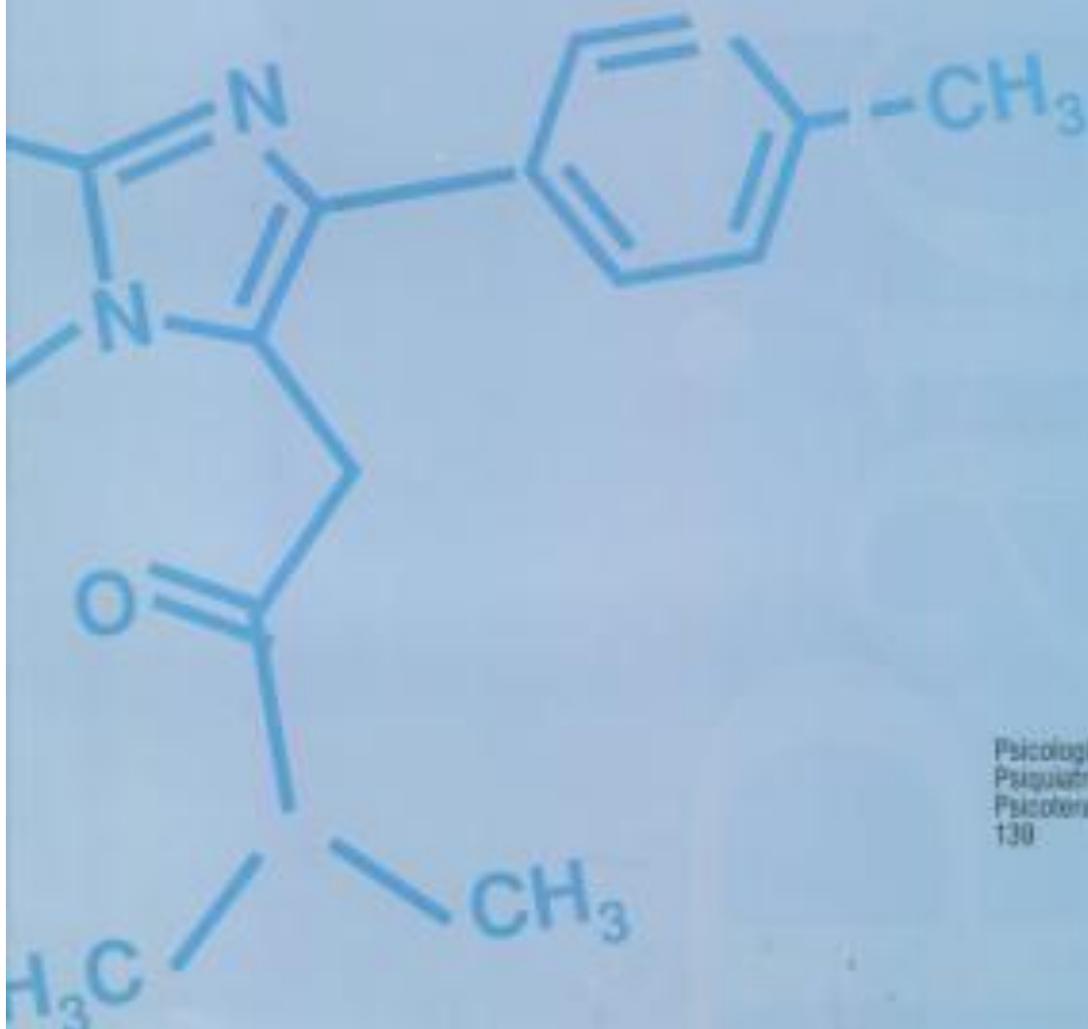


Psicofarmacología psicodinámica III

Nuevos enfoques
clínico-terapéuticos

Julio Moizeszowicz



Psicología,
Psiquiatría y
Psicoterapia
130

Capítulo 14

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN CLINICA DE DIA

INTRODUCCION

En 1931, Sen y Bores comienzan a usar los alcaloides de la rawolfia (reserpina) para controlar las conductas psicóticas.

En 1938, mientras se descubren las primeras hormonas, Freud (6a) afirma que:

...la terapia nos ocupa aquí únicamente en la medida en que ella trabaja con medios psicológicos. Quizás el futuro nos enseñe a influir en forma directa, por medio de sustancias químicas específicas, sobre los volúmenes de energía y sus distribuciones dentro del aparato anímico. Puede ser que se abran para la terapia otras insospechadas posibilidades: por ahora no poseemos nada mejor que la técnica psicoanalítica, razón por la cual no se debería despreciarla a pesar de sus limitaciones...

En 1949, Cade en Australia descubre, con éxito terapéutico, la utilidad de las sales de litio en el tratamiento de la enfermedad maníaca. En el mismo año, Laborit en Francia comienza el estudio de la clorpromazina como antihistamínico, para lograr la hibernación artificial. Poco después, Delay y Deniker muestran su utilidad como antipsicótico.

En 1958, Janssen demuestra la eficacia de las butirofenonas en los síntomas delirantes, y Kuhn la de la imipramina en la depresión.

Hacia la misma época se "redescubren" las propiedades ansiolíticas del clordiazepóxido, sintetizado en 1947.

Es entonces, a partir de 1950, con la aparición de psicofármacos efectivos, cuando se hace posible el control sintomático de la patología mental y pueden practicarse nuevas formas de tratamientos ambulatorios de la enfermedad mental, como las psicosociales y comunitarias.

