sistema Público. Mario Gomberoff siempre ha estado allí: opinando, rebatiendo, proponiendo, conduciendo... marcando huella.

Memorables son los primeros consejos técnicos del Servicio "B" en la antigua oficina instalada dentro del Sector 1, previo a su refacción obligada, debido a que empezaron a filtrar aguas de dudosa procedencia desde el Sector del 2º piso. Pasaban los años y la refacción no llegaba... los líquidos "percolados" pasaron a ser parte del entorno habitual. Mario, imperturbable usaba esta situación para plantear metáforas sobre aspectos del funcionamiento hospitalario, que implícitamente se sentía que eran extensivas a la realidad existente más allá de los muros institucionales, estimulando la reflexión y el análisis, así como asumir posiciones al respecto. Él, partidario de permanecer a pesar de precariedades diversas, predicaba con el ejemplo.

Sus intervenciones siempre han instado a tomar conciencia de la responsabilidad involucradas en las acciones: desde aquéllas pertenecientes a un rol más individual como terapeuta, hasta las de un impacto más grupal, como el de jefe de alguna Unidad.

Desde 1980 hasta la fecha actual se han formado aproximadamente 166 becados en el Instituto Psiquiátrico, los que han recibido, entre otras influencias, la impronta de su mirada psicoanalítica cuestionadora de lo aparente; mirada que con frecuencia tiene el dejo de un humor irónico que puede llegar a ser cáustico, si la circunstancia lo amerita; pero que también aporta profundidad y encamina en el aprendizaje de leer entre líneas.

Psiquiatras que estuvieron bajo su formación, algunos de vasta trayectoria, así como otros que recién inician su camino como especialistas, agradecen las herramientas técnicas que el Profesor Gomberoff les entregó en su oportunidad. Me sumo a ellos.

Al consultar a diversos ex becados y becadas sobre el legado que representa, surgen ciertas constantes:

- Su gran capacidad para hacer claridad y comunicar en forma simple la comprensión del ser humano desde una teoría como la psicoanalítica, abriendo la compuerta para la introducción a un cuerpo conceptual que en los primeros acercamientos puede resultar complejo, difícil o incluso hermético.
- Su posición, como psicoanalista que opta por permanecer en el Servicio Público, poniendo la teoría al servicio de la población más desprotegida.
- El estilo muy directo con el que a veces plantea aspectos de la realidad, estilo que puede ser sentido como duro, pero que a muchos ha servido para evitar quedar atrapados en alguna tentadora y blanda autoindulgencia, así como para frenar cualquier peligroso amago de narcisismo.
- Su consistencia; si plantea un límite, lo sostiene a través del tiempo.

Aquí surge una reflexión respecto a las dos características recién mencionadas: traen a la memoria el planteamiento de Levy-Strauss, en el sentido de que el hombre necesitó un tabú, una prohibición o Ley básica que pusiera un límite al devenir natural, para que pudiera surgir la cultura, manifestación esencialmente humana que nos diferenciaría del resto del mundo animal. Se puede plantear del mismo modo, que en la vida individual, en el quehacer cotidiano, el límite y la confrontación con la realidad permiten la reflexión, el desarrollo del mundo interno y por lo tanto, seguramente un mejor despliegue del potencial de cada uno.

Recientemente asistí de polizón a una sesión del seminario que Mario aún hasta la fecha actual dicta para los becados.

El "Prof", mediante figuras amebiformes representaba los yoes con y sin vacíos autistas. Recordé las primeras exposiciones que tuve la oportunidad de escucharle, quedando algunos hechos en relieve: los contenidos han evolucionado y se

han complejizado, la infraestructura también: del dibujo hecho con tiza a veces chirriante sobre un negro pizarrón, ahora las figuras se proyectaban elegante y limpiamente mediante un data show; finalmente lo que sí permanece y pareció más significativo:

- La patente concentración, entusiasmo y motivación de los asistentes, así como la brillante claridad y el genuino interés del expositor pusieron de evidencia que hay Profesor Mario Gomberoff para rato.
- Finalmente, también he sabido que los dulces cri-cri de los '80 han evolucionado pasando por maní y quequitos nacionales de diversa índole, hasta llegar a finos alfajores argentinos.

