



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 16

Número 8

Agosto 2005

Mente, cerebro y trastornos de la personalidad

■ La relación “mente-cuerpo” ha originado durante siglos las discusiones de los filósofos y sigue siendo hoy en día un tema de controversia. La persistencia de esta dicotomía aun en fechas recientes refleja que el hablar de “cuerpo” y “mente” por separado se ha vuelto una especie de código para las diferentes formas de pensar en los pacientes y en el tratamiento.

Virtualmente todos los trastornos psiquiátricos son amalgamas complejas de influencias genéticas y ambientales. Considerar por separado los fenómenos biológicos y psicológicos puede ser todo un reto al momento de tratar al paciente, ya que al pensar en la psicoterapia como el tratamiento para los “trastornos de base psicológica” y en los medicamentos como aquel para los “trastornos de base biológica”, estaríamos haciendo una distinción demasiado específica. Una revisión reciente sobre trastornos de personalidad sugiere que estos constructos pueden dicotomizarse sólo en sentido abstracto, ya que en la práctica clínica “cerebro” y “mente” están íntimamente ligados y no se pueden separar. La “teoría de la mente” es un puente muy útil entre ambos constructos para el tratamiento de los trastornos de personalidad, pues enfatiza el papel de la psicoterapia en crear un “sentido de mente” en el paciente.

En un estudio realizado en Nueva Zelanda se llevó a cabo el seguimiento de una cohorte de 1037 nacimientos con evaluaciones a los 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18 y 21 años, y se observó que 96% de la cohorte estaba intacta a los 26 años. Se encontró también que aquellos hombres de la cohorte con un genotipo de baja actividad de MAO-A y que fueron maltratados en la infancia presentaron calificaciones altas en comportamiento antisocial; lo anterior demuestra que los genotipos intervienen en la sensibilidad del niño ante los estresores ambientales.

Los estudios etológicos representan valiosos modelos animales que reflejan las conductas humanas en los trastornos de personalidad límite y antisocial. En los monos *rhesus* por ejemplo, se ha comprobado que aproximadamente 95% de sus genes son iguales a los del ser humano, además de que muestran similitudes en las

relaciones entre comportamiento agresivo y el metabolismo serotoninérgico. Existe una relación inversamente proporcional entre la concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y los puntajes de comportamiento agresivo. El gen del transportador de serotonina (5-HTT) tiene variaciones en la longitud de su región promotora, lo que resulta en variaciones alélicas en la expresión de dicho gen. Un alelo corto “Is” confiere una eficiencia transcripcional baja al promotor del 5-HTT en comparación con el alelo largo “II”, lo que sugiere que el alelo corto resultará en una función serotoninérgica disminuida. Esta alteración parece amortiguarse al recibir cuidado materno; por el contrario, aquellos monos carentes de dicho cuidado y con el polimorfismo “Is” mostraron grados muy altos de agresividad. Estos datos del efecto atenuante del cuidado materno reflejan la influencia del ambiente sobre los genes. Ambos, *natura* y *nurtura*, parecen interactuar en el desarrollo de casi, si no de todos, los aspectos comportamentales de la agresividad impulsiva en el mono *rhesus*.

Se conoce de un estudio de seguimiento que observó el efecto de las visitas domiciliarias, por parte de una enfermera en salud pública, sobre el comportamiento antisocial del niño. En este estudio, se asignaron aleatoriamente una enfermera visitante a “nuevas” madres de alto riesgo. Fueron tres los aspectos en los que se

Contenido

Mente, cerebro y trastornos de la personalidad	43
Uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en las fases tardías del embarazo: riesgos y beneficios	45
Opciones de tratamiento en los casos severos del trastorno obsesivo-compulsivo	45
Psicoterapia de los trastornos de la personalidad. Parte I	46
Evaluación y manejo del paciente con síntomas funcionales crónicos múltiples	47

enfocaron las enfermeras: comportamientos relacionados con la salud, cuidado competente del niño y desarrollo materno personal. A los 15 años de tratamiento, aquellos adolescentes nacidos de madres que recibieron las visitas de las enfermeras tuvieron menores cifras de comportamiento antisocial en relación con los sujetos de comparación. Dichos adolescentes también obtuvieron cifras menores de abuso de sustancias y menor número de parejas sexuales a lo largo de la vida.