La psicofarmacología progresa rápidamente, aprovechando el avance de otras ciencias biológicas, y puede sintetizar fármacos cada vez más efectivos que influyen de forma más selectiva en determinadas patologías específicas.

No es entonces por casualidad que las concepciones de Jones (5-10) y la pri-

mera experiencia de clínica de día, el Social Psychotherapy Centre en Hampstead, Inglaterra, datan de esa época. En 1959 existen en Inglaterra 59 clínicas de día.

Desde aquella fecha, se desarrolla de forma rápida y se propaga a todo el mundo esta modalidad de atención, que logra muy buenos resultados, porque se basa en "permitir que dentro de la comunidad se ensayen papeles sociales y vocacionales que se aproximarán luego a lo que el paciente encuentra en la comunidad exterior".

Además, el ahorro camas/costo/día compromete a los gobiernos de los países desarrollados en los nuevos programas de salud mental: creación de Servicios de Psiquiatría en los hospitales generales, inclusión de clínicas de día, y fin de la era manicomial con chalecos farmacológicos que sedaban y lentificaban el pensamiento de los pacientes.

En nuestro país, esta modalidad comienza de manera precoz con las ideas puestas en práctica por García Badaracco (8).

Sin embargo, en nuestro medio, no son los pacientes o sus familiares los que resisten este cambio hasta el día de hoy, sino algunos terapeutas.

Las razones son variadas: temor a que "su paciente" sea dejado a su albedrío patológico en una comunidad poco controlada terapéuticamente o dedicada a lucrar con internaciones prolongadas; miedo a tener que disminuir sesiones terapéuticas semanales, que hagan descender sus ingresos económicos; convencimiento de que la forma de tratamiento "individual" es prioritaria para el mejoramiento del paciente; falta de buenos diagnósticos fenomenológicos que hablen de la perturbación y no simplemente de la parte psicótica (a la que todo paciente accede una vez mejorado); pronóstico, etcétera.

Estas razones, que sostienen que el abordaje individual es lo principal, son en realidad ideas delirantes de los enfermos perturbados, que tratan de aislarlos del mundo real (o del sustituto que podría llegar a ser la clínica) y que presuponen el principio de no curación. Se establece de esta manera una alianza con la parte más disociada del enfermo, y se ignora así la experiencia acumulada, a este respecto, tanto nacional como internacional.

El médico que tiene a su cargo el control psicofarmacológico es llamado "médico administrador"; está desplazado, algunas veces por los psicoterapeutas y en muchas otras por él mismo, al lugar de quien extiende la receta para la compra del medicamento. Sin embargo, su origen se remonta no al que da una medicación sino, como lo definió Frida Fromm Reichmann (7), al encargado de "administrar" los pensamientos y conductas más desorganizadores, agresivos o peligrosos durante el resto del día, mientras el paciente permanecía en la comunidad y no tenía su hora individual terapéutica diaria.

Por ello, los comienzos de las clínicas de día están indisolublemente ligados a los de la psicofarmacología. Los pacientes que acuden a estas instituciones son:

- a) los que han requerido internación por su patología aguda y que necesitan de una etapa intermedia en su reinserción social y
- b) los otros en quienes la atención psicoterapéutica individual no es suficiente para abordar su patología de base y necesitan de otras técnicas psicoterapéuticas, conocidas hoy como “abordaje múltiple” (9).

En el primer caso, los pacientes son remitidos con una medicación psicofarmacológica de mantenimiento, a la cual el paciente ya se ha adaptado en forma previa.

En el segundo, se debe instrumentar la terapéutica psicofarmacológica, de acuerdo con la evaluación del equipo terapéutico (muchas veces es necesario tener en cuenta la realizada por los demás pacientes de la comunidad).

El uso de psicofármacos ha permitido incorporar en las patologías ya clásicas, que se benefician de la clínica de día, otras que se consideraban contraindicadas como:

- conductas antisociales, que se pueden controlar con anticíclicos y litio;
- adicciones, cuando existe voluntad de abstinencia, administrando agonistas alfa adrenérgicos (clonidina) o determinadas benzodiazepinas, como el clonazepam;
- desorganización y síntomas negativos de las esquizofrenias, que se pueden reducir con los nuevos antipsicóticos “atípicos”;
- depresión con ideación suicida, donde se comprobó que la disregulación de la serotonina puede mejorarse con los nuevos antidepresivos inhibidores de la recaptación serotoninérgica (además de la posibilidad de incluir dentro de este contexto el acompañamiento terapéutico y la ayuda familiar complementaria).

Las clínicas de día generales son de poca utilidad para los pacientes con riesgo suicida inminente, con retraso mental severo, con síndromes cerebrales orgánicos y con demencia, ya que para estas patologías se necesita un programa diferente y personal especializado.

Aún no se cuenta con fármacos que actúen sobre los procesos cognitivos, como el bloqueo de la degeneración proteica beta-amiloidea cerebral en las demencias degenerativas.