A Modo de Síntesis

Dr. Juan Maass

Político de la psiquiatría, de humor irónico, controversial, y caústico; severo y exigente en el

espacio docente; afectuoso y cálido en el mundo privado, nunca de consenso. Admirado por su lucidez. Gomberoff el Maestro, el académico, el analista.

Recopilando algo de lo que aquí se ha dicho, Mario Gomberoff nunca dejó de trabajar en el sistema Público de Salud, entregándose por completo a la docencia de sus alumnos y a los pacientes. Prueba de ello son sus largos años de trabajo clínico en el Hospital Psiquiátrico, a la postre, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horvitz Barak, junto a los pacientes pobres, humildes y psicóticos y siempre rodeado de estudiantes de pre o post grado. Así crecieron bajo su alero, connotados colegas que hoy ocupan importantes cargos en la psiquiatría nacional. Así fue también como muchos psiquiatras conocimos de cerca las bondades de la aproximación dinámica de la psiquiatría, de la importancia de la relación médico paciente, de las ventajas del examen clínico riguroso y del contacto con la medicina y psicología.

Son estas cualidades las que nos llevan hoy a entregar esta distinción para quién solicito entonces un merecido aplauso.

Instrucciones para los Autores

(actualizadas en noviembre de 2005)

1. **Formato general.**- Los trabajos deben ser originales e inéditos, estar escritos en español y ajustarse a las normas de publicación de la revista. Todo trabajo deberá ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de la *Revista* y los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas”, establecidos por el *International Committee of Medical Journal Editors*, actualizados en octubre de 2001, disponibles en su versión en español 2003 en: <http://www.wame.org/urmreferenciasinter.pdf>). Información editorial adicional, se encuentra en la página Web de la World Association of Medical Editors, www.wame.org. Todo el material debe ser enviado al Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, incluyendo el material para suplementos.
2. **Arbitraje por expertos pares.**- Los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos a arbitraje por dos expertos pares (peer review) que no son parte interesada del comité editorial. Las opiniones de los expertos serán transmitidas al editor asociado o al editor y luego serán informadas al autor en forma anónima. Si la opinión de los árbitros, sobre la pertinencia de publicar el trabajo en evaluación fuese dispar y uno aprobara y el otro rechazara, el comité editorial tomará la decisión final al respecto. Cuando existan sugerencias de los expertos sobre la necesidad de realizar algunas modificaciones en la presentación un trabajo para su publicación, el comité editorial revisará las futuras versiones para evaluar el cumplimiento de los cambios solicitados. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original. La nómina de revisores árbitros consultados se publica en el último número de la revista de cada año.
3. **Forma de envío del material.**- Deben remitirse tres copias idénticas del trabajo en su versión definitiva en forma impresa (incluyendo tres originales de tablas y figuras), además de una copia electrónica en un diskette de 3,5” o vía correo electrónico, usando programa Microsoft Word, versión para PC. Se solicita a los autores conservar copia de su trabajo. La forma impresa deberá tener el siguiente formato: papel blanco, tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), hojas numeradas ángulo superior derecho, empezando por la página del título, sin membretes, escrito sólo por un lado, márgenes de 3 cm en todos sus bordes, doble espacio, letra de 12 puntos Times New Roman y justificada a la izquierda.

La extensión del texto y elementos de apoyo considera límites máximos según el tipo del trabajo: artículos de revisión hasta 3.500 palabras, 80 referencias y 5 Tablas o Figuras, trabajos de investigación hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 Tablas o Figuras, casos clínicos hasta 2.500 palabras, 20 referencias y 4 Tablas o Figuras, club del artículo hasta 2.000 palabras, 10 referencias y 3 Tablas o Figuras), cartas al Editor hasta 1.500 palabras, incluyendo hasta 6 referencias y 1 Tabla o Figura.

