

revista
CHILENA DE
NEURO-PSIQUIATRÍA

AÑO 60, VOL 44, N° 2, ABRIL-JUNIO 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-Zuvc
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

Comisión de Psiquiatría

Secretario Ejecutivo

Fernando Ivanovic-Zuvc

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 Esclerosis Múltiple

Comité de Ética

Víctor Lermenda

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 Gramegna

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 esta 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

Editorial IKU

Producción: María Cristina Illanes
ediku@vtr.net

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a: Dr. Rodrigo Salinas, 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-Zuñic
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	
<i>Rodrigo Salinas</i>	87
Artículos originales/Original Article	
La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica	
The International Classification of Functioning, Disability, and Health and the Neurological Practice	
<i>Pedro Chaná C. y Daniela Albuquerque</i>	89
Migraña con aura: Una mirada molecular a un problema hereditario	
Migraine with aura: A molecular view to a hereditary disorder	
<i>Alfredo Ramírez Z., Violeta Díaz T., Cecilia V Rojas B., María Isabel Behrens P. y Christian Kubisch.</i>	98
El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez	
Operationalized Pshychodinamic Diagnosis (OPD): Concept, reliability and validity	
<i>Manfred Cierpka, Michael Stasch, Reiner W. Dahlbender y el grupo de trabajo OPD</i>	105
Caso Clínico/Clinical case	
Hematoma talámico bilateral simultáneo. Reporte de dos casos y revisión de la literatura	
Simultaneous bilateral thalamic hematoma. Case report and review of literature	
<i>José Vallejos C., Patricio Mellado T. y Isidro Huete L.</i>	127
Crónica/Chronicals	
Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica:	
<i>“Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie”</i>	
Ortega y Gasset and biological psychiatry:	
<i>“If we want that everything goes on like it is, it is necessary that everything changes”</i>	
<i>Gustavo Figueroa C.</i>	134
Comentario de Libro / Book Review	
The art and science of brief psychotherapy. A practitioner’s guide	
<i>Gustavo Figueroa C.</i>	147
Idea médica de la persona. La persona ética como fundamento de las antropologías médica y de la convivencia humana	
<i>Enrique Jadresic M.</i>	149

Presentamos a nuestros lectores el segundo número del volumen número 44 de nuestra Revista. En sus contenidos se entremezclan tópicos variados y que pueden interesar a las distintas especialidades que dan cuerpo a nuestra Sociedad. Desde una mirada con énfasis en los aspectos propios de la rehabilitación de nuestros pacientes, el Dr. Pedro Chaná entrega antecedentes sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y su relación con la práctica neurológica, como alternativa a las escalas actuales de clasificación y como solución a las carencias que se han identificado en ellas, dejando claro que el disponer de sistemas eficientes y validados de clasificación de las enfermedades y discapacidades que aquejan a nuestros pacientes es una herramienta indispensable para asegurar la calidad de nuestros registros y, por consiguiente, de los esfuerzos por mejorar la calidad de nuestra atención. Mediante una aproximación radicalmente distinta, un artículo original aborda los mecanismos moleculares que subyacen a un cuadro con un reconocido componente hereditario, como es el caso de la migraña con aura, a partir del análisis genético de cinco familias chilenas en que alguno de sus miembros cumple con los criterios para ser diagnosticado como sufriente de esa patología. Presentamos, a continuación un extenso e interesante artículo enviado por el Dr. Manfred Cierpka, desde Alemania, en que presenta el sistema de “diagnóstico psicodinámico operacionalizado” cuyo uso se encuentra extendido en los países de habla germana y que cuenta con distinguidos seguidores en nuestro medio. Este número contiene, además, una mirada crítica a la psiquiatría biológica, desde una perspectiva filosófica, que esperamos motive réplicas que estaremos gustosos de considerar. Por último, quizás lo que define la mirada clínica de nuestro quehacer, presentamos un reporte de dos casos de hematomas talámicos bilaterales simultáneos, más una revisión de la literatura sobre la materia.

La relación de los contenidos de este número no ha tenido otro propósito que hacer evidente la variedad de tópicos y formas de presentación que estos pueden adoptar al momento de transformarse en una comunicación científica que busque ser publicada en un Revista con las características de la nuestra. Desde la salud pública hasta los mecanismos moleculares de la enfermedad; desde la publicación de casos clínicos hasta la reflexión filosófica sobre los modelos explicativos del ser enfermo, encuentran cabida en estas páginas. Esperamos que estos espacios de conocimiento, que ocurren en esta interfaz que conforman la neurología, la psiquiatría y la neurocirugía, despierten el interés de nuestros lectores por explorar los temas propuestos y por aprovechar este lugar de encuentro que es nuestra publicación.

Rodrigo Salinas
Editor

La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica

The International Classification of Functioning, Disability, and Health and the Neurological Practice

Pedro Chaná C.^{1,2} y Daniela Albuquerque^{1,3}

The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) aims to supply a reliable, standardized and common language that can be applied in different cultures allowing a description of human functioning and disability, using a universal view of disability. It belongs to a group of classifications from the World Health Organization providing an integral approach to the patient. It establishes a paradigm which approaches the problems of the patient linking the different components of functionality in a circular way where one system influences others, with mutual relationships between them. The model is established with two main parts: the first part includes the functioning and disability with two components a) body structure and function and b) activities and participation. The second part includes the so called contextual factors with two components c) environmental factors and d) personal factors. Each part is divided in domains and these in structures giving a branched structure to the classification. The usefulness of this classification is multiple. It can be used in various disciplines and also across them. It looks for providing a scientific basis for the understanding and study of health and the states related to it, to improve communication among users, such as health professionals, investigators, designers of health policies, and general population, including disabled people. It allows the comparison of data between countries, sanitary disciplines, services, and different periods of time. It gives a system of codification to be applied in the systems of sanitary information and clinical practice.

Key words: Disability Evaluation; Classification; Neurology.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(2): 89-97

Recibido: 26 de septiembre 2005

Aceptado: 3 de mayo 2006

¹ Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento (CETRAM), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

² Departamento de Neurología Clínica Alemana de Santiago.

³ Terapia Ocupacional, Universidad Nacional Andrés Bello.

Los autores no refieren posibles conflictos de interés.

Introducción

La discapacidad ha sido enfrentada por varios años desde la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías CIDDMM OPS-OMS, la cual tiene en sus fundamentos un enfoque biomédico y plantea una linealidad entre la enfermedad o problema de salud como causante de la deficiencia, es decir la alteración en una función y/o estructura corporal que provoca la discapacidad (entendida como disminución en la capacidad de realizar una actividad) y finalmente como resultado una minusvalía al presentar una desventaja social como consecuencia. Con el correr de los años comienzan a evidenciarse múltiples limitaciones en esta clasificación como por ejemplo que en algunos casos es posible evidenciar la presencia de deficiencias sin su consecuente limitación en la capacidad (como es el caso de pacientes con un espasmo hemifacial), así como se pueden presentar limitaciones en la capacidad y el desempeño sin deficiencias. Un caso característico es en las etapas finales del embarazo, condición fisiológica que afecta la capacidad y desempeño, situación reconocida por todas las legislaciones. Otra crítica al modelo tiene relación con apreciar problemas en el desempeño sin limitaciones de las capacidades del paciente, como es el caso de la estigmatización frecuentemente vista en neurología, especialmente hacia pacientes con epilepsia, o enfermedades degenerativas en sus etapas iniciales, lo que ciertamente afecta su participación social. Evidentemente este modelo no daba cuenta de todos los aspectos de la enfermedad. Este análisis crítico se enriquece con la llamada perspectiva social en respuesta al concepto biomédico tradicional, planteándose que la sociedad es la que ha fracasado en dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad y no son estas personas las que no se han podido adaptar. De esta forma es responsabilidad de la sociedad adecuarse a las necesidades de estos colectivos, naciendo la lucha por reivindicaciones para grupos minoritarios en desventaja social.

Estas visiones, aparentemente divergentes, resultan complementarias, y de este modo lo reco-

nocen los paradigmas sobre los que se sustenta la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud también conocida como CIF. El 22 de Mayo de 2001 mediante la resolución WHA54.21 de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y luego de haber llevado a cabo estudios de campo sistemáticos y consultas internacionales a lo largo de los cinco años, se aprobó la CIF para su uso internacional⁽¹⁾. En esta publicación realizamos una revisión de esta clasificación en cuanto a su filosofía, componentes, estructura y posibles formas de aplicación. La socialización de la CIF sienta las bases para un lenguaje común entre los profesionales de la salud. Actualmente, su aplicación y validación en las diferentes especialidades es una tarea pendiente que ha comenzado paulatinamente a realizarse a nivel mundial. Mediante esta revisión pretendemos motivar a nuestra comunidad en el tema.

La CIF es una clasificación cuyo objetivo es aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad, utilizando una visión universal de la discapacidad. Forma parte de la familia de clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud que proporcionan un marco conceptual uniforme de clasificación⁽²⁾. La mayor virtud de esta clasificación es que provee un abordaje integral del paciente, estableciendo un paradigma que aborda la problemática de los pacientes enlazando los diferentes componentes de la funcionalidad en forma circular donde un sistema influye sobre el otro, implicándose e imbricándose entre ellos (Figura 1).

El Modelo se establece en dos grandes partes: la primera que agrupa el Funcionamiento y Discapacidad con dos componentes: a) Funciones y Estructuras Corporales y b) Actividades y Participación. Una segunda parte en que se agrupan los llamados Factores Contextuales con dos componentes; c) Factores Ambientales y d) Factores Personales (Tabla 1). A su vez cada constructo es dividido en dominios y estos en constructos, dando una estructura arborífera a la clasificación. (Figura 2).

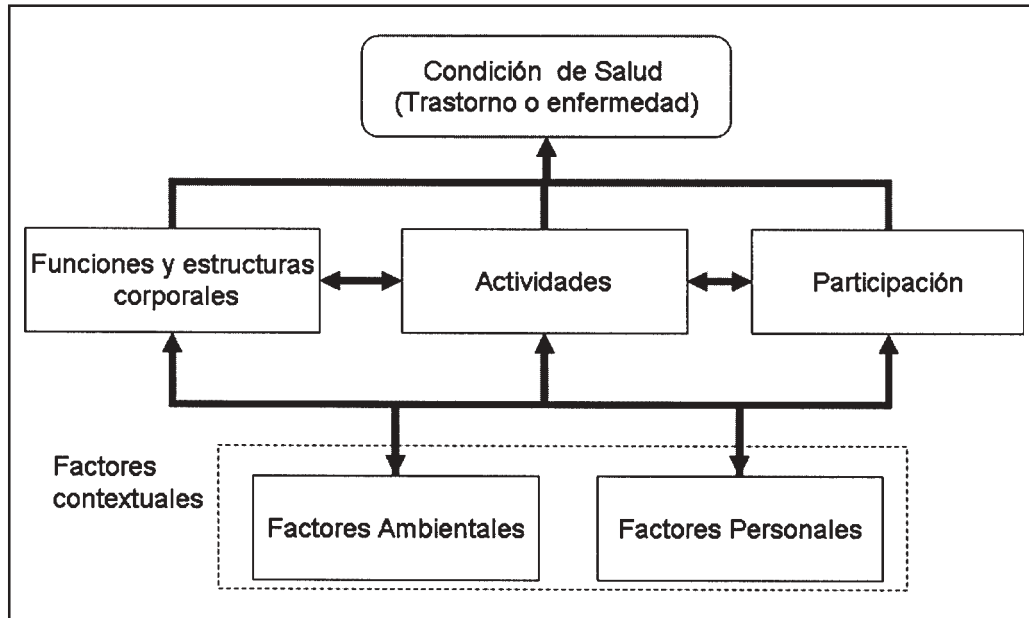


Figura 1. Interacción componentes CIF.

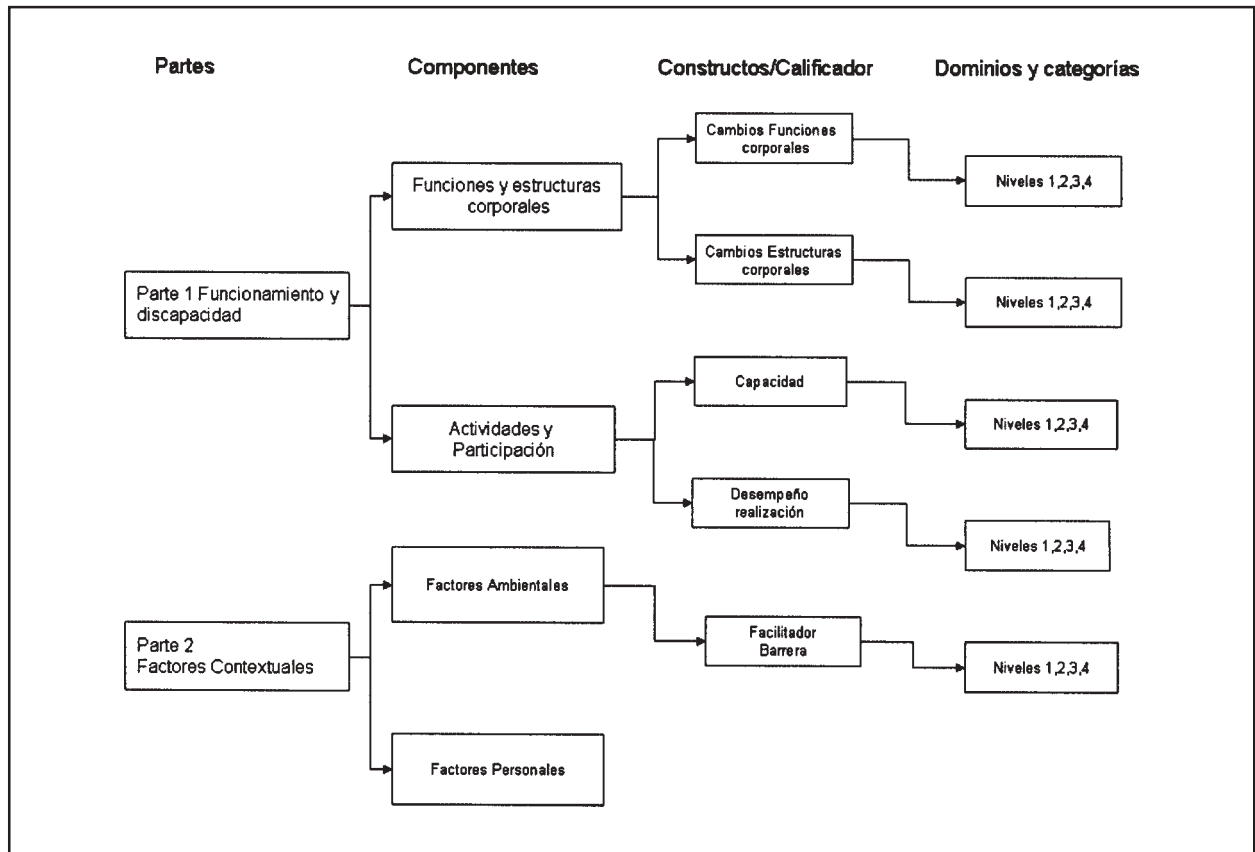


Figura 2. Estructura de la CIF.

Se identifican y definen así los siguientes componentes:

Funciones corporales: Que se refieren a las funciones fisiológicas de los diferentes sistemas y estructuras corporales relacionadas a las partes anatómicas del cuerpo.

Actividades y Participación: La primera entendida como la realización de una tarea o acción por parte de un individuo y la segunda como el acto de involucrarse en una situación vital. Se establece por definición que limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades y restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones reales de la vida.

Factores Contextuales: Que incluyen el ambiente y los factores personales. Factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Los factores personales que son las múltiples aspectos propios de cada individuo, no se detallan en esta versión de la clasificación. Estos factores se integran enlazándose unos con otros para determinar el estado de salud (Figura 1).

Los objetivos de esta clasificación son múltiples. Puede ser utilizada en varias disciplinas y transectorialmente. Busca proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, establecer un lenguaje común para describirla y para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades; permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo; proporciona un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Ámbitos o dimensiones diferentes pueden ser distinguidos al aplicar el paradigma CIF, hacia lo objetivo y lo subjetivo. Lo primero es claramente reflejado en la CIF como veremos a continuación. Sin embargo, lo subjetivo es recogido

en el contexto de la participación, siendo claramente insuficiente para valorar lo que podríamos llamar la satisfacción de la persona respecto a su participación, definida como el estado cognitivo y de motivación que compromete a la persona, dependiendo de su estado funcional y cultura entre otros factores personales o sociales. La naturaleza de este estado puede resultar resiliente o inhibitorio para la persona lo cual podría ser considerado dentro de un componente de los aspectos personales que no existen predeterminados en la CIF. Sin embargo, esto pueden ser referidos más bien a aspectos objetivos, raza, edad... y la satisfacción estar referida a todos los aspectos considerados en la CIF⁽³⁾.

Una interesante aplicación como herramienta estadística en la recogida y registro de datos es la Encuesta Nacional de la Discapacidad realizada recientemente por FONADIS, que es semejante a otras experiencias internacionales^(4,5) como herramienta de investigación para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales; como herramienta clínica en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados; como herramienta de política social en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas; como herramienta educativa para diseño del "currículum", y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

A continuación presentamos algunos ejemplos prácticos de la clasificación que servirán al lector para comprender sus alcances:

Ejemplo 1: Clasificación de un estado de conciencia

Debe ser considerado dentro de las FUNCIONES CORPORALES en el Capítulo 1 de el dominio de las Funciones mentales dentro de los constructos de las Funciones mentales globales (b110-b139) y en ellas las Funciones de la con-

ciencia (b110) el Nivel de conciencia (b1100) que se entiende como: Funciones mentales que cuando se alteran producen estados tales como la obnubilación mental, el estupor o el coma.

Este nivel de conciencia puede ser calificado según los siguientes calificadores:

- xxx.0 NO hay problema (ninguno, insignificante,...) 0-4%
- xxx.1 Problema LIGERO (poco, escaso,...) 5-24%
- xxx.2 Problema MODERADO (medio, regular,...) 25-49%
- xxx.3 Problema GRAVE (mucho, extremo, ...) 50-95%
- xxx.4 Problema COMPLETO (total,...) 96-100%
- xxx.8 sin especificar
- xxx.9 no aplicable

Este lenguaje común no siempre coincidirá con los usos de la práctica clínica y sus clasificadores en muchos casos estarán lejos de ser útiles a la práctica clínica. Su validación es un proceso dinámico en el que se esperan muchos cambios y una creciente consolidación.

Ejemplo 2

Un ejemplo que se ajusta mejor a la práctica clínica es la evolución de los déficit motores, como una paresia de la mano en el contexto de una enfermedad de la moto neurona.

Se clasifica dentro de FUNCIONES CORPORALES, Capítulo 7 dominio de las Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, en el constructo de las Funciones musculares (b730-b749), Funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730), Fuerza de músculos aislados o de grupos de músculos (b7300), que se entiende Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de músculos específicos y aislados o de grupos de músculos. Incluye deficiencias tales como debilidad de pequeños músculos de los pies y manos, clasificándose con uno de los clasificadores ya mencionados. Se podría adicionalmente especificar la estructura afectada calificando ESTRUCTURAS CORPORALES en el Capítulo 7 Estructuras rela-

cionadas con el movimiento, Estructura de la extremidad superior (s730), Estructura de la mano (s7302), Músculos de la mano (s73022), pudiendo utilizarse los siguientes calificadores:

- 0 no hay cambio en la estructura
- 1 ausencia total
- 2 ausencia parcial
- 3 parte adicional
- 4 dimensiones aberrantes
- 5 discontinuidad
- 6 posición desviada
- 7 cambios cualitativos en la estructura, incluyendo la acumulación de fluido
- 8 sin especificar
- 9 no aplicable.

La precisión en la descripción dependerá del nivel que se quiera alcanzar y los ítems que se desea describir, lo cual variará según los objetivos que se tenga al utilizar la clasificación.

Este afinamiento de la descripción de los aspectos funcionales y estructuras afectadas es uno de los aspectos de la clasificación. Otro ámbito integrado como la participación y desempeño extiende el ámbito de la clasificación a lo psicosocial.

Ejemplo 3

Una aplicación neurológica frecuente es en pacientes con demencia en relación a la capacidad de auto cuidado de su salud, la cual se clasifica dentro de ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN en el Capítulo 5 dominio de Autocuidado, constructo Cuidado de la propia salud (d570) Asegurar el propio bienestar físico (d5700) definido como Cuidar de uno mismo, siendo consciente que uno debe tomar medidas, y tomándolas para que el cuerpo esté en una postura cómoda, sin sentir demasiado calor o frío y que se dispone de la luz adecuada. Se podrá clarificar según sistema genérico de porcentajes.

En último término los factores ambientales también podrán ser clasificados y calificados esta vez definiendo si facilitan o dificultan el desempeño del paciente.

Aplicación estadística

El primer estudio nacional de la discapacidad realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE) toma una radiografía de la discapacidad en Chile utilizando la Clasificación CIF en un estudio poblacional con una muestra de 1.335 personas a quienes se les aplica una encuesta de 34 preguntas para identificar sus dificultades, seguida de 32 preguntas para caracterizar la discapacidad. Se encuentra una prevalencia nacional de discapacidad de 12,9% que se descompone en 7,2; 3,2; 2,5% entre leve, moderada y severa respectivamente.

Al clasificar la discapacidad en relación a los diagnósticos CIE-10 observamos que diagnósticos del sistema nervioso central representan el 5,8% al igual que las discapacidades de origen en enfermedades mentales y del comportamiento, no existiendo información respecto a la severidad en relación al diagnóstico CIE-10.

Otra aplicación estadística es la codificación de encuestas y registros de uso clínico, facilitando su incorporación al sistema de registro compu-

tacional, permitiendo conservar información en campos por separado respecto de diferentes aspectos de la enfermedad, especialmente los relacionados al estatus funcional del paciente⁽⁶⁾. Al comparar la codificación mediante CIF y escalas de evaluación especialmente en lo relacionado a los ámbitos desempeño y participación, se observa que la codificación logra reflejar las escalas en forma consistente. Sin embargo, los códigos no se restringen a un solo ámbito sino que se reflejan en forma difusa en la clasificación, probablemente por el espíritu que la inspira, en que no se den sistemas enlazados y que la participación no puede ser explicada por uno o dos factores aislados⁽⁷⁾.

Aplicación en la rehabilitación clínica

La rehabilitación implica un continuo de procesos: la identificación de los problemas por parte del equipo de rehabilitación y la definición de las necesidades por parte del paciente, determinando los factores contextuales que pueden facilitar o inhibir el proceso, definir los objetivos y las áreas en que se centrara el trabajo, establecer

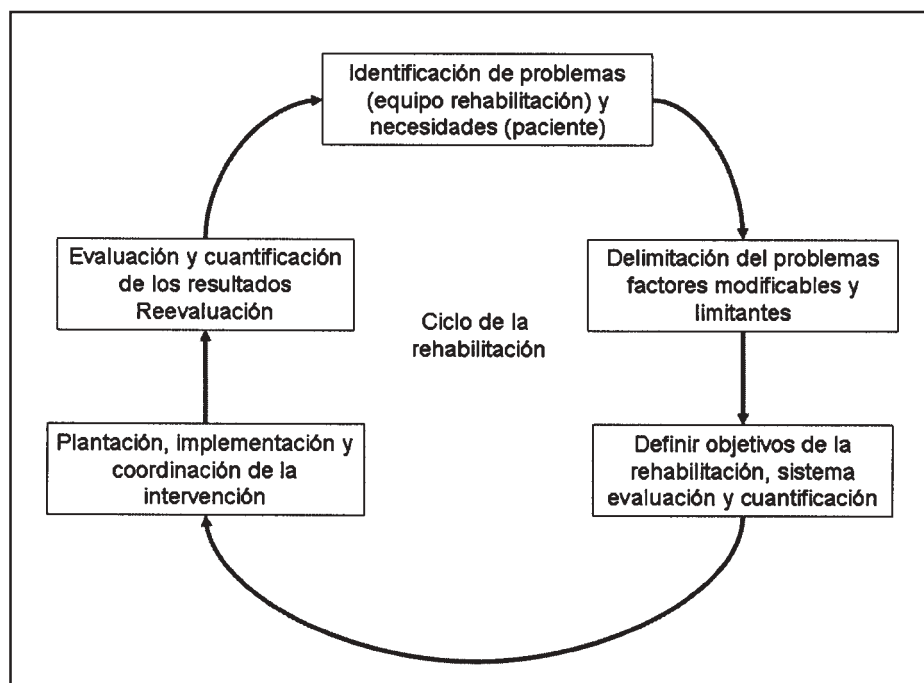


Figura 3. Ciclo de la rehabilitación.

los mecanismos de evaluación y cuantificación para finalmente planear, implementar y coordinar la intervención. Luego se evalúan los resultados y se reinicia este ciclo en relación a los nuevos problemas detectados (Figura 3).

Esto implica un trabajo interdisciplinario en el que se requiere de un plan de acción para hacer participe al paciente. En este sentido se han utilizado los formularios llamados RPS-Form del inglés Rehabilitation Problem Solving, del que existen diferentes versiones basadas en la CIF^(8,9). Esencialmente estas herramientas despliegan en una hoja los componentes de la CIF, dividiendo la hoja en dos, una parte para la visión del paciente y otra para la del equipo rehabilitador (Figura 4), para construir el plan de acción. Los problemas son codificados de modo de establecer un lenguaje común para el equipo y establecer un trabajo de resolución de conflicto en el sentido de orientar a satisfacer al paciente en sus demandas conciliándolo con el equipo rehabilitador.

Se concluye que la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud es una herramienta que permitirá la estandarización de los procesos de obtención de información, de aplicación transectorial, de utilidad

en la epidemiología, orientada a aportar datos para las decisiones de salud pública. Al establecer un lenguaje común aporta al manejo clínico de los pacientes permitiendo definir universalmente las acciones del equipo rehabilitador. Por último, probablemente lo más relevante es que establece un paradigma que enfoca la funcionalidad del ser humano como un sistema de múltiples sistemas que interactúan reforzando el modelo biosicosocial para enfocar la salud y privilegiando una mirada hacia las capacidades por sobre las dificultades.

En nuestra experiencia clínica su aplicación en el ámbito de la neurología es posible y permite un lenguaje común entre el equipo de rehabilitación y el paciente. Su espíritu universal en sentido de abarcar globalmente la funcionalidad dificulta en algunos casos la clasificación de problemáticas específicas; sin embargo, se trata de una clasificación viva en que mediante el aporte de quienes la utilizan se va perfeccionando, utilizando el mismo modelo de trabajo de otras clasificaciones de la organización mundial de la salud como la clasificación internacional de enfermedades. Detalles de esto se puede encontrar en el sitio web oficial de la CIF. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Perspectiva Paciente	Nombre	Diagnóstico (código ICD-10)	Objetivos de la rehabilitación
	Edad		
Profesionales de la salud	Funciones y estructuras Corporales	Actividades	Participación
	Factores contextuales: Ambientales Personales		

Figura 4. Formulario de planeamiento rehabilitación (RPS).