Las clínicas de día, aun aquellas que funcionan dentro de los lugares de internación, ayudaron a que la psiquiatría, mal definida de forma exclusivamente fenomenológica o biológica, tuviese un nuevo punto de inflexión. Se la llamó “psiquiatría dinámica” porque comenzó a tener en cuenta:

- al psicoanálisis con una mayor comprensión de los conflictos intrapsíquicos, con aceptación de los cambios cualitativos a través de la palabra (6c);

- a la psicofarmacología, al poder entender a través de los neurotransmisores la acción farmacológica cuantitativa dentro del proceso psicoterapéutico y
- al carácter evolutivo de los conceptos sociofamiliares, etc.

En la medida en que el aparato psíquico recibe excitaciones de origen externo e interno, se halla sometido a una exigencia de trabajo, que implica el pasaje de la cantidad a la cualidad (1).

Es necesario agregar a la invasión cuantitativa la incapacidad del sujeto de responder a ella adecuadamente. Esta adecuación se halla vinculada a la capacidad de controlar y elaborar psíquicamente la excitación, ya que, en realidad, si fuera consciente podría darse cuenta de los estímulos subjetivos, sea internos o externos, a través de su memoria y “filtrarlos” o descodificarlos (es decir, darles un significado).

Evaluada la necesidad de sostener, complementar y expandir el tratamiento individual, que no resulta suficientemente continente ni puede dar determinados contenidos al paciente descompensado, la clínica de día se sustenta en algunos objetivos básicos:

- La interacción grupal y el restablecimiento de los lazos sociales.
- El intento de rescatar en este particular contexto lo esencialmente singular de cada uno de los integrantes de la comunidad.
- La reinsertión a sus lugares de pertenencia en un tiempo que depende de cada paciente y de otras variables, como grupo familiar, patología, nivel de actuación, gravedad, etc.

Estos mismos objetivos se ponen en juego en distintos espacios simbolizables, con una estructura comunitaria grupal, configurando entonces un abordaje múltiple.

Los espacios que conforman la clínica de día están pensados no como una suma de actividades sino como una trama interdisciplinaria compleja. Esta contiene, significa, ofrece nuevos puntos de vista, en suma, da lugar al crecimiento mental, a un mejor funcionamiento yoico, tendiente a la socialización como intento de salida del narcisismo (4).

La población de pacientes está constituida por lo que se ha dado en llamar “pacientes severamente perturbados”. La “organización narcisista” predomina en ellos, se ha hecho protagonista y ha quebrado un precario equilibrio (6d).

Se entiende por “organización narcisista” un aspecto de la personalidad cuyo funcionamiento evoca, ciertamente alterados, aquellos estadios tempranos del desarrollo mental.

La intolerancia a la frustración, el monto de envidia y, en consecuencia, la intolerancia a la natural dependencia infantil que permite el crecimiento, por un

lado; y un particular contexto histórico-familiar, por otro, se hacen evidentes y han dado lugar a un singular mundo interno, donde existen tensiones de alto voltaje entre la organización y el resto de la personalidad, conflictos entre instancias, que podríamos conceptualizarlas como el accionar de un superyó primitivo que obliga a aspiraciones ideales, proyecciones que condensan lo constitucional y lo ambiental (series complementarias).

Se tiene, así, una puesta en escena del psiquismo temprano, de las distintas maneras en que se desarrolló la tragedia del no crecimiento mental y de sus consecuencias. Estas consecuencias se presentan como graves problemas por resolver. La carencia de recursos propios, tal vez el fenómeno más trascendente y abarcativo que se observa, impide el aprendizaje por la experiencia emocional y, por lo tanto, el desarrollo genuino de estas personalidades.

Así, en lugar de:

- pensar, aparecen omnisciencia, delirios o alucinaciones (en las situaciones más graves);
- represión; dominan las identificaciones proyectivas masivas;
- simbolización y expresión mental de la emocionalidad; existe un lenguaje de acción desplegado en el mundo externo y hacia el propio cuerpo;
- reconocen la dependencia infantil; se encuentran pseudo independencia y omnipotencia, que obstaculizan las posibilidades de genuina autonomía.

La autonomía debería poder desarrollarse a partir de los aspectos infantiles carenciados y más necesitados que han sido postergados y aprisionados en lo que Winnicott llamó "falso *self*" (18).

La depresión narcisista subyace en la mayoría de estos pacientes. Esta evidencia es de suma importancia, porque el riesgo de actuaciones autodestructivas es alto.

Los sentimientos de impotencia y las actitudes omnipotentes expresan, por un lado, la crisis de la autoestima y, por otro, frustración, desesperanza, desconfianza, abulia y, fundamentalmente, rabia. Esta última se manifiesta en cualquiera de sus expresiones, dentro de la comunidad o constituyendo una de las causas de severas inhibiciones.

A casi todos los pacientes se les han prescrito psicofármacos con diferentes éxitos o fracasos; muchos han sido internados una o más veces y, en su mayoría, han sido objeto de múltiples tratamientos. Sus lazos sociales son inestables; en general, no pertenecen a grupo alguno y sus vínculos familiares son simbióticos, tiranizantes e implican situaciones de violencia y desgaste.

Una debida información del programa evita, a veces, la deserción temprana y disminuye las transgresiones al tratamiento, conductas que al mismo tiempo serán útiles para el equipo terapéutico, que así podrá conocer las dificultades del paciente y tratar de solucionarlas.

TRATAMIENTO

El tratamiento psicofarmacológico en la clínica de día está presente en todas sus áreas:

- 1) Area dinámica-cognitiva.
- 2) Area social.
- 3) Area recreativa.
- 4) Area corporal-expresiva.
- 5) Area de evaluación.