4. **Página inicial.**- Se escribirá el título del trabajo en forma breve pero informativa, en español e inglés. Se debe señalar a los autores con nombre de pila, apellido paterno, inicial del apellido materno. Quienes deseen usar su apellido materno en forma completa podrán poner un guión entre ambos apellidos. Señale el nombre de la o las secciones, departamentos, servicios e instituciones a las que perteneció cada autor durante la ejecución del trabajo; fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos.

Debe declararse toda ayuda financiera recibida, especificando si la organización que la proporcionó *tuvo o no tuvo* influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito (ver conflicto de intereses en punto 13).

Señale con letras minúsculas en “superíndices” a los autores que no sean médicos y use dichos superíndices para identificar su título profesional o su calidad de alumno de una determinada escuela universitaria. Omita cargos administrativos como: jefe, director, presidente, coordinador etc. Si desea que se mencione un grado académico como magíster o doctor (PhD), adjunte una fotocopia autorizada del documento oficial que establece la condición y la mención.

En forma separada se explicitará el nombre, dirección postal, dirección electrónica y teléfono del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito y del contacto con el comité editorial. Al pie de esta página debe mostrarse un recuento computacional de palabras, contadas desde el comienzo de la Introducción hasta el término de la Discusión (se excluyen para el recuento, la página inicial, el Resumen, los Agradecimientos, las Referencias, Tablas y Figuras).

5. Segunda página.- Debe incluir un resumen en español de no más de 250 palabras. El formato debe ser “estructurado” incluyendo explícitamente: introducción, método, resultados y conclusiones. No emplee abreviaturas no estandarizadas. Los autores deben proponer 3 a 10 palabras clave o *key words* (en español e inglés), que deben ser elegidas en la lista del Index Medicus (*Medical Subjects Headings*). Se recomienda a los autores que proporcionen su propia traducción del título y resumen al inglés.
6. Formato ético.- Cuando se incluyan experimentos en seres humanos, explicitar que los procedimientos respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1975), actualizadas en el 2000 y adjuntar la aprobación del *comité de ética* de la institución en que se efectuó el estudio. Cuando se informe de experimentos en animales, los autores deben indicar explícitamente si se siguieron las guías institucionales y nacionales para el cuidado y uso de los animales de laboratorio.
7. Formato de artículos y unidades de medida.- Los autores no están obligados a un formato uniforme, pero en los artículos de observación y experimentales se recomienda el empleo de secciones que llevan estos encabezamientos: introducción, métodos, resultados y discusión. Cuando se trate de un trabajo de investigación, en la sección método describa: la selección de los sujetos estudiados: pacientes o animales de experimentación, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identifique los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores que reproduzcan sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso los estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, describalas con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones. Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identifique a los pacientes mediante números correlativos, pero no use sus iniciales ni los números de fichas clínicas de su hospital. Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados. Las medidas de longitud, altura, peso y volumen se deben expresar en unidades métricas (metros, kilogramos, o litros) o sus múltiplos y decimales. La temperatura se debe expresar en grados Celsius. La presión sanguínea en milímetros de mercurio.

Respecto de los resultados preséntelos en una forma clara y lógica dejando la discusión para la sección correspondiente. Las conclusiones deben estar relacionadas con los objetivos del estudio evitando hacer afirmaciones y conclusiones que no se fundamenten en los resultados.