Tabla 1. Componente de la CIF

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas y acciones)	Influencia externa sobre el funcionamiento de la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológico) Cambios en las estructuras corporales (anatómicos)	Capacidad de realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño y realización Realización de tareas en un entorno real	El efecto facilitador o barreras de las características del mundo físico social y actitudinal	Efectos de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad de la función y estructura Funcionamiento	Actividades y participación	facilitadores	
Aspectos negativos	Deficiencia Discapacidad	Limitación de la actividad restricción de la participación	Barreras y obstáculos	

Resumen

La actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud también conocida como CIF, tiene como objetivo aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad, utilizando una visión universal de la discapacidad. Forma parte de la familia de clasificaciones de la organización mundial de la salud que proporcionan un marco conceptual uniforme de clasificación. La mayor virtud de esta clasificación es que provee un abordaje integral del paciente, estableciendo un paradigma que aborda la problemática de los pacientes enlazando los diferentes componentes de la funcionalidad en forma circular donde un sistema influye sobre el otro, implicándose e imbricándose entre ellos. El Modelo se establece en dos grandes partes: la primera que agrupa el Funcionamiento y Discapacidad con dos componentes (a) Funciones y Estructuras Corporales y (b) Actividades y Participación. Una segunda parte en que se agrupan los llamados Factores Contextuales con dos componentes (c) Factores Ambientales y (d) Factores Personales. A su vez cada constructo es dividido en dominios y estos en constructos, dando una estructura arborífera a la clasificación. Las utilidades de esta clasificación son múltiples: puede ser utilizada en varias disciplinas y transectorialmente; busca proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella y establecer un lenguaje común

para describir la salud y los estados relacionados con ella; para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades; permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo; proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria y en la práctica clínica.

Palabras clave: *Evaluación de la discapacidad; clasificación; neurología.*

Referencias

1. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud ed. Madrid España: 2001. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
2. Jiménez Bunuales MT, González DP, Martín Moreno JM. [International classification of functioning, disability and health (ICF) 2001]. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 271-9.
3. Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disabil Rehabil* 2003; 25: 596-601.
4. Annicchiarico R, Gibert K, Cortés U, Campana F, Caltagirone C. Qualitative profiles of disability. *J Rehabil Res Dev* 2004; 41: 835-46.
5. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Santiago Chile: Fondo Nacional de la Discapacidad; 2005.
6. Mayo NE, Poissant L, Ahmed S, Finch L, Higgins J, Salbach NM, *et al.* Incorporating the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) into an electronic health record to create indicators of function: proof of concept using the SF-12. *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11: 514-22.
7. Granlund M, Eriksson L, Ylven R. Utility of International Classification of Functioning, Disability and Health's participation dimension in assigning ICF codes to items from extant rating instruments. *J Rehabil Med* 2004; 36: 130-7.
8. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2003; 25: 628-34.
9. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 82: 1098-107.

Correspondencia:

Dr. Pedro Chaná Cuevas
 CETRAM
 Belisario Prats 1597 B
 Independencia, Santiago. Chile
 E-mail: pedrochana@mi.cl

Migraña con aura: Una mirada molecular a un problema hereditario

Migraine with aura: A molecular view to a hereditary disorder

Alfredo Ramírez Z.³, Violeta Díaz T.¹, Cecilia V Rojas B.²,
María Isabel Behrens P.¹ y Christian Kubisch³

Migraine with aura (MA) is a common neurological disorder characterized by severe episodes of headache, generally unilateral, which are preceded by a focal reversible neurological deficit. The studies on MA reveal the existence of familiar aggregation compatible with a high degree of heritability and a complex multifactorial mode of transmission. The genetic factors of MA are unknown. An association to a locus in the long arm of chromosome 4 at the level of 4q22-q25 was recently reported in families with MA in Finland. Objective: To analyze the genomic DNA of 5 Chilean families with MA to determine if there is linkage to the locus described in Finish families. Methodology: Families with MA were selected applying the diagnostic criteria of the International Headache Society (ICD-10), in which the index case or a member of the family should have MA. The genomic DNA was extracted from peripheral lymphocytes of members of each family (n = 25). Highly polymorphic genomic markers were used for the systematic analysis of the locus on 4q22-q25. Results and Discussion: The LOD score analysis of the 5 Chilean families investigated showed absence of linkage to the marker DAS1578 (maximum 0,35; p = 0.24). Due to the complexity of MA heritability it is possible that one or more loci different from the studied region are involved in the pathophysiology of MA. The study will continue with the inclusion of more family members and isolated MA cases, with the purpose of comparing Chilean and German families in an independent sample.

Key words: Migraine disorders; Headache disorders; Molecular biology; genetic diseases; Inborn.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(2): 98-104

Recibido: 29 de septiembre 2005

Aceptado: 3 de mayo 2005

¹ Departamento de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile y Clínica Alemana de Santiago.

² Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA.

³ Instituto de Genética Humana Universidad de Colonia e Instituto de Genética Humana, Universidad de Bonn, Alemania.

Trabajo realizado con financiamiento de Oficina de Apoyo a la Investigación Médica (OAIC), Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción

La migraña es una patología neurológica extremadamente común que puede ser subdividida en diferentes formas de acuerdo a los síntomas individuales. Las dos formas más importantes son la migraña con aura (MA) y la sin aura o migraña común (MC). La prevalencia de la migraña en general varía significativamente y es aún materia de controversia. Un estudio reciente arrojó una tasa de prevalencia en el tiempo de 33% en mujeres y de 13,3% en hombres⁽¹⁾, a pesar de que otros estudios presentan datos más bajos. En Chile, de todas las consultas neurológicas en la atención primaria, representa la segunda causa de consulta con una tasa de 85 por 10.000 (95% IC 70 a 102)⁽²⁾. En América Latina (Brasil, Colombia y Venezuela) las tasas varían de 12 a 17%⁽³⁾.

La MA representa el 10-20% de todos los casos de migrañas, siendo ligeramente más frecuente en mujeres (1,5:1, mujer:hombre). El diagnóstico y la clasificación correcta de los tipos de cefalea han sido difíciles de realizar, lo que ha dificultado la implementación de estudios epidemiológicos y genéticos reproducibles. La introducción de criterios diagnósticos por la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS)⁽⁴⁾ ha permitido una estandarización de los diagnósticos clínicos. La diferenciación clínica correcta entre MA y MC es de especial importancia pues estudios de flujo cerebral y contenido plaquetario de serotonina sugieren que ambas patologías tienen mecanismos fisiopatológicos diferentes^(5,6).

Los estudios de las bases genéticas de la MA sugieren la existencia de una agregación familiar, aunque la falta de acuciosidad y los diferentes criterios diagnósticos usados en los estudios han llevado a diferencias significativas en la estimación del componente genético de la misma. Problemas tales como cuestionarios de validez incierta o la falta de discriminación entre la MA y la MC en los estudios iniciales han determinado que la estimación real de las bases genéticas de estas dos patologías sean muy variables. Con el advenimiento de los criterios diagnósticos de la IHS y la dis-

tinción entre MA y MC los resultados obtenidos son más confiables. Estudios en gemelos mono y dicigóticos sugieren un grado de determinación genética en la MA de aproximadamente 65%, que no difiere significativamente entre sexos⁽⁷⁾.

Las entidades moleculares responsables de la MA de herencia compleja aún son materia de estudio. Recientemente en un rastreo genómico completo en familias finlandesas afectadas de formas comunes de MA compleja se encontró ligamiento con el locus q22-q25 en el cromosoma 4⁽⁸⁾. El objetivo de este trabajo es la identificación de factores genéticos en la MA en familias chilenas. Específicamente se estudió si familias chilenas con MA presentan ligamiento con el locus 4q22-q25 descrito en familias finlandesas.

Método

Se seleccionaron 5 familias chilenas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y de la Clínica Alemana donde al menos un paciente en la familia cumpliera los criterios de MA de la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS)⁽⁴⁾. Se analizó 25 personas, correspondientes a 5 familias diferentes (no relacionadas entre ellas). Las familias 1, 2 y 3 (constituidas por 7 individuos la primera, y 6 la segunda y tercera) abarcaron 3 generaciones. Las familias 4 y 5 (3 miembros cada una) abarcaron 2 generaciones. La edad promedio fue de $52,1 \pm 18,2$ años (promedio \pm DS) y la educación promedio fue de 15 años. A los pacientes índices y a sus familiares de primer grado afectados y no afectados que aceptaran participar se les tomó una muestra de sangre venosa para analizar el DNA. Todos los participantes en el estudio firmaron un consentimiento informado y la investigación fue aprobada por el comité de ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Análisis Genético

Se realizó el análisis sistemático del locus 4q22-q25. Para este estudio se seleccionaron marcadores genómicos altamente polimórficos (micro-

satélites), que corresponden a pequeñas repeticiones de entre dos y cuatro bases nucleotídicas, en las que el número de repeticiones puede variar.

Utilizando bases de datos genómicas públicas (UCSC, NCBI, Ensembl) se definió la región crítica a nivel de 4q22-q25, usando como punto central el marcador que mostró el máximo puntaje *LOD* (4,20), D4S1647. Se escogieron 7 marcadores microsatelitales regularmente espaciados unos de otros por alrededor de 2-3 Mb. Como criterio de selección de los marcadores se utilizó la heterocigocidad máxima descrita para dicho marcador, utilizando como límite bajo un 70% de heterocigocidad. Con este criterio los marcadores escogidos, ordenados desde centrómero a telómero fueron: D4S2460-D4S423-D4S2909-D4S1578-D4S1638-D4S1532-D4S1591. Se analizó aproximadamente una región de 12 millones de bases (Mb), que corresponde a 10cM (centi-Morgans), la cual cubre completamente la región descrita originalmente en la población finlandesa.

Para la detección de los alelos de la muestra se marcó con fluorescencia uno de los partidores de cada uno de los marcadores microsatelitales usados. Mediante reacción de polimerasa en cadena (PCR) se amplificaron todos los microsatélites de cada individuo. Los alelos se analizaron utilizando un secuenciador ABI 377 con lector láser para la detección de la fluorescencia. Con dichos resultados se generó una tabla de datos que se usó para el cálculo del puntaje *LOD* en cada familia y en conjunto.

Para el análisis de ligamiento se asumió una frecuencia para el alelo mutante de 0,001, bajo un modelo de transmisión autosómico dominante y con una frecuencia de fenocopia de 2,4%. La frecuencia alélica se calculó de los genotipos obtenidos de todos los individuos analizados en esta muestra. El análisis de ligamiento se realizó utilizando el programa GenHunter⁽⁹⁾.

Resultados y Discusión

Las familias estudiadas correspondieron a genealogías extendidas y a parejas de hermanos. La Figura 1 muestra como ejemplo dos de las fami-

lias extendidas analizadas. En ellas se determinó los haplotipos materno y paterno de cada uno de sus miembros y posteriormente se observó la herencia de éstos en la familia buscando una relación entre la presencia de un haplotipo determinado y el padecimiento de MA. Como se observa en la Figura 1, la transmisión de los haplotipos es independiente del estado del individuo (afectado o sano). El cálculo del *LOD score* multipunto, utilizando el programa GenHunter, mostró ausencia de ligamiento con la región 4q22-q25 en las 5 familias analizadas. El valor máximo que se alcanzó en la muestra fue de 0,35 ($p = 0,24$) en el marcador D4S1578. El cálculo del *LOD score* fue negativo para ligamiento tanto para el análisis de cada familia por separado como para el cálculo de todas ellas en conjunto.

Se ha visto que el riesgo relativo de MA entre parientes en primer grado es 3,8 veces más alto que en la población general, no así para la MC⁽¹⁰⁾. Este hecho remarca dos cosas: a) MA y MC parecieran ser entidades clínicas distintas con mecanismos fisiopatológicos diferentes; y b) existiría una mayor influencia de los factores genéticos en la MA. El patrón de herencia más aceptado actualmente corresponde a la de una enfermedad multigénica, con herencia compleja más que mendeliana⁽¹¹⁾.

La migraña hemipléjica familiar (MHF) es una forma de MA de herencia autosómica dominante de baja frecuencia, que constituye un subtipo de MA monogénica, es decir donde se identifica un solo gen causante. La MHF se caracteriza por migraña que se acompaña de hemiparesia o hemiplejía (que podría interpretarse como una forma extrema de aura) y que en algunos casos se asocia a atrofia cerebelosa progresiva. En la MHF se han identificado 3 genes responsables. En el caso de MHF1 el gen causante codifica para un canal de calcio de expresión neuronal activado por voltaje denominado *CACNLA4*⁽¹²⁾. En la MHF2 el gen codifica una subunidad alfa de la bomba de sodio y potasio *ATP1A2*⁽¹³⁾. El tercer tipo de MHF es causado por *SCN1A*, que codifica para la sub unidad alfa de un canal de sodio también de expresión neuronal⁽¹⁴⁾.

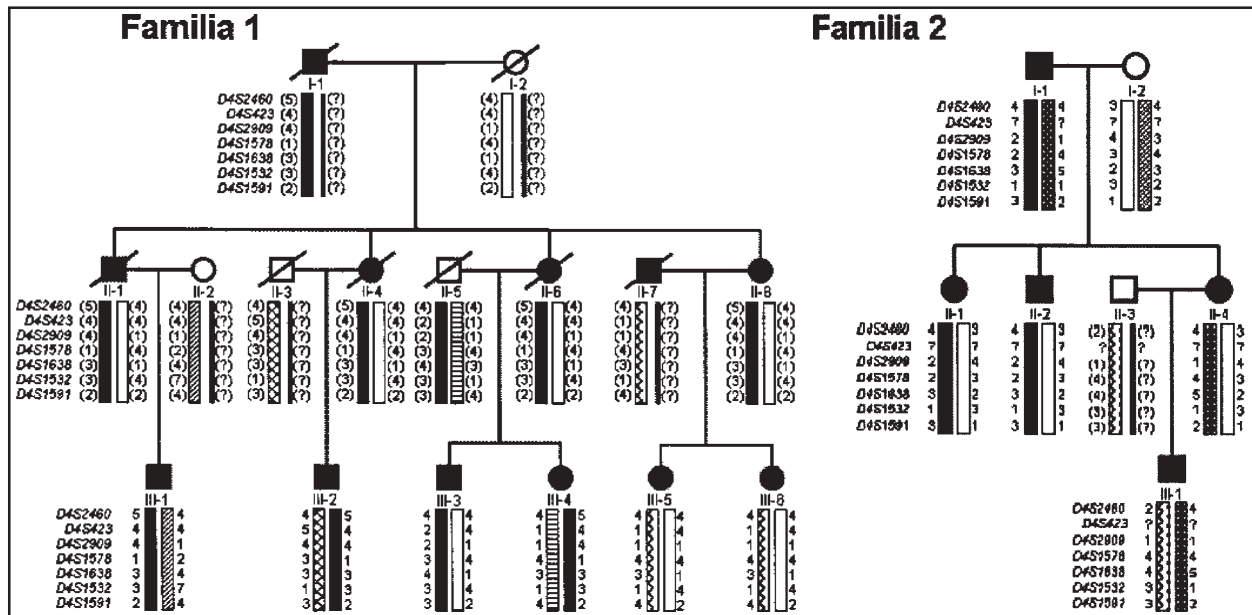


Figura 1. Análisis de ligamiento y de haplotipos en la región cromosómica 4q24. A modo de ejemplo se muestran dos de las 5 familias analizadas. El nombre de los marcadores utilizados se muestra en la columna izquierda; el orden relativo de los marcadores está basado en la base de datos pública UCSC (<http://genome.ucsc.edu>). Los haplotipos observados en ambas familias se detallan en las barras con distintos formatos de relleno localizadas debajo de cada individuo. Los alelos paterno y materno observados se anotaron a la izquierda y derecha de cada barra respectivamente. Los números entre paréntesis señalan alelos supuestos (y por consiguiente también el haplotipo) de los individuos en que no se contaba con una muestra de DNA. Los ceros entre paréntesis y las barras negras delgadas señalan los casos en que el alelo y haplotipo no se pudo deducir, respectivamente. Los cuadrados y círculos señalan hombres y mujeres respectivamente. Los símbolos negros indican individuos afectados y en gris se muestran los casos en los que no se pudo determinar si estaba o no afectado clínicamente. Los individuos fallecidos se marcan a través de una línea diagonal que cruza todo el símbolo.

Los descubrimientos obtenidos en el campo de la migraña hemipléjica familiar (MHF) sugieren que una disfunción de la homeostasis iónica, que conduce a una alteración de la regulación de la excitabilidad neuronal puede estar relacionada con la patogénesis de la MHF. El análisis electrofisiológico de las mutaciones identificadas muestra cambios importantes en las propiedades electrofisiológicas y/o bioquímicas de los canales iónicos o bomba de sodio y potasio involucrados, lo que pudiera explicar una inestabilidad neuronal que lleva a los síntomas de la MHF^(15,16). Interesantemente, diferentes mutaciones en *CACNLA4* están relacionadas con entidades clínicas distintas. Así, mutaciones que cambian aminoácidos en la proteína producen ataxia episódica (EA-2)⁽¹²⁾, en cambio una expansión de

poliglutaminas en el extremo 3' de la proteína pueden producir una ataxia espinocerebelosa progresiva (SCA6)⁽¹⁷⁾. Además, mutaciones del ortólogo murino de este canal son responsables de los fenotipos *tottering* and *leaner*⁽¹⁸⁾, los cuales se usan como modelos en el humano para la ataxia y la epilepsia con ausencia. Aún más, en la misma línea de investigación mutaciones en *SCN1A* producen no solo MHF, sino que también ciertos tipos de epilepsia generalizada. De esta manera mutaciones en un mismo gen conducen a un espectro de fenotipos distintos entre los cuales se encuentra la MA.

De esto se desprende que la MA, o al menos algunas de sus variantes, podrían pertenecer a las llamadas canalopatías, es decir, patologías causadas por mutaciones en canales iónicos⁽¹⁹⁻²¹⁾. Al-

teraciones en algunos canales iónicos probablemente son factores de susceptibilidad en la MA⁽²²⁾. Una característica interesante de estos desórdenes es que son paroxísticos y basados en alteraciones en la excitabilidad neuronal, situaciones que también se observan en la MA. A estas evidencias se suma el hecho de que muchos de los agentes terapéuticos utilizados comúnmente en el tratamiento de la migraña, son conocidos por alterar la función de canales iónicos en el cerebro.

A diferencia de la MHF, la identificación de los factores patogénicos de la MA compleja, aquella causada por múltiples factores genéticos y que corresponde a la forma más frecuente de MA, ha sido esquivada. En un estudio reciente en familias finlandesas afectadas con MA compleja se encontró ligamiento con el locus 4q22-q25⁽⁸⁾, por lo que se estudió si en familias chilenas había también ligamiento en esta región. Los datos obtenidos en esta pequeña muestra de familias chilenas

con MA no muestran un ligamiento en este locus. Sin embargo, dado el carácter complejo de la MA en su patrón de herencia, la ausencia de ligamiento no excluye la posibilidad de que en la muestra analizada exista uno o varios loci involucrados en la etiopatogenia de la MA distintos a los estudiados. Por otra parte, el pequeño tamaño de la muestra no permite extrapolar los resultados a toda la población de la región. Para poder determinar esta hipótesis, se ampliará el número de individuos en las familias extendidas para realizar un rastreo completo del genoma en busca del o los loci que podrían estar involucrados en la MA en familias chilenas.

Agradecimientos

Expresamos nuestros agradecimientos a la enfermera Edith Saavedra por su valiosa cooperación en la toma de muestras a los pacientes y a Marisol Blanco por la extracción del DNA.

Resumen

*La migraña con aura (MA) es una patología común, caracterizada por ataques severos de cefalea generalmente unilateral, precedidos por un déficit neurológico focal reversible. Los estudios en MA revelan la existencia de agregación familiar compatible con un alto grado de herencia y un modo de transmisión multifactorial complejo. Los factores genéticos de la MA con herencia compleja son desconocidos. En familias finlandesas con MA se encontró recientemente ligamiento a un locus en el brazo largo del cromosoma 4 a nivel de 4q22-q25. **Objetivo:** Analizar el DNA genómico de 5 familias chilenas con MA para determinar si hay ligamiento al locus descrito en familias finlandesas. **Metodología:** Se seleccionaron familias con MA aplicando los criterios diagnósticos de la Sociedad Internacional de Cefalea (ICD-10), donde el caso índice o algún miembro de la familia debían tener MA. El DNA genómico se extrajo de leucocitos en sangre periférica de miembros seleccionados de cada familia (n = 25). Se usaron marcadores genómicos altamente polimórficos (microsatélites) para el análisis sistemático del locus 4q22-q25. **Resultados y Discusión:** El cálculo del LOD score mostró ausencia de ligamiento en las 5 familias analizadas (máximo de 0,35; p = 0,24) con el marcador D4S1578. Dado el carácter complejo de herencia en la MA es posible que existan uno o varios loci involucrados en su etiopatogenia, distintos al de la región estudiada. El estudio se continuará a través de la ampliación de las familias estudiadas y de la recolección de casos aislados de MA, con el objetivo de realizar futuros estudios de asociación para comparar los hallazgos en familias chilenas con los de familias alemanas en una muestra independiente.*

Palabras clave: Migraña; Cefalea; Enfermedades hereditarias.

Referencias

1. Launer LJ, Terwindt GM, Ferrari MD. The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort: the GEM study. *Neurology* 1999; 53: 537-42.
2. Lavados P, Gómez V, Sawada M, Chomalí M, Alvarez M. Diagnóstico neurológico en la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Rev Neurol* 2003; 36: 518-22.
3. Morillo LE, Alarcón F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L, *et al.* Latin American Migraine Study Group. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache* 2005; 45: 106-17.
4. Olesen J, Göbel H. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1988; 8: 1-96.
5. Olesen J. Cerebral and extracranial circulatory disturbances in migraine: pathophysiological implications. *Cerebrovasc Brain Metab Rev* 1991; 3: 1-28.
6. Ferrari MD, Odink J, Tapparelli C, Van Kempen GM, Pennings EJ, Bruyn GW. Serotonin metabolism in migraine. *Neurology* 1989; 39: 1239-42.
7. Ulrich V, Gervil M, Kyvik KO, Olesen J, Russell MB. Evidence of a genetic factor in migraine with aura: a population-based Danish twin study. *Ann Neurol* 1999; 45: 242-6.
8. Wessman M, Kallela M, Kaunisto MA, Marttila P, Sobel E, Hartiala J, *et al.* A susceptibility locus for migraine with aura, on chromosome 4q24. *Am J Hum Genet* 2002; 70: 652-62.
9. Leonid Krgulyak, Mark J. Daly, Mary Pat Reeve-Daly, Eric S. Lander. Parametric and Nonparametric Linkage Analysis: A Unified Multipoint Approach. *Am J Hum Genet* 1996; 58: 1347-63.
10. Russell MB, Olesen J. Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *BMJ* 1995; 311: 541-4.
11. Ulrich V, Russell MB, Ostergaard S, Olesen J. Analysis of 31 families with an apparently autosomal-dominant transmission of migraine with aura in the nuclear family. *Am J Med Genet* 1997; 74: 395-7.
12. Ophoff RA, Terwindt GM, Vergouwe MN, van Eijk R, Oefner PJ, Hoffman SM, *et al.* Familial hemiplegic migraine and episodic ataxia type-2 are caused by mutations in the Ca²⁺ channel gene CACNL1A4. *Cell* 1996; 87: 543-52.
13. De Fusco M, Marconi R, Silvestri L, Atorino L, Rampoldi L, Morgante L, *et al.* Haploinsufficiency of ATP1A2 encoding the Na⁺/K⁺ pump alpha2 subunit associated with familial hemiplegic migraine type 2. *Nat Genet* 2003; 33: 192-6.
14. Dichgans M, Freilinger T, Eckstein G, Babini E, Lorenz-Depiereux B, Biskup S, *et al.* Mutation in the neuronal voltage-gated sodium channel SCN1A in familial hemiplegic migraine. *Lancet* 2005; 366: 371-7.
15. Hans M, Luvisetto S, Williams ME, Spagnolo M, Urrutia A, Tottene A, *et al.* Functional consequences of mutations in the human alpha1A calcium channel subunit linked to familial hemiplegic migraine. *J Neurosci* 1999; 19: 1610-9.
16. Kraus RL, Sinnegger MJ, Glossmann H, Hering S, Striessnig J. Familial hemiplegic migraine mutations change alpha1A Ca²⁺ channel kinetics. *J Biol Chem* 1998; 273: 5586-90.
17. Zhuchenko O, Bailey J, Bonnen P, Ashizawa T, Stockton DW, Amos C, *et al.* Autosomal dominant cerebellar ataxia (SCA6) associated with small polyglutamine expansions in the alpha 1A-voltage-dependent calcium channel. *Nat Genet* 1997; 15: 62-9.
18. Fletcher CF, Lutz CM, O'Sullivan TN, Shaughnessy JD Jr, Hawkes R, Frankel WN. Absence epilepsy in tottering mutant mice is associated with calcium channel defects. *Cell* 1996; 87: 607-17.
19. Kubisch C, Schmidt-Rose T, Fontaine B, Bretag AH, Jentsch TJ. CIC-1 chloride channel mutations in myotonia congenita: variable penetrance of mutations shifting the voltage dependence. *Hum Mol Genet* 1998; 7: 1753-60.
20. Cooper EC, Jan LY. Ion channel genes and human

- neurological disease: recent progress, prospects, and challenges. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1999; 96: 4759-66.
21. Lehmann-Horn F, Jurkat-Rott K. Voltage-Gated Ion Channels and Hereditary Disease. *Physiol Rev* 1999; 79: 1317-72.
22. Ptacek LJ. The place of migraine as a channelopathy. *Curr Opin Neurol* 1998; 11: 217-26.

Correspondencia:

Violeta Díaz T.
Departamento de Neurología y Neurocirugía
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999 2º piso sector E
Santiago, Chile
E-mail:vdiaz@med.uchile.cl

El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez

Operationalized Pshychodinamic Diagnosis (OPD): Concept, reliability and validity

Manfred Cierpka, Michael Stasch, Reiner W. Dahlbender
y el grupo de trabajo OPD¹

This paper presents the system "Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD), which has been applied in the German speaking countries very successfully during the last 10 years. The OPD is the operationalization of the psychodynamically oriented clinical assessment. The clinical material assessed during the initial interview with the patient is described in a way which is close to the level of observation. The classification system OPD serves as a clinically relevant and process oriented tool for psychotherapists. The multidimensional psychodynamically oriented approach is based on five axes. Axis I: Experience with the illness and treatment preconditions, axis II: habituated relationships of the patient, axis III: the intrapsychic conflicts of the patient; axis IV: The psychic structure of the patient, axis V: syndromatic, according to chapter V (F) of the ICD 10. The fifth axis is conceptualized as a linking tool to ICD-10. Reliability studies on OPD show good to satisfying scores for interrater agreement for the research context. The results derived from the validity studies support the validity of the OPD system. There are also hints for improvements of multiple categories or items within each axis.

Key words: Psychodynamic diagnosis; multiaxial diagnosis; reliability and validity.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(2): 105-125

Introducción del OPD

En Alemania, el año 1990, psicoanalistas, expertos en medicina psicosomáticas y psiquiatras fundaron un grupo de trabajo sobre el "diagnóstico psicodinámico operacionalizado" (OPD). Este grupo tenía como objetivo ampliar la clasificación de trastornos psíquicos del CIE-10, basada en una descripción sintomatológica. El grupo de trabajo del OPD desarrolló un inven-

tario diagnóstico y creó un manual^(1,2) de entrenamiento y aplicación clínica para terapeutas con experiencia. Además se publicaron formularios de respuesta^(3,4) para cada eje, con el fin de facilitar su aplicación y aumentar así la confiabilidad. La operacionalización de los constructos se desarrolló en un nivel medio de abstracción para que se pueda realizar una evaluación en un nivel lo más cercano posible a lo observable. Mientras tanto, muchos psicoterapeutas han pedido cono-

Recibido: 4 de mayo 2006

Aceptado: 1 de junio 2006

¹ El grupo de coordinación consiste de: Manfred Cierpka, Reiner W. Dahlbender, Harald J. Freyberger, Tilman Grande, Gereon Heuft, Paul L. Janssen, Franz Resch, Gerd Rudolf, Henning Schauenburg, Wolfgang Schneider, Gerhard Schüssler, Michael Schulte-Markwort, Michael Stasch, Matthias von der Tann.

cer y aplicar el OPD en su trabajo. El manual del OPD se tradujo al inglés, italiano y húngaro. La versión en español se encuentra en proceso de traducción. Más de 4.000 terapeutas han sido capacitados en diferentes centros de formación de habla germana. Para poder conocer las debilidades y fortalezas del OPD se recomienda no sólo leer el manual. La riqueza, pero también la complejidad, se evidencia recién en el análisis y discusión de un caso grabado en video. En diversas clínicas psicosomáticas, clínicas para tratar adicciones, departamentos universitarios de psicoterapia y tratamientos psicosomáticos, se aplica el OPD en proyectos de investigación, y también, con menor frecuencia, en programas de asistencia psicoterapéutica.