1) Area dinámica-cognitiva

Psicoterapia grupal. El conflicto intrapsíquico, del orden narcisista, se despliega rápidamente, tiñe las relaciones, los vínculos, y se juega, entonces, en el mundo externo. Identificación proyectiva mediante, se escinden y expulsan fuera de la personalidad aquellos aspectos intolerables.

La familia del paciente, sus amigos, sus grupos, sus terapeutas individuales y ahora sus compañeros y "nuevos" terapeutas forman parte del campo donde estos fenómenos pueden aparecer y dar lugar también a sentimientos de intolerancia y desesperanza o hallar un continente con un entramado capaz de recibir, comprender, descodificar y significar aquellos sentimientos tan difíciles de ser pensados y que sólo pueden ser entonces expulsados de la personalidad (3).

El encuadre de la psicoterapia grupal permite, con este despliegue espectacular de múltiples transferencias, la particular oportunidad de que toda la riqueza del material así expuesto pueda ser recibido, metabolizado, descrito en palabras y singularizado para cada uno de los pacientes.

Los mecanismos de carácter masivo con los que se manejan estos pacientes les dan un sesgo de violencia o, en situaciones más solapadas de ocultamiento y secreta hostilidad, recurren a ellos para defenderse de una innombrable indefensión.

La contratransferencia y esta capacidad de *rêverie* se constituyen entonces en la vía regia para llegar a comprender a estos pacientes. Nuestra propia tolerancia a la incertidumbre, nuestro amor por la verdad y el conocimiento, la explicitación de nuestras ideas, nuestro método y nuestra técnica nos permiten recrear un clima emocional confiable (15).

Trabajar en coterapia se convierte en el recurso de mayor eficacia para el trabajo grupal. En este sentido, las intervenciones no se circunscriben a las clásicas interpretaciones; también se privilegian otros medios de abordaje, como los señalamientos de tipo cognitivo-comportamental (2).

Las preguntas, por ejemplo, son muy importantes porque ofrecen un modelo

de no certeza. El terapeuta "no sabe todo": pregunta, investiga, no se erige en el dueño de la verdad. En otras situaciones, describe algo que está pasando y que, de algún modo, es visible para todos. A veces, el terapeuta informa acerca de algo que es importante saber para seguir pensando. Otras veces, propone puntos de vista alternativos y hace construcciones basándose en lo que está ocurriendo.

Todas estas intervenciones intentan abrir nuevas posibilidades y crear un clima de confianza donde los pacientes puedan atreverse a preguntar, opinar, describir, informar e ir abriendo la trama de sus propias mentes.

A diferencia de las familias, el equipo terapéutico tiene una esperanza limitada, no una ilusión desmedida ni una resignación desesperanzada; tratará de no actuar lo que el paciente proyecta ni de confundirse con su frustración.

Psicodrama. El psicodrama es un instrumento para trabajar las ansiedades grupales y facilitar los emergentes naturales y espontáneos del funcionamiento del grupo.

Toda dramatización es expresiva y vehículo de la fantasía individual y grupal. En el despliegue escénico es donde esta fantasía cobra espacialidad.

2) Area social

Grupo de lectura. Esta actividad se orienta hacia el contacto con la información general, a través de los diferentes medios de comunicación: diarios, revistas, televisión, radio, etcétera.

Es necesario generar cierta organización en los miembros del grupo, que está ausente o deficiente dada la fragilidad yoica de los pacientes.

Se trabaja con la repercusión emocional de las noticias, las motivaciones que llevan a determinada elección informativa y las causas que producen cierta escotomización de la realidad.

3) Area recreativa

La actividad recreativa tiene como objetivo la constitución de un espacio compartido con trabajo donde re-crear situaciones de la vida cotidiana, que permitan observar las dificultades e inhibiciones que presentan estas personas.

Es también un intento de facilitar elementos que posibiliten a los miembros del grupo re-encontrarse con sus aspectos "perdidos", para así darse cuenta de que aún pueden utilizar capacidades que la enfermedad oculta.

La actividad se establece en torno de un eje, como la salida del grupo de la clínica. Se realizan visitas a museos, teatros, cines, exposiciones, etcétera.

4) Area corporal-expresiva

Técnicas de expresión plástica. Esta actividad se organiza con modalidad de taller, un lugar de aprendizaje donde los materiales se transforman en obra. Esta obra será el resultado del deseo de expresarse, en tanto ocurre un verdadero contacto emocional.

Por creatividad entendemos la integración y la posibilidad de establecer nuevas relaciones entre materiales, ideas, situaciones, proyectos y la persona que siente, y no sólo la obtención de productos originales o, menos aún, estéticos requeridos socialmente.

Musicoterapia. La musicoterapia es una disciplina que, a través del trabajo con el cuerpo, el sonido y el movimiento, interviene en el diagnóstico y tratamiento de distintas patologías.

Se utilizan diversos tipos de elementos, como secuencias rítmicas y/o melódicas, o grabación del producto musical de la sesión para luego poder escucharlo.

La producción sonora se realiza con instrumentos musicales (armónicos, melódicos y de percusión); expresión corporal; producción sonora ante el estímulo de movimientos corporales; expresión del cuerpo ante determinados estímulos sonoros; exploración del ritmo y de estructuras rítmicas; utilización de parámetros musicales como el tono, el volumen, la intensidad, etc., para posibilitar la emergencia de situaciones conflictivas y la aproximación a ellas.