8. **Tablas.**- Las tablas se presentan en hojas separadas, indicando la posición aproximada que les corresponde en el texto, se identifican con números arábigos y texto en su borde superior. Numere las Tablas en orden consecutivo y asigneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (Título de la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Separe con líneas horizontales solamente los encabezamientos de las columnas y los títulos generales. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estandarizadas. Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.
9. **Figuras.**- Denominamos “Figura” a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ejs: gráficos, radiografías, registro EEG y EMG, etc.). Los gráficos deben ser dibujados por un profesional, o empleando un programa computacional adecuado. Envíe 3 reproducciones fotográficas de cada Figura, en blanco y negro, en tamaño 9 x 12 cm. Los títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía sino que se incluirán en hoja aparte, para ser compuestos por la imprenta. En el respaldo de cada fotografía debe anotarse, con lápiz de carbón o en una etiqueta pegada, el número de la Figura, el nombre del autor principal, y una flecha indicando su orientación espacial. Los símbolos, flechas o letras empleados en las fotografías de preparaciones microscópicas, deben tener un tamaño y contraste suficientes para distinguirlas de su entorno. Cite cada Figura en el texto, en orden consecutivo. Si una Figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo. Envíe las Figuras protegidas en un sobre grueso de tamaño apropiado. Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato. Las Figuras que muestren imágenes (radiografías, histología, etc.) deben entregarse en copias fotográficas, no como fotocopias. Presente los títulos y leyendas de las Figuras en una página separada. Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones. En la reproducción de preparaciones microscópicas, explicita la ampliación y los métodos de tinción empleados. La publicación de Figuras en colores debe ser consultada con la *Revista*, su costo es fijado por los impresores y deberá ser financiado por los autores.
10. **Referencias.**- Las referencias bibliográficas deben limitarse a los trabajos citados en el texto, numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto y limitarse en número a lo establecido en el punto 3.

En el texto, en los cuadros y en los pies de epígrafes de las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numeran siguiendo una secuencia que se establecerá por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

Los resúmenes de presentaciones a Congresos pueden ser citados como referencias sólo cuando fueron publicados en revistas de circulación común. Si se publicaron en “Libros de Resúmenes”, pueden citarse en el texto (entre paréntesis), al final del párrafo pertinente. Se puede incluir como referencias a trabajos que ya están aceptados por una revista para su publicación; en este caso, se debe anotar la

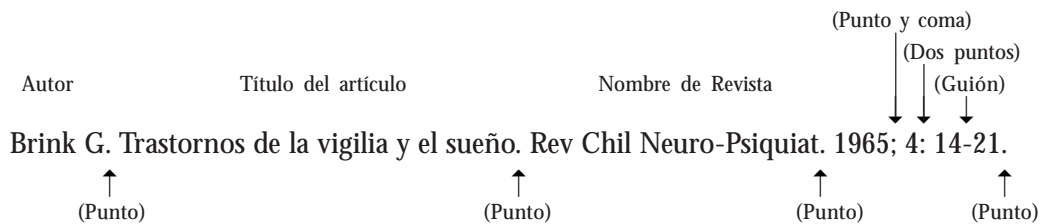
referencia completa, agregando a continuación del nombre abreviado de la revista la expresión "en prensa". Los trabajos en proceso de evaluación editorial pero todavía no aceptados oficialmente, pueden ser citados en el texto (entre paréntesis) como "observaciones no publicadas" o "sometidas a publicación", pero no deben listarse en las referencias.

11. Formas de citar.- Detalles de formatos y ejemplos sobre el modo correcto de citar los diversos tipos de referencias se encuentran en "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas". www.icmie.org. o en [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A continuación se ilustran algunas de las formas de más frecuente uso, por favor verifique la puntuación que corresponde a cada caso.

I. Revistas

a. Artículo standard

Formato general: Autor(es). Título del trabajo. Nombre de la revista según abreviatura del Index Medicus. Seguido del año; volumen: páginas inicial - final con números completos. (hemos optado por omitir el número, dentro del volumen). Se listan sólo los seis primeros autores, si el número de estos es superior a seis, deben nominarse los primeros seis y añadir la expresión *et al.* en cursiva.



Apellido Paterno, iniciales de nombre(s) seguido de punto, si es autor único o final como el primer ejemplo. Si siguen otros autores corresponde una coma:

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer*. 1996; 73: 1006-1012.

b. Organización como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust*. 1996; 164: 282-284.

c. Volumen con suplemento

Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev Chil NeuroPsiquiat*. 2002; 40 Supl 2: 20-34.

d. Numeración de páginas con números romanos

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am*. 1995; 9: xi-xii.

II. Libros y monografías

Formato general: Autore(s). Título del libro. Número de la edición si es más que una. Ciudad en la que fue publicado: editorial; año.