Resultados de este tipo generan la posibilidad de que la intervención terapéutica temprana sirva para influenciar la expresión de los genes que conduzcan a un comportamiento antisocial.

La distinción de "biológico/psicológico". Trauma y trastorno de personalidad. Aunque probablemente la etiología del trastorno límite de personalidad es multifactorial, extensas investigaciones sustentan la noción de que el abuso y la negligencia tempranos pueden ser factores muy importantes en muchos casos. Datos preliminares sugieren que el trauma temprano puede provocar una lateralización hemisférica y que afecta la integración de ambos hemisferios. Lo anterior puede reflejarse en el hecho de que para lidiar con la preocupación de que el odio y la agresión destruirían todas las posibilidades positivas, los pacientes límite de personalidad tienden a encasillar las representaciones propias y las de los objetos, en categorías "todo malo" o "todo bueno". Un equipo de investigación reciente sugiere que otra consecuencia del trauma en la infancia es la sensibilización persistente del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA). Las mujeres con historia de abuso en la niñez y depresión mayor han mostrado una respuesta del eje HPA seis veces mayor al estrés, en comparación con sujetos comparados por edad. La conclusión de los investigadores es que una consecuencia persistente del abuso en la infancia es la hiperreactividad del eje HPA y del Sistema Nervioso Autónomo. Infieren que esta hiperreactividad está relacionada con la hipersecreción del factor liberador de corticotropina (LCR).

El papel de la psicoterapia: mentalización y teoría de la mente. La "teoría de la mente" es la capacidad de entender la mente de uno mismo y el comportamiento de los otros en términos de estados mentales (creencias, sentimientos y motivaciones). La "mentalización" se refiere específicamente a la capacidad de representar estados mentales de sí mismo y de los otros. Los pacientes con personalidad límite de personalidad con frecuencia tienen mucha dificultad en cambiar del modo de equivalencia psíquica al modo de pretensión, lo que interfiere con su capacidad de reconocer la transferencia en psicoterapia. Con frecuencia se aferran a su percepción como un hecho absoluto en lugar de ver que hay muchas otras alternativas. Uno de los retos más grandes para un psicoterapeuta es manejar esta convicción casi delirante de algunas pacientes con trastorno límite de personalidad cuya percepción es un reflejo directo de la realidad en lugar de una representación de la realidad basada en sus creencias internas, sentimientos y experiencias pasadas. Afortunadamente, la mentalización ocurre en un *continuum*, y a veces las pacientes con trastorno límite de

pueden ser capaces de internalizar el modo de pretensión y reflejar en sí mismas el mundo interno y el de los otros. Estudios de neuroimagenología sugieren que la mentalización implica diversas estructuras cerebrales, entre las que se han descrito el cerebelo derecho, las regiones mediales prefrontales, el surco temporal superior y la región frontal inferior. Se habla de las neuronas espejo en la corteza promotora en monos, que reconocen el significado intrínseco de las señales de comportamiento y se activan durante la observación de un agente, actuando en forma propositiva hacia un objeto. El hecho de que ciertas áreas del cerebro se activen durante los experimentos de teoría de la mente no ayuda mucho al terapeuta cuando tiene en el consultorio a un paciente con trastorno límite de personalidad; sin embargo, el constructo de la teoría de la mente ayuda a unir los dominios de la mente y del cerebro.

Implicaciones para el tratamiento. Las guías prácticas de tratamiento de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana para el tratamiento del trastorno de personalidad límite sugieren la combinación de psicoterapia y farmacoterapia como el abordaje terapéutico óptimo.

Se ha demostrado en cuatro ensayos placebo-controlados que los pacientes con trastorno de personalidad (en especial límite) responden a dosis óptimas de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) al reducir el enojo, la impulsividad, el comportamiento agresivo y la labilidad afectiva. Estos fármacos disminuyen la hiperreactividad del eje HPA al reducir la hipersecreción del LCR. Con esto, se facilita la psicoterapia ya que dejan que el paciente perciba al terapeuta como una vía de ayuda y no como una agresión.

