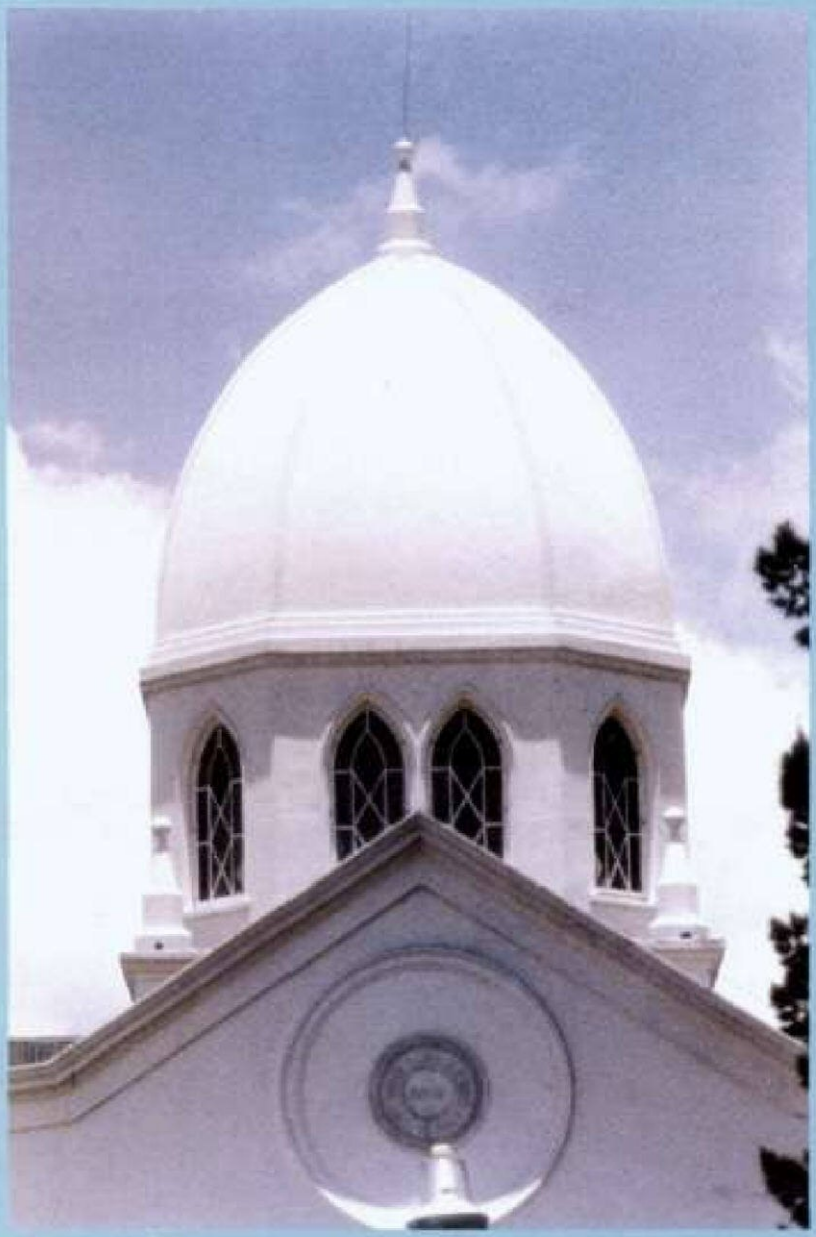
Revista CUPULA

Edición Nº 21 / Número 40 - 41 / 1997



HOSPITAL
NACIONAL PSIQUIATRICO

Hospital Nacional Psiquiátrico

EDITOR
Licda. Orietta Norza H.

CONSEJO DIRECTOR
Presidente Honorario
Dr. Abel Pacheco de la Espriella

DIRECTORA
Licda. Orietta Norza Hernández

MIEMBROS
Dra. Lillian López Campos
Licda. Silvia Navas Orozco
Dra. Roxana Méndez
Licda. Jackelin Salas
Licda. Floricel Salazar Murillo

Asistente técnico
Sr. Osvaldo Bolaños Campos
Asistente de Computación
Sr. Bladimir Solano Navarro

NUESTRA PORTADA
Cúpula del antiguo Asilo Chapuí,
construido
en 1890 y declarado monumento nacional.

REVISTA CUPULA

Cúpula surge por iniciativa del Dr. Abel Pacheco de la Espriella y el Prof. Fernando Centeno Güell en 1975.

El primer texto se publicó en el Departamento de Publicaciones del Ministerio de Educación Pública.

Su nombre hace honor a la cúpula del antiguo Hospital Manuel Antonio Chapuí, declarado Monumento Nacional en 1974.

A partir de 1977 un Consejo Editor inicia la coordinación con la Imprenta Nacional, para hacer una publicación periódica cuatrimestral con un nuevo formato de la Revista y reglamento de publicaciones.

En un inicio el financiamiento se obtendrá por anuncios comerciales, contribuciones personales y aporte de la C.C.S.S. En 1988, se incluyeron sus costos en el presupuesto general del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Cúpula está inscrita en el Catálogo General de Publicaciones y en el Registro de la Propiedad Intelectual. Se distribuye a nivel nacional, e intercambia con revistas de otros países.

Su meta principal es difundir los resultados del proceso de investigación, el progreso del tratamiento de las enfermedades mentales y su prevención. Las creaciones literarias complementan este fin.

Los criterios expresados en los artículos, son responsabilidad exlusiva de los autores y no necesariamente representan el criterio del Comité Editorial de la Revista ni las políticas del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Revista CUPULA

Edición Nº 21
Número 40 - 41
1997

CONTENIDO

Pag.