El terapeuta clínico (o un observador externo) puede, después de una primera entrevista de 1 a 2 horas, estimar la dinámica psíquica del paciente, basándose en las categorías del OPD, e incluir los resultados en los formularios de evaluación. Siguiendo un hilo conductor para llevar a cabo la entrevista, se puede obtener la información necesaria para el diagnóstico OPD. Éste, sin embargo, es tan flexible que se puede realizar una entrevista psicodinámica normal, es decir, abierta.

Clasificaciones psicodinámicas

La psicoterapia de orientación psicoanalítica clasifica los fenómenos psíquicos sobre la base de constructos (meta) psicológicos de la teoría psicoanalítica, probados clínicamente. Freud creó, durante la segunda década del siglo pasado, las bases de la clasificación psicoanalítica, cuando comenzó a entender la personalidad con la ayuda de la teoría de la pulsión y de las instancias del yo, ello, super-yo. De esta manera, distinguimos desde entonces, por ejemplo, la “debilidad del yo” de una “fortaleza del yo”. También se han utilizado como una clasificación, los conceptos pregenital y genital del desarrollo pulsional. La regresión a puntos de fijación, como configuraciones defensivas específicas, se relacionaron con diferentes tipos de enfermedad. En la literatura psicoanalítica actual, se realiza hasta hoy una di-

ferenciación de la personalidad sobre la base de la teoría de las pulsiones, complementada por la psicología del yo y las teorías de las relaciones objetales⁽⁵⁾.

Estos constructos (meta) psicológicos se utilizan en situaciones clínicas con el fin de describir las funciones psíquicas y sus trastornos. En la primera entrevista y en la anamnesis, los psicoterapeutas analizan la historia del caso con la ayuda de estos constructos psicológicos, para así poder describir las relaciones entre los síntomas del paciente y sus trastornos cognitivo-emocionales dentro del desarrollo. El contenido relatado por el paciente en el diagnóstico o terapia y las observaciones y percepciones del psicoterapeuta en la interacción terapeuta-paciente, se integran en el diagnóstico psicodinámico.

Sin embargo, muchas de estas teorías metapsicológicas que surgieron a lo largo del tiempo se formularon en un nivel de abstracción tan alto, que se separaron en mayor o menor medida de los fenómenos clínicos observables, por lo que muchas veces sólo se los podía deducir. Este desarrollo llevó, sin duda, a demasiadas teorías heterogéneas y a confusiones en la comprensión del psicoanálisis. Pero también se elaboraron constructos esencialmente observables dentro del proceso de creación de la teoría psicoanalítica. Dentro de esa línea están los modelos transferenciales, las defensas, conductas, necesidades y sentimientos, los cuáles son observables y, por lo tanto, también clasificables fenomenológicamente. No obstante, también para éstos constructos psicodinámicos, formulados en un nivel bajo de abstracción, existe escasa claridad del nivel de acuerdo y consenso entre los diferentes profesionales clínicos, debido a que hasta el momento hay muy pocos intentos de estandarización tanto para la operacionalización de los constructos como para llegar a resultados confiables.

Bellak y Hurvich⁽⁶⁾ emprendieron el intento de operacionalizar las funciones yoicas. Desarrollaron escalas de puntajes para poder evaluar las funciones yoicas observadas en las entrevistas. La propuesta de Weinryb & Rössel⁽⁷⁾ para llegar a

un perfil psicodinámico del paciente sobre la base de constructos psicodinámicos operacionalizados fue más amplia. Las 18 subescalas del perfil psicodinámico de Karolinska se formularon con la meta de resaltar, de la manera más completa posible, las funciones psíquicas del paciente y sus rasgos caractereológicos, a través de la percepción de sí mismo y de los otros. Estas diferentes subescalas están formuladas en distintos niveles de abstracción y el nivel de abstracción necesario para llegar a una estimación varía entre las subescalas. Con esto se evidencia que las operacionalizaciones psicodinámicas no pueden quedarse en el nivel conductual debido a que no se pueden observar directamente los conflictos intrapsíquicos. Por lo tanto, también deben llegar a conclusiones interpretativas en el proceso de evaluación.

Metas del OPD

El impulso para la creación de un grupo de trabajo de OPD fueron, entre otros, las reservas y descontentos con el sistema descriptivo de clasificación psiquiátrico DSM-III y CIE-10, los cuales para psicoterapeutas de orientación psicodinámica no aportan mucho. Con ese sistema diagnóstico, no sólo se deshecha el concepto de neurosis, sino que predomina el énfasis en conceptos biológicos-psiquiátricos, los cuáles descuidan la validez de las categorías diagnósticas a favor de la confiabilidad^(8,9). Un diagnóstico únicamente descriptivo y centrado en los síntomas, entrega al terapeuta clínico pocos elementos orientadores para la indicación terapéutica. Al terapeuta de orientación psicodinámica le hace falta contar con enunciados sobre conflictos intrapsíquicos e interpersonales, nivel estructural del paciente y experiencia de enfermedad. Este déficit se percibe más claramente debido a que contamos con experiencias clínicas fundamentadas de los conceptos de enfermedad psicoanalíticos, los cuales crean la conexión entre los síntomas, los conflictos desencadenantes y las relaciones disfuncionales del paciente.

La operacionalización del diagnóstico psico-

dinámico puede traspasar los límites de una clasificación psiquiátrica descriptiva pura y aprovechar los beneficios de una operacionalización de constructos psicodinámicos cercanos al nivel de observación en conjunto de un diagnóstico fenomenológico. El grupo de trabajo se reunió, por lo tanto, con el objetivo de ampliar a través de dimensiones psicodinámicas básicas, la clasificación descriptiva y orientada al síntoma del CIE-10.

El diagnóstico psicodinámico multiaxial se basa en 5 ejes diferentes:

Eje 1: experiencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento.

Eje 2: relaciones interpersonales.

Eje 3: conflicto.

Eje 4: estructura.

Eje 5: diagnóstico sindromático (según el capítulo V (F) del CIE-10).

Para cada eje se elaboró la operacionalización por un sub-grupo de trabajo y a continuación se escribió un capítulo con ejemplos en el manual, donde se cristalizaron, entre otros, los siguientes puntos como un marco de condiciones comunes:

1. Construcción de instrumentos diagnósticos clínicamente relevantes y de orientación psicodinámica a través de la comprensión y adaptación de instrumentos ya existentes, para los ejes "experiencia de enfermedad", "relaciones interpersonales", "estructura" y "conflicto".
2. Mantención de un "nivel de abstracción medio" en la creación de constructos, ubicados entre la descripción conductual "pura" y la creación metapsicológica "pura" de conceptos.
3. Elaboración de una cultura conceptual e ideomática lo más unificadora y precisa posible, que trascienda las diferentes escuelas y que evite lo más posible el uso de la terminología específica vinculadas a las escuelas.

A continuación se presentan las conceptualizaciones de los 5 ejes.

Eje I: Experiencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento

Para la indicación terapéutica, independien-

temente si se tiene que prescribir un tratamiento de tipo somático o un tipo específico de psicoterapia, juega un importante rol la forma de experimentar la enfermedad del paciente y su motivación al tratamiento, sus recursos cognitivos y afectivos, así como variables del ambiente (por ejemplo acceso a la ayuda social). Por lo tanto, estos aspectos constituyen una dimensión relevante del diagnóstico psicodinámico operacionalizado.

Los estudios sobre coping (enfrentamiento) se han dedicado al tema de la elaboración de la enfermedad, que en un principio diferenciaron los conceptos centrados en el estímulo de los centrados en la respuesta (ver⁽¹⁰⁾ como representante del primer grupo y⁽¹¹⁾ como representante del segundo grupo). Lazarus y Folkman⁽¹²⁾ parten de la base, en su modelo de coping, que se trata de un proceso con una relación bidireccional entre variables del ambiente y variables personales. Los cuestionamientos sobre la funcionalidad, es decir, el nivel de maduración de mecanismos de adaptación, han sido abarcados por Haan⁽¹³⁾ y Vaillant^(14,15); ambos orientaron el desarrollo de sus conceptos en los estudios psicoanalíticos sobre defensas. Estos modelos teóricos son poco apropiados para desarrollar afirmaciones concretas sobre la experiencia de enfermedad y su mejor tipo de tratamiento, por lo que tienen poca importancia para la indicación terapéutica. Esto también es válido para los estudios sobre *compliance* (adherencia a tratamiento), que se ocupa de la cooperación a tratamiento del paciente^(16,17).

Al operacionalizar la “experiencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento”, hemos renunciado al desarrollo de un modelo diferenciado, a favor de una composición de elementos cercanos a la realidad relevantes para la práctica clínica y que sirvan como guía para una buena indicación terapéutica. Al hacerlo hemos intentado abordar tanto los aspectos afectivos, que se relacionan con la enfermedad, cómo también el punto de vista de la elaboración cognitiva del trastorno, especialmente las expectativas relativas al tratamiento, cómo también los recursos indivi-

duales y su integración social. Los pacientes con enfermedades físicas y/o psíquicas pueden ser evaluados con la escala desarrollada por nosotros.

La evaluación se realiza sobre la base de una entrevista semiestructurada, en que deben considerarse, además de la información verbal, también el contenido escénico (no verbal) en la medición de cada indicador.

Al principio el diagnosticador debe clasificar la gravedad de la enfermedad somática y el nivel de discapacidad física relacionada con ello, así como la gravedad de la enfermedad psíquica, para tener una evaluación “objetiva” de la gravedad de la enfermedad. El eje “experiencia de enfermedad y prerequisites del tratamiento” abarca 19 indicadores, los que representan dimensiones que guían la indicación terapéutica.

Cada indicador es evaluado en una escala, que va desde: no se presenta (1), leve (2), moderado (3), hasta llegar a grave (4). Adicionalmente hay una categoría que dice “no evaluable”. Cada uno de los contenidos de las dimensiones están descritas en un glosario. Se presentan ejemplos para cada uno de los niveles de gravedad, para aumentar la confianza en la evaluación.

1. Gravedad de los síntomas físicos.
2. Gravedad de los síntomas psíquicos.
3. Padecimiento subjetivo del paciente.
4. Afectación de la vivencia de sí mismo.
5. Nivel de discapacidad física.
6. Beneficio secundario de la enfermedad.
7. Capacidad de insight de las relaciones psicodinámicas/psicosomáticas.
8. Capacidad de insight de las relaciones somatopsíquicas.
9. Estimación del paciente sobre un tratamiento adecuado (psicoterapia).
10. Estimación del paciente sobre un tratamiento adecuado (tratamiento somático).
11. Motivación para la psicoterapia.
12. Motivación para el tratamiento físico.
13. Adherencia al tratamiento (*compliance*).
14. Presentación de síntomas:
 - los síntomas somáticos sobresalen.
15. Los síntomas psíquicos sobresalen.
16. Integración psicosocial.

17. Recursos personales.
18. Apoyo social.
19. Adecuación de la afectación subjetiva con la gravedad de la enfermedad.

Eje II: El diagnóstico de la conducta relacional disfuncional habitual

La manera en que un ser humano vive y vivencia sus relaciones con otros, tiene una importancia central en el diagnóstico de la psicoterapia psicodinámica, debido a que los conflictos intrapsíquicos favorecen una forma disfuncional de relacionarse y porque desde la forma individual de relacionarse, se pueden deducir conflictos intrapsíquicos. Entendemos la **conducta relacional** como la expresión de la dinámica entre los deseos relacionales más o menos conscientes, las angustias intrapsíquicas que emergen de esto último en el paciente y los temores sobre cómo podría reaccionar la contraparte a los deseos. La conducta relacional **habitual** del paciente se puede entender como un transigir psicosocial permanente entre sus deseos y sus temores en las relaciones. Como conducta relacional habitual se describe aquella actitud interpersonal que se destaca en la persona y que es, en mayor o menor medida, efectiva. Como **conducta relacional disfuncional** definimos la constelación específica que se produce de la interacción de la conducta relacional habitual del paciente y las formas habituales de reaccionar de sus compañeros sociales.

En la primera entrevista clínica se obtiene información diagnóstica sobre la conducta relacional del paciente, tanto de los relatos de episodios relacionales con otros, como de la propia experiencia del terapeuta dentro de la relación terapeuta-paciente durante la conversación. En el contexto clínico la conducta relacional que el paciente escenifica inconscientemente, se vuelve experienciable y observable (transferencia). Debido a las reacciones e impulsos observadas en sí mismo, el terapeuta puede llegar a conclusiones, de cómo otros se sienten y eventualmente comportan en la interacción con el paciente. Es así como la experiencia contratransferencial también

se puede usar como instrumento del diagnóstico interpersonal. El diagnóstico de la conducta relacional habitual abarca, por lo tanto, siempre dos dimensiones:

- ¿En qué posición se coloca el paciente a sí mismo?
- ¿En qué posición se encuentran los otros con relación al paciente?

La construcción del instrumento para el diagnóstico de la conducta relacional habitual es el resultado de las siguientes dos perspectivas:

1. Conducta relacional disfuncional habitual del paciente:

¿Cómo se percibe el paciente a sí mismo en la relación? El diagnosticador estima la conducta relacional que vivencia el paciente con relación a otras personas. ¿Cómo percibe el paciente la conducta relacional de otros?

2. Reacciones típicas de otros

También el diagnosticador estima su vivencia transferencial y contratransferencial en estas dos perspectivas: ¿Cómo percibe el terapeuta la conducta relacional del paciente hacia él? ¿Cómo se percibe el terapeuta a sí mismo en relación al paciente?

La categorización de las dos perspectivas se realiza por medio de un sistema paralelo de indicadores preestablecidos. Los indicadores se vinculan a módulos circunflejos de la conducta interpersonal^(18,19). Estos módulos tienen en común la organización de las conductas interpersonales sobre la superficie de un círculo. Ésta se determina por dos dimensiones ortogonales y bipolares: dominancia/control (dominante/controlador *versus* sumiso/sometido) y afiliación (afectuoso/cercano *versus* hostil/distante). Las cualidades de la conducta interpersonal son determinables a través de la combinación de estas dos dimensiones básicas ubicables en lugares de la superficie del círculo. La aplicación del modelo circular interpersonal como heurística llevó a la formulación de 30 indicadores en lenguaje clínico para cada una

de las diferentes posiciones (por ejemplo, el paciente se coloca una y otra vez en la posición en que él admira e idealiza a otros o, otros están frecuentemente en la posición en que admiran e idealizan al paciente).

En la tabulación se marcan después de la primera entrevista clínica máximo 3 indicadores en cada una de las dos listas y después se traspasan al formulario de respuesta. La tabulación de la conducta relacional central del paciente se formula bajo la rúbrica “vivenciar del paciente”. Pero también se considera como la contraparte –el objeto– experiencia la conducta relacional (vía deducciones del diagnosticador). El “vivenciar del objeto” es el segundo paso en la tabulación. Un paciente controlador puede, por ejemplo, ser percibido como dominante. El tercer paso en la tabulación es la formulación de la conducta relacional como el terapeuta la percibe en la situación clínica, el “vivenciar del terapeuta”.

Eje III: Los conflictos del paciente

Un elemento básico de la vida humana son los intereses interpersonales e intrapsíquicos opuestos. Las sobreexigencias, tensiones y conflictos surgen por las circunstancias de la realidad externa y el mundo vivencial interno. Los conflictos dinámicos inconscientes tienen que ser separados de los desafíos y tensiones conscientes. En la clasificación se destacan los opuestos y las áreas problemáticas del vivenciar y actuar que no son percibidas, es decir inconscientes.

Los modelos conflictivos están presentes en la vida del afectado, son determinantes por largos períodos y se manifiestan en áreas fundamentales de la vida de una persona⁽²⁰⁾: elección de pareja, comportamiento relacional y vida familiar, familia de origen, área laboral, comportamiento referido a la propiedad, ambiente sociocultural, así como la reacción frente a la enfermedad y experiencia de enfermedad.

El concepto de conflicto inconsciente interno surgió de la tradición psicoanalítica. Sin embargo, se intenta evitar el máximo de términos psicoanalíticos tradicionales relativos a conflicto, debido a sus múltiples interpretaciones según cada

escuela (ejemplo, conflicto oral). Tampoco se hace referencia a elementos de la psicología del desarrollo.

De acuerdo con Mentzos⁽²¹⁾, hacemos la diferencia entre el conflicto básico con su correspondiente elaboración y la construcción del yo, es decir del self, es decir de la estructura psíquica. Conflicto y estructura constituyen polos de una continuidad clínica. Pacientes con trastornos estructurales también sufren con conflictos, sin embargo, su forma de vivenciar y su conducta se caracteriza, prioritariamente, por trastornos del yo.

Se pueden distinguir ocho conflictos básicos y sus modalidades de elaboración:

1. Dependencia versus autonomía:

Búsqueda de una relación (pero no de cuidado) con una marcada dependencia (modalidad pasiva) o bien, constitución de independencia emocional (modalidad activa) con represión del deseo de vincularse (familia/pareja/profesión). La enfermedad produce una “bienvenida” dependencia o representa una amenaza existencial.

2. Sumisión versus control:

Obediencia/sumisión (modalidad pasiva) versus control/resistencia (modalidad activa) determinan las relaciones interpersonales y la experiencia interna. La enfermedad se “combate” o bien es una fatalidad a aceptar y a la cuál hay que “someterse”, como al médico.

3. Deseo de ser cuidado versus autarquía:

El deseo de ser cuidado y albergado conducen a una fuerte dependencia (depending and demanding) (modalidad pasiva) o bien se resiste a él en forma de autosuficiencia y modestia (actitud básica de altruismo) (modalidad activa). En caso de enfermedad, estas personas se muestran pasivamente defendidos o rechazan la ayuda.

4. Conflictos de autoestima (self versus objetos):

La mantención de la valoración de sí mismo es conflictiva y requiere de un gran esfuerzo o puede fracasar. La enfermedad conduce a crisis

de autoestima pero puede también actuar restituyendo la imagen de sí.

5. *Conflictos del super yo y de culpa:*

Estas personas tienen una marcada predisposición a admitir la propia culpa (hasta el punto de la sumisión masoquista) y tienden al auto-reproche (modalidad pasiva), o bien está ausente todo sentimiento de culpa (modalidad activa); este se adjudica a otros, a los cuales también se carga con la responsabilidad de la enfermedad.

6. *Conflictos sexuales edípicos:*

El erotismo y la sexualidad están ausentes en la percepción, en la comprensión y en los afectos (modalidad pasiva), o bien determinan todas las esferas de la vida sin lograr ser satisfechos (modalidad activa).

7. *Conflictos de identidad:*

Hay suficiente disponibilidad de funciones del yo (eje "estructura", ver difusión de identidad), pero también hay áreas del self en conflicto (disonancia de identidad): identidad sexual, identidad del rol, identidad paterna/filial, identidad cultural y social, entre otros. El déficit en la identidad (modalidad pasiva) se contrapone a los esfuerzos compensatorios (modalidad activa) para ocultar inseguridades y quiebres.

8. *Percepción limitada de conflictos y sentimientos:*

No se perciben los sentimientos y necesidades propias ni de los otros, y se pasan por alto los conflictos (modalidad pasiva) o bien se reemplazan por descripciones técnicas objetivas (modalidad activa).

En cada nivel del conflicto se encuentra un modus pasivo y activo (contrafóbico) como expresión de la elaboración del conflicto. Los enfrentamientos activos y pasivos son elementos básicos del experimentar y actuar humano. Se puede hablar de modus activo cuando, por ejemplo, existe una defensa contrafóbica, predominando la formación reactiva. Se puede hablar de un mo-

modus pasivo cuando predominan las defensas regresivas. Como acá se trata de una clasificación operacionalizada, se realiza una descripción de tipo ideal de los conflictos básicos; por lo tanto, en la realidad clínica se encuentran escasas correspondencias con este modelo de conflicto.

Los conflictos se deducen de la descripción clínica de las maneras de experimentar y de actuar observables en la conversación de anamnesis (escena, transferencia y contratransferencia) y se manifiestan tanto en el nivel del sujeto, como en el del objeto (intrapsíquico) y, además, en la interacción con otras personas. Los conflictos se vinculan frecuentemente con los afectos básicos (afectos guía) (por ejemplo, rabia en la herida narcisista).

En la evaluación general se clasifican máximo dos modelos de conflicto como los más relevantes y seguros. Cuando se diagnostican varias áreas conflictivas, se deben presentar los dos niveles de conflicto más importantes y relevantes según su orden de jerarquía. Aquellos conflictos que poseen la mayor trascendencia clínica y que son preponderantes en la elaboración terapéutica (foco), son considerados como más importantes y significativos.

Eje IV: La estructura psíquica del paciente

La estimación de la estructura, es decir del trasfondo estructural es, junto a la comprensión de los conflictos intrapsíquicos y las tensiones relacionales del paciente, la tarea más importante del diagnóstico psicodinámico. El diagnóstico estructural tiene que apoyarse en el concepto teórico de estructura; sólo un modelo así permite que lo relatado por el paciente y la experiencia de la relación con él pueda ser interpretado como expresión de su estructura.

El concepto de estructura es utilizado en forma múltiple y en diferentes contextos dentro de la tradición psicoanalítica, por ejemplo en el modelo topográfico de Freud que se refiere al yo, ello y superyo, en el concepto de estructura de personalidad (en el sentido de estructura de carácter) o en la descripción de Schultz-Henckes de

la estructura de la neurosis⁽²²⁾. La psicología del yo realizó aportes decisivos, al describir el órgano yo y sus funciones, desarrollando sobre esa base el concepto de trastorno relacional del yo^(23,24). También la psicología de las relaciones objetales y la psicología del self realizaron descripciones estructurales desde su perspectiva del desarrollo psicológico⁽²⁵⁻²⁸⁾. Se puede observar, por lo tanto, como bajo un mismo tema se encuentran muchos términos psicoanalíticos en paralelo, los que tienen su propio ámbito de significados y que se sobreponen en parte. Nuestro intento es llegar a un concepto sinóptico de estructura, dejando de lado la terminología psicoanalítica, que podría entenderse como “estructura del self en la relación con otro”⁽²⁹⁾.

La totalidad de la estructura puede ser descrita por medio de 6 categorías estructurales; éstas describen diferentes funciones o capacidades psíquicas, las cuáles están (en mayor o menor medida) disponibles en cada persona.

Con el objeto de poder distinguir la cantidad y calidad del trastorno estructural, definimos, sobre la base de experiencias psicoterapéuticas en el encuadre ambulatorio y hospitalario, cuatro niveles de integración de la estructura (bien integrada, moderadamente integrada, poco integrada y desintegrada).

El nivel “bien integrada” significa, que un self autónomo tiene acceso a un espacio intrapsíquico, dentro del cuál se pueden elaborar conflictos intrapsíquicos. En el nivel “moderadamente integrada”, la persona tiene un menor acceso a funciones reguladoras y se reconoce una diferenciación más débil de las subestructuras psíquicas. El nivel de baja integración se caracteriza por un escaso desarrollo del mundo intrapsíquico y las subestructuras psíquicas, de manera que los conflictos se elaboran poco intrapsíquicamente, sino, principalmente en forma interpersonal. El nivel “desintegrado” se caracteriza por la fragmentación y por la restitución psicótica.

La operacionalización de la estructura se da por medio de 6 categorías estructurales:

1. Autopercepción: Capacidad de autorreflexión, logro de la imagen de sí mismo y sentimiento

de identidad, introspección y diferenciación de los propios afectos. La graduación del nivel de integración se da, por ejemplo en el caso de la identidad, desde una identidad segura, pasando por una identidad frágil para llegar a la completa difusión de identidad.

2. Autorregulación: Capacidad de regular e integrar las propias necesidades, afectos y autoestima y sobre esta base desarrollar la autodeterminación, autoconfianza y autoestima. En un nivel bien integrado están presentes estas capacidades, en un nivel moderado predomina un exceso dominio de los impulsos o se presentan estallidos impulsivos incluyendo tendencias autoagresivas. Mientras que en un nivel de integración bajo predominan una regulación lábil de la autoestima con una tendencia a sentirse ofendido.

3. Defensa: Capacidad de mantener o restaurar el equilibrio psíquico en los conflictos internos o externos por medio de ciertos mecanismos defensivos. En los cuatro niveles se gradúan el nivel de estabilidad y la eficiencia de los mecanismos de defensa.

4. Percepción del objeto: Capacidad clara de diferenciar realidad interna y externa, percibir los objetos externos en forma integral, coherente y con sus propios derechos e intenciones, es decir poniéndose en su lugar (capacidad empática). Con una baja integración estructural se va perdiendo la capacidad empática, el otro es percibido como un objeto para la satisfacción de las propias necesidades o como un objeto persecutorio.

5. Comunicación: Capacidad de orientarse hacia los otros, comunicarse con ellos y comprender sus señales afectivas. La graduación va desde una marcada capacidad comunicativa, pasando por bloqueos neuróticos, llegando hasta quiebres en la comunicación y la incapacidad de interpretar las señales afectivas del otro.

6. Apego (bonding): Capacidad para la consti-

tución de representaciones internas del otro y de investir las afectivamente en forma duradera, capacidad para alternar entre apego y distancia y desarrollo de reglas de interacción para proteger el vínculo. En un nivel de integración bajo están los objetos internos restringidos a pocos modelos, casi no hay objetos buenos internalizados; contrariamente aparecen objetos internos castigadores y descalificadores.

Junto con las operacionalizaciones y ejemplos clínicos dados en el manual, es posible determinar para cada categoría un nivel de integración. Por ello se puede realizar, por un lado, un perfil estructural y, por el otro, determinar un nivel general de integración estructural.

Eje V: El diagnóstico sindromático según el capítulo V (F) del CIE-10

El capítulo V (F) del CIE-10 operacionaliza el área de los trastornos psíquicos a través de los principios descriptivos, basándose en criterios psicopatológicos de tiempo y evolución. Con estas características el énfasis está evidentemente puesto en datos fácilmente observables o explorables. Algunas combinaciones de estos criterios particulares constituyen, bajo reglas de interconexión (algoritmos), diagnósticos específicos. Junto con ello se realizan divisiones según la gravedad como un elemento fijo de las reglas de interconexión diagnósticas, por lo menos en trastornos afectivos y ansiosos.

La confiabilidad de la OPD

La teoría clásica del test⁽³⁰⁾ parte de la base que con más altas confiabilidades se obtiene también una más alta validez. Si, al tabular un caso, entre los evaluadores de OPD se presenta un alto nivel de concordancia, se habla de categorías bien operacionalizadas y una alta validez del contenido. Para el diagnóstico psicodinámico esta premisa es problemática. Las categorías operacionalizadas que son fácilmente observables, debido a que, por ejemplo, están principalmente orientadas a la conducta, llevan a una mayor proba-

bilidad de acuerdo entre los evaluadores, por lo tanto, llevan a una mayor confiabilidad que, sin embargo, para psicoanalistas se relaciona con una más baja validez de contenido. Al operacionalizar el diagnóstico psicodinámico, no se persiguió, por lo tanto, la meta de lograr una buena confiabilidad del instrumento, sino que se buscó llegar a un equilibrio con la otra importante meta, que era conseguir una buena validez de contenido.