Autor(es) de la obra en forma integral

Matte I. Estudios de psicología dinámica. Santiago de Chile: Ediciones de la Universidad de Chile; 1995.

a. Editor(es) compilador(es) como autor(es)

(Coma) (Coma) (Punto) (Punto) (Aquí vas la edición si corresponde)

↓ ↓ ↓ ↘ ↙

Pumarino H, Pineda G, editores. Hipotálamo e Hipófisis. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1980.

↑ ↑ ↑

(Punto y coma) (Punto) (Si fuesen autores sería punto) (Dos puntos)

c. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh SH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. pp. 465-478.

III. Otras fuentes

a. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (M0): Mosby-Year Book;1995.

b. Material electrónico

Revista on-line Tsui PT, Kwok ML, Yuen H, Lai ST. Severe acute respiratory syndrome: clinical outcome and prognostic correlates. Emerg Infect Dis [serial onlinel 2003 Sept [date cited]. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no9/03-0362.htm>

Documento en sitio Web de organización

Intemational Committee of Medical Journal Editors (1CMJE). Uniform Requirements for Manuscripts Subrnitted to Biomedical Journals. Updated October 2001. Disponible en URL: <http://www.icmje.org/>

Guía de autoevaluación de exigencias para los manuscritos

Revise antes de enviar el trabajo. En caso de que no se cumplan algunos de los puntos, se devolverá el artículo al autor para que haga las modificaciones pertinentes.

1. Este trabajo es original e inédito (salvo resúmenes de congresos) y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión del Comité Editorial de esta Revista.
2. El texto está escrito a doble espacio, en tamaño carta, letra Times New Roman de 12 puntos.
3. Se respeta el límite máximo de extensión según tipo de artículo.
4. Tiene título en español y en inglés.
5. Tiene un resumen "estructurado" en inglés y en español, de no más de 250 palabras con palabras clave y key words.
6. Las citas bibliográficas no sobrepasan lo estipulado según el tipo de artículo y están de acuerdo al formato exigido por la revista. Se cita por orden de aparición en el texto.
7. Las tablas y figuras están en hojas aparte, las figuras tienen identificación y marca de orientación al dorso y lecturas en hojas ad hoc, la calidad es buena y permiten la necesaria reducción en la imprenta. Se adjuntan 3 ejemplares de c/u.
8. Si se reproducen tablas o figuras de otras publicaciones, se acompañan de la autorización escrita de los autores para su reproducción.
9. Se indican números telefónicos, fax y correo electrónico del autor.
10. Están completas las declaraciones de autoría, de transferencia de derechos de autor y de declaración de conflicto de intereses.

Declaración de la responsabilidad de autoría y transferencia de derechos de autor

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos. Si es insuficiente el espacio para las firmas de todos los autores, pueden agregar fotocopias de esta página.

TÍTULO DEL MANUSCRITO

DECLARACIÓN: Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

En la columna «Códigos de Participación» anote personalmente todas las letras de códigos que designan/identifican mi participación en este trabajo, elegidas de la Tabla siguiente:

Códigos de Participación

- | | |
|--|--|
| A Concepción y diseño del trabajo | G Aporte de pacientes o material de estudio |
| B Recolección/obtención de resultados | H Obtención de financiamiento |
| C Análisis e interpretación de datos | I Asesoría estadística |
| D Redacción del manuscrito | J Asesoría técnica o administrativa |
| E Revisión crítica del manuscrito | K Otras contribuciones (definir) |
| F Aprobación de su versión final | |

Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, excepto en forma de resumen. Una vez aceptado para publicación en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, los derechos de autor serán transferidos a esta última. Asimismo, declaran que no ha sido enviado en forma simultánea para su posible publicación en otra revista. Los autores acceden, dado el caso, a que este artículo sea incluido en los medios electrónicos que el Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, considere convenientes.