Editorial 3
Licda Orieta Norza Hernández

La Clozapina y su efecto en la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos 4
Dr. Rolando Ramírez Gutiérrez

Monitoreo sanguineo de carbamazepina..... 11
Dr. Carlos Blanco Sáenz

El Genograma y la Evaluación Familiar 14
Lic. Gerardo Casas Fernández

Análisis Nosologico del "Extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde" de S.L Stevenson 22
Dr. Carlos Pal Hegedús

Para mejorar Unidad de Investigación 26
Dr. José Garita Salas

Sección Literaria
Oración 27
Dr. Ricardo Alfaro Salazar

Aunque La Muerte Seas 27
Sr. Henry Segundo Quesada Ramírez

Extasis de mis ojos 28
Licda. Marianela Cubero Ramírez

De Molinos ... y otras cosas 29
Dr. Francisco Cartín Rodríguez

EDITORIAL

El actual Comité Editor de la Revista Cúpula, que inició funciones a finales de 1997, se ha propuesto renovar su funcionamiento, a la vez que mantener la continuidad de la publicación. En este sentido nos complace comunicar que se ha tomado el acuerdo de publicar la revista semestralmente y hacer uso de la clasificación de volumen. Como se han tomado en cuenta las publicaciones anteriores, hoy hacemos entrega del volumen N°21.

En la presente edición de ***Cúpula*** *hemos incluído los dos números que corresponden al año 1997. En su contenido, encontraremos un interesante enfoque investigativo casuístico sobre la clozapina y su efecto en la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos.*

Los lectores podrán informarse sobre los resultados de un monitoreo de niveles sanguineos de carbamazepina realizado en nuestro hospital Psiquiátrico. Por otra parte; se destaca el uso del organigrama en el estudio de familias, como un valioso instrumento que nos permite profundizar en la dinámica familiar, en la formulación de hipótesis y en el planeamiento de la intervención terapéutica; una vez más su autor nos clarifica conceptos valiosos para nuestra práctica institucional. Con otro estilo, un análisis nosológico de un personaje de una obra literaria, nos ofrece un refrescante ejercicio a nivel pedagógico, a la vez que es una manera más amena de hacer el diagnóstico diferencial. La página de la Unidad de Investigación, en esta ocasión, nos brinda una síntesis sobre el tema del rol de la institución hospitalaria, análisis que se viene realizando en el ámbito internacional. La Sección Literaria nos entrega tres poemas, inspiraciones muy diversas propias de la sensibilidad particular de cada poeta; también, incluye un cuento que, por su calidad humana, nos hace meditar en la tolerancia de la diversidad en las relaciones interpersonales, y nos recuerda que superar las diferencias no significa pasarlas por alto ni subestimarlas, sino más bien aprender a valorar las mismas diferencias que con tanta frecuencia nos separan.

Es nuestro propósito que todas aquellas personas interesadas en publicar se motiven y encuentren en ***Cúpula*** *un espacio para compartir los resultados de sus trabajos científicos y su producción literaria, estimulando con ello el intercambio de información con nuestros lectores.*

LA CLOZAPINA Y SU EFECTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

*Dr. Rolando Ramírez Gutiérrez**

Resumen

Este estudio cualitativo enfoca el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes que toman clozapina. Reúne la experiencia con los únicos pacientes que actualmente se encuentran tomando este medicamento en el Hospital Nacional Psiquiátrico, y que la han tomado por al menos 16 semanas. Los datos se obtuvieron de las notas de evolución, y también de entrevistas hechas a pacientes y sus familias, siguiendo el paradigma de investigación cualitativa dado el pequeño número de casos, y también por la necesidad de los familiares de expresar cuáles habían sido los cambios en la calidad de vida. Interpretación de los resultados muestra que los pacientes han mejorado síntomas positivos y negativos de esquizofrenia, y que las familias se encuentran realizando cambios en sus sistemas. Finalmente se recomienda que el hospital establezca los requerimientos propios para indicación de la clozapina, y también para que refuerce organizaciones comunales para la reinserción social de estos pacientes.

Palabra clave:clozapina, tratamiento pacientes esquizofrénicos.

Abstract

This qualitative study focuses on the quality of life improvements of those patients taking clozapine. It comprises the experience with the only patients that are currently taking the drug here at the Hospital Nacional Psiquiátrico, and who have had it for at least 16 weeks. Data was compiled from clinical evolution notes, and also from interviews to the patients and their families, following the qualitative research paradigm because of the small number of patients, and also because of the need for families to express what the changes in quality of life were. Interpretations from data collected show that patients have improved positive and negative symptoms of schizophrenia and families are making changes within their own systems. Finally, recommendations are made for the hospital to establish its own requirements for patients to take clozapine, and also for the hospital to reinforce the community organisations to insert socially these patients.

Introducción

Los trastornos esquizofrénicos están codificados dentro de la clasificación internacional de enfermedades número 10 (CIE-10) en el apartado F-20 a 29, que se titula Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, estos trastornos se caracterizan por la presencia de alteraciones a nivel de la sensopercepción, del curso y contenido del pensamiento, y a nivel del afecto (caracterizado en este caso por embotamiento, inadecuadez o aplanamiento). Estos trastornos han motivado gran interés e investigación desde los inicios de la medicina.

Justificación

La clozapina es un antipsicótico atípico que se está empezando a utilizar nuevamente en el país, en pacientes esquizofrénicos. Los pacientes tratados con la clozapina por al menos 16 semanas presentan cambios que son descritos por sus familiares como inesperados, lo que ha motivado el presente estudio

Para el año 1995,en el Hospital Nacional Psiquiátrico, las psicosis de origen esquizofrenico representaron un total de 1241 egresos, para un total de días estancia de 81.175, estas cifras no consideran las psicosis afectivas, ni los estados paranoides ni otras psicosis no orgánicas que en conjunto representaron para ese año 692 egresos con un total de días estancia de 29286 días estancia.

Para el año 1996, las psicosis esquizofrénicas representaron un total de 1253 de los egresos del hospital con un total de días estancia de 135627, y las otras formas de psicosis representaron un total de 767 de los egresos con un total de días estancia de 23370.

Dadas las anteriores cifras y al ser un día estancia en hospital una erogación importante para la Caja Costarricense de Seguro Social, un tratamiento mensual con un valor aproximado de cincuenta mil colones, resulta en promedio una atractiva inversión por paciente.