En una investigación amplia del grupo de trabajo OPD con un total de 269 pacientes de 6 clínicas psicósomáticas (en total 7 estudios) se establecieron valores de confiabilidad para los ejes de I a IV. Debido a que las condiciones para la tabulación de las diferentes clínicas se diferenciaban con relación a parámetros importantes, se pudo investigar al mismo tiempo, cuáles de las condiciones mejoran o empeoran la confiabilidad de las estimaciones. Se utilizó como medida el conocido kappa⁽³¹⁾, el que a diferencia del coeficiente de correlación intraclass (CCI) no establece prerequisites paramétricos y por lo tanto, se atiene más a los datos que éste último. Al determinar los valores, se aceptó establecer para los ejes I, II y IV las mismas distancias entre los niveles de las correspondientes escalas con 4 niveles. De esta manera se obtiene un valor kappa, que según Cohen puede ser interpretado en forma similar a un coeficiente de correlación de Pearson. En el eje II se adaptan los niveles según el procedimiento lógico del modelo circunflejo de Grawe-Gerber & Benjamin⁽³²⁾. El procedimiento se describe con mayor detalle en⁽³³⁾. Los valores de confiabilidad para la elección de los dos conflictos más importantes en el eje III se calculan con el simple kappa.

Junto con un entrenamiento intensivo de OPD existen otras dos condiciones que influyen en el nivel de confiabilidad del OPD: la inclusión del OPD dentro de la rutina clínica (de programas asistenciales) y la experiencia clínica previa del evaluador.

Las condiciones de la atención clínica de rutina se presentaron en dos de los 7 estudios, es decir, una de las dos tabulaciones se realizó justo después de la entrevista con un tiempo restringido

e influido por los criterios prácticos de los programas asistenciales. En estos dos estudios se encontraron para todos los ejes valores medios entre 0,30 y 0,50 (eje I: valor kappa = 0,47 y en el otro estudio 0,43, eje II: 0,50/0,45, eje III: 0,40/0,43, eje IV: 0,30/0,48). Este estudio se correspondió con un estudio temprano de la predictibilidad de la OPD, sobre la cuál se refiere Freyberger y colegas⁽³⁴⁾. En este caso se alcanzan valores levemente mejores bajo las condiciones de la atención clínica de rutina para el indicador “estimación general de la estructura” (eje IV: 0,69/0,40) y para la selección de los dos conflictos principales (eje II: 0,55; en el segundo estudio faltó esta medición).

Con la utilización de entrevistas grabadas en video se alcanzan mejores valores, los cuales se utilizan únicamente para fines diagnósticos. Bajo estas condiciones de evaluación, se encontraron en dos estudios para el eje II: “relaciones interpersonales”, los valores generales de 0,62 y 0,52. Los mejores resultados se encontraron en la evaluación de la perspectiva “el paciente se vivencia a sí mismo...” (0,70/0,58) y los peores, en la evaluación de la reacción contratransferencial (“otros, es decir el evaluador, se vivencian frente al paciente...”, 0,54/0,48). Las otras dos perspectivas se encuentran entre estos dos valores. El eje III “conflicto” se evaluó solamente bajo las condiciones de investigación y no bajo las condiciones asistenciales. Acá se alcanza un valor de 0,61 relativo a todos los conflictos (rango 0,48-0,71). La medición de la confiabilidad para la “estructura”, tiene el mejor resultado. En este caso se alcanzan en dos estudios los valores medios de 0,71 (rango 0,62-0,78) y 0,70 (rango 0,60-0,81). Para el eje I todavía no existen estudios bajo condiciones de investigación. En otro estudio que si se realizó bajo condiciones de investigación, los evaluadores eran estudiantes inexpertos en clínica. En ese estudio los valores medios para el eje II “relaciones interpersonales” estaban en 0,42, para el eje de “conflicto” en 0,33 y para el eje de “estructura” se encontró un respetable kappa de 0,70. Al estar los estudiantes muy bien entrenados en OPD, se puede deducir que una falta de expe-

riencia clínica puede ser una desventaja considerable para la tabulación de los ejes II y III. Para calificar como evaluador confiable en estos ejes se tiene que cumplir la condición, según las mediciones de estos estudios, de presentar una experiencia clínica de aproximadamente 2-3 años además de un entrenamiento profundo de OPD. El manejo del eje V “estructura” es, sin embargo, más fácil de aprender en el caso de principiantes. Esto último se confirma también a través de otro estudio, en que evaluadores inexpertos en clínica se desempeñaban junto con un terapeuta clínico con experiencia. También en este estudio se encontraron buenos resultados para el eje IV (valor medio 0,70).

En general, la confiabilidad para la aplicación del OPD en el contexto investigativo con relación a los ejes II “relaciones interpersonales” y III “conflicto” es aceptable y para el eje IV “estructura” es buena. Para el eje I “experiencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento” no se encuentran los valores correspondientes, sin embargo, se puede asegurar que bajo condiciones de investigación también se alcanzan mejores valores que los referidos. Sin embargo, todavía no son satisfactorios los valores para la aplicación a la rutina clínica. A pesar de todas las falencias que se han comprobado, es necesario destacar que otros instrumentos diagnósticos como el CIE también sólo son medianamente confiables en la práctica clínica, por lo que las dificultades que se presentan en este campo de aplicación sólo pueden ser vistas como inespecíficas.

La validez de contenido de la OPD

Expertos psicoterapeutas e investigadores de una larga tradición psicoanalítica se vincularon gracias a la operacionalización de la OPD. La validez de contenido del OPD se respalda en un grupo de 40-50 expertos, los cuales llegaron sin mayores dificultades a acuerdos con relación a las características relevantes y cercanas a la práctica.

Nos sirven también como antecedentes, además de los conceptos psicoanalíticos acreditados,

una serie de instrumentos de diagnóstico psicológicos y de investigación en psicoterapia. Con instrumentos del área de la experiencia y elaboración de enfermedad, de la medición de la afectación (daño), de la motivación a psicoterapia y del soporte social, fué posible orientarse para el estudio del eje I. Para la operacionalización de las “relaciones interpersonales” y los “conflictos” se pudo recurrir a una serie de procedimientos empíricamente comprobados⁽³⁵⁾: el “análisis estructural del comportamiento social” (SASB⁽¹⁸⁾); el “tema central del conflicto en la relación” (TCCR⁽³⁶⁾); la “constelación de roles en conflictos relacionales”⁽³⁷⁾, los “modelos cíclicos maladaptativo”⁽³⁸⁾ y la formulación de conflicto ideográfica⁽³⁹⁾. En los esfuerzos por operacionalizar “estructura” uno se podía apoyar en instrumentos como el Rorschach, TAT, TRO y nuevas propuestas taquistoscópicas. Tal como en el contexto analítico, se puede, en este procedimiento diagnóstico, sacar provecho de lo poco estructurado de la situación para evaluar qué capacidades posee el yo^(40,41).

El OPD fue aprobado y reconocido por evaluadores competentes de la especialidad, los cuales son invitados a reuniones regulares y que se han interesado en la continuidad del trabajo tanto dentro como fuera del grupo de trabajo⁽⁴²⁻⁴⁷⁾. Otro indicador importante para la validez de contenido del OPD se ha dado por la buena acogida que encontró en los seminarios de capacitación. Los participantes alaban a menudo lo factible y comprensible que son este tipo de categorías.

Por lo tanto, se puede afirmar que es posible determinar la validez de contenido de la OPD. A continuación se describen para cada eje, principalmente la validez de criterio y predictiva.

Relativo a la validez

Eje I: “Prerrequisitos para el tratamiento y elaboración de enfermedad”

Validez de criterio

Para la comprobación de la *validez de criterio*

de este eje, se puede utilizar como un criterio externo, un procedimiento de evaluación con una similar formulación de preguntas. El formulario de respuesta para la motivación a tratamiento (FMP)⁽⁴⁸⁾ evidencia, por lo menos en parte, un gran parecido en contenido a indicadores, es decir, rasgos del eje I. Se observaron buenos indicadores para la validez clínica del eje I en la atención de diferentes cuadros de trastornos clínicos, distintos encuadres de tratamiento y aplicación a diferentes grupos de edad⁽⁴⁹⁾. El eje I discrimina estos grupos por medio de las expectativas que los pacientes formularon previamente. Pacientes de mayor edad o pacientes del servicio de referencia evidencian tener una menor capacidad de insight de las relaciones psicodinámicas-psicosomáticas, una menor motivación a psicoterapia y una más alta motivación para recibir tratamiento somático. Franz y colegas⁽⁵⁰⁾ pudieron descubrir que la discapacidad física, psíquica y social de los pacientes, así como lo entiende la OPD, se encontraba en forma equivalente en la tabulación de expertos de la medición de daño (BSS) y en las escalas de autoinforme (SCL-90 R).

Validez predictiva

Para la revisión de la *validez predictiva* se utilizaron pacientes hospitalizados en una comparación test-retest y a los que paralelamente se les aplicó la SCL-90 R y el IIP. El indicador “presentación de síntomas psíquicos” del eje I, resultó ser el elemento más predictivo de éxito terapéutico.

Validez de constructo

Para la realización de la *validez de constructo* del eje I, se utilizó un análisis de factores⁽⁵⁰⁾. Los autores encontraron un modelo trifactorial (análisis general de varianza 54%) y describieron los principales componentes como “insight”, “recursos” e “indicadores referidos a lo corporal”. Otro análisis de factores⁽⁵¹⁾ dio como resultado 5 factores (criterio de corte del valor intrínseco < 1), que en total despejan 68% de la varianza. El factor I (experiencia somática y elaboración de enfermedad) abarca la gravedad del estado somáti-

co, el nivel de discapacidad física, así como la presencia de síntomas somáticos y una motivación más bien orientada a un tratamiento somático. El factor II (experiencia psíquica y elaboración de enfermedad) incluye la discapacidad por síntomas psíquicos y la afectación de la vivencia de sí mismo, así como la motivación a psicoterapia. El factor III (capacidad de insight) representa la capacidad de insight del paciente para establecer relaciones psicodinámicas, psicosomáticas y somatopsíquicas. El cuarto factor (recursos y apoyos) incluye los indicadores de integración psicosocial y apoyo social. En el último factor (*compliance/adherencia* a tratamiento) se incluyeron los indicadores adherencia a tratamiento y el de ganancia secundaria de la enfermedad (correlacionados negativamente). El resultado de los factores se evidenció como extremadamente factible y confirma los constructos básicos del eje establecidos en la creación del eje.

Resumiendo, estos resultados evidencian la alta relevancia clínica del eje I, el cual se expresa sobre la capacidad y disposición del paciente para aceptar un tratamiento psicoterapéutico-psicosomático. Sobre esta base se pueden elaborar intervenciones específicas, las cuales pueden servir para realizar una preparación del paciente para la derivación a psicoterapia.

Eje II: “Relaciones interpersonales”

Validez concurrente

El área diagnóstica que abarca el eje OPD de “relaciones interpersonales” se refiere a la disfuncionalidad en el ámbito interpersonal. El “inventario de problemas interpersonales” (IIP)⁽³⁷⁾ y el “análisis estructural del comportamiento social” (SASB)⁽¹⁸⁾ son reconocidos como procedimientos válidos para el área que abarca este criterio, por lo que se utilizó para la validez concurrente (en el sentido de una validez referida a los criterios internos)⁽⁵²⁾. Los coeficientes de validez resultantes se encuentran dentro de lo aceptable para la comparación entre el procedimiento propio con el externo, con una correlación media de 0,21. En otro estudio⁽⁵³⁾ se vio cuánto coincidían el

diagnóstico relacional del OPD con el análisis estructural del comportamiento social (SASB) al evaluar el relato de un episodio relacional. Se observa que el diagnóstico relacional del OPD presenta una concordancia superior al azar con el SASB-rating en cada episodio. Por lo que se puede concluir, que la estimación de la perspectiva del “vivenciar del paciente” (perspectiva A) en el eje II del OPD se orienta en las conductas más nombradas por el propio paciente.

Validez predictiva

Para una comprensión interpersonal de psicopatología es relevante entender cuál es la calidad de la realización de fantasías de relación y la capacidad para actuar en las relaciones interpersonales actuales del paciente. Los deseos que se traen a la relación son descritos como menos flexibles que las reacciones del compañero con que se interactúa⁽⁵⁴⁾. Cierpka y colegas⁽⁵⁵⁾ comprobaron que la rigidez de deseos interpersonales se correlaciona positivamente con la gravedad de la psicopatología. A partir de la varianza circular representada en el cluster de comportamiento en el modelo circunflejo del OPD, se estudió a 100 pacientes en el transcurso de una psicoterapia hospitalaria observando las transformaciones en la flexibilidad interpersonal⁽⁵⁶⁾. Se separaron subgrupos diagnósticos, los que se analizaron en forma de test-retest para calcular la correlación entre los resultados de las medidas de flexibilidad interpersonal y la evolución positiva de los síntomas. Según lo esperado se demostró que en los pacientes con trastornos afectivos (n = 28) y en los pacientes con trastornos adaptativos (n = 13), el aumento de la flexibilidad interpersonal correlacionó favorablemente con la evolución positiva de síntomas. En el subgrupo de pacientes depresivos la correlación de Pearson entre las mejoras en los síntomas (medido por el Global-Severity-Index GSI del SCL-90 R) y los cambios en la flexibilidad interpersonal, fue de 0,39 con un p unilateral de 0,02. En el grupo con trastornos adaptativos el r fue de 0,57 con un p = 0,02. En los pacientes con trastornos ansiosos (n = 12) se observó, sin embargo, un movimiento contra-

rio. Acá se correlacionó en forma negativa la evolución positiva de los síntomas con el aumento de flexibilidad ($r = 0,42$, $p = 0,08$). Es decir, pacientes ansiosos presentan un aumento de la rigidez en la percepción de sí mismos en las relaciones interpersonales, un resultado que puede ser explicado por el aumento progresivo de la autoafirmación y diferenciación de los deseos del otro. En general, estos resultados demuestran que el diagnóstico relacional del OPD y las medidas que de ahí se desprenden están en condiciones de discriminar entre los resultados sintomáticos entre diferentes grupos diagnósticos.

Validez de constructo

El diagnóstico relacional del OPD, se basa en el modelo circunflejo de conducta^(19,57), el cual tiene en psicología de la personalidad, social y clínica una larga tradición y, por lo tanto, fue bien validado. Así como demostraron diferentes autores^(58,59), el modelo circunflejo posee una respetable fortaleza como modelo predictivo y establece una red nomológica, la cual puede ser utilizada para la validación de contenido. La validez de constructo se utilizó para la versión alemana del inventario de problemas interpersonales (IIP), cuya estructura circunfleja está comprobada⁽⁵²⁾. Los resultados se refieren a la prueba al azar descrita bajo el título “validez concurrente”. Se pudo comprobar que la mayoría de los cluster del eje relacional se pueden graficar en forma de constructo, es decir, circular y poseen un contenido interpersonal específico. En una evaluación comparativa de criterio entre el eje relacional y el IIP, aparecieron diferencias relativas a los clusters conductuales y vivenciales.

Eje III: “conflicto”

Validez concurrente

Existe un problema fundamental para poder realizar la *validación concurrente* de los conflictos inconcientes descritos en la OPD: no existen otros instrumentos que acepten los conflictos inconcientes como procedimientos de validación reconocidos⁽⁶⁰⁾. Los estilos relacionales presentes

en la adultez se pueden comparar con cada uno de los conflictos, especialmente con los conflictos I “autonomía *versus* dependencia” y conflicto III “cuidado *versus* autarquía”. Ambos conflictos abarcan como tema central de conflicto el apego, tomando, sin embargo, diferentes formas según la medición de patrones de apego (BPR)⁽⁶¹⁾. Se pueden distinguir las tres categorías principales de apego: apego seguro, apego ambivalente (excesiva dependencia, excesivo cuidado impulsivo-inestable) así como el apego evitativo (evitativo-temeroso, racional-controlador y excesiva búsqueda de autonomía). Según el OPD y la medición de patrones de apego⁽⁶²⁾ se estudió a 55 mujeres con trastorno de personalidad. La concordancia de datos puede definirse como buena, tanto para el conflicto “autonomía-dependencia” ($kappa = 0,64$) como para el conflicto de cuidado ($kappa = 0,56$). Debido a que en esta prueba de azar se trataba de pacientes graves, no se encontraron mujeres con apego seguro, más bien un 22% demostró un apego ambivalente, 31% un apego evitativo y un 47% un apego mixto. Mientras más ambivalente el apego, más aparecía el conflicto “autonomía *versus* dependencia” y menos el conflicto “cuidado *versus* autarquía”. Al estimar en forma general la seguridad del apego quedó claro que mientras más seguro se estimaba el apego, con más probabilidad aparecía el conflicto “cuidado *versus* autarquía”; y mientras más inseguro se estimaba el apego, aparecía más bien el conflicto “autonomía *versus* dependencia”. Estos resultados ofrecen un punto de partida para la validación de la diferenciación del conflicto autonomía/dependencia *versus* cuidado/autarquía. En un estudio de Ulm⁽⁶³⁾ se encontró una buena concordancia de los conflictos de OPD con el tema central del conflicto en la relación (TCCR) en 44 pacientes hospitalizados de psicoterapia. Los estudios en Heidelberg y Münster^(33,64) demostraron que en el contexto clínico se presentan con mayor frecuencia los conflictos I – IV. Por otro lado, se observó que una mayor presencia del indicador “percepción limitada de emociones y conflictos” se relacionaba con una mayor discapacidad física, lo cual también apoya la des-

cripción de conflicto. En el estudio, previamente mencionado de Leising et al⁽⁵³⁾, se realizó un intento de validación relativo al concepto de las emociones preponderantes típicas descritas en el eje III: se creó un perfil de frecuencia con relación a la *descripción de la propia vivencia afectiva* utilizando una lista de emociones⁽⁶⁵⁾. Un evaluador independiente tenía la tarea de comparar este perfil con la información relativa a los dos tipos preponderantes de conflicto. Por casualidad se adjuntó otro perfil emocional extraño. Con 13 intentos se logró la asignación correcta en 9 ocasiones ($p = 0,087$). En consecuencia los autores deducen que la relación de los conflictos intrapsíquicos y el predominio de determinadas emociones preponderantes no es tan evidente como se presenta en el manual de OPD. En otro estudio de validación⁽⁶⁶⁾ se correlacionaron estimaciones de conflicto con la evaluación de la "Scale of Psychological Capacities" (SPC) de Wallerstein⁽⁶⁷⁾ en 48 pacientes psicosomáticos hospitalizados. En el SPC, a diferencia del OPD, además de las vulnerabilidades estructurales importantes para el contenido del eje IV de "estructura", se detectan modos habituales de elaboración de la enfermedad, es decir información sobre la defensa, los cuáles se clasifican bajo el concepto "capacidades estructurales". Para estas subescalas del SPC se encontraron correlaciones significativas con cada conflicto OPD, por ejemplo: una correlación de $r = 0,41$, $p < 0,01$ ante la escala SPC "moralism" y el conflicto "sumisión *versus* control" o una correlación de $r = 0,37$, $p < 0,5$ entre la escala SPC "attribution of responsibility" y el "conflicto de culpa". Gracias a la comparación conceptual de ambas escalas, pudieron ser estimadas las correlaciones, de las cuales 5 de 7 fueron significativas.

Validez predictiva

No se observaron relaciones relevantes entre los conflictos preponderantes y el éxito terapéutico en 30 pacientes hospitalizados y tratados con psicoterapia, con excepción de la categoría de conflicto "percepción limitada de emociones y conflictos", que cuando se encontraba presente en el paciente no se llegaba a un éxito terapéuti-

co⁽⁶⁸⁾. En la investigación de Rudolf⁽³³⁾ se observó un bajo éxito terapéutico en los pacientes con un tipo de conflicto preponderante de "autonomía *versus* dependencia". Contrariamente, los conflictos "edípico sexual" y "control *versus* sumisión", demostraron una correlación positiva con los resultados exitosos de la psicoterapia.

Resumiendo, se puede establecer que son grandes las dificultades científicas en la revisión de la validez, ya que para "conflicto" solamente existen criterios externos. Es decir, no existen procedimientos de evaluación amplios que permitan la comprensión de los conflictos inconscientes. Los contenidos del eje de "conflicto" son fácilmente aplicables y útiles para la formación académica y para la formulación de preguntas clínicas significativas. Algunos de los conflictos estudiados demostraron tener un buen nivel de concordancia y diferenciación con procedimientos de evaluación conocidos. Es posible aceptar que existe una importante conexión entre los conflictos definidos operacionalmente y el constructo "conflicto dinámico".

Eje IV: "estructura"

Validez de concurrencia

En una serie de investigaciones se evalúa el nivel de concordancia entre la estimación de estructura y otros datos recogidos al mismo tiempo. Nitzgen y Brünger⁽⁶⁹⁾ investigaron a 171 pacientes de sexo masculino con un cuadro adictivo de larga data al principio de su hospitalización. Se demostró que estos pacientes obtuvieron los peores valores en el área de la autorregulación ($M = 2,2$; 2 corresponde a "moderadamente integrado", 3 a "poco integrado"). Teóricamente se esperaba este resultado debido a que esta área de la estructura abarca los aspectos tolerancia afectiva y control de impulso. Estos resultados fueron confirmados con un estudio de Reymann y colegas⁽⁷⁰⁾ en un centro abierto de desintoxicación con 22 hombres alcohólicos, los cuales presentaron con mayor frecuencia una fragilidad estructural en la "autorregulación" como también en la "percepción de objeto". Como resultado

del estudio sobre la concordancia con el diagnóstico CIE, antes mencionado, se descubrió otro indicador de validez. Pacientes que recibieron diagnósticos CIE de la esfera de la neurosis ($M = 1,97$), se evidenciaron como más estructurados que pacientes con trastornos de personalidad ($M = 2,37$, $p < 0,01$). En un estudio de Rudolf y colegas⁽³³⁾ se pudo demostrar que un nivel estructural más bajo se correlaciona con un mayor tiempo de enfermedad psicógena ($-0,38$, $p = 0,06$), lo que presumiblemente se puede atribuir a una capacidad deficitaria de regulación determinada estructuralmente. Un estudio de Schauenburg⁽⁷¹⁾ hace parte de un segundo grupo de estudios de validez, el cuál eligió criterios de validación internos. Se investigaron 49 pacientes consecutivos de una unidad de psicoterapia. En este estudio, se demuestra que un apego seguro (diagnóstico del apego según Pilkonis) ($-0,30$, $p = 0,5$), así como excesivos deseos de dependencia ($-0,29$, $p = 0,06$) se correlacionan con un mejor nivel estructural, mientras que rasgos borderline ($0,27$, $p = 0,08$), excesivos deseos de autonomía ($0,32$, $p = 0,03$) y rasgos antisociales ($0,55$, $p = 0,00$) se correlacionan con un peor nivel estructural. Grütering y Schauenburg⁽⁷²⁾ compararon en la misma prueba de azar bajo una evaluación independiente las escalas del Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP)⁽⁷⁾ con el eje de “estructura”, y encontraron las correlaciones de contenido esperados: la capacidad de autorregulación se relaciona con las escalas intimidad y tolerancia a la frustración, pero también con falta de sentimiento de ser útil y pertenencia. De la misma manera se encontró una relación entre una más alta integración en la “percepción de objeto”, así como una mayor capacidad de “comunicación”, y la capacidad de vivenciar intimidad. En el ya mencionado estudio de Grande, Schauenburg y Rudolf⁽⁶⁶⁾ con 48 pacientes psicósomáticos hospitalizados se comparó las “scales of psychological capacities” (SPC)⁽⁶⁷⁾ con los rasgos estructurales propuestos por el OPD. En ese estudio se encontraron muchas correlaciones, las cuales eran esperables debido a que se había realizado una comparación conceptual de las escalas de ambos

instrumentos. Por ejemplo, se presentó una correlación de $r = 0,30$, $p < 0,05$, entre la escala SPC “driveness” y la dimensión “autorregulación”. Además se dio una concordancia significativa entre un nivel bajo de estructuración general según OPD y las escalas SPC “emotional blunting” ($r = 0,41$, $p < 0,01$) y “rarely able to relay on others” ($r = 0,43$, $p < 0,01$). Estos dos indicadores se relacionan más que los otros con las habilidades sociales y, por lo tanto, se acercan mucho al concepto teórico del eje de estructura del OPD, en que la capacidad y vulnerabilidad del self en su relación con los otros es un tema central.

Validez predictiva

La *validez predictiva* se evaluó en el estudio, antes mencionado, de Rudolf y colegas⁽³³⁾. La estimación de la estructura al inicio de un tratamiento de hospitalización demostró ser un buen predictor para la evaluación de éxito del paciente ($0,30$) así como también para la evaluación de éxito del terapeuta ($0,40$, $p < 0,05$). La mirada de cada una de las dimensiones de la estructura evidencia que la capacidad de vincularse (paciente $0,42$, terapeuta $0,46$, $p < 0,01$) es especialmente relevante para la predicción. Evidentemente la capacidad de invertir a otros de afectos positivos en forma permanente es una buena garantía para el logro de la psicoterapia.

Validez de constructo

El análisis factorial en un estudio de Heidelberg (no publicado) demostró ser un aporte para la *validez de constructo* debido a que los indicadores se tendían a agrupar en un factor principal con muy alto valor intrínseco. En esa misma dirección apunta el alto nivel de consistencia interna de $0,87$ para las dimensiones estructurales y $0,96$ para el foco estructural. También estos resultados indican que en el caso de la estructura se trata de un constructo esencialmente unidimensional, donde las diferentes subfunciones de ésta actúan en forma independiente. La idea de que la constitución de la estructura es una característica duradera y estable de la persona según la comprensión teórica y clínica; es apoyada por un es-

tudio test-retest en un tratamiento terapéutico hospitalario de 12 semanas de duración, donde los valores se mantienen estables en el tiempo (para la concordancia de la estimación general de estructura pre y post del 84,4%)⁽⁷³⁾.

Resumiendo, se puede afirmar que según la experiencia recogida hasta el momento, el eje estructura del OPD es útil para la realización de una descripción psicodinámica interpersonal de la estructura de personalidad preponderante en el sentido de la teoría de las relaciones objetales.

Los estudios que se han realizado para determinar la validez del OPD demostraron que los ejes OPD no se relacionan en forma significativa con los diagnósticos sintomáticos según el CIE – 10. Esto se corresponde con el intencionado significado que se le quiso dar a la OPD como un instrumento complementario ubicado en un nivel psicodinámico-diagnóstico. Tanto la confiabilidad de cada eje, como también los estudios de validez, fortalecen la base empírica del instrumento para la aplicación en investigación.

Discusión

Nuestra experiencia hasta el momento ha demostrado que grupos de trabajo de orientación psicodinámica después de reiterados análisis y reflexiones sobre el instrumento, llegan a estar en condiciones de manejarlo en forma clínicamente adecuada y pueden llegar a estimaciones que evidencian una buena concordancia.

Se destaca el hecho de que la evaluación de la entrevista clínica con el OPD no sólo permite llegar a distinciones diagnósticas en los diferentes ejes, sino también sirve para formular diagnósticos psicodinámicos muy útiles en el proceso de indicación psicoterapéutica, aportando también a la planificación de la psicoterapia.