NOMBRE Y FIRMA DE CADA AUTOR, CÓDIGOS DE PARTICIPACIÓN

Nombre y Apellidos	Profesión	Código participación	Firma
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha:

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Esta declaración debe ser completada por separado, por cada uno de los autores de un artículo

Existe un conflicto de intereses toda vez que un interés *primario* (tales como el bienestar de los pacientes, o la validez de una investigación científica) puede verse afectado por un interés *secundario* (tales como una ganancia o rivalidades personales).

El Comité Editorial de la Revista de Neuro-Psiquiatría ha estimado necesario solicitar a los autores que presenten trabajos para su publicación, que informen mediante una declaración sobre los denominados conflictos de intereses. El objetivo es entregar al equipo editor, revisor árbitro y lector, los antecedentes necesarios para juzgar apropiadamente un artículo presentado para su consideración.

Para informarse sobre el concepto de conflicto de intereses y el sentido de la declaración solicitada, se sugiere consultar Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2004; 42: 7-36.

Por favor responda las siguientes preguntas

1. ¿Ha aceptado usted a título personal algunos de los siguientes beneficios, de instituciones que pudiesen de algún modo verse afectadas monetariamente por las conclusiones de su artículo?

- Apoyo económico para asistir a un congreso o actividad educativa.
- Honorarios por dictar una charla.
- Fondos para investigación
- Fondos para contratar alguno de sus colaboradores
- Honorarios por consultoría

2. ¿Ha tenido usted alguna relación laboral con alguna organización que pudiese de algún modo verse beneficiada o perjudicada económicamente por la publicación de su artículo (o carta)?

- Sí
- No

3. ¿Posee usted acciones u otros intereses económicos en alguna organización que pudiese de algún modo verse beneficiada o perjudicada económicamente por la publicación de su artículo (o carta)?

- Sí
- No

4. ¿Ha actuado usted como parte en algún conflicto legal, en el tema al cual se refiere su publicación?

- Sí
- No

5. ¿Tiene usted algún otro conflicto de intereses que estime debe ser declarado?

- Sí
- No

En caso afirmativo, por favor especifíquelo a continuación:

Si Usted ha contestado afirmativamente alguna de las cinco preguntas precedentes, por favor escriba una breve declaración, la que será publicada junto con su artículo, al final del texto y antes de las referencias (espacio de agradecimientos). Un modelo de declaración se entrega a continuación:

Conflicto de intereses: R X ha recibido ayuda económica de parte del Laboratorio XX para asistir a congresos de la especialidad. Ha recibido, además, honorarios por su participación en actividades de educación y promoción organizadas por la misma empresa.

Si ninguna de sus respuestas fue afirmativa, se publicará el siguiente párrafo junto a su artículo:

*El autor no declaro posibles conflictos de intereses
Los autores no declararon posibles conflictos de intereses*

Si bien este formulario se centra a conflictos de intereses de carácter económico, usted puede declarar conflictos de cualquier otra naturaleza, que puede juzgar necesario informar a los lectores.

Elija una de las dos alternativas siguientes:

1. Por favor inserte “ningún conflicto por declarar” en la declaración de conflictos de intereses.
2. Por favor inserte la siguiente declaración de conflictos de intereses:

Título del Artículo:

Nombre del autor:

Firma:

Fecha:

Adaptado del formulario de declaración de conflictos de intereses adoptado por el *British Medical Journal*.
Disponible en URL: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7154/291/DC1>

Editorial	Editorial
Artículos originales/Original Article	Artículos originales/Original Article
Pyridoxine for drug induced dyskinesia. A placebo-controlled randomized cross-over trial	Piridoxina en el manejo de Disquinesias Tardías. Un estudio placebo controlado, randomizado, doble ciego y cruzado
Patterns of substance use of out-of-treatment Cocaine Base Paste users	Patrones de consumo de sustancias de una muestra no consultante de consumidores de pasta base de cocaína
Short term unit database analisis (UHCE). Psichiatry Dr. Sótero del Río Hospital	Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadia (UHCE). Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río
Neurocognitive models of schizophrenia: The prefrontal cortex role	Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal
Book Review	Comentario de Libro
Historical Note	Reseña Histórica
Chronicle	Crónica