La psicoterapia en sí es considerada un tratamiento "biológico" que lleva a cambios anatómicos a nivel macromolecular a largo plazo.

Los trastornos de personalidad se entienden mejor al dejar de lado la dicotomía "mente-cerebro". Las influencias ambientales sobre los genes complican el intentar hacer dicha distinción. Los cambios psicosociales producen también cambios a nivel cerebral. La farmacoterapia y la psicoterapia trabajan de forma sinérgica para promover cambios cerebrales. Los "lenguajes del cerebro y de la mente" son ambos necesarios en el tratamiento de los trastornos de personalidad y su efecto se produce tanto a nivel cerebral como en la creación de la teoría de la mente en el paciente.

En general, el modelo aquí propuesto se aplica especialmente para el abordaje del trastorno límite de personalidad con abuso y negligencia en la infancia, y los autores proponen continuar la identificación de otros modelos que se apliquen a pacientes con una historia distinta.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

GABBARD GO: Mind, brain and personality disorders. *Am J Psychiatry*, 162: 648-655, 2005

Uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en las fases tardías del embarazo: riesgos y beneficios

■ Dado el amplio uso que se hace en la actualidad de los medicamentos antidepresivos, una de las preocupaciones que surge constantemente es la del posible riesgo que implica dicho uso durante la gestación y sobre todo en los últimos meses de ésta. Se ha documentado la presencia de un síndrome conductual en el periodo neonatal, asociado con la exposición a inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) *in utero*, durante el último trimestre del embarazo. Esto motivó que los fabricantes de los medicamentos acordaran incluir estos aspectos en los folletos de información sobre el uso de sus productos. Sin embargo, los datos sobre los riesgos y consecuencias de tal uso en mujeres embarazadas han sido puestos en duda por muchos clínicos que tienen la necesidad de tratar farmacológicamente a estas pacientes. En un artículo de revisión sobre el tema, se evaluó el riesgo real y objetivo de exponer a las mujeres embarazadas a los ISRS, con el fin de ofrecer a los clínicos una orientación más adecuada en su toma de decisiones respecto al riesgo/beneficio de aplicar una intervención farmacológica en estas situaciones.

Como es costumbre en este tipo de evaluaciones, los autores procedieron a hacer una revisión de la bibliografía publicada sobre el tema, con el uso de medios electrónicos de captura y clasificación de información médica en sistemas de bases de datos. En este caso en particular utilizaron el sistema MEDLINE que abarcó el periodo de enero de 1996 a febrero del 2005, y el PsycINFO de enero 1974 a febrero de 2005; solicitaron la búsqueda de artículos publicados sobre efectos neonatales posteriores a la administración de ISRS *in utero*. Además agregaron datos no publicados provenientes de los archivos del comité de expertos de la FDA. Un aspecto importante, que no se encuentra con frecuencia en este tipo de análisis, es el que incluyeron los artículos publicados en otras lenguas además del inglés, los cuales se tradujeron para su revisión a este último idioma. Se añadieron a los estudios cuando se comprobó que documentaban exposición a un ISRS durante al menos el último trimestre del embarazo, durante el parto y que agregaban datos de valoración de efectos sobre el producto. Un total de 13 informes de casos que incluyó 18 exposiciones y 9 estudios de cohorte conformaron el análisis. De acuerdo con los análisis efectuados, informaron que la exposición a ISRS en etapas tardías del embarazo, comparada con la exposición en etapas tempranas o bien con la no exposición, conlleva un riesgo global de 3.0 (con un intervalo de confianza de 95%; 2.0-4.4) para el desarrollo de un síndrome conductual en el neonato. Los fármacos más utilizados en este aspecto en los informes de casos fueron la fluoxetina y la