Los estudios demuestran que las subescalas (estilos relacionales, conflicto y nivel de la estructura) de los ejes OPD no evidencian una relación significativa con el diagnóstico sintomático del CIE-10. Esto se corresponde con el significado que se le quiso dar al OPD como un instrumento complementario ubicado en un nivel psicodinámico-

diagnóstico. Una operacionalización del diagnóstico psicodinámico puede traspasar los límites de una clasificación psiquiátrica descriptiva y puede utilizar los beneficios de la operacionalización de constructos psicodinámicos cercanos a lo observable en relación con el diagnóstico fenomenológico. El OPD puede:

1. Entregar una orientación **clínica-diagnóstica** para el uso clínico, que sobre la base de instrucciones diagnósticas relativamente flexibles y abiertas, permiten un cierto rango de libertad al evaluador en el diagnóstico. El OPD aporta, por lo tanto, a una mayor transparencia en el sentido de asegurar la calidad.
2. Ser de gran utilidad para la **formación** en psicoterapia psicodinámica, debido a que los fenómenos psíquicos operacionalizados han sido formulados lo más cercano posible a lo directamente observable, de manera que es posible practicar la clasificación psicodinámica y fenomenológica.
3. Ser utilizado como **instrumento de investigación** en estudios científicos. En consecuencia, el instrumento puede aportar a una mayor homogeneización en las pruebas de azar a través de criterios diagnósticos más estrictos.
4. Contribuir a una mejor **comunicación** de los constructos de teorías psicodinámicas dentro de la “comunidad científica” (en el sentido amplio y restringido). El OPD permite una mejor comunicación de formulaciones psicodinámicas, gracias a que se ha mejorado la confiabilidad en relación a los diagnósticos anteriores.

Tanto la confiabilidades de cada eje como también los estudios sobre la validez forman la base empírica del instrumentario para una aplicación en el contexto investigativo. Los estudios, sin embargo, también demuestran algunos defectos en la operacionalización de categorías en las diferentes subescalas. Debido a que el OPD se entiende como un grupo de trabajo “en progreso”, estos resultados van a llevar a cambios en el OPD. Sin embargo, se puede establecer, en primer lugar, que el OPD demuestra una validez acepta-

ble, lo que se confirma con las experiencias recogidas hasta el momento, principalmente en los análisis y discusiones que se generan en las actividades de capacitación, además de los múltiples estudios empíricos realizados por variados centros. También se establece el hecho que el OPD puede ser aplicado en programas de atención clínica tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario. En este momento el grupo de trabajo prepara una versión clínica simplificada del OPD que es más manejable. Esta versión debería mejorar aún más la confiabilidad y aumentar la validez ecológica de los clínicos. Como una futura

tarea se tiene que evaluar si el OPD es de tanta ayuda para el terapeuta clínico como para que la utilice a menudo y con gusto en su quehacer psicoterapéutico.

Los niveles todavía muy desiguales de operacionalización de cada uno de los ejes presentan un problema, por lo que deben ser igualados y unificados, de manera que pueda crearse un sistema diagnóstico interconectado e integrado. Futuros estudios van a demostrar en qué áreas los ejes se corresponden entre sí y donde los ejes crean ventanas diagnósticas muy diferentes e independientes.

Resumen

Este artículo presenta el sistema de “diagnóstico psicodinámico operacionalizado” (OPD), que en los últimos 10 años se ha difundido ampliamente en los países de habla germana. El OPD tiene como meta operacionalizar los constructos psicoanalíticos clínicamente probados. El material clínico presentado por el paciente en la primera entrevista puede ser estimado y clasificado en un nivel lo más cercano posible a lo directamente observable. Con la OPD se puede formular un diagnóstico psicodinámico clínicamente relevante y orientador para los psicoterapeutas. El diagnóstico psicodinámico multiaxial se basa en 5 ejes diferentes: eje 1: experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, eje 2: relaciones interpersonales, eje 3: conflicto, eje 4: estructura, eje 5: diagnóstico sindromático (según el capítulo V (F) del CIE 10). El eje 5 de la OPD genera un punto de unión del instrumento con el modelo del CIE. Los estudios sobre confiabilidad muestran un nivel bueno a satisfactorio de confiabilidad en el contexto investigativo. Los resultados de los estudios sobre la validez evidencian un buen nivel de validez de cada eje. Los múltiples estudios con el OPD ofrecen guías para perfeccionar las categorías.

Palabras clave: Diagnóstico psicodinámico, OPD, diagnóstico multiaxial, confiabilidad y validez.

Referencias

1. Arbeitskreis OPD, editor. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber; 1996.
2. OPD Task-Force, editor. Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD). Foundations and manual. Kirkland: Hogrefe & Huber; 2001.
3. Rudolf G, Oberbracht C, Grande T. Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: Schauenburg H, Freyberger H, Cierpka M, Buchheim P, editors. OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber; 1998. p. 167-81.

4. Grande T, Oberbracht C. Die Konflikt-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Konfliktdiagnostik nach OPD. In: Schneider W, Freyberger H, editors. Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber; 2000. p. 74-102.
5. Shapiro D. Neurotische Stile. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1991.
6. Bellak L, Hurvich M. Systematic study of ego functions. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1969; 569-585.
7. Weinryb RM, Rössel RJ. Karolinska Psychodynamic Profile KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1991; 83: 1-23.
8. Schneider W, Freyberger H. Diagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung deskriptiver Klassifikationsmodelle. *Forum der Psychoanalyse* 1990; 6: 316-30.
9. Schneider W, Hoffmann SO. Diagnostik und Klassifikation neurotischer und psychosomatischer Störungen. *Fundamenta Psychiatrica* 1922; 6: 137-42.
10. Selye H. Streß-Bewältigung und Lebensgewinn. München: Piper; 1974.
11. Thoits P. Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. In: Kaplan L, editor. *Psychological stress. Trends in theory and research*. New York: Academic Press; 1983.
12. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
13. Haan N. *Coping and defending*. New York: Academic Press; 1977.
14. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry* 1971; 24: 107-18.
15. Vaillant GE. *Adaption to life*. Boston: Little & Brown; 1977.
16. Becker MH, Maiman LA, Kirscht JB, Haefner DP, Drachman RH, Taylor DW. Wahrnehmungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen zum "Health Belief-Model". In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. *Compliance Handbuch*. München: Oldenbourg; 1982. p. 94-132.
17. Basler H-D. Das Verhältnis der Compliance-Forschung zum Patienten. In: Schneider W, editor. *Indikationen zur Psychotherapie*. Weinheim: Beltz; 1990. p. 167-82.
18. Benjamín LS. Structural analysis of social behavior. *Psychological Review* 1974; 81: 392-425.
19. Kiesler DJ. The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review* 1983; 90: 185-214.
20. Dührssen A. Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1981.
21. Mentzos S. Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt: Fischer; 1991.
22. Schultz-Hencke H. *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme; 1951.
23. Bellack L, Meyers B. Egofunction assesement and analysability. *International Review of Psychoanalysis* 1975; 2: 413-29.
24. Blanck G, Blanck R. *Ego psychology II. Theory and practise*. New York: Columbia University Press; 1979.
25. Fairbairn WRD. *An object relation theory of the personality*. New York: Basic Books; 1954.
26. Grunberger B. *Vom Narzißmus zum Objekt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1982.
27. Jacobson E. *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1973.
28. Kohut H. *Narzissmus-Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Suhrkamp; 1971.
29. Rudolf G. *Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Enke; 1993.
30. Lienert GA. *Testaufbau und Testanalyse*. 3. ed. Göttingen: Hogrefe; 1969.
31. Cohen J. Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin* 1968; 70: 213-20.
32. Grawe-Gerber M, Benjamin L. Structural analysis of social behavior (SASB). Coding manual for psychotherapy research. Bern: Psychologisches Institut der Universität; 1989.
33. Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T. Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte

- Psychodynamische Diagnostik (OPD). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1996; 42: 343-57.
34. Freyberger H, Dierse B, Schneider W, Strauß B, Heuft G, Schauenburg H, et al. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung - Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 1996; 46: 356-65.
 35. Schauenburg H, Cierpka M. Methoden der Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. *Psychotherapeut* 1994; 39: 135-45.
 36. Luborsky L, Crits-Christoph P. Understanding transference. *The Core Conflictual Relationship Theme method*. 2. ed. New York: Basic Books; 1998.
 37. Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. Manual zum Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Weinheim: Beltz; 1993.
 38. Strupp HH, Binder J, L. Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 1993.
 39. Perry JC, Augusto F, Cooper SH. Assessing psychodynamic conflicts: I. Reliability of idiographic conflict formulation method. *Psychiatry* 1989; 52: 289-301.
 40. Kernberg OF. The structural diagnosis of borderline personality organisation. In: Hartocollis P, editor. *Borderline personality disorders*. New York: International Universities Press; 1977. p. 87-121.
 41. Kernberg OF. *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press; 1984.
 42. Clarkin J. Die OPD aus der Sicht eines Außenstehenden. In: Schneider W, Freyberger H, editors. *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber; 2000. p. 17-24.
 43. Dilling H. Die Entwicklung der Diagnostik von neurotischen und psychosomatischen Störungen in der ICD-10. In: Schauenburg H, Freyberger H, Cierpka M, Buchheim P, editors. *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber; 1998. p. 21-36.
 44. Kernberg OF. Die Bedeutung neuerer psychoanalytischer und psychodynamischer Konzepte für die Befunderhebung und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P, editors. *OPD in der Praxis: Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber; 1998. p. 55-68.
 45. Margraf J, Jacobi F, Maercker A. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. In: Schneider W, Freyberger H, editors. *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber; 2000. p. 38-56.
 46. Saß H, Houben I. Die neue Rolle der Persönlichkeitsstörungen in DSM-II und DSM-IV. In: Schauenburg H, Freyberger H, Cierpka M, Buchheim P, editors. *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber; 1998. p. 37-54.
 47. Weinryb RM. Zur Diagnose der Charakterstruktur mit dem "Karolinsa Psychodynamic Profile" (KAPP). In: Schauenburg H, Freyberger H, Cierpka M, Buchheim P, editors. *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber; 1998. p. 69-96.
 48. Schneider W, Basler H-D, Beisenherz B. Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. Weinheim: Beltz; 1989.
 49. Schneider W, Klauer T, Hake K. Prädiktive Validität der OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen. In: 47. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), 05.-07.03.1998; 1998; Leipzig; 1998.
 50. Franz M, Dahlbender RW, Gündel H, Hake K, Klauer T, Kessler-Scheeler S, et al. Ergebnisse der Multizenterstudie zur OPD-Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) im Konsildienst. In: Schneider W, Freyberger H, editors. *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern:

- Huber; 2000. p. 162-78.
51. von Wietersheim J. Entwicklung und Perspektiven der OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen. In: Schneider W, Freyberger H, editors. Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber; 2000. p. 57-9.
 52. Stasch M, Cierpka M, Dahlbender RW, Grande T, Hillenbrand E, Kraul A, *et al.* OPD und Repräsentation interpersonellen Beziehungsverhaltens: ein Ansatz zur Konstruktvalidierung. In: Dahlbender RW, Buchheim P, Schüßler G, editors. Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie. Bern: Huber; 2004. p. 85-94.
 53. Leising D, Stadler K, Grande T, Rudolf G. Lassen sich intrapsychische Konflikte anhand unterschiedlicher "Leitaffekte" unterscheiden? Heidelberg: Psychosomatische Klinik des Universitätsklinikums; 2000.
 54. Crits-Christoph P, Demorest A, Muenz LR, Baranackle K. Consistency of interpersonal themes for patients in psychotherapy. *Journal of Personality* 1994; 62: 499-526.
 55. Cierpka M, Strack M, Benninghoven D, Staats H, Dahlbender R, Pokorny D, *et al.* Stereotypical relationship patterns and psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1998; 67: 241-8.
 56. Stasch M, Cierpka M. Changes in patients' perceptions of their interpersonal behavior during inpatient psychotherapy. In: 31. annual meeting of the Society for Psychotherapy Research (21.-25.06.2000); 2000 23.06.2000; Chicago, USA; 2000.
 57. Leary T. Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald Press; 1957.
 58. Foa UG. Convergences in the analysis of the structure of interpersonal behavior. *Psychological Review* 1961; 68: 341-53.
 59. Guttman L. A new approach to factor analysis: the radex. In: Lazarsfeld PF, editor. *Mathematical thinking in the social sciences*. Glencoe: Free Press; 1954. p. 258-348.
 60. Schüßler G. Innerpsychischer Konflikt und Struktur: Wo steht das Unbewusste heute? In: Dahlbender RW, Buchheim P, Schüßler G, editors. Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie. Bern: Huber; 2004. p. 181-92.
 61. Pilkonis PA. Personality prototypes among depressives: themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders* 1988; 2: 144-52.
 62. Müller E. Zusammenhänge zwischen inadäquaten verarbeitungsformen unbewußter Konflikte und unsicheren Bindungsstilen [Diplomarbeit]. Eichstätt: Universität; 1999.
 63. Zlatanovic B. Intrapsychische und interpersonelle Konflikte: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik *versus* Beziehungskonfliktthema [Dissertation]. Ulm; 2000.
 64. Schneider G, Lange C, Heuft G. Operationalized Psychodynamic Diagnostics and differential therapy indication in routine diagnostics at a psychosomatic outpatient department. *Psychotherapy Research* 2002; 12: 159-78.
 65. Leising D. Die Klinische Emotionsliste. Ein Instrument zur Erfassung des selbstberichteten affektiven Erlebens. Heidelberg: Psychosomatische Universitätsklinik; 2000.
 66. Grande T, Schauenburg H, Rudolf G. Zum Begriff der "Struktur" in verschiedenen Operationalisierungen. In: Rudolf G, Grande T, Henningsen P, editors. *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*. Stuttgart: Schattauer; 2002. p. 177-96.
 67. Wallerstein RS. Assessment of structural change in psychoanalytical therapy and research. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1988; 36: 241-61.
 68. Strauß B, Hüttmann B, Schulz N. Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Erste Erfahrungen mit der "OPD-1" im stationären Rahmen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 1997; 47: 58-63.
 69. Nitzgen D, Brünger M. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In: Schneider W, Freyberger H, editors. Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen

- Diagnostik. Bern: Huber; 2000. p. 238-52.
70. Reymann G, Zbikowski A, Martin K, Tetzlaff M, Janssen PL. Erfahrungen mit der Anwendung von Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken. In: Schneider W, Freyberger H, editors. Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber; 2000. p. 229-37.
71. Schauenburg H. Zum Verhältnis zwischen Bindungsdiagnostik und psychodynamischer Diagnostik. In: Schneider W, Freyberger H, editors. Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber; 2000. p. 196-217.
72. Grütering T, Schauenburg H. Die Erfassung psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale-Vergleich zweier klinisch relevanter Instrumente: Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) und OPD-Strukturachse. In: Bassler M, editor. Leitlinien in der stationären Psychotherapie: Pro und Kontra. Gießen: Psychosozial-Verlag; im Druck.
73. Grande T, Rudolf G, Oberbracht C. Veränderungsmessung auf OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept. In: Schneider W, Freyberger H, editors. Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber; 2000. p. 148-61.

Correspondencia:

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Abteilung für Psychosomatische
 Kooperationsforschung und Familientherapie
 Bergheimer Straße 54
 69115 Heidelberg
 Fon +49-6221-564700
 Fax +49-6221-564702
 mailto: Manfred_Cierpka@med.uni-heidelberg.de

Hematoma talámico bilateral simultáneo. Reporte de dos casos y revisión de la literatura

Simultaneous bilateral thalamic hematoma. Case report and review of literature

José Vallejos C.¹, Patricio Mellado T.¹ y Isidro Huete L.²

The simultaneous occurrence of brain hemorrhages in different territories is rare and has a poor outcome. The predisposing risk factors and pathophysiological mechanisms are not clearly understood. We describe two patients with simultaneous bilateral thalamic hemorrhages. We analysed the clinical features, radiological images and neurological prognosis.

*Key words: Simultaneous brain haemorrhages, thalamic hematomas.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(2): 127-133*

Introducción

La hemorragia encefálica (HE) representa un 5 a 15% de la enfermedad cerebro vascular (ECV). En Chile, un reciente estudio prospectivo de incidencia de ECV, da cuenta de una frecuencia de 23% de HE entre los 45 y 85 años de edad y una tasa de incidencia ajustada a la población total del país de 20%⁽¹⁾.

Su factor de riesgo más importante es la hipertensión arterial crónica (HTA). Generalmente, se la considera un evento aislado y único. Sin embargo, con el mayor acceso a métodos diagnósticos de neuroimágenes, se ha descrito una recurrencia de hasta un 6% en pacientes con HE hipertensiva. Por otro lado, la incidencia de HE múltiple simultánea ha sido reportada entre un 0,7% a 3%⁽¹⁻⁴⁾.

Material y Método

Se revisaron los antecedentes de pacientes con HE hospitalizados en la unidad de cuidado intermedio neurológico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre los años 2001-2004. Se seleccionaron las HE múltiples, simultáneas y bilaterales, para análisis de sus manifestaciones clínicas y hallazgos radiológicos.

Se revisó la literatura médica internacional publicada sobre el tema en los últimos diez años.

Caso 1

Mujer de 58 años, fumadora de 10 cigarros al día, con antecedentes de HTA en tratamiento farmacológico con enalapril 20 mg/día, fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol y dislipidemia sin tratamiento farmacológico.

Recibido: 17 de marzo 2005

Aceptado: 31 de mayo 2006

¹ Departamentos de Neurología Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Radiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cinco horas antes de su ingreso presentó una súbita disminución de fuerzas del hemicuerpo derecho y dificultad para hablar. Al examen físico destacaba: presión arterial (PA) de 210/100 mmHg y pulso irregular de 88 por minuto. En el examen neurológico se constató una paciente vigil, bradipsíquica, disártrica y sin afasia. Nervios craneanos sin alteraciones, paresia leve y armónica del hemicuerpo derecho, reflejo plantar extensor e hipoestesia superficial moderada ipsilateral.

El INR (international normalized ratio) de ingreso fue de 2,8, el nivel de colesterol plasmático total de 253 mg/dl y la glicemia de 98 mg/dl. La tomografía computarizada (TC) de encéfalo mostró 2 hematomas pequeños recientes: un hematoma talámico izquierdo de 6 cc y un hematoma talámico derecho de 2 cc (Figura 1-A).

Al día siguiente se realizó una resonancia magnética de encéfalo (RMe), la que confirmó los 2 hematomas recientes, la secuencia de T*2 eco-gradiente identificó varios focos hipointensos intraparenquimatosos (Figura 1-B).

La paciente fue tratada con plasma fresco congelado (4 unidades) y vitamina K intravenoso (3 ampollas), lo que revirtió la anticoagulación en 4 horas. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones médicas y con regresión parcial de su déficit neurológico. Al mes se encontraba auto-

valente con una escala de Rankin modificado (Rm) de 2.

Caso 2

Mujer de 72 años de edad con antecedentes de HTA en tratamiento con atenolol 100 mg/día y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol.

Tres horas antes de su ingreso presentó una cefalea holocránea de moderada intensidad, seguida por una súbita pérdida de sensibilidad del hemicuerpo izquierdo. Al examen físico de ingreso destacaba: PA 180/110 mmHg, pulso regular de 60 por minuto. En el examen neurológico se constató una paciente vigil, orientada y lenguaje normal. Nervios craneanos sin alteraciones, paresia disarmónica leve de hemicuerpo izquierdo y marcada hipoestesia superficial y profunda ipsilateral.

El INR de ingreso fue de 2,3, el nivel de colesterol plasmático total de 264 mg/dl y glicemia de 79 mg/dl. La TC mostró 3 hematomas recientes: uno talámico derecho de 3 cc, otro talámico izquierdo de 2cc y un hematoma en el putamen derecho de 1 cc (Figura 2-A).

Se realizó una RMe que confirmó los 3 hematomas recientes, la secuencia T*2 eco-gradiente mostró múltiples focos hipointensos intraparenquimatosos (Figura 2-B).

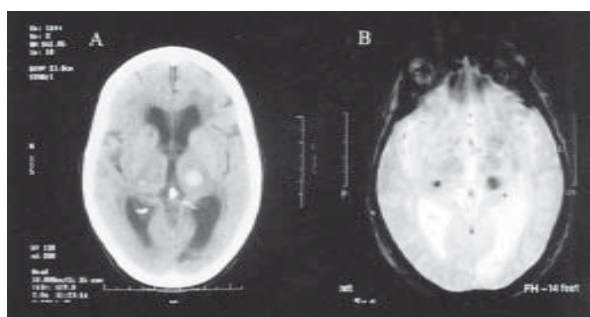


Figura 1. A: Tomografía computarizada de encéfalo a nivel de la glándula pineal. Muestra dos hematomas talámicos recientes: uno izquierdo de 6 cc. y uno derecho de 2cc. **B:** Resonancia magnética de encéfalo en secuencia eco-gradiente a nivel de la glándula pineal. Muestra los 2 hematomas recientes, además se presenta una microhemorragia posterior al hematoma talámico izquierdo.

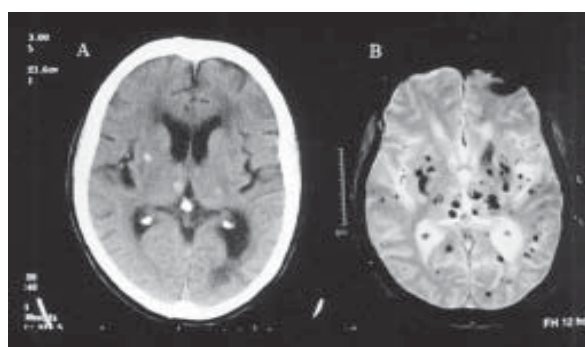


Figura 2. A: Tomografía computarizada de encéfalo a nivel de la glándula pineal. Muestra tres hematomas recientes: uno talámico derecho de 3cc., uno talámico izquierdo de 2 cc. y uno en el putamen derecho de 1 cc. **B:** Resonancia magnética de encéfalo en secuencia eco-gradiente a nivel de la glándula pineal. Muestra múltiples microhemorragias en ganglios basales y sustancia blanca periventricular.

Se decidió no revertir la anticoagulación y se realizó profilaxis de complicaciones médicas. Evolucionó en forma favorable, sin complicaciones médicas ni neurológicas. Al mes se encontraba autovalente, con una escala de Rm de 2.

Discusión

La presencia de HE simultáneas en territorios arteriales diferentes es un evento clínico inhabitual⁽¹⁻⁴⁾. En nuestra serie de 63 pacientes con HE hospitalizados en la unidad de intermedio neurológico, entre Marzo 2001 y Mayo 2004, se presentaron sólo 2 pacientes con HE simultáneas, lo que corresponde a un 3,1%, porcentaje similar al reportado por otros centros (0,7% a 3%)⁽²⁻⁹⁾.

En las dos pacientes la HE comprometió ambos tálamos en forma simétrica, ubicación más frecuente comprometida en los casos de hemorragias simultáneas^(2,5). La mayoría de los casos corresponde a pacientes japoneses, población con una incidencia de HE mayor a la registrada en Europa y Estados Unidos de Norteamérica⁽²⁾.

Las etiologías asociadas a la HE simultánea son: angiopatía amiloidea, trombosis venosa encefálica, coagulopatías, vasculitis, malformaciones vasculares, neoplasias y transformación hemorrágica de un infarto encefálico⁽²⁻⁴⁾. La HTA es el factor de riesgo más frecuente en pacientes con HE aislada; sin embargo, en la simultánea esto no ha sido claramente establecido^(2,5,6). Nuestras 2 pacientes tenían antecedentes de HTA de larga data.

Yen et al, al comparar los factores de riesgo de pacientes con HE aislada y simultánea, encontró que la hipercolesterolemia sobre 220 mg/dl fue un factor de riesgo significativo en el grupo de HE simultánea⁽³⁾. Nuestras 2 pacientes tenían al ingreso un colesterol plasmático mayor a 220 mg/dl.

Ambas pacientes estaban anticoaguladas debido a una fibrilación auricular, lo que aumenta el riesgo de HE en unas 10 veces⁽⁸⁾.

El diagnóstico clínico de HE simultánea es difícil. Sus manifestaciones neurológicas muestran

habitualmente a un paciente gravemente comprometido, pero con signos clínicos poco localizadores. La mayoría de las series reportan un compromiso de conciencia severo, parálisis pseudobulbar y tetraparesia⁽³⁻⁷⁾. Nuestras dos pacientes no presentaron compromiso de conciencia, tuvieron déficit motor y sensitivo leve y variable, el que estuvo relacionado con el hematoma talámico de mayor tamaño, siendo el contralateral asintomático; tampoco fue sintomático el hematoma putaminal de la segunda paciente.

En comparación con la HE aislada, la de presentación múltiple y simultánea tiene menor sobrevivencia y peor pronóstico funcional, incluso si el tamaño de los hematomas es pequeño⁽⁸⁻¹²⁾. Todos los casos de compromiso talámico bilateral reportados en la literatura tuvieron un severo daño neurológico, estado vegetativo o murieron precozmente. El daño se debe a destrucción de gran cantidad de fibras nerviosas y al fenómeno de diasquisis^(3,13-16).

El buen pronóstico de nuestras pacientes, muy diferente a lo reportado, se puede atribuir a que el tamaño de los hematomas fue pequeño, no más de 6 cc y a que no hubo invasión ventricular, elementos considerados de buen pronóstico funcional⁽¹⁷⁻²¹⁾.

En nuestras dos pacientes la RMe de 1,5 Tesla, evidenció en secuencia T*2 eco-gradiente, la presencia de múltiples y pequeños focos de señal hipointensa en el parénquima encefálico, principalmente en región cortico-subcortical, ganglios basales y tálamo, denominados *micro hemorragias* (MH)⁽²²⁾. Son lesiones asintomáticas y pequeñas (2-5 mm), que histológicamente corresponden a gliosis y depósitos periarteriolares de macrófagos cargados con productos de la degradación de la hemoglobina, principalmente hemosiderina, que da cuenta de su cronicidad⁽²³⁾.

Las principales ubicaciones de las MH en pacientes con hemorragia intracerebral espontánea son ganglios basales y tálamo, en donde estudios patológicos muestran vasos lesionados por una microangiopatía hipertensiva, con fibro-lipohialinosis, micro ateromas o micro aneurismas (aneurismas de Charcot-Bouchard).

Cuando se presentan en la región cortico-subcortical, se asocian a necrosis fibrinoide, lesiones isquémicas lacunares y hemorragia intracerebral por angiopatía amiloidea⁽²²⁾.

La hemosiderina produce un efecto paramagnético, que causa un desfase focal en la señal de resonancia magnética, visualizándose como áreas oscuras (hipointensas) en secuencia T2* eco-gradiente, fenómeno que no es evidenciable con otras técnicas de neuroimagen⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Existe un incremento en la incidencia de MH dependiendo del grupo de pacientes seleccionado. Así, se reporta una incidencia en individuos neurológicamente asintomáticos de un 6,4%, la mayoría hipertensos, mayores de 65 años, con MH ubicadas principalmente en ganglios basales y tálamo, asociadas a lesiones isquémicas lacunares antiguas y leucoariosis⁽²⁷⁾; un 10% en pacientes con infarto al miocardio⁽²⁸⁾; un 21% a 47% en pacientes con (ECV) isquémico no seleccionado^(26,29); un 46% a 62% en pacientes con infarto lacunar agudo, que aumenta a un 68% cuando son múltiples^(29,31) y un 50% a 80% en pacientes con HE primaria⁽³²⁻³⁶⁾.

Recientemente se ha descrito la presencia de MH en la angiopatía cerebral B- amiloidea, ubicadas en la región córtico-subcortical, que se asocian fuertemente a HE e incluso pueden precederla⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.

Varios estudios relacionan las MH con complicaciones hemorrágicas encefálicas. En pacientes con HE asociada al uso de aspirina se encontró una mayor cantidad y extensión de MH que en los controles⁽⁴¹⁾. En pacientes sometidos a trombólisis se visualizaron MH en sitios de subsecuente hemorragia, aunque esta relación no ha sido claramente establecida en recientes estudios⁽⁴²⁻⁴⁴⁾. Se describe un mayor número de MH

en pacientes que sufrieron un evento hemorrágico precoz luego de un infarto cerebral^(45,46).

La HTA es el principal factor independiente que aumenta el riesgo de desarrollar MH y recientemente se ha demostrado que la leucoariosis, la hipocolesterolemia y el alto nivel de lipoproteínemia de alta densidad también lo son^(30,47).