Agregado a los efectos debilitantes en el paciente portador de esquizofrenia, existen severas ramificaciones económicas en el tratamiento, el paciente por lo general va a depender económicamente de su grupo de origen, por lo general la enfermedad le impide ser un miembro activo en la sociedad y que además requiere de los servicios de instituciones no gubernamentales para su contención en la comunidad. Es importante tener presente que este es un trastorno que afecta al menos al 1% de la población de cualquier sociedad.

Mecanismos de acción de la clozapina

La clozapina actúa uniéndose débilmente a los receptores D2 y más fuertemente a los D1, y aún con mayor afinidad a los receptores D4, se une además con mayor afinidad a los receptores límbicos que a los estriatales (lo que posiblemente explica por qué tiene menos efectos extrapiramidales). Posee un efecto bloqueador de los receptores 5-HT2, lo que se considera favorece una coordinación del equilibrio dopamina serotonina.

* Médico. Residente de Tercer Año en Psiquiatría

Cerca del 40 % de pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos tratados por al menos dos años con clozapina están, según el Dr. Meltzer, empleados y funcionan bien socialmente.
Liebermann ha demostrado que a mayor tiempo de enfermedad, peor es el pronóstico de recuperación; de sus observaciones se abstrae que entre más temprano se instaure la clozapina mejor es el resultado obtenido.

La población estudiada
Actualmente existen seis pacientes de la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, que se encuentran tomando este medicamento, de ellos, cinco pacientes se encuentran en tratamiento con este medicamento desde hace por lo menos 16 semanas, y uno lleva un mes tomándola.. Dada la pequeña población con la que se trabajará, será necesario utilizar un enfoque interpretativo de investigación en el cual no pretende hacer generalizaciones del uso de este medicamento, sino comprender la forma en la cual su uso ha repercutido en la mejoría de la calidad de vida del paciente que la consume.

Metodología de recolección de información
A cada paciente participante en este estudio y a su encargado o familiar más cercano
se le solicita firmar una carta de consentimiento informado, en la cual se autoriza su participación en la presente investigación. Asimismo, se le solicita al paciente y a su encargado su anuencia para la realización de entrevistas en su entorno familiar.

Las entrevistas se llevan a cabo en el hogar de cada uno de los pacientes, se accesa la información adicional que se obtenga por medio de la observación in situ. En el momento en el cual no sea posible visitar el hogar, se entrevista a los pacientes en la consulta externa del HNP. Se enfatiza en el paciente, su lugar de origen, familia, evolución clínica y los cambios que han notado, con lo cual se pretende brindar una perspectiva holística de cada caso.
La investigación de estudio de caso se basa en una serie de tres entrevistas, cada una de ellas debe durar aproximadamente noventa minutos y tienen distintas metas. La primera entrevista está dedicada a la historia de vida del individuo, la segunda entrevista enfoca los detalles de la experiencia que se desea estudiar, y la tercera entrevista se centra en las reflexiones y sentimientos que sobre la experiencia que en cuestión han elaborado.
Robert Yin (1989) en su libro La investigación de Estudio de casos (Case Study Research) afirma que este tipo de estudios permite observar la comprensión que tenga sobre factores facilitadores o no de la vida, bajo la propia perspectiva del estudiado.
El estudio de casos trata de buscar la secuencia de eventos interpersonales en el tiempo, describe subculturas a las que pueda pertenecer el individuo y que no necesariamente serían descritas bajo otros enfoques investigativos. Descubre a su vez, claves fenomenológicas, vitales en la investigación.

La triangulación
En todo estudio cualitativo se requieren al menos tres puntos de vista de una misma situación, la del protagonista, la observada por el investigador y la del contexto en la que se desenvuelve el protagonista.
Por esta razón, se ha decidido que el punto de vista del investigador procederá de lo consignado en los expedientes clínicos y lo observado en las entrevistas. Las entrevistas a su vez darán información adicional de lo que han observado el individuo y su grupo de origen en la evolución de la enfermedad.

Resultados

Caso número 1.

Nombre:	C. E. C. L.
Sexo:	Femenino.
Número de internamientos:	14

Evolución con la Clozapina, según expediente clínico:
La paciente inició el tratamiento el 29 de enero de 1996, a una dosis de 200mgs/ por día, asociado a Alprazolán 0,5mgs/día, Sinogán 50mgs/hs y Tryptanol 50mgs por día, luego fue necesario aumentar la dosis de Leponex a 300mgs/día y actualmente está tomando 100mgs/am y 300mgs/hs. No ha presentado agranulocitosis que requiera suspensión del tratamiento.

Con este tratamiento han mejorado notablemente sus relaciones familiares, ya no se pelea tanto con su madre (una figura que para la paciente ha sido conflictiva), han desaparecido los periodos previos en que mostraba conductas promiscuas, y de agresividad contra sí misma, no ha requerido ser internada en los últimos 18 meses, y se encuentra participando en un taller protegido en Tibás, al cual la lleva su padre en carro, y del que regresa a pie a su casa (en Montelimar) acompañada por compañeros del taller, con quienes ha establecido relaciones interpersonales estables a lo largo de estos meses. Además ha participado con éxito en el taller de natación donde es la encargada de dirigir los ejercicios de calentamiento de sus compañeros.

Actualmente está iniciando una relación de pareja con otro paciente de este centro, lo que es del agrado de ambos padres.

Ha sido valorada en bases semanales, en 16 ocasiones desde diciembre anterior, mantiene una actitud cooperadora y preocupada por el tratamiento; sus leucogramas han sido aceptables.

Resultados de entrevistas realizadas.
De lo consignado por la paciente:

Describe que ahora, a casi 18 meses de estar tomando el tratamiento puede dormir sin problemas, lo hace con una actitud de orgullo, y destacándolo como el mejor cambio que ha tenido. No ha vuelto a tener crisis de llanto, y se siente que está realizando bonitas manualidades en el taller al que asiste.