paroxetina. Los neonatos presentaron como manifestaciones principales alteraciones del Sistema Nervioso Central, motoras, respiratorias y gastrointestinales, las que tuvieron intensidad moderada y desaparecieron de manera espontánea después de alrededor de las dos semanas de edad. El manejo médico de estas alteraciones consistió exclusivamente en medidas de atención general y vigilancia. La aparición de un síndrome severo, consistente en convulsiones, deshidratación, sobrepeso, hiperpirexia o necesidad de intubación es muy rara en los infantes a término (se calculan 1/300 casos). No hay hasta el momento informes de muertes atribuibles al uso de estos antidepresivos. Como conclusión, los autores de la revisión consideran que la evidencia actual indica que la exposición *in utero* a los ISRS durante el último trimestre del embarazo, puede generar un síndrome conductual neonatal moderado y autolimitante. No se requiere aplicar procedimientos médicos particulares. Sugieren que el riesgo y/o beneficio de continuar o suspender el tratamiento antidepresivo en estas condiciones deberá ser una decisión individualizada, de acuerdo con las características particulares de cada caso.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

MOSES-KOLKO EL, BOGEN D, PEREL J, BREGAR A, y Cols: Neonatal signs after late in utero exposure to serotonin reuptake inhibitors: literature review and implications for clinical applications. *JAMA*, 293 (19): 2372-2383, 2005.

Opciones de tratamiento en los casos severos del trastorno obsesivo-compulsivo

■ El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en sus formas severas es un padecimiento altamente incapacitante. Por otra parte, suele ser reacio a los múltiples intentos de tratamiento. En cuanto a las alternativas farmacológicas, la clorimipramina, entre los compuestos tricíclicos, y la fluvoxamina, entre los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, parecen tener una eficacia superior a otros fármacos, si bien hay evidencia de que otros compuestos de ambos tipos también pueden ser benéficos. Dentro de las intervenciones psicoterapéuticas, la terapia conductual suele ser la más utilizada debido a que hay pruebas sustentables de eficacia superior a otro tipo de intervenciones psicológicas. A pesar de esto, se calcula que entre 20% y 40% de los pacientes con TOC no responden satisfactoriamente, después de cuando menos dos intentos de tratamiento farmacológico y de un intento de psicoterapia conductual. Debido a que estos pacientes refractarios presentan un nivel elevado de deterioro y grandes limitaciones funcionales, en años recientes se han buscado nuevas alternativas terapéuticas para intentar resolver este problema.

Una de estas alternativas recientemente publicada probó el efecto que pueden tener sobre los síntomas de TOC los fármacos agonistas del receptor opioide μ , tales como la morfina o el tramadol. Tomando en consideración los antecedentes de informes de casos

de un estudio abierto, un grupo de investigadores realizó un estudio clínico comparativo, doble ciego y controlado con placebo, consistente en la administración oral de morfina una vez por semana, en un grupo de 23 pacientes con TOC resistente (17 hombres y 6 mujeres). El total de los sujetos se había sometido previamente y sin mejoría, de dos a seis tentativas farmacológicas que incluyeron diversos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, venlafaxina y clorimipramina. En forma aleatoria se les asignó para la administración de morfina, lorazepam o placebo, con frecuencia de una vez por semana. La dosis inicial de morfina fue 30 mg con ajustes posteriores dentro del rango de 15 a 45 mg. El lorazepam se administró a una dosis inicial de 1 mg con ajustes entre .05 y 2 mg. A lo largo del estudio se mantuvieron los tratamientos antiobsesivos que los pacientes ya recibían. La respuesta fue valorada mediante la aplicación de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown. Se encontró una reducción importante en la calificación total de esta escala en el grupo que recibió morfina y no así en los grupos de lorazepam y de placebo. Al término del estudio 30% de los que recibieron morfina como tratamiento adicional lograron un nivel de respuesta (reducción en la calificación de la escala de al menos 25%), mientras que en el grupo de lorazepam sólo 17% alcanzó este nivel y ninguno lo obtuvo entre los que recibieron placebo. No se encontraron manifestaciones de euforia en los pacientes.