Estos hallazgos sustentan la idea de que las MH son pequeños sangrados antiguos, asintomáticas, marcadoras de la severidad y progresión de la microangiopatía hipertensiva y un factor de riesgo considerable de ECV hemorrágica^(23,26,40, 48-52).

Conclusión

La HE múltiple y simultánea es infrecuente y de mal pronóstico. Los ganglios basales son los más comprometidos. Los mecanismos patológicos no están claros; cambios estructurales y hemodinámicos microangiopáticos se han involucrado. La HTA es el principal factor de riesgo. También se asocia a coagulopatías e hipercolesterolemia.

Nuestras dos pacientes comparten varios factores de riesgo reconocidos para HE, lo que pudo favorecer su rara presentación. Su buen pronóstico funcional se debió probablemente al pequeño volumen de sus hematomas.

Las MH son manifestaciones de microangiopatía hipertensiva. Representan un importante factor de riesgo independiente de HE en pacientes de riesgo vascular.

La secuencia T*2 eco-gradiente de RM, por tener la más alta sensibilidad en la detección de MH, debe ser considerada una poderosa herramienta diagnóstica en la identificación de pacientes vasculópatas con mayor riesgo de HE y que podría determinar reconsideraciones terapéuticas.

Resumen

Las hemorragias encefálicas que comprometan diferentes territorios en forma simultánea son infrecuentes y de mal pronóstico. Sus factores de riesgo son múltiples. Reportamos dos pacientes con hematoma talámico bilateral simultáneo, analizamos su presentación clínica, hallazgos imagenológicos y pronóstico neurológico.

Palabras clave: Hemorragia encefálica simultánea, hematoma talámico.

Referencias

1. Lavados PM, Sacks C, Prima L, Escobar A, Tossi C, Féuerhake W, Galvez M, *et al.* Incidence, 30-day case-fatality rate, and prognosis of stroke in Iquique, Chile: a 2-year community-based prospective study (PISCIS project). *Lancet* 2005; 365: 2206-15.
2. Kase CS, Mohr JP, Caplan LR. Intracerebral hemorrhage. En: Mohr JP, Choi DW, Grotta JC, Weir B, Wolf PA. (eds). *Stroke. Pathophysiology, diagnosis, and management.* Philadelphia. Churchill Livingstone 2004: 327-76.
3. Yen CP, Lin CL, Kwan AL, Lieu AS, Hwang SL, Lin CN. Simultaneous multiple hypertensive intracerebral haemorrhages. *Acta Neurochir (Wien)* 2005; 147: 393-9.
4. Mauriño J, Saposnik G, Lepera S, Rey R, Sica R. Multiple simultaneous intracerebral hemorrhages. *Arch Neurol* 2001; 58: 629-32.
5. Kohshi K, Abe H, Tsuru E. Simultaneous hypertensive intracerebral hematomas: two cases reports. *J Neurol Sci* 2000; 181: 137-9.
6. Imai K. Bilateral simultaneous thalamic hemorrhages: case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2000; 40: 369-371.
7. Sunada I, Nakabayashi H, Matusaka Y, Nishimura K, Yamamoto S. Simultaneous bilateral thalamic hemorrhage: case report. *Radiat Med* 1999; 17: 359-61.
8. Fogelholm R, Eskola K, Kiminkinem T. Anticoagulant treatment as a risk factor for primary intracerebral haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 55: 1121-4.
9. Lin CN, Howng SL, Kwan AL. Bilateral simultaneous hypertensive intracerebral hemorrhages. *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi* 1993; 9: 266-75 (Abstract).
10. Tanno H, Ono J, Suda S, Karasudani H, Watanabe Y, Isobe K, *et al.* Simultaneous, multiple hypertensive intracerebral hematomas: report of 5 cases and review of literature. *No Shinkei Geka* 1989; 17: 223-8 (Abstract).
11. Hickey W, King R, Wang A, Samuels M. Multiple simultaneous intracerebral hematomas. *Arch Neurol* 1983; 40: 519-22.
12. Nakamura T, Kayoda S, Umemori T, Suzuki T, Kwaku R. A case report of simultaneous multiple intracerebral hematoma. *No Shinkei Geka* 1988; 16: 435-9.
13. Uno M, Hondo H, Matsumoto K. Simultaneous supra-and infratentorial hypertensive intracerebral hemorrhage. *No Shinkei Geka* 1991; 19: 933-8 (Abstract).
14. Sunada I, Nakabayasshi H, Matsusaka Y, Nishimura K, Yamamoto S. Simultaneous bilateral thalamic hemorrhages: case report. *Radiat Med* 1999; 17: 359-61.
15. Chung CH, Caplan LR, Han W, Pessin MS, Lee KH, Kim JM. Thalamic haemorrhage. *Brain* 1996; 119: 1873-86.
16. Weisberg LA. Thalamic hemorrhagic: Clinical-CT correlations. *Neurology* 1986; 36: 1382-6.
17. Ikeda K, Yamashima T, Uno E, Yamamoto S, Ito H, Tsuchiya W. Clinical manifestation of small thalamic hemorrhage. *No To Shinkei* 1985; 37: 173-9 (Abstract).
18. Kwak R, Kadoya S, Suzuki T. Factors affecting the

- prognosis in thalamic hemorrhage. *Stroke* 1983; 14: 493-500.
19. Wong K, Chan Y, Liu J, Gao S, Lam WW. Asymptomatic microbleeds as a risk factor for aspirin-associated intracerebral hemorrhages. *Neurology* 2003; 60: 511-3.
 20. Hart R. What causes intracerebral hemorrhage during warfarin therapy?. *Neurology* 2000; 55: 907-8.
 21. Olavarria V, Mellado P, Huete I. ¿Hemorragias lacunares?. *Cuad Neurol* 2002; 26: 100-6.
 22. Fazekas F, Kleinert R, Roob G, *et al*. Histopathologic analysis of foci of signal loss on gradient-echo T2*-weighted MR images in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: evidence of microangiopathy-related bleeds. *Am J Neuroradiol* 1999; 20: 637-42.
 23. Roob G, Fazekas F. Magnetic resonance imaging of cerebral microbleeds. *Curr Opin Neurol* 2000; 13: 69-73.
 24. Offenbacher H, Fazekas F, Schmidt R, Koch M, Fazekas G, Kapeller P. MR of cerebral abnormalities concomitant with primary intracerebral hematomas. *AJNR Am J Neuroradiol* 1996; 17: 573-8.
 25. Greenberg SM, Finklestein SP, Pamela W, Schaefer PW. Petechial hemorrhages accompanying lobar hemorrhage: detection by gradient-echo MRI. *Neurology* 1996; 46: 1751-4.
 26. Kinoshita T, Okudera T, Toshio T, Tamura H, Ogawa T, Hatazawa J. Assessment of lacunar hemorrhage associated with hypertensive stroke by echo-planar gradient-echo T2*-weighted. *Stroke* 2000; 31: 1646-50.
 27. Roob G, Schmidt R, Kapeller P, Lechner A, Hartung H, Fazekas F. MRI evidence of past cerebral microbleeds in a healthy elderly population. *Neurology* 1999; 52: 991-4.
 28. Lee S, Park J, Kwon S, Kim H, Roh J, Yoon W. Left ventricular hypertrophy is associated with cerebral microbleeds in hypertensive patients. *Neurology* 2004; 63: 16-21.
 29. Kwa V, Franke C, Verbeeten B, *et al*. Silent intracerebral microbleeds in patients with ischemic stroke. *Ann Neurol* 1998; 44: 372-7.
 30. Chan S, Kartha K, Yoon S, *et al*. Multifocal hypointense cerebral lesions on gradient-echo MR are associated with chronic hypertension, *Am J Neuroradiol* 1996; 17: 1821-7.
 31. Kato H, Izumiyama M, Uzumiyama K. Silent cerebral microbleeds on T2*-W MRI: correlation with stroke subtype, stroke recurrente and leukoariosis. *Stroke* 2002; 33: 1536-40.
 32. Tanaka A, Ueno Y, Nakayama Y. Small chronic hemorrhages and ischemic lesions in association with spontaneous intracerebral hematomas. *Stroke* 1999; 30: 1637-42.
 33. Roob G, Lechner M, Schmidt R, Flooh E, Hartung H, Fazekas F. Frequency and location of microbleeds in patients with primary intracerebral hemorrhage. *Stroke* 2000; 31: 2665-9.
 34. Jeong S, Jung K, Chu K, Bae H, Lee S, Roch J. Clinical and radiologic differences between primary intracerebral hemorrhage with and without microbleeds on gradient-echo magnetic resonance images. *Arch Neurol* 2004; 61: 905-9.
 35. Lee S, Bae H, Kwon S, Kim H, Kim Y, Yoon W, *et al*. Cerebral microbleeds are regionally associated with intracerebral hemorrhage. *Neurology* 2004; 62: 72-6.
 36. Tshima Y, Tamura T, Unno Y. Multifocal low signal lesions on T2*-weighted gradient-echo imaging. *Neuroradiology* 2000; 42: 499-504.
 37. Van De Boom R, Bornebroek M, Behloul F, Van Den Berg- Huysmans A, Haan J, Van Buchem M. Microbleeds in hereditary cerebral hemorrhage with amyloidosis dutch type. *Neurology* 2005; 64: 1288-9.
 38. Greenberg S, O Donnell H, Schaefer B, Pamela W, Eduard K. MRI detection of new hemorrhages: potential marker of progression in cerebral amyloid angiopathy. *Neurology* 1999; 53: 1135-8.
 39. Kim D, Bae H, Lee S. Gradient-echo magnetic resonance imaging in the prediction of hemorrhagic vs ischemic stroke: a need for the consideration of the extent of leukoariosis. *Arch Neurol* 2002; 59: 425-429.
 40. Kato H, Izumiyama M, Uzumiyama K. Silent cerebral microbleeds on T2*-W MRI: correlation with stroke subtype, stroke recurrente and leukoariosis. *Stroke* 2002; 33: 1536-40.
 41. Wong K, Chan F, Liu M, Gao S, Lam W. Asymptomatic microbleeds as a risk factor for

- aspirin-associated intracerebral hemorrhages. *Neurology* 2003; 60: 511-513.
42. Kidwell Ch, Saver J, Villablanca J, Duckwiler G, Fredieu A, *et al.* Magnetic resonance imaging detection of microbleeds before thrombolysis. *Stroke* 2002; 33: 95-8.
 43. Derex L, Nighoghossian N, Hermier M, *et al.* Thrombolysis for ischemic stroke in patients with old microbleeds on pretreatment MR. *Cerebrovasc Dis* 2004; 17: 238-41.
 44. Kakuda M, Thijs S, Lansberg S, Bammer R, Weschler L, *et al.* Clinical importance of microbleeds in patients receiving IV thrombolysis. *Neurology* 2005; 65: 1175-8.
 45. Nighoghossian N, Hermier M, Adeleine P, *et al.* Old microbleeds are a potential risk factor for cerebral bleeding after ischemic stroke: a gradient-echo T2*-W. brain MR study. *Stroke* 2002; 33: 735-742.
 46. Fan Y, Zhang L, Lam W, Mok V, Wong K. Cerebral microbleeds as a risk factor of subsequent intracerebral hemorrhage among patients with acute ischemic stroke. *Stroke* 2003; 24: 2459-64.
 47. Lee S, Bae H, Yoon M, *et al.* Low concentration of serum cholesterol is associated with multifocal signal loss lesion on gradient-echo MRI; analysis of risk factors for multifocal signal loss lesion. *Stroke* 2002; 33: 2845-9.
 48. Jeerakathil T, Wolf P, Beiser A, Hald J, Au R, *et al.* Cerebral microbleeds, prevalence and associations with cardiovascular risk factors in the Framingham study. *Stroke* 2004; 35: 1831-5.
 49. Lee S, Bae H, Ko S, Kim H, Yoon B, Roh J. Comparative analysis of the distribution and severity of cerebral microbleeds and old lacunes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 423-7.
 50. Schonewille W, Singer M, Atlas S, Tuhim S. The prevalence of microhemorrhage on gradient-echo magnetic resonance imaging in acute lacunar infarction. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2005; 14: 141-4.
 51. Oberstein S, Van Den Boom R, Van Buchen M, Van Houwelingen H, Bakker E, *et al.* Cerebral microbleeds in CADASIL. *Neurology* 2001; 57: 1066-70.
 52. Dichangs M, Holtmannspötter M, Herzog J, Peters N, Bergmann M, *et al.* Cerebral microbleeds in CADASIL: a gradient-echo magnetic resonance imaging and autopsy study. *Stroke* 2002; 33: 67-71.

Correspondencia:

Dr. José Vallejos C.

Dirección: Marcoleta 347 Santiago. Chile.

E-Mail: jfvallej@puc.cl

Fax: 56-2-632-6221

Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: “Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie”

Ortega y Gasset and biological psychiatry:

“If we want that everything goes on like it is, it is necessary that everything changes”

Gustavo Figueroa C.¹

Background. Practice and research in the field of biological psychiatry requires us to assume certain positions on several philosophical issues. **Objective.** To focus on the basic philosophical assumptions of modern biological psychiatry. **Method.** To inquire into Ortega y Gasset’s interpretations of the nature of man and science in order to understand the presuppositions which biological psychiatry itself can never justify scientifically. **Results.** Biological psychiatry allows only the insights of what its kind of representation has admitted in advance as a possible object, i.e., brain function, gene expression, neurotransmitter. On the contrary and according to Ortega: “The man is not his body that is a thing, neither his soul that is also a thing, a subtle thing: the man is not at all a thing, but a drama: his life” **Conclusions.** Ortega can help us to apprehend the level of understanding peculiar of the current biological psychiatry better because his “new level is a deeper stratum of the philosophical problems”

Key words: Ortega and Gasset, biological psychiatry, philosophy of psychiatry.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(2): 134-146

En el último medio siglo la psiquiatría ha experimentado un giro decisivo en diferentes planos de su quehacer teórico y práctico al pugnar por transformarse en una estricta psiquiatría biológica⁽¹⁻³⁾. El desarrollo ha sido tan espectacular que ha llegado a preguntarse, con cierta suficiencia, “¿es que existe de algún otro tipo?” puesto que “no hay algo así como una psiquiatría que sea demasiado biológica”⁽⁴⁾. Parte importante del arrollador avance procede de las revolucionarias investigaciones en el campo de las ciencias neurocognitivas que han hecho sentir sus efectos

por igual tanto en la clínica como en la terapéutica, en la prueba experimental como en la prevención empíricamente avalada, en la ética como en las políticas de salud mental⁽⁵⁻⁸⁾. Como declara Kandell, las funciones mentales alteradas pueden ser explicadas ahora de manera fiel según una biología sofisticada y, tal como le ha sucedido a toda la medicina contemporánea, por fin la psiquiatría puede evolucionar desde un arte práctico a una disciplina científica basada en la biología molecular⁽⁹⁾.

Los resultados de la nueva psiquiatría biológica

¹ Departamento de Psiquiatría. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

trascienden las fronteras de la profesión y aún de la medicina en sentido habitual, e involucran los fundamentos de la ciencia de la vida biológica, la naturaleza orgánica del hombre y de la mente, las bases naturales de la bioética, los principios biológicos de la sociedad, en una palabra, se adentran en el área que ha sido tradicionalmente de la filosofía⁽¹⁰⁻¹⁵⁾. Como señala Ortega, la concepción teórica surgida de la manipulación del científico, por los experimentos del biólogo, por los ensayos de los psiquiatras, es insuficiente para responder qué es, cuál es la consistencia de esa nueva realidad y, por esto, si se necesita dar razón precisamente de aquello que constituye su ser propiamente tal se debe acudir a la metafísica⁽¹⁶⁾. Con expresión de Heidegger, “lo que sea la biología [psiquiátrica] no se puede responder nunca biológicamente” porque, como ciencia, nunca “puede decir algo sobre ella misma con sus propios medios científicos”⁽¹⁷⁾. Desde la segunda mitad del siglo XX la reflexión sobre las consecuencias de las ciencias positivas como problemas de la filosofía se revitalizó a partir de un vasto replanteamiento y profundización del originario programa neopositivista nacido de las ciencias formales así como de la epistemología y hermenéutica⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Esto podría hacer suponer que nos hallamos ante aquello que tradicionalmente se ha denominado “crisis de principios” (*Grundlagenkrise*) de la ciencia, en nuestro caso, de la ciencia psiquiátrica, de sus fundamentos o su suelo primero que la hace posible, cuyo desarrollo llegó a un límite tal que hizo forzoso ampliar, purificándolos, esos principios^(16,21).

Por el contrario, la hipótesis del presente estudio es que la psiquiatría biológica vigente no ha modificado, en su esencia, su concepción del hombre enfermo. De esta manera, ha permanecido adscrita a los supuestos implícitos de lo que se entiende por realidad biológica y, últimamente, por realidad, y que sustenta todo el pensamiento desde la Edad Moderna, Descartes, Newton, Galileo, la *nuova scienza*, a pesar de los innegables hallazgos y progresos que la han remecido violenta y decisivamente. Antes bien, quizás constituyen un impedimento para un efec-

tivo vuelco substancial. Se puede plantear con las significativas palabras que el sobrino dirige al príncipe de Salina: “si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie”⁽²²⁾.

Ortega puede ayudarnos a entender mejor el nivel de comprensión propio de la actual psiquiatría biológica porque “cada nuevo nivel es un estrato más hondo de los problemas filosóficos”⁽²³⁾. Si nos parece que la experiencia inherente a esta psiquiatría está a igual altura ontológica que el pensamiento biológico de toda la modernidad significa que, lo hasta aquí desarrollado, es expresión de “un insuficiente radicalismo”, de no haber cavado más profundamente en sus raíces que están por debajo sustentándola y, así, ha permanecido paralizada⁽²⁴⁾. Como nos enseña apuntando a la historia de la ontología occidental, “la filosofía es una cierta idea del Ser... y toda filosofía innovadora descubre su nueva idea del Ser gracias a que antes ha descubierto una nueva idea del Pensar, es decir, un método intelectual antes desconocido”⁽²³⁾. Esa fue la misión de Ortega: ir más allá, sortear tanto el realismo (antiguo) como el idealismo (moderno) ocultos, por esto, trascender la metafísica del sujeto biológicamente condicionado, por medio de la “vida humana como la realidad radical: lo demás lo hay, pero no en realidad, sino en apariencia, o derivativamente”⁽²⁵⁾.

La celebración del cincuentenario de la muerte de José Ortega y Gasset (1883-1955) es la oportunidad para recordarlo como a él le habría gustado, meditando filosóficamente sobre la realidad biológica de la persona mentalmente enferma, porque “la ciencia tiene una misión espléndida: hacer cómoda la vida de los hombres, adaptar el mundo al delirio que es el hombre. Pero la misión de la ciencia no es ser nuestra intérprete ante la auténtica realidad”⁽²⁶⁾. Lo que sucede, nos dice en otra ocasión, es que la filosofía, “siendo su tema buscar detrás del pretenso principio de ayer, otro más firme hoy, un principio que sea más principio, marcha siempre hacia atrás”, se entiende, hacia “lo que nos habíamos dejado a la espalda inadvertido [y era] lo más importante”⁽²⁷⁾. Y esto es lo determinante para escoger a

Ortega: él postulaba que su pensamiento era una inédita idea del Ser, una innovación que salta hacia el siglo XXI y, con ello, una “posibilidad de lo que ahora empezamos a hacer bajo el pabellón tradicional de la filosofía no es una nueva filosofía, sino algo nuevo y diferente a todas las filosofías”⁽²⁸⁾.

El marco de referencia común de la psiquiatría biológica

Kandel ha formulado cinco principios que, según él como neurofisiólogo -y antiguo psiquiatra-, permiten una comprensión más penetrante de las bases biológicas de la conducta tanto normal como patológica⁽¹⁾. Ellos son: [I] “Todos los procesos mentales, aún los procesos psicológicos más complejos, derivan de operaciones del cerebro”; [II] “Los genes y los productos de sus proteínas son determinantes importantes del patrón de interconexiones entre las neuronas en el cerebro y los detalles de su funcionamiento”; [III] “Los genes alterados no explican, por sí mismos, toda la varianza de una enfermedad mental grave dada”; [IV] “Las alteraciones inducidas en la expresión génica por el aprendizaje dan lugar a cambios en los patrones de las conexiones neuronales”; y [V] “En la medida en que la psicoterapia o la consejería son efectivas y producen cambios de largo plazo en la conducta, se presupone que lo hacen a través del aprendizaje, produciendo cambios en la expresión génica que altera la fuerza de las conexiones sinápticas y cambios estructurales que modifican el patrón anatómico de interconexiones entre las células nerviosas del cerebro”.

Por su parte Kendler, en su calidad de investigador y clínico practicante, ha procurado enriquecer, profundizar y suministrarle una estructura filosófica a la psiquiatría que, superando la que proyectó Jaspers en su época, esté a la altura de la ciencia más reciente⁽²⁹⁾. Para él existen dos preguntas que están en la base de la psiquiatría: ¿Cómo se interrelacionan la mente y el cerebro? ¿Cómo integrar las múltiples perspectivas explicatorias del enfermar psiquiátrico?⁽³⁰⁾. Kendler

pretende responderlas mediante ocho propuestas que, aunque no se derivan de ninguna doctrina metafísica, dan razón de manera filosófica de la complejidad de sus preconceptos. [1] “La psiquiatría está irrevocablemente fundada en experiencias mentales, de primera persona”; [2] “El dualismo de sustancias de Descartes es falso”; [3] “El epifenomenalismo es falso”; [4] “Ambas causalidades son reales: cerebro→mente y mente→cerebro”; [5] “Los trastornos psiquiátricos son etiológicamente complejos y no podemos esperar más descubrimientos del “tipo espiroqueta” que expliquen sus orígenes en términos simples”; [6] “El pluralismo explicatorio es preferible a las teorías explicatorias monísticas, especialmente al reduccionismo biológico”; [7] “La psiquiatría necesita moverse desde una “batalla de paradigmas” precientífica hacia una perspectiva más madura que abarque la complejidad junto con modelos explicatorios pluralistas y empíricamente rigurosos”; y [8] “Finalmente, necesitamos aceptar un «reduccionismo desigual o de remiendos» con la finalidad de una integración a trocitos para tratar de explicar las complejas vías etiológicas hacia la enfermedad mental poco a poco cada vez”. Sólo así, concluye Kendler, nos moveremos “desde debates estériles, impulsados por ideologías hacia problemas críticos, empíricamente conceptualizados y creativos”, sin olvidar jamás las esferas mentales y psicosociales⁽³⁰⁾.

Kandel y Kendler representan con fidelidad la postura de neurobiólogos, investigadores y clínicos de orientación biológica que, estando activos científicamente y a la vanguardia de la psiquiatría biológica presente, se han preocupado con aplicación de darle a ésta un marco conceptual sustentado en la filosofía, la filosofía de las ciencias y epistemología⁽³¹⁻³³⁾. Resulta claro que cada uno escoge un ámbito o zona distinta de la realidad y de la ciencia, de acuerdo a sus proyectos experimentales y en especial a su punto de partida ontológico. Las tesis de Kendler utilizan conceptos metafísicos de modo más consciente y preciso porque fueron formulados teniendo en cuenta el decisivo artículo de Kandel y, de esta forma, entregan una base más acabada.

Este tipo de aportes no es empirismo puro, se podrían denominar laxamente pre-paradigmáticos o de nivel intermedio⁽³⁴⁾, que, por opción deliberada o indefinición, oscilan entre reflexionar sobre los resultados objetivos, la pragmática de la ciencia, o profundizar sobre el conocimiento científico mismo⁽³⁵⁾. Tres objeciones surgen ante estas reflexiones. Primero, las especulaciones de ambos son similares a las heterogéneas e inarticuladas teorías nacidas de la emergente epistemología de la psiquiatría vigente que, hasta ahora, prueban que efectivamente no trascienden como todos habían esperado^(36,37): no “forman un conjunto ordenado” porque “entre sí [son] independientes y no tienen precedente o principio” ontológico anterior⁽²¹⁾. Como apunta Heidegger, los investigadores tienen “muchos, muchísimos pensamientos” que se pueden aplicar a la realidad a diferencia del pensador que tiene un “único” pensamiento⁽³⁸⁾. Segundo, el elaborar una metapsiquiatría, una especie de disciplina meta-teórica que busca integrar las aportaciones de la psiquiatría y filosofía de la mente en su utilización en la clínica así como a sus aspectos metodológicos y conceptuales, ha mostrado la insuficiencia, aún fracaso, de tal esfuerzo, por bien intencionado que haya sido concebido. En el fondo es una variedad de metaciencia, un especular que se inicia dando respuestas, apresuradas porque suponen que los hechos de la ciencia psiquiátrica tienen ya validez, antes que formularse las preguntas primeras, que son previas y se refieren a su condición de posibilidad, vale decir, qué les permite a tales hechos constituirse en hechos para la psiquiatría^(17,39). Por último, el confuso empleo de términos como modelo, paradigma, teoría, sistema, hipótesis para dar razón de los distintos niveles en que pretende actuar, es una prueba más, e inequívoca, de un modo de pensamiento no originario⁽⁴⁰⁾. En otras palabras, lo que todavía no se ha planteado con precisión es la sustancia propia del tema que nos interesa responder ¿cuáles son los supuestos metafísicos que están detrás? En términos técnicos ¿cuál es su condición de posibilidad metafísica?⁽⁴¹⁾, o, como diría Kant, “¿cómo es posible el conocimiento de la realidad”

mental biológica, aunque esta sea enferma?⁽⁴²⁾. En palabras de Ortega ¿cuáles son sus modos de pensar, cuáles son sus ideas del ser?⁽⁴³⁾.

Lo biológico en la psiquiatría

Ortega estaba particularmente consciente de que “en la medida en que un problema sea parcial, conserva la ciencia que lo trae un resto de actitud práctica, de utilitarismo ciego y no cognoscente, de prurito de acción y no de contemplación”, en una palabra, no es una experiencia originaria del pensar sobre la realidad biológica humana⁽²¹⁾. De ahí que Ortega exigía retornar a la filosofía estricta, detrás de la neurociencia (Kandel), detrás de la clínica (Kendler), porque “conocer es no contentarse con las cosas según ellas se nos presentan, sino buscar tras ellas su «ser»”⁽¹⁶⁾.

Bunge es un decidido y entusiasta creyente de que “vale la pena hacer buena filosofía, porque ésta brinda una posición favorable para el estudio de cualquier cosa, sea un objeto concreto o una idea abstracta”, por tanto, también de la psiquiatría biológica incluidas sus particularidades y cuestiones epistemológicas⁽⁴⁴⁾. Siguiendo sus sugerencias antes que sus escasas referencias explícitas a la psiquiatría biológica, el sujeto mentalmente enfermo es primariamente un animal y, como tal, le pertenecen todas las características y atributos de los organismos vivos superiores, salvo que está en condiciones de funcionamiento anormal, y es humano, lo que implica una diferencia de grado antes que de esencia propiamente tal. De ahí se desprenden ciertas premisas que presumen de dar cuenta del estatuto de lo biológico al interior de la psiquiatría⁽⁴⁵⁾. [1] Una ontología decididamente naturalista. Naturalista, porque se ocupa de un organismo, el del hombre, y sin limitaciones, porque no acepta psique ni conducta descorporalizadas sino que, por el contrario, sostiene que lo mental y lo conductual son actividades o funciones del cuerpo (cerebro incluido); [2] Un monismo psicofísico que comprende por igual las manifestaciones mentales patológicas como propiedades emergentes de los biosistemas neuronales así como los síntomas or-

gánicos acompañantes; [3] El hombre como biosistema está compuesto por numerosos subsistemas, cada uno de los cuales posee sus propias funciones específicas aunque permaneciendo dentro de una totalidad; enraizado en las exclusivas propiedades físicas y químicas del tejido viviente, este biosistema va más allá de estos atributos materiales y los trasciende aunque permanece condicionado por lo orgánico; [4] Una gnoseología realista. Realista, puesto que explica la realidad psiconeural, no sólo la apariencia (conducta); además, profunda porque indaga y examina el modo cómo las teorías de la psiquiatría biológica representan fidedignamente la realidad efectiva; [5] Un método plenamente científico. Al igual que el de la física, es científico porque enfrenta los problemas poniendo a prueba hipótesis y teorías abarcativas, que procuran aclarar algunos efectos macroscópicos, entre ellos el comportamiento, por mecanismos neurales y neuroendocrinos; y [6] Meta última es descubrir leyes que puedan explicar y predecir hechos del hombre psíquicamente padeciente.