No pensó antes en nadar y ahora es co-asistente de un curso de natación para las personas que asisten al taller al

que ella va, y expresa que se siente feliz de poder ayudar a otras personas, pues esto no lo había podido realizar por un gran tiempo, desde la muerte de su amiga.

Lo consignado por sus encargados:
Desde que inició el tratamiento con clozapina dejaron de presentarse las crisis, no ha requerido de más internamientos, empezó a laborar en un taller protegido a donde se va durante todo el día, por las noches duerme bien, y ya no tienen el sueño ligero de hace algunos años.
Ambos expresan que el cambio en la vida de la paciente está básicamente en el hecho de que duerme bien y no hace «las tonteras de matarse», pero aún más, les ha permitido reencontrarse como pareja luego de tanto tiempo, y empezar a disfrutar de un espacio que ya no tenían, por lo que se encuentran muy a gusto con el tratamiento que recibe su hija, según lo expresan ellos mismos.

Caso número 2.

Nombre:	C. M. U S.
Sexo:	Masculino.
Número de internamientos:	23

Evolución con clozapina:

El paciente inicia el tratamiento con clozapina el 4 de noviembre de 1996, con una dosis de 50 mgs BID, 100 mgs HS, que se va aumentando progresivamente hasta tener una dosis de 100mgs QID. Al mes de estar tomando el tratamiento ha disminuído considerablemente su agresividad, sin embargo continúa sin amigos, con conductas inadecuadas, sin trabajo, y alucinando ocasionalmente.

11 de diciembre, -»ya no le hago caso a las voces».
18 de diciembre, -»desea tener instrumentos musicales», reporta su mamá.
8 de enero, 1997, se aumenta la dosis a 150 mgs BID, y 200mgs HS, el barrio está preocupado pues Carlos no es el mismo.
12 de febrero, está conversando de manera «normal con las personas»
19 de febrero, se consigue un perro, para que lo «acompañe», se muestra cariñoso con la mascota.
5 de marzo, está saliendo a hacer ejercicio, le gusta correr con su perro por las tardes.
26 de marzo, ha mostrado por un par de días irritabilidad y aislamiento, le robaron a su perro, inicia un proyecto estudiantil de visitas a Carlos y formación de un taller local, en su casa, para recibir a otros pacientes de la zona.

Resultado de entrevistas realizadas:
Lo consignado por el paciente:

La primera entrevista se llevó a cabo en el hogar. En esta ocasión encontramos al paciente tomando una siesta por la tarde, no fue posible informarle con tiempo de la visita pues no tiene teléfono, se encontraba semidesnudo y sin bañar, amablemente nos pasó a su hogar, el cual consta de una sola habitación en la que tiene una cama, una silla y una palangana, se acostó y preguntó el motivo de la entrevista, relató que ya se le había comentado que llegaría en unos días, para ver como pasaba en su casa.

No recordaba estados previos de la enfermedad, expresó sentirse más tranquilo que antes, sin más razones. El paciente durante esta entrevista se mostró con una conducta llena de signos negativos de enfermedad esquizofrénica:, aplanamiento afectivo, alogia en su discurso, y muy reiterativo al decir que se sentía más tranquilo.

Lo consignado por sus encargados:
En reunión realizada con la madre, en el Hospital, acordada telefónicamente con ella, para que se presentaran todos los familiares interesados sólo se presentó ella, excusando a los familiares, pues según comentó la hermana se encontraba en la universidad, y el padre no estaba interesado en nada relacionado con el paciente, el otro hermano no se presentó por no encontrarse en el país, pero según comentó la madre debido a las conductas que ha observado en el paciente, tampoco se hubiera presentado.

Me comentó con respecto a la familia que el matrimonio tiene 40 años, casada con el padre, quien en la actualidad tiene 64 años, produjeron tres hijos, el paciente que tiene en este momento 39 años, la hija de 33 y el menor de 28 años, todos los hijos son producto de ambos padres.

Los vecinos, que se encontraban en la acera, realizando otras actividades se mostraron cooperadores al comentarles que deseaba conocer como se relacionaban con el paciente, explicaron que tenía al menos varios meses de estar tranquilo, aunque su discurso fuera siempre con respecto a las voces que escuchaba, o con respecto a las drogas.
Han notado en el paciente un cambio importante ya que no es hostil con ellos como lo fue por tanto tiempo, a pesar de que siempre se cuidan de no exponerse a que los agreda, expresaron como a veces notan que el paciente pareciera querer conversar con alguien, y además consideran que pasa casi todo el día solo en su casa, uno de los vecinos agregó que el paciente no ha probado nunca drogas, pero que como los drogadictos de la comunidad son los únicos que lo aceptan como interlocutor él ha aprendido ha hablar de estos temas.

Caso número 3.

Nombre:	L. Ch. F.
Sexo:	masculino.
Número de ingresos:	3

Evolución con Clozapina:
El paciente ha mejorado progresivamente su humor, hasta tener reacciones que pueden ser consideradas eutímicas, su discurso ha mejorado también, y muestra un interés cada vez mayor por conseguir un trabajo que lo ayude a salir de su difícil situación económica, de hecho mantuvo un trabajo por algunas semanas en abril y mayo pero fue despedido porque tenía que acudir a las citas semanales.

Ha mostrado elementos depresivos, al expresar que le gustaría tener un trabajo con el cual colaborar con su familia, sin embargo continúa hablando de que está haciendo amigos

nuevos, está cuidando más su aspecto personal.

Se mantiene tomando 50 mgs horas sueño.

Resultados de las entrevistas realizadas:

De lo consignado por el paciente:

Considera que su enfermedad de los «nervios» es la que le ha impedido realizar una vida normal, pues le dificultó su escuela, posteriormente durante los años en que intentó estudiar bachillerato, y hasta hoy en día, culpa a su enfermedad por su incapacidad de poder formar familia.

Refiere que desde que toma el tratamiento las voces y la ansiedad han desaparecido, de hecho este paciente muestra coherencia en su discurso, muestra interés por las actividades que realizan los otros pacientes que toman el medicamento. Aunque no llega a estructurar ideas que demuestren un pensamiento formal abstracto.