Terapia ocupacional. El paciente que se integra al programa de clínica de día se caracteriza por mantener una relación directa con sus espacios cotidianos (casa, trabajo, facultad, etc.), a diferencia de lo que sucede con la internación.

Desde el primer encuentro es habitual que el nuevo paciente tenga dificultades para llevar adelante sus tareas habituales y la organización básica de su día.

La terapia ocupacional no se circunscribe a las actividades manuales sino que abarca un amplio espectro de actividades concretas. Estas actividades son pequeños proyectos que tienen un tiempo de organización, de desarrollo y de evaluación.

5) Area de evaluación

Grupo de evaluación. El objetivo de este grupo es la evaluación de las distintas actividades de la institución por parte de los pacientes, así como el seguimiento de la evolución del grupo y de cada uno de los participantes.

Es, a la vez, el nuevo espacio que se les brinda a los nuevos pacientes para integrarse a las actividades de la clínica de día y donde se informan las altas.

Allí también se les hace conocer las novedades, los cambios y toda modificación relacionados con el encuadre institucional.

La tarea en sí consiste en que cada persona exprese sus deseos, críticas, ideas, necesidades, para que todos, junto al coordinador (que en este grupo funcionaría como representante de la institución e intermediario frente al equipo profesional), uniformen criterios para el mejor desenvolvimiento de las diferentes actividades.

Reunión del equipo profesional. El objetivo básico de las reuniones de equipo es llegar a una idea conjunta del proceso terapéutico.

Es fundamental la coherencia interna del equipo, la observación atenta de su propia dinámica y de las posibles situaciones de desencuentro que pudieran transformarse en *actings* con los pacientes.

EJEMPLO CLINICO

Marilena tiene 55 años y se le indica clínica de día luego de un episodio depresivo del cual parecía haber emergido con cierto tono hipomaníaco. Su modo de estar en la clínica daba cuenta de cuáles eran sus mecanismos para evitar el dolor mental: reiteradas llegadas tarde a los grupos, intervenciones disruptivas rompiendo climas laboriosamente creados, interrupción de comunicaciones de sus compañeros que pudieran denotar sufrimiento, generalización de diluir cualquier singularidad que hiciera patética una situación (“...así es la vida”; “...nos pasa a todos”; etc..., eran algunas de las frases favoritas).

En síntesis, Marilena usaba la identificación proyectiva excesiva como modo de funcionamiento mental tendiente a evitar el dolor. Esto generaba la consecuente confusión que hacía que ella se perdiera en la calle, no reconociera discriminadamente a los otros, equivocara los horarios, perdiera cosas, etcétera.

Muy excedida de peso, sus miembros se desparramaban erráticamente, así como sus palabras y, como si esto no fuera suficiente, se rodeaba de bultos, carteras, bolsos y paquetes que la hacían más invasiva, al tiempo que le impedían “entrar” en el salón.

Por otro lado, esta conducta despertaba en el grupo desde hilaridad hasta irritación y hostilidad. Era un claro obstáculo en su relación con los demás (relación que era necesario evitar cuando los otros la “amenazaban” con algún tipo de ansiedad, que peligraba romper su precario equilibrio).

Sus compañeros intentaban detenerla; una y otra vez le pedían que se quedara quieta, callada y escuchando, requerimientos casi imposibles de satisfacer por parte de Marilena.

Pero es muy importante destacar que su particular modalidad no respondía a una actitud solapada y hostil, sino que era una franca manera de “estar” y, en este sentido, podía ser tomada como su forma de comunicarse, que hacía que de todos modos fuera finalmente aceptada, ayudada y querida por sus compañeros y por el equipo terapéutico.

Una breve descripción del desarrollo de una sesión grupal tal vez sirva como ejemplo de lo expuesto:

Es la primera sesión luego de las vacaciones de verano, Marilena llega 20 minutos tarde e ingresa al salón hablando en voz muy alta, apurada, agitada; torpemente entra en forma disruptiva, golpeándose con el marco de la puerta, saluda a las terapeutas (Susana y Norma) como si nadie más estuviera allí: "Hola, Susana, hola Graciela...".

Los pacientes se ríen de su confusión. La terapeuta cuyo nombre confundió dramatiza la situación dirigiéndose a una silla vacía y diciendo: "Hola, Graciela".

Un paciente dice "Se llama Norma" y otro, molesto por la situación, se queja de que todo esto interrumpió a alguien que estaba hablando, cuando "cayó" Marilena.

Se planteó, entonces, la dificultad que se generaba al tener que cuidar al grupo por un lado y aceptar a Marilena por otro.

Las terapeutas tuvieron que "contener" el desborde de Marilena y tratar de encontrar significados que permitieran un crecimiento "simbiótico", entendido como la posibilidad de crecimiento discriminado de Marilena del grupo y de las terapeutas.

En el taller de plástica, Marilena elegía materiales que se derramaban continuamente y le impedían la concreción de alguna tarea. Cuando los señalamientos y las protestas del grupo de pacientes y el trabajo del equipo terapéutico comenzaron a tener un mínimo efecto, pudo, por ejemplo, cambiar de materiales. La arcilla y la plastilina le permitían un proyecto mínimo que disminuía el nivel de frustración, a la vez que su "estar" más continente posibilitaba un trabajo distinto en las demás áreas.