Otra opción para el tratamiento de los casos refractarios es la alternativa de algunos procedimientos psico-quirúrgicos previamente evaluados. Las lesiones neuro-quirúrgicas aplicadas mediante un procedimiento estereotáxico en un área de la cápsula interna, han sido empleadas desde hace ya un buen número de años en casos severos de TOC. Estas intervenciones se fundamentan en la hipótesis, aun no del todo comprobada, de que hay circuitos neuronales en esa zona que probablemente estén involucrados en la fisiopatología del trastorno. Por lo tanto, su desconexión quirúrgica reduce las manifestaciones sintomáticas. Una variación innovadora a este procedimiento es la estimulación cerebral profunda. Esta maniobra consiste en la aplicación continua de corriente eléctrica de baja intensidad en la zona neuronal mencionada, a través de la introducción de un electrodo. Dicha corriente reproduce los efectos obtenidos con la ablación quirúrgica, pero sin generar destrucción tisular. Esta técnica ha sido empleada con éxito en el tratamiento de casos específicos de temblor esencial y en la enfermedad de Parkinson. Recientemente se publicó un trabajo en el que se aplicó este procedimiento a cuatro pacientes con TOC refractario a tratamientos previos; se siguió un procedimiento consistente en una fase corta inicial dobleciego y con un diseño *on-off*, seguida de una fase abierta de mayor duración. Los resultados que documentan son alentadores: un paciente presentó una mejoría dramática en la que hubo una reducción de hasta 35% de los síntomas obsesivos basales durante la fase dobleciego. Dos pacientes lograron este mismo nivel de mejoría pero hasta la etapa de fase abierta, y uno de estos mantuvo una mejoría prolongada de los síntomas así como de su estado anímico. No se presentaron efectos colaterales serios en ninguno de los pacientes, ni hubo cambios en la esfera cognoscitiva ni alteraciones evidenciadas a través de pruebas neuropsicológicas. No se documentaron tampoco cambios drásticos de personalidad.

Los resultados tanto de la estimulación cerebral profunda como del uso de morfina, abren nuevas opciones potenciales de tratamiento para los casos complejos y severos de TOC. Desde luego, estos informes son iniciales y en un número limitado de sujetos, por lo que se requiere mayor información y experiencia al respecto. En el caso de la morfina, hay que buscar alternativas similares con otros agonistas que no presenten el riesgo potencial de abuso que tiene ésta. El sufrimiento y la incapacidad de estos

pacientes justifican la búsqueda continua de nuevas opciones de tratamiento para ponerlas a su alcance.

(Cristina Lóyzaga Mendoza)

Bibliografía

- KORAN LM, ABOUJAUDE E, BULLOCK KD, FRANZ B y cols: A double-blind treatment with oral morphine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 66: 353-359, 2005.
- ABELSON JL, CURTIS GC, SAGHER O, ALBUCHER RC y cols: Deep brain stimulation for refractory obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 57: 510-516, 2005.

Psicoterapia de los trastornos de la personalidad. Parte I

■ Existen personas que con idéntico tipo de estrés, educación familiar y entorno social, desarrollan enfermedades diferentes, mientras que otras no las desarrollan. Muchos pacientes con trastornos mentales no tienen antecedente de ningún tipo de estrés especial. Se ha afirmado de manera rotunda que cerca de 50% de las diferencias entre los individuos dependen de factores genéticos poligénicos y que el otro 50% se debe al entorno. Probablemente lo que en realidad existe es una compleja interacción entre la genética y el entorno, el genotipo y el fenotipo y la diátesis determinada por los factores de predisposición y el estrés. En los trastornos de la personalidad (TP) la predisposición que corresponde a los rasgos de personalidad, interacciona de manera compleja con el entorno, y esta interacción es la clave para entender a este grupo de entidades. Toda persona tiene un potencial genético de enfermedad que bajo ciertas condiciones físicas, sociales y ambientales puede hacerse manifiesto. Hay un *continuum* entre salud-normalidad y enfermedad-anormalidad, y si se cruza el "umbral", la enfermedad se presenta. De acuerdo con los autores de esta revisión, los TP son el paradigma de la compleja interacción genética-entorno y en esta interacción parece tener mayor influencia el estrés crónico que el agudo. Los factores sociales son tan importantes como los psicológicos y frecuentemente se subestiman en los modelos teóricos dominantes.