Refiere el paciente que se siente mucho mejor de lo que motivó sus ingresos y ha expresado ideas con respecto a abandonar el tratamiento pues considera que ya sus «nervios» son cosa del pasado, y los controles en la consulta externa del HNP le resultan costosos.

Ha hecho esfuerzos abundantes por tratar de conseguirse un trabajo, pues es parte de su proyecto de vida el ser económicamente activo e independiente. Se muestra interesado en cualquier trabajo que considere que puede realizar, y ha consultado incluso en el hospital, si existe alguna plaza vacante de misceláneo.

De lo consignado por familiares:

Se intentó localizar el hogar de este individuo en Orosí, pero no fue posible, se ha mantenido contacto telefónico con la madre, la cual ha mencionado que el paciente ya no habla solo, ni dice cosas sin sentido, lo único que ha notado es que luego de que es rechazado por posibles empleadores, se torna serio, y poco comunicativo, lo cual mantiene preocupada a la familia.

Caso número 4.

Nombre:	L. H. S.
Sexo:	femenino.
Número de internamientos:	1

Evolución con la Clozapina

Las primeras semanas mostró poco cambio, posteriormente empezó a interesarse por producir económicamente y cooperar con los gastos de manutención de su hija, los cuales son subsanados por su hermano mayor, estuvo trabajando en casas de dos de sus hermanos, en días alternos, matriculó a su hija en un prekinder y luego tuvo algunos problemas de relación con su madre a quien le preocupa la creciente necesidad de independencia de ella, pues teme una recaída.

La paciente se mantiene buscando actividades extra por realizar, aparte del oficio en su casa, la relación con su hija ha mejorado notablemente, pues ahora comparten más tiempo juntas.

Se encuentra tomando 75mgs por las noches.

De lo expresado por la paciente:

Como sus «nervios» parecían desmejorarse con el tiempo recuerda haber sido llevada a la consulta privada de psiquiatría, y se les recomendó este tratamiento (con clozapina), sin embargo el costo de los medicamentos puso en peligro incluso la alimentación de este grupo familiar, por esta razón abandonaron el tratamiento y poco después se descompensó y se presentó a urgencias.

Cuando la paciente reinició el tratamiento con clozapina, en las primeras citas se comentó como sentía que era necesario que la niña recibiera algún control especializado, sin embargo conforme su conducta fue mejorando, la paciente inició una mayor vinculación afectiva con la niña, quien además inició el prekinder, y pasa mayor cantidad y calidad de tiempo con su madre.

Como anotado previamente la paciente ha sido enfática en su interés por conseguir un trabajo, inicialmente estuvo trabajando dos días por semana en casa de sus hermanos, pero esto cesó en beneficio de un mayor control de los oficios domésticos en su propia casa y un mayor cuidado de su hija. Esto ha permitido a la madre de la paciente tener más tiempo para involucrarse con sus otros hijos, y gastar menos tiempo en la supervisión de la paciente. Y según agregó: «hasta me llevo mejor con mi mamá ahora».

La paciente ahora ha empezado a preguntarse si será posible que pueda establecerse en pareja «algún día», y lo ha expresado en algunas de las citas de control. También está preguntándose si debería o no esterilizarse. En todo caso estas preguntas con respecto a sí misma denotan la elaboración de un proyecto de vida, de lo que carecía antes de iniciar el tratamiento con clozapina.

De lo expresado por la familia:

La paciente convive con su madre y su hija, los dos hermanos mayores viven cerca de la casa con sus respectivas familias, y se mantienen en contacto con ellas. Las relaciones intrafamiliares son referidas por la madre como buenas, a pesar del deterioro que mostró la paciente.

El comportamiento de la paciente fue deteriorándose con el tiempo, luego del primer intento suicida que realizó y los controles que tuvo en consulta externa, estuvo aislada de su comunidad por un largo tiempo, expresaba de manera infrecuente sus pensamientos, perdió contacto con las amigas que tuvo durante su adolescencia y conoció de manera intensa y rápida al padre de su hija, quien desapareció luego de enterarse del embarazo.

Previamente la madre de la paciente se dedicaba exclusivamente al cuido de la niña y la joven. Frecuentemente discutían y el ambiente familiar era básicamente de discusiones e insultos constantes. De hecho la niña empezó a perder el control del esfínter vesical. Ahora la niña dejó de presentar los síntomas que tenía previamente, asiste algunas veces al control con su madre y ha expresado que su «mami ya no se enoja».

Los familiares han expresado que todos se sienten mucho más libres, y están realizando tareas «que antes no podían llevar a cabo pues había que cuidarla». En especial la madre

quien ahora encuentra más tiempo para visitar a sus otros hijos.
Según lo comentado por la madre de la paciente fue mejorando, la paciente inició una mayor vinculación afectiva con su hija, quien además inició el prekinder, y pasa mayor cantidad y calidad de tiempo con su madre.

La paciente ahora ha empezado a preguntarse si será posible que pueda establecerse en pareja «algún día», y lo ha expresado en algunas de las citas de control. También está preguntándose si debería o no esterilizarse. En todo caso estas preguntas con respecto a sí misma denotan la elaboración de un proyecto de vida, de lo que carecía antes de iniciar el tratamiento con clozapina.

Caso número 5.

Nombre:	A. T. R.
Sexo:	masculino.
Número de ingresos:	13

Evolución con Clozapina.

Cuando inició el tratamiento, el paciente permanecía en el patio de pabellón haciendo huecos en la tierra, sin comunicarse con nadie. Una vez que egresó empezó a mostrar cambios, interesado en producir dinero, se dedicó por unos días a cuidar carros, luego a limpiar zapatos.