Biologicismo y materialismo

Heidegger definió de manera clara el biologicismo al analizar la filosofía de Nietzsche: “Al modo de pensar que interpreta todos los fenómenos como expresión de la vida [vegetal-animal] se lo suele llamar biologicismo. La «imagen del mundo»... es biologicista”⁽³⁶⁾. Ortega lo llamó por su parte vitalismo porque, empíricamente al estudiar los fenómenos vitales, los muestra en su “arisca peculiaridad..., sin suponer tras ellos una entidad vital específica, pero, a la vez, evita su violenta reducción al sistema de la física”. Por otra parte, también habló de vitalismo filosófico, “la teoría del conocimiento según la cual es éste un proceso biológico como otro cualquiera, que no tiene leyes y principios exclusivos, sino que es regido por las leyes generales orgánicas”⁽⁴⁶⁾. Como prototipo extremo de esta visión, en su variante de la *Sozialbiologie*, cita Ortega las palabras del fisiólogo Loeb: “Llegará el tiempo en que lo que hoy llamamos actos morales del hombre

se expliquen sencillamente como tropismos”⁽⁴⁷⁾. Menos rudamente lo afirma Changeaux: “la ética normativa es sencillamente una adaptación dispuesta por la selección natural para hacer de nosotros seres sociales”⁽¹⁵⁾.

¿Sería para Bunge la psiquiatría biológica reducible a un biologicismo sofisticado? Evidentemente no. Él se apura en precisar que, aunque en principio es correcto decir que la psiquiatría biológica se entiende a partir de y adopta las técnicas de las ciencias de la vida (biología molecular, neurociencias, etc), tal enfoque es fragmentario, puesto que “puede y debe combinarse con otros enfoques, antes de ser adoptado de modo excluyente... porque tiende a pasar por alto la dimensión social de la vida humana.; puede dar cuenta muy bien de algunos aspectos humanos...pero asimismo no puede dar cuenta de rasgos humanos únicos”⁽⁴⁴⁾. Como resumen de su rechazo asevera con fuerza que el hombre psíquicamente enfermo posee propiedades de los que carecen los componentes biológicos puros, neurotransmisores, neuronas, circuitos cerebrales, vías neuro-endocrinas, cerebro, y que aquellas sólo se entienden como propiedades “emergentes”, no propiedades “resultantes”, del nivel biológico originario puesto que aquí no se encontraban ni se podía sospechar su surgimiento⁽⁴⁵⁾.

Por otra parte, ¿sería la psiquiatría biológica para Bunge comprensible desde el materialismo? Se llama materialista aquella filosofía que postula esencialmente que las leyes físico-químicas y/o sus principios gobiernan últimamente todos los sucesos de la naturaleza, incluyendo nuestros cuerpos, conductas y mentes, una especie de “divinización de la materia”⁽⁴⁷⁾. Esto significaría, según Slife, que una psiquiatría biológica cimentada sobre estas premisas poseería cinco supuestos filosóficos indispensables, objetivismo, naturalismo, hedonismo, atomismo y universalismo, en mayor o menor proporción o grado⁽⁴⁸⁾. Resumido en una frase de moda entre cognitivistas y teóricos de la informática, “el cerebro piensa”, o, en otra versión, “el cerebro es una máquina, una máquina biológica, y puede pensar”⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾, o por fin, “la conciencia es un fenómeno natural,

biológico. Es parte de nuestra vida biológica, como la digestión, el crecimiento o la fotosíntesis”⁽⁴⁹⁾.

Nuevamente, Bunge se opondría con vigor. El materialismo triunfante del cual él es representante concibe a la psiquiatría biológica desde un materialismo emergente, muy diferente del tradicional del siglo XX, tal como ya había sido también criticado con acidez por Searle llamándolo inverosímil⁽¹³⁾. Acepta Bunge que toda entidad, por ejemplo una depresión mayor, es causada y explicada como una interacción entre elementos del cerebro a micronivel. Pero como emergentista él afirma que los afectos de desesperanza y pensamientos depresivos de ruina no pueden ser deducidos o calculados a partir de la mera estructura biológica neuronal, por ello, es una propiedad “emergente”, tiene atributos que no aparecen en los niveles inferiores que la constituyen y posee una jerarquía sistémica que va evolucionando onto y filogenéticamente y, de este modo, va más allá de la materia física⁽⁵²⁾. Para Bunge la psiquiatría biológica, como otros tantos proyectos de investigación empírica, está, por fin, sustentada en una firme “ontología de bases científicas”: exacta, sistemática, científica, materialista, dinamista, sistemista, emergentista, evolucionista. Empero, de pasada, admite que la filosofía en general se encuentra hoy en una grave crisis. “Pero la buena noticia, nos dice, es que la filosofía ha atravesado crisis anteriores y, cada vez, las ha superado”⁽⁴⁴⁾.

El imperialismo de la ciencia

“Hacia 1750 comienza el reinado de la física”, esto es, de la ciencia, porque esta es la ciencia por excelencia, piensa Ortega⁽²³⁾. Esto es, define autocráticamente lo que es la realidad, por cuanto la determina últimamente como física o natural o material, dictamina su área o extensión y cuáles son los conocimientos que son auténticos saberes. Así se entiende el tono casi triunfalista de Kandel, Kendler y en especial de Bunge, además de la íntima convicción de la trascendencia de sus enunciados sobre las bases epistemológicas de la psi-

quiatria biológica, enunciados que presagian su futuro inmediato como un desarrollo acelerado producto de una profundización de ellos “¡Qué tremendo descubrimiento!”, nos persuade Kandel, “Aquí tenemos, por vez primera, las bases neurales para un conjunto de procesos mentales inconscientes”⁽¹⁾. El éxito conseguido, inesperado tanto como espectacular, significa haber empezado ya a recorrer con paso firme el “seguro camino de la ciencia”, *der sichere Gang*, como gustaba decir a Kant. Aunque, nos previene Ortega, esto puede querer decir pretensión de “dominar todas las demás”, sin contrapeso efectivo, en una suerte de terrorismo de los laboratorios⁽⁵³⁾.

¿Hemos conseguido alcanzar por fin, después de este detenido recorrido por la neurociencia, la clínica y la filosofía de las ciencias, los fundamentos primeros de la psiquiatría biológica? Luc Ferry piensa que no y, mas aún, acusa a que los fundamentos materiales, postulados por el biologicismo como originarios, se disimulan detrás de ciertas seducciones que ejerce este materialismo⁽⁵⁴⁾. Por una parte, en “el orden de la sospecha, de la desmitificación”, el materialismo pretende por esencia “saber más” ya que se libera de las ingenuidades de las teorías al uso y, desde esos momentos, aparecen estas como encubriendo las “verdaderas razones”, más allá de la apariencia de los síntomas de la manía se oculta una modificación de la serotonina y noradrenalina, o sea, se puede descodificar hasta conseguir lo más genuino y real. Por otro lado, en el orden de las ideas, seduce al no aceptarlas en su sentido literal sino asegura “partir de los hechos” mismos, interesarse, por así decirlo, por “las auténticas realidades”, los neurocientistas no hablan en los maníacos de sus impulsos de muerte dirigidos hacia la figura interna de los padres, una abstracción interesante pero no verificable ni palpable, sino de lo que “efectivamente sucede”, y que se muestra tangiblemente alterado al examen imaginológico, el cerebro límbico.

Pero Ferry va más allá al imputar a que el materialismo o naturalismo, sustrato de la psiquiatría biológica, significa tanto un reduccionismo como un determinismo. Reduccionismo,

porque termina naturalizando no sólo los actos y comportamientos, sino finalmente el pensamiento, la ética y la cultura, aunque a veces la ciencia lo oculte bajo el ropaje que sus resultados son todavía parciales o meras hipótesis de trabajo. La ciencia es modesta de hecho, pero no de derecho: *de jure* asevera que todo es explicable a la larga de manera orgánica y es cosa de tiempo y aplicación rigurosa de igual metodología, de ahí que Husserl se quejaba de que el psicologismo, variedad del naturalismo, al identificar a la conciencia con procesos orgánicos, transmuta de modo ilícito los “hechos” psicológicos singulares en “principios” puros o “leyes” normativas universales; así, los axiomas matemáticos se explican a partir de los mecanismos de abstracción que ejecuta maquinalmente el cerebro⁽⁵⁵⁾. Determinismo, porque aún al insistir en la importancia del “medio” (infancia, familia, cultura) como condicionante de los comportamientos alterados, corrientemente pasa insensible y subrepticamente del determinismo de lo orgánico al determinismo del entorno social, afectivo, biográfico, etc, es que este entorno es concebido al final de un modo determinista, él mismo determinado y determinante⁽⁵⁴⁾.

Si se aplican los conceptos de Popper caeríamos en la no falsabilidad del materialismo ¿Cómo podríamos estar seguro de que este o aquel síntoma de la esquizofrenia no es material, no está determinado por su neuro-química o sus genes? Precisamente, la ausencia de modificaciones del lóbulo occipital es una demostración por cuanto escapa, pero sólo por estos momentos o circunstancias: por ser no sabida por ahora o no contarse aún con la técnica adecuada para precisar su sustrato somático⁽⁵⁶⁾. Como teoría total tiende a integrar en ella misma todo hecho que pudiese contradecirla, lo incorpora con la figura de supuesto hallazgo ubicado en un futuro indeterminado.

El realismo de la psiquiatría biológica

Volvamos a la pregunta sobre los principios últimos de la psiquiatría biológica. Ortega ase-

vera: “formal o informalmente, el conocimiento es siempre contemplación de algo a través de un principio. En la ciencia esto se formaliza y se convierte en método o procedimiento deliberado: los datos del problema son referidos a un principio que los «explica». En filosofía esto se lleva al extremo, y no sólo se procura «explicar» las cosas desde sus principios, sino que se exige de estos principios que sean últimos, esto es, en sentido radical «principios»”⁽²³⁾. Por ello con Ortega partiremos desde un punto absolutamente diferente: los hechos de la psiquiatría biológica. ¿Son los datos de la psiquiatría biológica radicales? El acento está puesto en lo “radical”: no es lo más importante, ni lo más necesario, ni lo más científico, ni lo más racional. Radical significa que está en la raíz misma del saber. Vale decir, si la pregunta se dirige a averiguar si los hechos que entrega la psiquiatría son radicales, lo que indaga es si son evidentes e incuestionables, si son realidades irrefutables, si están más allá de cualquiera duda, especialmente si esta es sistemática, metódica y extremada. ¿Existe el trastorno obsesivo de manera incontrovertible, es el trastorno de pánico un hecho irrefutable, es del todo innegable la catatonía aguda letal? Parece claro que no lo son de modo primario. Lo que no significa negar la posible verdad de estos cuadros clínicos puesto que quizás tienen una vigencia derivada o inferida o colegida, lo que admite “acotar su vigencia al orden secundario de fenómenos a que se refieren, orden de fenómenos que no pretende ser radical”⁽²⁴⁾. Pero entonces cabe una pregunta ulterior y más decisiva. Si todos estos hechos de la psiquiatría biológica son dudosos y secundarios ¿no poseerán firmeza si se apoyan en una realidad tras ellos que sea ella misma categórica? Esta es una respuesta que le incumbe a la filosofía misma porque “el problema *primero* de la filosofía no es averiguar qué realidad es la más importante, sino qué realidad del Universo es la más indudable, la más segura, aunque sea, por caso, la menos importante, la más humilde e insignificante”⁽²⁴⁾.

Lo que sucede es que la ciencia moderna, léase la psiquiatría biológica, no busca la realidad

radical de los fenómenos porque la llamada realidad científica es una realidad dependiente y no absoluta, una cuasi realidad, porque es condicional y relativa al hombre. Es el científico el que, a través del experimento, manipula, interviene, obliga, coacciona a la naturaleza obligándola a responder⁽¹⁷⁾. “No es, pues, la Naturaleza, sin más y según ella, lo que el experimento nos revela, sino sólo su reacción determinada frente a nuestra determinada intervención”⁽¹⁶⁾. Y además, lo que al científico le interesa no es la esencia o consistencia última de los fenómenos, “el conocimiento del mundo *sensu stricto*,” sino tan sólo su exactitud y la certidumbre de sus hallazgos, certidumbre adquirida por cualquiera de los dos criterios establecidos de certidumbre: “la deducción racional o la confirmación por los sentidos”⁽¹⁶⁾.

Esto lo vio agudamente Zubiri cuando afirmó que lo que se propone conseguir el investigador -el psiquiatra, el neurocientífico- es la exactitud de su conocimiento por sobre toda otra consideración, “la inexorable necesidad objetiva”⁽⁵⁷⁾. “El rigor científico”, continúa Zubiri, “no significa tanto la posesión de la interna *necesidad de las cosas*, sino la *precisión objetiva*..., [por lo cual se] sustituye las cosas llamadas empíricas, las cosas tales como aparecen en la vida corriente, por otras cosas que se comportan relativamente a las primeras, como el límite a las fluctuaciones que a él se aproximan...;[en lugar de] *penetrar en las cosas para explicarlas*, la ciencia trata, en buena parte, de *sustituirlas por otras más precisas*”⁽⁵⁷⁾. En pocas palabras, la psiquiatría biológica “trata de averiguar dónde, cuándo y cómo se presentan los fenómenos” mentalmente patológicos, dejando de lado qué son o cómo tiene que ser las enfermedades mentales “que así se manifiestan en el mundo”.

Al proceder de esta manera el psiquiatra biológico obedece con aplicación a los estrictos cánones del científico actual que se desarrollaron de manera reglada a partir de la modernidad. Cuando estudia un fenómeno psíquico o conductual da por entendido que este posee una “«naturaleza», un modo de ser definitivo, permanente, inmutable” por detrás de los cambios, más allá

de sus modificaciones, sosteniendo sus mutaciones, sustentando sus transformaciones, respaldando sus evoluciones⁽⁵⁸⁾. Parecería que esta afirmación contradice lo que persigue el investigador y aún el sentido común: atenerse a los “fenómenos manifiestos” que, de suyo, siempre van mudando, innovándose, evolucionando. Aún así es una contradicción aparente. Desde Galileo y Newton el apoyo empírico para los ensayos ha tenido una suposición básica previa: “la homogeneidad del universo, en distribución y movimiento”⁽⁵⁹⁾. Gracias a esta homogeneidad presupuesta de los datos positivos ha sido posible la búsqueda de regularidades o leyes, regularidades que son “consecuencias inexorables de su propia constitución o naturaleza”⁽⁵⁹⁾. A esta homogeneidad del universo Aristóteles la llamó naturaleza, *natura*, *physis*.

“Pero esto es lo que para Aristóteles era la «sustancia» de lo que se mueve, de lo que cambia. *Physis*, *natura*, es la forma especial que la sustancia adopta en lo cambiante”⁽⁵⁹⁾. El ser griego es, pues, “el ser sustantivo o sustancial, ser inmóvil e invariable”, no sólo “el soporte de las cualidades, es el sujeto permanente de sus variaciones o accidentes”⁽²⁴⁾. Conviene profundizar y recordar que para Aristóteles la sustancia o *ousía* tiene tres atributos que son decisivos e interconectados entre sí: es independiente del hombre y aún “independiente de todo otro algo”, está separado de todo o es «por sí» y, por último, es suficiente o se basta a sí mismo o posee autarquía, es “*suelto de los demás*, *ab-soluto*”⁽²⁶⁾.

Con estas nuevas aclaraciones se tiene la impresión que la psiquiatría biológica tiene como principio ontológico un materialismo distinto que el propuesto por Kandel, Kendler y Bunge, materialismo que se asienta en un naturalismo (*physis*) y este finalmente en el ser sustancial o sustancia (*ousía*) con sus atributos de independencia, suficiencia y autarquía. Pero Ortega, va más allá y hace hincapié con sutileza que Aristóteles, al hablar de “sustancia”, todavía no entra al campo propio de la filosofía primera, lo que se iba a llamar después “ontología”. “La ontología *sensu stricto* nos dice qué algos son genui-

nos entes y cómo lo son”⁽²⁶⁾. Lo que busca el Estagirita es el verdadero ente, que es una cuestión previa y más básica todavía porque se mueve en la esfera del “ser” y, por eso, él se esfuerza por revisar concienzudamente todos los algos que son sustancias. Al finalizar el libro Z de la Metafísica dictamina que son este hombre, este caballo, esta planta, esta mesa, etc. En el cotidiano hablar les llamamos de modo laxo cosas: “entendemos por «cosas» los algos que son por su propia cuenta, fuera de nuestras ideas, sueltos, independientes entre sí y del hombre”⁽²⁶⁾. Aquí se detiene Aristóteles y puesto que “cosa” se dice en latín *res*, su posición ha sido llamada con justeza “realismo”. Heidegger llama a ésta la ontología de la presencia (*Anwesen*)⁽⁶⁰⁾. O como explica en otra parte: “«Ser» quiere decir desde la temprana Grecia hasta los últimos tiempos de nuestro siglo: estar presente [presencia]”⁽⁶¹⁾.

Al dar este paso Aristóteles dejó condicionado a todo el pensamiento occidental hasta nuestros días, por más que distintos pensadores hayan intentado saltar de su ámbito de influencia, o en expresión de Ortega, se haya aspirado a bajar de nivel ontológico, puesto que “cada nuevo nivel es un estrato más hondo de los problemas filosóficos desde el cual se ven los antecedentes por debajo de ellos, en el secreto de sus raíces”⁽²³⁾. Así, Heidegger habla de tres experiencias distintas de la ciencia en Occidente: la griega (*episteme*), la medieval (*doctrina, scientia*), la moderna (investigación)⁽⁶²⁾. Empero todas se pueden condensar en una frase: “el pensar [la ciencia] como un resultado del ser [cosa, *res*]”⁽²⁴⁾. Lo que presupondría, pero esto no lo trató Aristóteles sino lo dejó a sus espaldas, que la estructura o textura del ser coincide por completo con la del pensar, ¿y si no, sería incognoscible en absoluto?

En otros términos, la psiquiatría biológica actual está referida y sustentada en su teorizar y actuar por “la sustancia” (*ousía*) que va más allá de la ciencia de la Edad Moderna y se interna en la Grecia clásica con la “cosa” (*res*), en cuanto ente primero o ente propiamente tal. Esto es, el principio metafísico conductor de la psiquiatría biológica es el realismo, o “cosismo”.

Conclusión: La vida humana como realidad radical de la psiquiatría biológica

La triunfante psiquiatría biológica actual ha procedido en su quehacer sin preguntarse con detención ni hondura sobre los principios o supuestos metafísicos que la están permitiendo y a la vez determinando, quizás limitándola porque permanecen desconocidos bajo sus pies⁽⁶³⁾. Si acudimos a Ortega fue porque él ha diagnosticado con particular sutileza los fundamentos de la ciencia actual: el realismo metafísico con todas sus implicancias. Empero Ortega progresa incluso más porque él se declara como estando en un puesto de avanzada ya que busca trascender el “realismo” (incluido el “idealismo” estrenado por Descartes porque este mantuvo restos de “realismo”), hacia un nuevo modo de pensar y, con ello, de iluminar la realidad⁽⁶⁴⁾.

Heidegger apuntó hacia nuestras insuficiencias ontológicas como psiquiatras biológicos cuando aseveramos con ingenuidad que nos relacionamos con “hombres” y sus “mentes”, insuficiencias que no pueden ser desconocidas ni minimizadas. “Al llamar «hombre» al existente que se va a interrogar”, nos previene Heidegger, “se le pone ya de antemano dentro de una determinada concepción categorial”, y con tal “definición por pauta viene prescrita la descripción de una perspectiva determinada, sin que con ella se recuperen activamente, haciéndolos propios, los motivos originarios de tal perspectiva”⁽⁶⁵⁾. ¿Qué significa esto? La psiquiatría biológica se preocupa del enfermo en su funcionamiento psíquico y físico porque los entiende finalmente como animales superiores aquejados en la razón. “En principio se piensa siempre en el *homo animalis*”, dice Heidegger, “aún cuando se entienda el *anima* como *animus sive mens*, y después como sujeto, persona, espíritu. Este poner uno por otro es propio de la Metafísica. Pero, por esto, no es considerada a su altura la esencia del hombre, ni pensada en su procedencia... La Metafísica [occidental] piensa al hombre desde la *animalitas* y no lo piensa *hacia su humanitas*”⁽⁶⁶⁾. *Animal rationale* es la tra-

ducción latina del *zôon lógon ékhôn* griego que conjetura una *substantia* o *ousía* que proviene del helenismo de Aristóteles y que ya ha dado un paso decisivo pero irreversible hacia la entificación (reificación) o la presencia (*Anwesen*) sin interrogarse por su esencia que le es más propia. Con otras palabras, todo estudio del “hombre”, antropología, la psiquiatría como antropología del enfermo mental, es limitado y corto porque no se ha inquirido con antelación de donde procede esta denominación de “hombre”, cuáles presupuestos están por debajo: “la antropología es aquella interpretación del hombre que, en el fondo, ya sabe qué es el hombre y por eso no puede preguntarse nunca quién es. En efecto, si hiciera esa pregunta, tendría que declararse traspasada”⁽⁶⁶⁾. He aquí el motivo por el cual no es intrascendente usar términos como hombre, persona, conciencia, yo, sujeto, psiquis, espíritu, *mind*, *embodied mind* (u otras similares que pertenecen a distintos períodos de la historia de la ontología occidental) en la psiquiatría biológica⁽⁶⁷⁾.

Ortega no comparte muchos de los asertos de Heidegger aunque los anteriores los acepta ya que están en parecido nivel de radicalismo. En otros términos, los dos ya han ido más allá del “realismo” e “idealismo”, las dos grandes metáforas del pensar occidental⁽⁶⁸⁾. En el caso de Ortega hacia la “vida humana” como realidad radical, muy diferente a Heidegger que habla del *Da-sein* o *Ek-sistenz*⁽⁶⁹⁾. Con la conocida expresión de Hegel que gustaba a Ortega, su altura ontológica le parece a él que es una auténtica *Aufhebung*, una absorción que supone una conservación y una superación al mismo instante. Ambos estadios anteriores (realismo, idealismo) encuentran su verdad en el siguiente de Ortega (vida humana), que puede ser el nuestro si nos esforzamos como psiquiatras biológicos. Ahora se puede entender bien la famosa frase de Ortega que es una respuesta a nuestra interrogación inicial: “La vida humana es una realidad extraña, de la cual lo primero que conviene decir es que es la realidad radical, en el sentido de que a ella tenemos que referir todas las demás, ya que las demás realidades, efectivas o presunta, tienen de uno u otro

modo que aparecer en ella”, la psiquiatría biológica es una realidad que aparece al interior de la vida humana y desde allí pueden entenderse sus hallazgos, sus hipótesis y sus respuestas⁽⁷⁰⁾.

Ortega esbozó algunas de las características de esa nueva manera de entender al hombre, incluido el enfermo psíquico, analizando someramente algunas particularidades de la biografía del gran Goethe (Goya, Vives, Velásquez), que tienen una importancia decisiva, aún programática para la futura psiquiatría biológica⁽⁷¹⁾. “Ese yo que es usted, amigo mío, no consiste en su cuerpo, pero tampoco en su alma, conciencia o carácter”⁽⁷²⁾, así como tampoco en ninguno de sus atributos o dotes que se conocen como la inteligencia, la memoria o la voluntad. “Usted se ha encontrado con su cuerpo, con un alma, con un carácter determinados, lo mismo que se ha encontrado usted con su fortuna”. El psicopatólogo, aún el más perspicaz y advertido, que intenta de buena fe penetrar en él, en el dentro del hombre, sólo consigue “descubrir todo el aparato de relojería que forma el carácter y, en general, el alma del sujeto”,... pero ¡cuidado! “la biografía necesita de la psicología [y psicopatología] como de la fisiología. Pero todo ello es pura información”⁽⁷²⁾. Con términos aún más elocuentes: “No es el hombre propiamente su cuerpo ni es propiamente su alma. Ambos son mecanismos, físico el uno, psíquico el otro, con que se ha encontrado y mediante los cuales, como instrumentos u órganos más próximos, tiene que esforzarse en existir”⁽⁷³⁾. O lo que es lo mismo, “el yo que usted es se ha encontrado con estas cosas, corporales o psíquicas al encontrarse viviendo. Usted es el que tiene que vivir *con* ellas, *mediante* ellas, y tal vez se pasa usted la vida protestando del alma con que ha sido usted dotado... El alma queda, pues, tan fuera del yo que es usted como el paisaje alrededor de su cuerpo”⁽⁷²⁾.

Quizás por lo anterior se quejaría Ortega de la confusión de principio que está en la base misma de la psiquiatría “biológica” al malentender *bíos* por *zoé* y que no le permitiría entrar de lleno en el naciente siglo XXI. *Bíos* es la vida biográfica, la biografía entendida como “haz de pro-

yectos para ser, de aspiraciones, en un programa de vida..., pugna por realizarse en un elemento extraño a él, en lo que llamo *la circunstancia*"⁽⁷⁴⁾. Totalmente diferente a la "zoé, a la vida en sentido biológico, zoológico. La zoé consiste en el funcionamiento mecánico y mecánico desarrollo de los mecanismos con que el animal *a nativitate* se encuentra dotado"⁽⁷⁴⁾. En expresión exacta, la "psiquiatría biológica" actual en rigor es una "psi-

quiatria zoológica". Por lo que si la psiquiatría biológica quiere ser no solamente "biológica" sino "psiquiátrica", si "[no] queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie [en realidad]", debe recordar la admonición de Ortega: "El hombre no es su cuerpo, que es una cosa, ni su alma, que es también una cosa, una sutil cosa: el hombre no es en absoluto una cosa, sino un drama: su vida"⁽⁷⁴⁾.

Resumen

Antecedentes: La práctica e investigación en el campo de la psiquiatría biológica exige que asumamos posiciones en varias cuestiones filosóficas **Objetivo:** Centralizarse en los supuestos filosóficos básicos de la psiquiatría biológica moderna **Método:** Investigar las interpretaciones de Ortega sobre la naturaleza del hombre y la ciencia para comprender los presupuestos que la psiquiatría biológica no puede justificar científicamente **Resultados:** La psiquiatría biológica permite visualizar sólo aquello que su tipo de representación ha aceptado antes como objeto posible, ej., función cerebral, expresión génica, neurotransmisores. Por el contrario y de acuerdo a Ortega: "El hombre no es su cuerpo, que es una cosa, ni su alma, que es también una cosa, una sutil cosa: el hombre no es en absoluto una cosa, sino un drama: su vida" **Conclusiones.** Ortega ayuda a captar mejor el estrato de comprensión propio de la psiquiatría biológica porque su "nuevo nivel está en un estrato más profundo de los problemas filosóficos".

Palabras clave: Ortega and Gasset, Psiquiatría biológica, Filosofía de la psiquiatría.

Referencias

1. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 457-69.
2. Figueroa G. Un marco de referencia nuevo para la psiquiatría: la mente encuentra al cerebro. I. Los fundamentos científicos y humanos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40: 307-20.
3. Kandel ER. *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of the mind*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005.
4. Guze SB. Biological psychiatry: is there any other kind?. *Psychol Med* 1989; 19: 315-23.
5. Benjamín J Sadock, Virginia A Sadock. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2 Vol 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
6. Santander F, coordinador. *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.
7. Eisenberg L. Psychiatry and neuroscience at the end of the century. *Forum-Psychiatry and the neurosciences. Current Opinion in Psychiatry* 1999; 12: 629-32.
8. Okasha A. Neuroscience and the future of psychiatry. *Forum-Psychiatry and the neurosciences. Current Opinion in Psychiatry* 1999; 12: 633-6.
9. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505-24.