Otro ejemplo dará cuenta de este proceso vivido por Marilena. En otra sesión, espontáneamente colocó una silla delante de sí que le impedía concretamente "el desborde" habitual. Esto fue señalado por las terapeutas que privilegiaron en esta actitud los intentos de autolimitarse, encontrar un espacio propio distinto del espacio compartido.

En este caso, fue necesario avisar al médico administrador, con quien se decidió en forma conjunta aumentar la dosis del anticíclico, suspender el antidepresivo y agregar dosis bajas de neurolépticos durante un tiempo.

Luego de seis años de trabajo interdisciplinario, con una experiencia de alrededor de 250 pacientes, se han logrado integrar dos diferentes orientaciones psicoterapéuticas, consideradas tradicionalmente opuestas y rivales: la dinámica y la cognitiva-comportamental (ambas incluyen por igual la psicofarmacológica) en el tratamiento de pacientes con diferentes trastornos mentales agrupables en clínica de día de adultos (cuadro 1).

Es difícil establecer de forma individual cuál es el tratamiento "más exitoso", así que es lógico intentar combinaciones y convergencias terapéuticas para beneficio de los pacientes, seleccionando aquellas estrategias más eficientes para cada una de las problemáticas.

Nuestra experiencia nos indica la cualidad de imprescindible del abordaje psicofarmacológico durante este proceso terapéutico en una clínica de día sin internación.

Todos nuestros pacientes que han transitado por estas seis áreas estuvieron medicados durante el período que duró su estadía; nunca se consideró que el psicofármaco fuera un obstáculo de la palabra o el pensamiento.

Cuadro 1. DIAGNOSTICOS (DSM-III-R) DE 171 PACIENTES DE CLINICA DE DIA, EVALUADOS CON SEGUIMIENTO

	Hombres	Mujeres	%
Depresión mayor	24	52	45
Trastorno bipolar	7	14	12
Esquizofrenias	21	7	16
Trastorno esquizo-afectivo	4	10	8
Adicciones	8	1	5
Trastornos alimentarios		5	3
Neurosis (fobias y trastorno obsesivo-compulsivo)	5	3	5
Otros (hipocondría, síndromes disociativos)	6	4	6
Pacientes	75	96	100

Fuente: Clínica de Día "El Aleph" (n=230).

Fue interesante observar cómo los efectos colaterales que los familiares o los enfermos no detectaban podían manifestarse a través de las evaluaciones de los terapeutas o de otros pacientes. Así, por ejemplo, cierta rigidez en las tareas de terapia ocupacional o el temblor al encender un cigarrillo en las sesiones grupales eran señalados por los terapeutas o por otros pacientes.

Estos datos servían para que el médico administrador, quien está en estrecha relación con el equipo terapéutico, pudiese evaluar, de forma conjunta con los terapeutas, al paciente y la familia fuera de la sesión individual psicoterapéutica que aquél tiene fuera de la clínica de día y la sintomatología, de causa medicamentosa o no, que el paciente refiere de manera adecuada, exagerada o con menosprecio.

La necesidad de disminuir las dosis o agregar medicación coadyuvante es, de esta forma, mucho mejor tolerada que la que es impuesta desde un lugar de pretendido saber médico, muchas veces sólo evaluable por un síntoma colateral aislado que manifiesta el paciente.

Así, por ejemplo, indicar los anticolinérgicos con antipsicóticos para la rigidez o los beta-bloqueantes con litio para el temblor fino adquiere una dimensión clíni-

ca interdisciplinaria, ya que su uso se basa en las necesidades diarias del tratamiento. Ello redundaría en el uso de dosis psicofarmacológicas bajas y ahorro de medicaciones para los efectos colaterales.

El psicofármaco es entendido como un objeto que puede actuar cuando la palabra, es decir el orden de la cualidad y de las representaciones, desaparece como consecuencia de la invasión cuantitativa al aparato psíquico. La psicosis comporta un ataque de esta naturaleza.

Cada escuela psicoterapéutica lucha para acentuar las diferencias, atribuyéndoles los buenos resultados del tratamiento. Cada una de las psicoterapias defiende su posición, ya que el prestigio, el narcisismo y la seguridad económica de los terapeutas dependen, en alto grado, de lo que puedan demostrar a través de sus teorías y de los métodos que utilizan, que han de ser más exitosos que los empleados por sus "rivales".

Los pacientes acuden a la consulta preocupados por sus síntomas de ansiedad, depresión, soledad, disminución de la autoestima, desesperanza, etc., por sus manifestaciones de desmoralización y por los conflictos interpersonales con miembros significativos de su entorno. En general, mejoran frente a los aspectos tranquilizadores del vínculo terapéutico como con diferentes "padres que se comprenden y que no se atacan".

Los abordajes psicodinámico y cognitivo-comportamental (que incluye el psicofarmacológico) tienen, por lo menos, los siguientes tres puntos en común:

- a) La relación paciente-terapeuta.
- b) El contenido del diálogo psicoterapéutico.
- c) Las técnicas.