Se piensa que las experiencias de la infancia por sí mismas no pueden justificar el desarrollo de un TP y que el modelo biopsicosocial es el único capaz de enfocar adecuadamente la complejidad de este campo de la psicopatología. En lo que a psicoterapia de los TP se refiere, no hay mucha investigación realizada desde la perspectiva de la psiquiatría basada en la evidencia. Todos los individuos tienen un perfil característico de rasgos de personalidad y los TP representarían la exageración no adaptativa de dichos rasgos, mientras que los factores psicosociales serían cruciales en la transformación de rasgos en trastornos. El paso de rasgo a trastorno dependerá de la genética, de los agentes psicosociales y de las distintas combinaciones de rasgos. Por lo tanto, las metas de la psicoterapia consisten en: invertir el proceso por el cual los rasgos se convierten en trastornos, demostrar a los pacientes el uso no adaptativo que hacen de sus rasgos y desarrollar la manera de usarlos en forma más adaptativa, ampliando el repertorio de conductas. La psicoterapia de los TP debe basarse en trabajar con los rasgos, no contra ellos. Se trata de atenuarlos, de

sacarles el máximo provecho y de buscar variaciones del repertorio conductual. Así pues, el tratamiento psicoterapéutico debe ir encaminado a revertir el ya mencionado proceso de amplificación de los rasgos. Hay dos maneras fundamentales de trabajar con los rasgos de personalidad: la primera consiste en modificar las conductas de inadaptación y la segunda, en enseñarles a los pacientes a usar mejor los rasgos, y a sacarles provecho en los entornos adecuados. La terapia debe incluir la consignación de la historia clínica, la generación de una alianza terapéutica, el desarrollo de las habilidades de escucha del terapeuta, la confrontación de conductas maladaptativas, las aclaraciones y el desarrollo de alternativas conductuales más maduras. La implantación de modelos integrativos de psicoterapia es una tendencia clara hoy día. Esta psicoterapia integrativa tiene la flexibilidad que permite integrar modelos híbridos y también realizar diversos tipos de psicoterapia en cada paciente en distintas fases de su vida. El abordaje de la psicoterapia integrativa tiene sus cimientos en los modelos teóricos coherentes y existen datos suficientemente comprobados de que es útil para los TP.

Trastornos de la personalidad paranoide

En los pacientes con este trastorno, los pensamientos y sentimientos peligrosos o desagradables son escindidos, proyectados hacia fuera y atribuidos a otros. Lo que implica un estilo de pensamiento, de sentimientos y de relación con los demás extraordinariamente rígido e invariable. Su estilo de pensamiento se caracteriza por una búsqueda de significados ocultos, de claves para descubrir la verdad detrás de la cara de una situación. Lo obvio, lo superficial, lo aparente enmascara la realidad; esta búsqueda interminable implica un estado de intensa hiperatención que lleva aparejada una incapacidad de relajarse y también representa la falta de flexibilidad. El pensamiento de estos sujetos no es delirante, no hay una distorsión de la realidad, sino del significado de la realidad aparente. La proyección y la identificación proyectiva son dos mecanismos de defensa claves en este TP. En un plano profundo el paranoico se siente inferior, débil e ineficaz. Así, la grandiosidad o el sentido de ser especial, frecuente en estos pacientes, se puede entender como una defensa compensatoria de los sentimientos de inferioridad. Con el conocimiento de que la baja autoestima crea la necesidad de ver faltas en los otros, los terapeutas pueden facilitar la empatía con el punto de vista del paciente y buscar sugerencias acerca de cómo hacer el tratamiento más productivo. La mayoría de estos pacientes acude a tratarse por alguna presión externa y desconfía de cualquiera, por lo que el primer paso en la psicoterapia debería ser la construcción de una alianza terapéutica. El terapeuta debe buscar la empatía con las necesidades de proyección del paciente como medio de supervivencia emocional; debe servir de contenedor para los sentimientos de odio, maldad, impotencia y desesperación de este último y ser capaz de aceptar la culpa, incluso hasta el punto de reconocer su falta de habilidad para ayudarlo. El fin principal del trabajo psicoterapéutico es ayudar a los interesados a cambiar sus percepciones, que son el origen de sus problemas, de un lugar externo a uno interno. A través del proceso terapéutico el terapeuta debe contener sentimientos más que actuar sobre ellos. Esto le proporcionará al paciente una forma diferente de relación que se irá complementando con cambios graduales en el pensamiento. La clave es conseguir una “duda creativa” de sus percepciones del mundo.