Incluso en una ocasión pidió el mismo tratamiento para su madre pues según dijo «esa señora andaba bien mal de la cabeza». Actualmente se encuentra de ayudante de su hermano, quien labora como pequeño constructor de casas, su afecto ha cambiado rápidamente hasta hoy, y puede llamársele con una respuesta eutímica. Se encuentra orgulloso de estar trabajando.
Recibe una dosis de 25 mgs en la mañana y 75 mgs de clozapina por las noches. Luego de que egresó del hospital se fue a vivir con su hermano, su cuñada y un sobrino de 14 años.

Resultado de entrevistas:

De lo expresado por el paciente:
Refiere el paciente que ahora «está como más enterado de lo que le pasa», que tiene ganas de trabajar y que se lleva bien con su familia. Así se puede resumir los puntos a los que dio mayor realce durante la entrevista que tuve con él.

Desde los primeros días en que empezó a tomar el tratamiento el paciente dejó de hacer huecos en el suelo, y lentamente su discurso empezó a tomar coherencia, ahora retrospectivamente el paciente afirma que con los «nervios» no sabía lo que le pasaba y no sentía interés por realizar ninguna actividad. Agrega que han pasado días desde que no se siente así, y que ahora más bien se aburre cuando no tiene que hacer, «aunque sea molestar...», manifiesta mientras se sonríe.

El paciente se siente además útil cuando ayuda a su hermano a hacer pequeños trabajos de construcción, refiere que algo de dinero se gana, y que este lo puede invertir en mujeres en los bailes o los «salones de aquellos...» pues según afirma, siente muchas ganas de estar con una mujer y como «muchas» no le prestan atención considera que para suplir sus «necesidades» lo mejor que puede hacer es ir a esos salones a los que hizo mención. El trabajo que realiza ocasionalmente le ha permitido en un par de ocasiones visitar a prostitutas, y aunque se muestra avergonzado refiere que lo siente como muy necesario para él. Se aprovechó esta ocasión para recordarle lo importante que es el uso del condón.

Refiere que ahora se lleva muy bien con toda su familia, a excepción de su madre, con quien discute ocasionalmente, y de quien se expresa de manera despectiva con alguna frecuencia. Tiene un sobrino de 14 años con quien está practicando deportes, y con su cuñada tiene una buena relación.

De lo expresado por la familia:
La familia no se visitó en el hogar, se realizó la entrevista luego de concertarla, a través del paciente, en la consulta externa de este hospital.

Este grupo familiar está activamente involucrado en la comunidad, el hermano se dedica a hacer pequeños trabajos de fontanería, pero también fue el encargado de promover la creación de un jardín de niños para el parque de Gravilias de Desamparados, su cuñada ha sido parte de un grupo de mujeres que solicitó terrenos para la construcción de sus propias viviendas, y el sobrino de 14 años está también comprometido con el paciente y se lo lleva a practicar deportes al polideportivo local.

Parte del grupo familiar es también la madre del paciente que es portadora de un trastorno mental, y a ella la mantienen ocupada también realizando algunos oficios domésticos, pero tolerándole algunos trastornos de conducta que muestra por su patología mental (Esquizofrenia Residual). Han procurado separar al paciente de su madre, al menos durante las actividades diarias, pues era quien lo descompensaba con mayor frecuencia.

La familia ya había sido expuesta a las secuelas de un trastorno mental, su madre abandonó a los hijos conforme estos iban creciendo, y cada uno por aparte desarrolló su grupo familiar, el paciente fue quien creció más tiempo con ella. Juntos lograron conseguir en un precario su casa, la cual fue posteriormente vendida por el hermano que en la actualidad es quien ha asumido el cuidado del paciente y su madre, en gran parte motivado por su esposa.

Consideran que la enfermedad del paciente fue lo que no le permitió desarrollarse aparte de su mamá, como si lo hicieron otros hermanos y que esto lo afectó más, su enfermedad iba progresando lentamente hasta que empezo a hablar tonteras, pasaba deambulando por las calles y se masturbaba en público.

En la actualidad,el paciente se ha convertido en parte económicamente activa de su núcleo familiar, ayuda en el trabajo a su hermano cuando éste realiza trabajos pequeños pues por ser un hombre de baja talla no se le dan trabajos que requieran fuerza física.

El paciente además ya no pasa hablando solo, ni deambulando por las calles de Desamparados, tampoco se desnuda. Ahora con la guía de su familia ha restablecido las normas básicas de higiene personal, además conversa con la

familia a excepción de su madre, de manera coherente, sonríe y hasta le han visto buen humor. Sus conductas masturbatorias en público cesaron, no así su admiración por las mujeres, a quienes se aproxima de manera más respetuosa, pero sin suerte.

El grupo familiar se muestra más unido, de hecho hasta ahora el hermano del paciente se vincula con este e incluso con la madre. La relaciones intrafamiliares del paciente son buenas, e incluso está cooperando de manera cada vez más significativa con el ingreso familiar, según expresó el grupo.

Interpretaciones:

De las anotaciones en expedientes:
Los pacientes son portadores de un trastorno esquizofrénico clasificable según el CIE-10. Y este trastorno esquizofrénico según las anotaciones en expedientes presenta de manera asociada ciertos síntomas negativos muy relevantes, con mayor frecuencia se describen la abulia, asociabilidad, y apatía, además se documentan síntomas positivos como la hostilidad y la desorganización conceptual. Esta combinación de síntomas explica en parte la desvinculación con el grupo de origen antes de que se iniciara el tratamiento con la clozapina.
En todos los casos se describen sospechas diagnósticas de otros trastornos asociados, en su mayoría se sospecha la presencia de retardo mental.
En todos los casos se documenta intolerancia y falta de respuesta a otros tratamientos con antipsicóticos típicos, y se destaca que los pacientes han tomado el tratamiento que les ha sido prescrito, en el hospital (todos los pacientes), y en la casa (todos excepto el caso No.5).
Ninguno de los casos estudiados ha ameritado tratamiento intrahospitalario desde que se inicia el tratamiento ambulatorio con clozapina, incluso en el caso No.2 en que el paciente persiste con alucinaciones estas no llegan a modificar su conducta de forma importante por lo que se puede continuar con el manejo ambulatorio.
Está anotado en los expedientes la necesidad expresada por los pacientes de realizar algún tipo de actividad remunerada.
No se ha presentado efectos secundarios con este medicamento, de los que se han reportado en la literatura, se destaca que no ha ocurrido agranulocitosis.
Se ha documentado en expedientes la disminución de la intensidad de los síntomas
negativos y positivos descritos, desde que se inicia el tratamiento con clozapina.