Beck habla de un modelo continuo, y tomando específicamente el tratamiento de la depresión, afirma que la psicofarmacoterapia, el psicoanálisis y la terapia cognitiva-comportamental son distintas perspectivas de un mismo fenómeno, a pesar de las diferencias que pueda haber entre ellas. Sostiene que la mejoría clínica está basada en la reestructuración cognitiva de la experiencia lograda con los distintos enfoques (2).

Existen distintos modos de tratar en la actualidad los desórdenes mentales, y se puede afirmar que distintos procesos terapéuticos producen resultados similares. Cada abordaje resuelve un cierto tipo de alteración.

Klimovsky afirma que:

...cuando un científico tiene que construir una teoría o bien basarse en una teoría para solucionar cierto tipo de problemas tiene que formular las que se denominan "hipótesis factoriales". En éstas se consideran ciertos factores como importantes y determinantes, pero en cambio otros no lo son. Una vez que se ha hecho esa diferenciación, quien está en esa posición no la abandona fácilmente. La psicofarmacología,

el psicoanálisis y la psicoterapia, en vez de haberse escindido tan violentamente unos de otros, deberían adoptar hipótesis factoriales que implicaran límites de separación menos duros acerca de lo que es o no pertinente para el conocimiento o la acción terapéutica... (12).

La recuperación, o sea el pronóstico, de ese paciente está vinculada de forma estrecha a la capacidad social residual que pueda adquirir a través del tratamiento. Las capacidades sociales permiten conectar lo interno subjetivo con lo externo. Este enfoque no significa considerar las alteraciones mentales como un problema exclusivamente social, porque de ser así se caería nuevamente en otra forma de unilateralidad. Este abordaje es necesario para pacientes que, además de concurrir a la clínica de día, reciben psicofarmacoterapia, psicoterapia individual y/o familiar, en general de orientación dinámica fuera de la clínica. Un modelo de trabajo no interfiere el otro, sino por el contrario evidencian su complementariedad. Por ejemplo, un paciente con limitaciones verbales y/o simbólicas, con poca sociabilidad, se beneficiará más, en un comienzo, con intervenciones orientadas a un aprendizaje social y, en una segunda etapa, al adquirir mayores habilidades sociales, podrá explorar aquellos problemas más antiguos que contribuyeron a su enfermedad, retroalimentando a través del *insight* nuevos patrones adaptativos.

De 170 pacientes de los últimos seis años, que se están evaluando, a través de entrevistas personales, familiares o telefónicas, más del 70 % tuvieron una "buena evolución" de acuerdo con los ítemes encuestados (cuadro 2).

Por ejemplo, la experiencia realizada con pacientes depresivos y bipolares (57 % de nuestra casuística) nos señala las claras ventajas del tratamiento psicofarmacológico antidepressivo y anticíclico, dentro del tratamiento grupal, en este tipo de pacientes.

Cuadro 2. ENCUESTA DE SEGUIMIENTO PARA PACIENTES
EXTERNADOS DE CLINICA DE DIA

• Area sociofamiliar: Inserción familiar Inserción social Trabajo, estudios, ocupación Cambio de resolución de problemas complejos	Muy buena, Buena, Regular, Mala
• Evolución clínica:	Internaciones, Descompensaciones
• Contacto con la realidad:	Muy bueno, Bueno, Regular, Malo
• Estado emocional:	Estable, Inestable
• Continúa tratamiento:	Sí No

Fuente: Clínica de Día "El Aleph" (n=230)

Pequeñas mejoras en el ánimo producidas por la medicación pueden ampliarse dentro del contexto grupal, con el objetivo de reforzar positivamente ciertas conductas o actitudes, que muchas veces no se pueden percibir en el ámbito de la psicoterapia individual.

La necesidad de cumplir con la obligación de concurrir a la clínica de día, que antes no existía, permite al enfermo interesarse por su arreglo personal y por su necesidad de comunicación con sus pares sobre las actividades realizadas el día anterior. Las sesiones grupales permiten introducir la posibilidad de resolver en el paciente inferencias negativas, que no aparecen de forma habitual en las sesiones individuales. Estas inferencias negativas pueden ser perjudiciales o beneficiosas para la psicoterapia, según cómo sean manejadas por el terapeuta. Por ejemplo, no podría dejar de responderse a afirmaciones como: "No progreso al mismo tiempo que el resto de los miembros del grupo", "Otros parecen más inteligentes o menos deprimidos que yo", "Mis problemas no tienen solución".

Los pacientes tienen delante otros pacientes con sus conductas con los cuales se comparan permanentemente. Esto incluye también los intercambios en presencia de terapeutas o en los momentos libres entre los pacientes, acerca de tipo, cantidad y forma de las medicaciones administradas.

En ciertos momentos en los que algunos pacientes quedan fuera de la atención del terapeuta, es más fácil que permanezcan en silencio, rumiando ideas negativas y atribuyendo sus alteraciones a la mala forma de estar medicado.

Estas tendencias reciben atención y pueden ser examinadas por el equipo terapéutico; pueden corregirse mediante el aumento de las dosis de antidepresivos o cambiar el medicamento de acuerdo con los árboles de decisión ya preestablecidos, lo que permite en numerosos casos el acortamiento del ciclo depresivo.

A ello se deben agregar las "tareas para el hogar" y la confrontación diaria habitual con el grupo.

Por lo tanto, el aparato psíquico siempre estaría al acecho de un ataque masivo cuantitativo, que el psicótico tratará de cualificar a través de sus mecanismos restitutivos. Esta invasión de excitación genera patología en la medida en que desarticula y desorganiza la lábil configuración yoica de los pacientes.