10. Cutting J. Principles of psychopathology. Two Worlds-Two Minds-Two Hemispheres. New York: Oxford University Press, 1997.
11. Radden J, editor. The philosophy of psychiatry: A companion. New York: Oxford University Press, 2004.
12. Blankenburg W. Psychiatrie und Philosophie. En : Kisker KP, Meyer JE, Müller C, Strömgen E, Hrsg. Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band I. Grundlagen und Methoden der Psychiatrie. Teil 1. 2. Auflage. Springer: Berlin, 1979, págs. 827-75.
13. Searle JR. The rediscovery of the mind. Cambridge: The MIT Press, 1992.
14. Changeaux J-P, Ricoeur P. Ce qui nous fait penser : La nature et la règle. Paris : Odile Jacob, 1998.
15. Changeaux J-P, editeur. Les fondements naturels de l'éthique. Paris: Odile Jacob, 1993.
16. Ortega y Gasset J. ¿Por qué se vuelve a la filosofía? OC IV; 1930: 89-109.
17. Heidegger M. Heidegger M. Wissenschaft und Besinnung. En: Vorträge und Aufsätze. 5. Auflage. Pfullingen: Neske, 1967. p. 41-66.
18. D'Agostini F. Analíticos y continentales. Guía de la filosofía de los últimos treinta años. Madrid: Cátedra, 2000.
19. Echeverría J. Filosofía de la ciencia. Madrid: Akal, 1995.
20. Gadamer H-G. Wahrheit und Methode. Tübingen: Mohr; 1960.
21. Ortega y Gasset J. Apuntes sobre el pensamiento, su teurgia y su demiurgia. OC V 1941; 517-47.
22. Lampedusa GT de. El gatopardo. Barcelona: Noguer, 1961.
23. Ortega y Gasset J. La idea de principio en Leibniz y la evolución de la teoría deductiva. OC VIII 1948; p. 59-356.
24. Ortega y Gasset J. ¿Qué es filosofía? OC VII 1929; 273-438.
25. Ortega y Gasset J. Unas lecciones de metafísica. OC XII 1932/1933; 11-128.
26. Ortega y Gasset J. Comentario al «Banquete» de Platón. OC IX 1946; 747-84.
27. Ortega y Gasset J. La razón histórica. OC XII 1940; 147-237.
28. Ortega y Gasset J. Origen y epílogo de la filosofía. OC IX 1953; 345-434.
29. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 8 Aufl. Berlin: Springer; 1965.
30. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005; 162: 433-40.
31. Kendler KS. A psychiatric dialogue on the mind-body problem. Am J Psychiatry 2001; 158: 989-1000.
32. Bolton D, Hill J. Mind, meaning, and mental disorder. The nature of causal explanation in psychology and psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1996.
33. Bickle J. Philosophy and neuroscience: a ruthlessly reductive account. Boston: Kluwer Academic, 2003.
34. Valentine ER. Conceptual issues in psychology. London: Routledge, 1992.
35. Echeverría J. La filosofía de la ciencia a finales del siglo XX. EN: Muguerza J, Cerezo P, editores. La filosofía hoy. Barcelona: Crítica, 2000. p. 243-50.
36. Hundert EM. Philosophy, psychiatry and neuroscience. Three approaches to the mind. Oxford: Clarendon, 1989.
37. Villagrán JM, Luque, R. Bases epistemológicas de la teoría y práctica psiquiátricas. En: Luque R, Villagrán JM. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta, 2000. p 75-106.
38. Heidegger M. Der Wille zur Macht als Erkenntnis. Gesamtausgabe 47. Frankfurt: Klosterman, 1989.
39. Rosenberg R. Some themes from the philosophy of psychiatry: a short review. Acta Psychiatrica Scandinava 1991; 84: 408-12.
40. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Philosophy of medicine. 2nd edition. Oxford: Blackwell, 1990.
41. Navarro JM. Facticidad y trascendentalidad En: Rodríguez R. Métodos del pensamiento ontológica. Madrid: Síntesis, 2002. p. 21-87.
42. Ortega y Gasset J. Kant. Reflexiones de centenario (1724-1924). OC IV 1924; 25-47
43. Ortega y Gasset J. Anejo a mi folleto «Kant». OC IV 1924; 48-59.
44. Bunge M. Philosophy in crisis: The need for reconstruction. New York: Prometheus Books, 2001.
45. Bunge M. Epistemología. Barcelona: Ariel, 1985.
46. Ortega y Gasset J. Ni vitalismo ni racionalismo. OC III 1924; 270-9.

47. Ortega y Gasset J. El sentido histórico de la teoría de Einstein. OC III 1923; 231-42.
48. Slife BD. Theoretical challenges to therapy practice and research: the constraint of naturalism. En: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons, 2004, p. 44-83.
49. John R. Searle. El misterio de la conciencia. Barcelona: Paidós, 2000.
50. Dennett DC. *Consciousness explained*. New York: Little, Brown, 1991.
51. Popper K, Eccles J. *The self and its brain*. New York: Springer, 1981.
52. Bunge M. Ten models of individualism % none of which works, and their alternatives. *Philosophy of the social sciences* 2000; 30: 384-406.
53. Ortega y Gasset J. Pleamar filosófica. OC III 1925; 344-9.
54. Ferry L. ¿Cómo ser materialista? Por qué abogo por un «humanismo del Hombre-Dios». En: Comte-Sponville A, Ferry L. *La sabiduría de los modernos. Diez preguntas para nuestro tiempo*. Barcelona: Península, 1999. p. 25-39.
55. Husserl E. *Die Philosophie als strenge Wissenschaft*. Frankfurt: Klostermann, 1981.
56. Popper KR. *Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr, 1935.
57. Zubiri X. *Naturaleza, Historia, Dios*. 9ª edición. Madrid: Alianza, 1987.
58. Ortega y Gasset J. Pasado y porvenir para el hombre actual. OC IX 1952; 645-63.
59. Ortega y Gasset J. Bronca en la física. OC V1937; 271-287.
60. Heidegger M *Beiträge zur Philosophie (vom Ereignis)*. Gesamtausgabe 65. Frankfurt: Klostermann, 1989.
61. Heidegger M. Zur Seinsfrage. Gesamtausgabe 9. Frankfurt: Klostermann, 1976. p. 385-426.
62. Heidegger M. Heidegger M *Die Zeit des Weltbildes*. Gesamtausgabe 5. Frankfurt: Klostermann, 1984. p. 69-104.
63. Wallace E, Radden J, Sadler JZ. The philosophy of psychiatry: who needs it? *J Nerv Ment Dis* 1997; 2: 67-73.
64. Figueroa G. Proyecciones psiquiátricas del pensamiento de Ortega. En: *Filosofía contemporánea. Jornadas Académicas de la Universidad de Valparaíso*. Valparaíso: Edeval 1983; 4: 57-76.
65. Heidegger M. *Ontologie. (Hermeneutik der Faktizität)*. Gesamtausgabe 63. Frankfurt: Klostermann, 1982.
66. Heidegger M. *Brief über den «Humanismus»*. Gesamtausgabe 9. Frankfurt: Klostermann, 1976. p. 313-64.
67. Figueroa G. Un marco de referencia nuevo para la psiquiatría: la mente encuentra al cerebro. II. Fundamentos históricos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40: 321-34.
68. Ortega y Gasset J. Las dos grandes metáforas (en el segundo centenario del nacimiento de Kant). OC II 1924; 387-400.
69. Biemel W. Heideggers Begriff des Daseins. *Studia Catholica* 1949; 24: 113-29.
70. Ortega y Gasset J. Historia como sistema. OC VI 1935; 11-50.
71. Figueroa G. Goethe desde dentro: Ortega y el psicoanálisis. *Revista Ciencias Sociales* 1988; 32-33: 165-89.
72. Ortega y Gasset J. Pidiendo un Goethe desde dentro. OC IV 1932; 395-420.
73. Ortega y Gasset J. Sobre la leyenda de Goya. OC VII 1950; 537-63.
74. Ortega y Gasset J. Juan Vives y su mundo. OC IX 1941; 507-43.

Correspondencia:

Dr. Gustavo Figueroa Cave
 Casilla 92-V
 E-mail: gufigueroa@vtr.net

The art and science of brief psychotherapy. A practitioner's guide

Editores: Mantosh J. Dewan,
Brett N. Steenbarger,
Roger P. Greenberg.
Editorial: American Psychiatric
Publishing, Washington, 2004,
307 páginas.

El libro pertenece al grupo de cinco textos básicos proyectados por el Comité de Revisión de la Residencia en Psiquiatría, y que está destinado a elaborar y medir las "Competencias Básicas en Psicoterapia" que deben poseer los candidatos al término de su programa de formación en psiquiatría clínica en los Estados Unidos. Ya hemos comentado algunos manuscritos en esta Revista y hemos hecho notar sus méritos así como algunas de sus insuficiencias menores. Tarea interesante y sobre todo estimulante porque corresponde exactamente a las inquietudes actuales de la enseñanza, especialmente para aquellos que están ejecutando su período de entrenamiento como para los que tenemos la misión de instruirles en esta "profesión imposible" de psicoterapeuta, mejor dicho, en sus primeros pasos, siempre tan difíciles y angustiantes.

Una visión del conjunto nos indica que está a la altura de lo esperado. A pesar de la importancia indiscutible de las otras corrientes al interior de la psiquiatría se aprecia que Estados Unidos tiene una potente tradición en el campo de la psicoterapia. Por discutibles que puedan parecer algunos puntos o recomendaciones se aprecia la pericia y el manejo acabado de conceptos y técnicas sustentadas en una experiencia personal que incluye la investigación como uno de sus pilares potentes, lo que le da un sello de realidad o efectividad a sus conclusiones. Además está penetrado por el actual espíritu de modestia en sus con-

fecciones y conclusiones conceptuales, esto es, que cada escuela se acepta como vigente dentro de ciertos límites precisos y no pretende ni dogmatizar ni avasallar a las demás teorías en disputa. Con una frase cliché, se acabaron los tiempos de las grandes metateorías en psicoterapia, al menos en estos instantes en que predomina cierto escepticismo sobre la efectividad de los medios psicológicos para mejorar a fondo los trastornos emocionales. Vivimos, se dice, en una sociedad sin interioridad a pesar de los repetidos lugares comunes procedentes de un psicoanálisis mal elaborado con el correr de los años o ya vulgarizado por la repetición mecánica y sin sustancia.

El libro se divide en tres partes: seis psicoterapias breves básicas, tópicos especiales y resumen y conclusiones. Las psicoterapias escogidas son: cognitiva, conductual breve, breve focalizada-en-la-solución, interpersonal, dinámica de tiempo limitado y breve de pareja. El criterio de selección parece estar en el apoyo empírico que poseen, aunque en algunas variedades no está muy claro su soporte. En cualquier caso, en pocas páginas se analiza la psicoterapia acudiendo a viñetas clínicas breves que estarían sacadas de sesiones reales con pacientes reales, no personas que son reclutadas por medio de avisos en los periódicos y pagadas para que se sometan a una intervención psicológica. Llama la atención que la moda de los años 70 en torno a psicoterapias breves especialmente dinámicas parece haber pasado del todo y no haber dejado rastro comprobable. Esto es, las psicoterapias aquí tratadas tienen poco que ver con aquellas figuras famosas (Malan, Sifneos, Davanloo, Mann). ¿Se debe a que aquellas no pudieron pasar el cedazo de la investigación empírica? ¿Se trata de que las actuales poseen una mayor aplicabilidad y resultados comprobables? ¿Se ha subido de nivel y nos encontramos en un camino definitivamente más científico? ¿Sus teorías tienen un mayor alcance heurístico? ¿O, como anotaba el pájaro Dodo, las modernas ganan pero todas reciben premio? Nada de esto se plantea ni siquiera se insinúa.

La segunda sección se ocupa del efecto de los factores comunes, la psicoterapia breve al interior

de contextos culturales diferentes, combinación de psicoterapia-farmacoterapia y evaluación de competencias en psicoterapia breve. Siempre resulta instructivo poder medir la habilidad real de los psicoterapeutas pero aquí se termina en una cantidad tal de procedimientos que resulta casi agobiador el imaginarse quién puede sortear con éxito las distintas pruebas: habilidades para definir límites, formar alianza terapéutica y utilizar técnicas de intervención. Por decirlo así, resulta más complicado que proceder a diseñar un estudio de psicoterapia (que se sabe que son siempre débiles precisamente en el momento de la medición de los resultados). Algunas herramientas resultan empero atrayentes: exámenes escritos, notas escritas de memoria después de las sesiones, evaluación de acuerdo a listas diseñadas anteriormente (conductas, actividades, pasos sucesivos), evaluación del desempeño observado en grabaciones o en espejo unidireccional, portafolios, simulaciones. El capítulo reservado a fármacos y psicoterapia es insuficiente y mezquino, quizás se deba a que existe un texto especial destinado a ese propósito en la serie "Competencias Básicas en Psicoterapia".

Como es habitual, cuando se presentan las viñetas aparecen los reparos de fondo y de forma. Dejemos de lado si son fidedignas o son producto de la imaginación del autor para mostrar mejor sus argumentos. Muchas veces uno se pregunta si las intervenciones son las más adecuadas, si no corresponden a simples indoctrinamientos, si son muy diferentes entre sí en las diferentes variedades de psicoterapia, si son comprobadas en su eficacia inmediata mediante algunos instrumentos adecuados, si están en correspon-

dencia con la teoría, si obedecen a la persona del terapeuta antes que a la situación clínica, si pueden ser reproducidas en otros pacientes con distinta patología, si no son producto del entusiasmo porque casi siempre son exitosas. ¿Será por todo lo anterior que, según se presume, cerca del 40% del factor curativo procede del terapeuta y sólo el 15% de las técnicas específicas? ¿Y que pasa con el aspecto ético de algunas de las intervenciones ya que, en más de una oportunidad, son discutibles desde el punto de vista moral, especialmente si se mide con el principio de autonomía tan caro a los americanos?

De igual manera que hemos recomendado los anteriores textos también lo hacemos con el presente. Vale la pena darse el esfuerzo de leerlo detenidamente toda vez que es fácil de entender a una primera mirada para luego ser estudiado con mayor detención, por el principiante tanto como por el avezado, de acuerdo a los casos que se le van presentando en su práctica cotidiana junto al enfermo. No hay que olvidar que la psicoterapia va a ser cada día más breve y todo nuevo estímulo en esa dirección es bienvenido. Freud no estaría de acuerdo en esto porque él pensaba que la psicoterapia es un asunto humano muy delicado y requiere de un tiempo largo para poder acercarse al tiempo inherente al del inconsciente. Sin embargo, en su práctica hizo lo opuesto en distintas ocasiones. Recordemos el caso de Elma Pálos que, en su segundo mes, él ya quiso dar por finalizada su terapia a pesar de que ella se oponía con vehemencia por motivos de "transferencia". Así como ella son numerosas las historias que aseguran que la brevedad fue el modo de trabajar de Freud en Berggasse 19.

GUSTAVO FIGUEROA C.

Idea médica de la persona. La persona ética como fundamento de las antropologías médica y de la convivencia humana

Autor: Fernando Oyarzún Peña
Editorial: LOM Ediciones
Santiago, 2005, 136 páginas

En un fascinante ensayo sobre el sentido del tacto, Gabriel Jospovici, uno de los escritores británicos contemporáneos más importantes, sostiene que si dependemos únicamente de la mirada -que parece ofrecernos un dominio sin fricciones sobre la realidad-, es posible que evitemos algunos dolores e incertidumbres de la vida, pero perderemos la vida misma, su compromiso y su goce. Quizás seremos observadores, pero no participaremos.

La lectura de este nuevo libro de Fernando Oyarzún nos hizo evocar los lúcidos e imaginativos planteamientos de este profesor de la Universidad de Sussex, quien contrasta los sentidos de la vista y del tacto y advierte que si bien la vista parece entregarnos la totalidad de lo que contemplamos, sólo cuando caminamos o sentimos comienzan las cosas a ser más que imágenes y a constituir el mundo donde -como “personas que tocamos” y no meros observadores- estamos inmersos.

Coincidimos con Rafael Parada, también Maestro de la Psiquiatría Chilena como Oyarzún, cuando en el prólogo afirma que la mirada antropológica que apasionadamente propone el autor se deja aprehender en el texto de manera clara, fina y, subrayamos, “experienciada”. Para los médicos clínicos, que hacemos del vínculo

interpersonal directo nuestro principal modo de intervención profesional, la lectura de tan sólo unas pocas páginas permite colegir rápidamente que la orientación médico-antropológica desarrollada por Oyarzún se basa en un acercamiento al ser humano que trasciende la mirada, denota una actitud alerta de los sentidos, incluye vivencias y reflexiones personales profundas y deviene en perspicaz teoría. Oyarzún no sólo conoce bien de lo que está hablando, porque lo ha vivido, sino también logra comunicarlo, hacernos partícipes, protagonistas en cierto modo, de lo que sucede en el encuentro interpersonal. Se podría decir que el libro es cálido, cercano, como -para los que lo conocemos- sabemos que es él. Siendo la experiencia clínica y docente el punto de partida, la realidad “dada” como él la llama, constatamos enseguida que en el proceso intelectual que da origen al libro, la teoría resulta corolario natural de lo tratado, las ideas se sustentan en los hechos y no a la inversa. Ello contribuye a hacer del texto una propuesta persuasiva.

Una y otra vez, las reflexiones que hace el autor despiertan en el lector médico el recuerdo de encuentros significativos con pacientes o suscitan reflexiones propias, la mayoría de las veces en la línea de refrendar lo propuesto por el autor. De este modo, cuando Oyarzún se refiere a la relación médico-paciente, o más precisamente paciente-médico-, asociamos de inmediato dicha relación a la imagen de un santuario, algo sagrado e inviolable. A su vez, cuando Oyarzún sostiene que la relación corporeizada con uno mismo (que se da, por ejemplo, en el entrelazamiento de las manos) carece de la distancia necesaria que se produce en la situación bipersonal y no conduce a una suficiente “concienciación personal”, como sí lo hace “la relación satisfactoria del uno con el otro personal en el cara a cara, en el abrazo, en el darse las manos”, nos viene a la memoria una paciente, cuyo caso deseamos citar. Se trataba de una profesional destacada pero muy sola, quien señalaba haber encontrado consuelo a uno de sus padecimientos, que consistía en que nadie la tocaba -una suerte de “enfermedad de la distancia”

podríamos decir-, luego de conseguir que un otro, en este caso un especialista, le hiciera masajes todas las semanas. La necesidad de ser tocado, ¡que duda cabe!, aunque por obvia suele ser ignorada, denota la necesidad más profunda de lo que -siguiendo a Oyarzún- podríamos denominar la necesidad de configurarse como persona bipersonal, necesidad humana fundamental.

Como este, se podrían citar muchos ejemplos. Los médicos podemos dar fe de que Oyarzún habla de realidades concretas, verificables para el que hace clínica y, en especial, para el psicoterapeuta. Así, nos interpreta su idea de que a menudo el acto médico se traduce en un enriquecimiento del paciente como persona, a la vez que en un proceso similar de personalización del médico. Es a lo que frecuentemente aludimos con nuestros pacientes cuando coincidimos, después de superada una situación de crisis, que ambos nos encontramos, en sentido metafórico, “un pedazo más alto”. Oyarzún, en forma elocuente, alude a una personalización recíproca, a una relación mutuamente configuradora.

La segunda parte del libro enfatiza, con acierto, el carácter de vivencia, y no mera señal de disfunción, del padecimiento humano. Valora tanto los determinantes biológicos como biográficos de la enfermedad e indaga, asimismo, en el profundo sentido personal del sufrimiento. En forma didáctica, recorre las distintas fisonomías que adquiere el enfermar, o el fenómeno de la despersonalización, según se trate de pacientes de la medicina general, enfermos psicósomáticos, neuróticos, psicopáticos, esquizofrénicos o depresivos. Se abarcan, con finura clínica, las distintas modalidades clínicas de alteración personal cuyo común denominador sería, según lo plantea el autor, el carecer -a diferencia de lo que sucede en el sujeto sano- de una armónica integración de múltiples bipolaridades. También se aportan ejemplos clínicos concretos que proporcionan, como antes se ha dicho, fundamento empírico a las ideas propuestas.

La tercera parte del libro da cuenta de cómo la orientación médico-antropológica puede ilu-

minar temas de interés cultural general. Oyarzún afirma que el exagerado individualismo y predominio de las posturas utilitaristas de la época actual pareciera debilitar la conciencia ética del otro como persona. Y agrega que contribuyen a ello, en forma importante, la degradación del lenguaje y las deterioradas formas de trato, a lo que cabría añadir, probablemente, la utilización creciente de formas perversas de publicidad. Asimismo, el autor advierte sobre la progresiva pérdida del sentido estético, que también conlleva riesgos para la convivencia contemporánea, toda vez que -aquí Oyarzún cita al filósofo del arte Walter Benjamin- “lo estético es el resplandor de lo ético”. De ahí el llamado al fortalecimiento de los valores humanos fundamentales, coincidiendo en ello con los que sostienen que las humanidades son necesarias en tiempos de crisis.

En la cuarta parte del libro se resume un trabajo de investigación clínico-fenomenológico, de orientación antropológica, desarrollado por el autor y cuatro médicos jóvenes en formación. Entre los hallazgos principales cabe destacar cómo la presencia expresiva del consultante, con sus componentes verbales como no verbales, induce una modificación expresiva en el médico la cual, a su vez, retroalimenta al paciente. Oyarzún habla de una dialéctica personalizadora, de una recíproca transfiguración, la cual, en la medida que nos relacionamos con otros, opera dinámicamente durante toda la vida. Esta transfiguración recíproca incluye dos niveles: por una parte los citados cambios expresivos y, en el plano subjetivo e íntimo, modificaciones correlativas de la conciencia personal que lo convocan a uno a responder adecuadamente, constituyéndolo así en un ser personal, en esencia ético.

De la misma manera que -como señalábamos al inicio-, el sentido de la vista parece entregarnos la totalidad de lo que contemplamos, aunque en verdad no nos permita dimensionar a cabalidad lo real, el puro conocimiento racional de nuestros pacientes puede parecer suficiente cuando en realidad no lo es. En relación con esto, Oyarzún argumenta que los fenómenos se desen-

vuelven, no regidos por causalismos lineales simples, mecanicistas, sino por complejas interacciones dialécticas. Invita, por lo tanto, a un modo de pensar que incluya al todo personal del enfermo, como él dice, “dirigido al símbolo, no al signo”. Citamos sus propias palabras: “se trata de un modo de pensar dirigido al símbolo, no al signo, siendo el símbolo una forma (estructura) significativa que a la vez revela y oculta; es y no es; es decir, es una realidad significativa viva, corporeizada, dinámica, de modo que la respuesta fenomenológica y el modo de pensar deben ser asimismo vividos, corporeizados, no meramente razonados”.

La quinta parte del libro está destinada a tratar el tema de la vocación médica y docente, tópicos no abordados en los libros anteriores del autor. Al respecto, la idea central de que en los actos médico y docente se verifica un ser para otros (paciente y estudiante), lo cual es en esencia ético, se hace eco de la actual revalorización de las humanidades y la ética en la educación médica. Lamentablemente, haciendo excepción de algunos ámbitos específicos, en general no se aprecia en el entorno sociocultural actual, más interesado en el producir que en la persona, una preocupación genuina por estos asuntos. Se escucha a menudo que la formación de personas, futuros profesionales, debe prevalecer sobre la entrega de información (cuya importancia es indudable), pero, en la práctica, esto se da rara vez. Además, como señala Oyarzún, la influencia de los factores económicos, tanto en la enseñanza como en la práctica profesional, pareciera seguir siendo desmedida.

En esta parte del libro se agregan, en un acápite separado, algunos alcances autobiográficos que ilustran cómo la indiscutida vocación humanística del Profesor Oyarzún se vincula al “influjo personalizador” de diversos maestros, entre los que sobresalen, por cierto, el filósofo Jorge Millas, y el Profesor de Psiquiatría Ignacio Matte-Blanco. El texto devela que fue la interacción con este último el germen que despertó en Oyarzún el interés por la relación

interhumana. A su vez, el libro refleja la positiva resonancia que la persona del autor ha tenido en sus discípulos, de lo cual damos fe porque, desde la época en que estuvimos a cargo de varias actividades académicas de postgrado en la Universidad de Chile, hemos podido atestiguar el enorme cariño y la alta valoración que sus alumnos siempre han concedido a su persona y su labor docente.

En la sexta parte del libro, se resumen ideas elaboradas antes in extenso en otras publicaciones del autor. Una de ellas es el valor, como se lo ha demostrado por años a generaciones de estudiantes, que tiene la relación humana primaria, previa al desarrollo de ideas y conceptos, anterior, más amplia y más básica que la relación racional operativa. Sería ella, sostiene, la que origina una adecuada forma de trato al paciente, un sintónico encuentro, siendo base de una comprensión empática. Con todo, no desdeña la relación racional operativa, argumentando, por el contrario, que las dos formas de relación descrita deberían integrarse armoniosamente.

La última parte del libro propone que la idea de la persona ética facilita el logro de una humanización no sólo en la práctica médica sino también en toda relación entre personas. Las ideas que hemos visto se proyectan al campo amplio y complejo de la convivencia humana. En esta perspectiva, todo encuentro interpersonal es “momento de personalización de las partes comprometidas”. Sucede en los encuentros hijo-padre (o madre), estudiante-profesor, de amistad, amoroso-sexual, etc, todos los cuales se encarnan en una expresividad comunicativa concreta.

Ahora bien, en este contexto, y retomando la idea de lo insuficiente, parcial y precario del conocimiento sustentado en un solo sentido -hacíamos mención específicamente a la mirada-Oyarzún concede importancia a la necesidad de escuchar la voz humana. Según él, y por cierto no podemos no estar de acuerdo, lo vivo, corporeizado y singular del otro está también presente en las tonalidades de voz. Agrega, “la palabra disociada del componente expresivo

fisiognómico-mímico, incluido el tono de voz, sustantiviza, sustancializa, abstrae y reduce; en suma, impersonaliza”.

En fin, se podría decir tanto acerca de este libro. Empero, nos parece que lo más importante

es que, junto con sugerirnos imágenes y ofrecer-nos el placer de su lectura, nos invita, convincentemente, a vivir con intensidad el encuentro interhumano, tal vez lo más valioso de la vida misma.

Dr. ENRIQUE JADRESIC M.
PAST PRESIDENT
SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y
NEUROCIRUGÍA DE CHILE

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

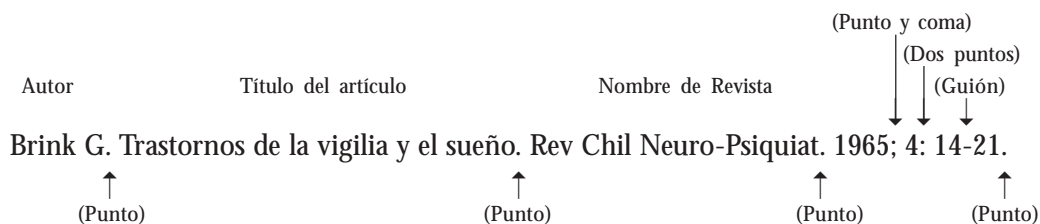
referencia completa, agregando a continuación del nombre abreviado de la revista la expresión "en prensa". Los trabajos en proceso de evaluación editorial pero todavía no aceptados oficialmente, pueden ser citados en el texto (entre paréntesis) como "observaciones no publicadas" o "sometidas a publicación",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