De lo expresado por los pacientes en las entrevistas:
Los pacientes han mencionado que los «nervios» les han truncado sus proyectos de vida, ya sea porque no han podido «tener pareja y una familia», porque no han podido «estudiar algo para trabajar».
Todos mencionaron que luego de estar tomando el tratamiento con clozapina se han preocupado más por encontrar alguna actividad fuera de su casa.
Todos, excepto por el caso No.2, encuentran que su familia les brinda mayor apoyo.

De lo expresado por los grupos de origen (familias):
Los grupos de origen de los pacientes han hecho énfasis en la disminución de los síntomas positivos y negativos que presentaba el paciente antes de iniciar el tratamiento con la clozapina. Esta disminución objetiva de los síntomas ha permitido a los familiares, según lo expresaron, que las tensiones intrafamiliares previas al tratamiento hayan disminuído. Ya que en general los miembros de cada uno de los grupos ha podido realizar otras actividades gratificantes como aumentar el tiempo de pareja, dedicar más tiempo a otros hijos, y aumentar el tiempo que dedicaban a ellos mismos.
Todos han expresado su interés en que el tratamiento sea extendido a otros pacientes esquizofrénicos.

Recomendaciones:

¿Quiénes deben recibir clozapina?
Los candidatos para recibir este tratamiento deben ser pacientes portadores de un trastorno esquizofrénico, en quienes no se ha documentado contraindicaciones de tipo médico para tomar la clozapina, que han sido definidos al menos como intolerantes a neurolépticos típicos, y que cuentan con un grupo de origen involucrado y comprometido con la reinserción social del individuo.
Por el momento, al no existir experiencia en la formación de instituciones de autogestión comunales, comprometidas con la reinserción social del paciente, este objetivo último en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos portadores de trastornos esquizofrénicos recae únicamente los grupos familiares de origen, que en general y a consecuencia del mismo trastorno están desgastados, y poco anuentes a «cooperar más» con el individuo enfermo.

La resistencia al tratamiento definida por Kane (página 7), es estricta y poco práctica en la atención psiquiátrica, una definición como la del Dr. Meltzer, de dos ensayos de al menos seis semanas cada uno, con dos clases distintas de antipsicóticos convencionales es más práctica, aunque también deja por fuera a aquellos pacientes que se deterioran a lo largo de los años a pesar de mostrar una respuesta parcial al tratamiento convencional y en quienes se desarrollan efectos secundarios no documentados con los antipsicóticos atípicos como por ejemplo la diskinesia tardía.

Es necesario que la comunidad de psiquiatras de nuestro país, o al menos su representación en el Hospital Nacional Psiquiátrico mencione justificadamente cuáles son los criterios de resistencia a tratamiento antipsicótico convencional, ya que a partir de esta definición oficial y modificable de acuerdo a las investigaciones que se presenten en el futuro es que pueden incluirse más pacientes en el uso de drogas atípicas como la clozapina, o la risperidona (no mencionada en este estudio).
Implementación de un programa de inserción social.
Existe en todos los pacientes de este estudio una necesidad manifiesta de involucrarse en actividades fuera de su casa, sean estas remuneradas económicamente o no. En las que se desarrollen otros vínculos sociales, a parte de los que tienen en su grupo de origen.

Esta debe ser auspiciada y supervisada por el mismo Hospital Nacional Psiquiátrico, a través de programas ya existentes como el de Psiquiatría Comunitaria, en los que debe intervenir un equipo interdisciplinario, que sea el encargado de organizar a nivel comunal los recursos disponibles, y crear las instituciones de autogestión formales para la inserción social para estos pacientes.

Debido a que no existe experiencia en el hospital para la creación de estos centros de autogestión comunitaria, es necesario un estudio que justifique de manera general cuáles deben ser los pasos a seguir en el establecimiento de dichas instituiciones.

Referencia Bibliogràfica:

1- American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fouth edition. The american psychiatric association,Julio, 1994.
2- Canadian Psychiatric Association: Redifining Schizophrenia and its treatment, a multidisciplinary approach, Documento es el resultado del encuentro realizado en mayo de 1992.
3- Caja Costarricense de Seguro Social: Anuario estadístico, Años 1995, 1996, Hospital Nacional Psiquiátrico.
4- Cook, T.D., Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Ediciones Morata. S.A., Madrid, 1990.
5- Editorial: Conversions from clozapine to other antipsychotic drugs. Archives of general psychiatry. Vol 52, diciembre, 1995.
6- Editorial: Body and Soul The american journal of psychiatry, Vol: 153, No: 5, mayo, 1996.
7- Goldman, H. Psiquiatría General. Editorial Manual Moderno, México D.F., México, Tercera edición, mayo, 1994.
8- Harwell, William et all: Time requlered for initial improvement during clozapine Treatment of refractory schizophrenia .
9- Kaplan, H. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. Séptima Edición, editorial Médica Panamericana y Williams and Wilkins, Buenos Aires Argentina, 1996.pp:471-500.
10- Mathew, J. et all: Pharmacokinetis of Clozapine and Risperidone. A review of recent Literature. Journal of Psychopharmacology. Vol: 16, No: 2, Julio, 1995.
11- Meltzer, H., et all: A 5-year perspective and Clinical Recomendations The Journal of Clinical Psychiatry, monograph series, Vol: 14, No: 2, abril, 1996.
12- Organización Mundial de la Salud: Clasificación de los Trastorno Mentales y de la conducta, criterios diagnósticos para investigación (CIE-10), 1992.
13- Owens, M., et all: Atypical antipsychotics. The american psychitric press, Textbook of psychopharmacolo-gy. 1994. Pp: 263-275.
14- Richard, Y., et all: Stability of diagnosis in schizophrenia. American Journal of Psychiatry. Vol 153, No: 5, Mayo, 1996.
15- Seidman, I.E., Interviewing as Qualitative Reserch. Teachers College Press. Columbia University, New York and London, 1991.
16- The american journal of psychiatry, Vol: 153, No: 7, Julio, 1996.
17- Yin, Robert. Case study Reserch. Sage Publication, Revised edition, London, 1989.