Al no ser posible contener desde el yo e integrar estas cargas para todo el *self*, es cuando se agota la palabra y se hace necesario recurrir a los psicofármacos, ya sea para disminuir la excitación (por ejemplo, uso de antipsicóticos) o para aumentarla (por ejemplo, uso de antidepresivos). En este último caso, la no fusión pulsional y, por lo tanto, el predominio de la pulsión de muerte provocan que según su intensidad se aloje en el nivel de una instancia: el ideal del yo que tortura y somete al yo.

También se deberá tener en cuenta la utilidad de los psicofármacos en las fases profilácticas. Conflictos muy dolorosos o regresivos del orden vital (separaciones, duelos, pérdidas laborales, etc.) pueden dar lugar a respuestas cuantitativas (que en general la familia y el terapeuta conocen) y que es recomendable prevenir

con la administración profiláctica de psicofármacos, para no provocar situaciones de "brotos", recaídas o accesos de mayor gravedad.

Es conveniente buscar la forma de evitar las actitudes mágicas referentes a los medicamentos. Las drogas o hierbas, cuya acción farmacológica no se puede demostrar, cuentan, desde un comienzo, con una alianza patológica paciente-terapeuta acerca del "principio mágico de la curación".

Resumiendo, los psicofármacos estarían indicados en la fase aguda (16):

- para disminuir el nivel de excitación y /o ansiedad y mejorar la inhibición, cuando dichos niveles impidan pensar y reflexionar al paciente, y para tratar de disminuir al mínimo los días de internación.

En la fase crónica o profiláctica:

- para impedir respuestas cuantitativas ya conocidas y situaciones dolorosas y/o regresivas que puedan dar origen a respuestas psicopatológicas impredecibles, y
- para impedir invasiones desorganizantes al aparato psíquico, que puedan llevar a la pérdida del juicio de realidad, en ambos casos tratando de evitar la internación y la separación del grupo familiar.

Se tratará, así, de establecer una alianza científica sólida entre pacientes y terapeutas, que permita evitar caer en relaciones transferenciales de idolatría o de hechicería si se tiene éxito, o denigratorias si se fracasa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Avenburg, R.: *El aparato psíquico y la realidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1975.
2. Beck, A.: *Cognitive Therapy of Depression*, Nueva York, Guilford Press, 1978.
3. Bateson, G.: *Interacción familiar*, Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo, 1974.
4. Bion, W.: *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
5. Bierer, J.: "Theory and Practice of Psychiatric Day Hospitals", *Lancet*, II: 901-905, 1959.
6. Freud, S.: a) *Esquema del psicoanálisis*, t. XXIII; b) "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente", t. XI; c) "Recordar, repetir y reelaborar", t. XII; d) "Introducción al narcisismo", t. XIV; e) "Duelo y melancolía", t. XVI, Buenos Aires, Amorrortu, 1980.
7. Fromm Reichmann, F.: *Psicoterapia en las psicosis*, Buenos Aires, Hormé, 1962.

8. García Badaracco, J. E.: *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*, Madrid, Tecnicpublicaciones, 1989.
9. Guala, S. y Moizeszowicz, J.: "Terapéutica de abordaje múltiple en pacientes de alto riesgo. Una depresión con treinta años de adicción", *Revista Argentina de Psicopatología*, 3: 3-7, 1992.
10. Jones, M.: *The Therapeutic Community*, Nueva York, Basic Books, 1953.
11. Klein, M.: "Contribuciones al psicoanálisis"; "Desarrollos en psicoanálisis"; "Envidia y gratitud", en *O.C.*, Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1979.
12. Klimovsky, G.: "Psicoanálisis, psicoterapia y psicofarmacología", *Actualidad psicológica*, 198: 1-16, 1993.
13. Lacan, J.: *Escritos*, México, Siglo XXI, 1984.
14. Maldavsky, D.: *Estudios narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
15. Meltzer, D.: *El proceso psicoanalítico*, Spatia, 1990.
16. Moizeszowicz, J.: "Actualización en psicofarmacología II", *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, III, supl. 2, 1992.
17. Sbaraglia, H.: "La identificación proyectiva", monografía, APDEBA, 1992.
18. Winnicott, D. W.: *El proceso de maduración en el niño*, Barcelona, Laia, 1965.

BIBLIOGRAFIA

1. Averbach, R.: *El espacio psíquico y la realidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1975.
2. Beck, A.: *Cognitive Therapy of Depression*, Nueva York, Guilford Press, 1978.
3. Batson, G.: *Las relaciones familiares*, Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo, 1974.
4. Bion, W.: *Apuntes de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós, 1988.
5. Bion, W.: "Theory and Practice of Psychiatric Day Hospitals", *Lancet*, II, 901-905, 1959.
6. Freud, S.: a) *Épistola del psicoanálisis*, t. XXIII; b) "Puntuaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autopsícticamente", t. XI; c) "Recordar, repetir y restituir", t. XIII; d) "Introducción al narcisismo", t. XIV; e) "Duelo y melancolía", t. XVII; Buenos Aires, Amorrortu, 1980.
7. Fromm-Reichmann, F.: *Psicoterapia en las prisiones*, Buenos Aires, Hormé, 1962.