Trastornos de la personalidad esquizoide y esquizotípico

El mundo interior del esquizoide es a menudo una fuente de contradicciones. Se han agrupado estas contradicciones en

manifestaciones públicas y disimuladas: “el esquizoide es públicamente independiente, autosuficiente, distraído, desinteresado, asexual e idiosincrásicamente moral mientras que secretamente es exquisitamente sensible, emocionalmente necesitado, acusadamente vigilante, creativo, a menudo perverso y vulnerable a la corrupción”. Estas polaridades representan una escisión o fragmentación del “yo” en diferentes representaciones que permanecen desintegradas. El resultado es una identidad difusa que hace que la relación con los demás resulte problemática. Quizás el rasgo más acusado de los esquizoides y los esquizotípicos sea su aparente no relación con los otros. Los pacientes esquizoides a menudo tienen fantasías de omnipotencia y las emplean para alcanzar el éxito en las relaciones interpersonales o en sus carreras. Tanto los esquizoides como los esquizotípicos se pueden beneficiar con una psicoterapia individual expresiva de apoyo, una psicoterapia de grupo dinámica o una combinación de ambas. Probablemente el mecanismo terapéutico tenga lugar más a través de la internalización de la relación terapéutica que de la interpretación del conflicto; la tarea del terapeuta es aportarles una nueva experiencia de relación. A través de la identificación proyectiva, el comportamiento del paciente evoca ciertas respuestas en el terapeuta que contienen información diagnóstica importante sobre el mundo interno del paciente. Con este modelo las reacciones emocionales del terapeuta hacia el paciente, aunque sutiles, son la fuente primaria de información. La decisión de no interpretar puede ser la estrategia más terapéutica. Respetar su silencio, en lugar de interpretarlo como resistencia, puede ser el único acercamiento terapéutico viable para construir una alianza terapéutica. Diversos autores han sugerido que los esquizotípicos que funcionan mejor con la psicoterapia tienen más síntomas depresivos o alguna capacidad para la calidez emocional y empatía y que sólo se puede esperar un progreso limitado. Los esquizotípicos de menor nivel de funcionamiento necesitan también entrenamiento en habilidades sociales, reeducación y apoyos sociales. Los esquizoides y esquizotípicos se pueden beneficiar de una psicoterapia de grupo puesto que ésta se encamina a ayudar a los pacientes en la socialización, que es exactamente de lo que adolecen. Para la mayoría de los esquizoides la combinación de psicoterapia de grupo e individual es lo ideal porque el campo social que encuentran en el grupo pueden discutirlo y procesarlo con su terapeuta individual.

(Mónica del Río Cabrero)

Bibliografía

RUBIO GI, PEREZ U, SANTOS GJM y cols.: Psicoterapia de los trastornos de personalidad. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 32(1):37-52, 2004.

Evaluación y manejo del paciente con síntomas funcionales crónicos múltiples

■ Los pacientes con múltiples síntomas somáticos físicos pueden provocar enojo y frustración en los médicos y se alude a ellos como “pacientes difíciles”. En la clasificación de diagnóstico psiquiátrico, estos pacientes con frecuencia reciben diagnóstico de trastorno por somatización.

Más de 4% de la población general y de 9% de los pacientes admitidos a los cuidados de tercer nivel presentan

cuadros clínicos con manifestaciones somáticas inespecíficas, a las que se ha enmarcado dentro de lo que se conoce como síntomas funcionales crónicos múltiples (SFCM). La mayoría de estos pacientes son mujeres y generalmente presentan trastorno depresivo mayor recurrente, tienen relaciones interpersonales conflictivas y con frecuencia abusan de sustancias psicoactivas. Se ha descrito que existe una asociación de estas manifestaciones con antecedentes de una infancia matizada por carencias emocionales y de abusos físico y sexual. Algunos pacientes reúnen criterios clínicos para determinados trastornos de la personalidad.

Se puede suponer que un paciente padece SFCM al constatar el grosor del expediente clínico, los antecedentes de asistencia a hospitales y las observaciones del personal médico y de enfermería. Una vez que se identifica que el paciente tiene SFCM, se debe realizar una evaluación sistemática. En estos pacientes hay que indagar respecto a los problemas que presentan en la actualidad y los antecedentes deben explorarse cuidadosamente. Se debe interrogar no sólo sobre los síntomas físicos sino también sobre el estado de ánimo, la situación social, las preocupaciones y la asociación de los sujetos con los síntomas. Todos los síntomas que señalen estos pacientes deben tomarse como válidos y es importante mantener una buena relación médico-paciente y minimizar las referencias a médicos especialistas. Este tipo de pacientes acude en primera instancia, al médico de primer nivel y no todos estos médicos cuentan con los conocimientos o el tiempo necesarios para manejarlos. Cuando se considera que el paciente se debe enviar a un centro de atención psiquiátrica, se le debe informar al respecto y hacer énfasis en el estrés y malestar ocasionado por la naturaleza crónica del padecimiento. Cuando el paciente es atendido por el psiquiatra, lo primero que hay que hacer es elaborar un plan de manejo que se ha de negociar. Lo mejor es adoptar un abordaje en colaboración, en lugar de optar por una actitud paternalista o didáctica. Si resulta difícil llegar al entendimiento de por qué el paciente desarrolló estos síntomas en este periodo de tiempo en particular, se puede optar por un abordaje alternativo. En esencia, esto incluye que el médico detecte los factores que propician que los síntomas se perpetúen. Una de las prioridades en el manejo es modificar las expectativas del paciente, que generalmente no son realistas, respecto a la profesión médica y recordarle que la medicina tiene limitaciones.

Un diagnóstico diferencial que siempre se debe efectuar en estos pacientes es el de un trastorno facticio. Estos cuadros se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos, con la intención de recibir atención médica. El juicio de que los síntomas son producidos de manera intencional requiere evidencia directa y exclusión de otras causas. La mayoría de los pacientes con estos trastornos son mujeres con redes sociales estables, y un gran número de ellas trabaja en actividades relacionadas con la medicina. Cuando se diagnostica el trastorno facticio, es

importante confrontar al paciente pero también seguir apoyándolo. De preferencia, el psiquiatra y el médico general, deben confrontar al unísono al paciente. Después de la confrontación, los pacientes generalmente dejan de repetir el comportamiento o bien abandonan la clínica y buscan otras opciones; en pocas ocasiones aceptan recibir el tratamiento psiquiátrico ofrecido.

Se debe hacer la distinción entre los trastornos facticios y la simulación. Esta última es un comportamiento, no un diagnóstico, y el confrontar a los pacientes dependerá de las circunstancias individuales. La interacción de los pacientes con SFCM con los servicios de salud es difícil de olvidar, y frecuentemente dejan frustrados tanto al paciente como a los médicos. Su manejo efectivo requiere poner especial atención en las dificultades interpersonales y evitar el daño iatrogénico.

¿Cuál es la causa de los síntomas somáticos? Una gran variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales se han asociado con los síntomas funcionales; la contribución de estos factores variará entre los pacientes. Los avances en las neurociencias demuestran que existe un funcionamiento alterado del Sistema Nervioso asociado con síntomas funcionales, por lo que el etiquetar estos síntomas como “enteramente psicológicos” es inapropiado. Con el conocimiento actual, es mejor mantener una “neutralidad etiológica” acerca de la causa de los síntomas funcionales. La meta principal del tratamiento es identificar aquellos factores que contribuyen a perpetuar los síntomas y el deterioro generado.

(Gabriela Villarreal Valdes)

Bibliografía

BASS C, MAY S: Chronic multiple functional somatic symptoms. *British Medical Journal*, 325(7359): 323-326; 2002.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles
Díaz y Elizabeth Cisneros.