MONITOREO SANGUINEO DE CARBAMAZEPINA

*Dr.. Carlos Blanco Sáenz.**

RESUMEN

Con este trabajo se pretende mostrar la importancia del monitoreo de los niveles sanguíneos de los anticonvulsivantes para los pacientes tratados con carbamacepina entre 1985 a 1988 en el Hospital Nacional Psiquiátrico. De las determinaciones sanguineas en estudio el 80 % presentó niveles terapéuticos a dosis recomendadas de 200 a 1200 mg al día, y niveles con riesgo de toxicidad de 8 % comparado con fenitoina que en el mismo periodo presentó con dosis y niveles terapéuticas un 27.5 % y niveles sanguíneos con riesgo de toxicidad un 34%.

Palabras clave: anticonvulsivante, carbamazepina, monitoreo, niveles sanguineos

ABSTRACT

This research finds to show the important in the blood levels monitoring of the anticonvulsivant drugs, The carbamazepine was investigate, it used in the National Psychiatric Hospital between 1985 to 1988, the results were 80% for therapeutic levels in doses of 200 to 1200 mg. for day and 8 % toxicity risk levels it was better than the fenitoine, it was 27.5 % for therapeutic doses and levels and 34% for toxicity risk levels.

INTRODUCCION

El presente estudio es parte de una serie de trabajos realizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en pacientes que se encontraban en tratamiento con carbamazepina, fenitoína (Blanco,1990) y fenobarbital a los cuales se les realizaron determinaciones de niveles sanguíneos de dichos anticonvulsivantes durante los años 1985 a 1988. Los pacientes que recibieron carbamazepina fue en total de doscientos noventa y siete (287).

Al igual que en los otros trabajos mencionados se busca demostrar que el monitoreo de medicamentos en nuestra época, es un procedimiento necesario para evaluar si la dosis que estamos suministrando ha alcanzado en el paciente los niveles terapéuticos deseados y para correlacionarlos con la dosis, reacciones adversas y su efecto terapéutico.

La carbamazepina fue sintetizada a finales de la década de los 50s, su estructura es un derivado de la Iminostilbene similar a la imipramina, posee un pequeño o ningún efecto antidepresivo. Se demostró a principios de los sesenta en modelos animales de epilepsia el efecto anticonvulsivante para muchos desórdenes convulsivos, con relativos pocos efectos adversos, en 1974 se uso en adultos y en 1979 en niños menores de seis años. Recientemente se está usando para crisis parciales con sintomatología compleja (convulsiones del lóbulo frontal o psiocomotoras); crisis tónico clónicas generalizadas y patrones convulsivos mixtos que incluyen convulsiones parciales y generalizadas. La carbamazepina junto con la fenitoina son consideradas las drogas de elección para tratar estos trastor nos convulsivos. La carbamacepina es la droga de elección para tratar el dolor del trigémino y glosofaringeo.

Experimentalmente se está utilizando en la esclerosis múltiple y lupus eritematoso, polineuritis aguda idiopática, neuropatía periférica diabética, parestesias post-traumáticas, dolor «relampagueante» de la tabes dorsal, abstinencia al alcohol, síndrome de la «pierna intranquila» y en la diabetes insípida.

Al igual que otros anticonvulsivantes el nivel terapéutico o de toxicidad de la carbamacepina está muy bien correlacionado con las concentraciones plasmáticas, más que en relación con la dosis. Esto puede ser atribuido a la variabilidad entre individuos en la farmacocinética, también puede ser influenciado por factores tales como: interacción con otras drogas, estado de enfermedad, edad, y peso. La carbamazepina también presenta un incremento tiempo-dependencia del aclaramiento en el cuerpo durante las primeras dosis, requiriendo un tiempo al inicio del tratamiento para alcanzar su estado estable, esto contribuye a una mayor variabilidad en los pacientes. Por estas razones el monitoreo sanguineo de carbamazepina es una excelente guía para auxiliar el ajuste de la dosis de éste medicamento.

Su acción farmacológica fue revisada por Julien y Hollister (Julien, 1972); incluye depresión de la actividad antiepiléptica y elevación de los paroxismos de la neuralgia del trigémino, los mecanismos de acción son aun desconocidos. Se está postulando una acción depresiva en la transmisión de impulsos a través del ventrículo anterior del tálamo, el cual resulta en depresión de las descargas convulsivas. en relación con el trigémino se cree que sea por depresión de la actividad sináptica en el núcleo espinal del trigémino.

A diferencia de fenitoina y fenobarbital la carbamazepina está desprovista de propiedades depresivas de la conducta, en vista de su eficacia terapéutica, puede permitir la reducción o suspención de estos anticonvulsivantes. Carbamazepina posee propiedades antiarrítmicas y estimula la liberación de hormona antidiurética.

En relación con la concentración plasmática terapéutica de la droga libre es de 4 - 12 ug/ml. Su absorción es de un 0.85 a 0.90 en cápsulas y de 0.80 en tabletas, se absorbe mejor con comidas a base de harinas y menos con comidas grasosas, los antiácidos no afectan la absorción. La vida media de carbamazepina es de 11 a 27 horas cuando se ingiere sola y de 5 a 14 horas cuando es combinada con otros

***Médico Asistente Hospital Nacional Psiquiatrico**
carlari@cblanco.ucr.ac.cr.

anticonvulsivantes

La carbazepina no se puede aplicar por vía intravenosa por lo que no ha sido posible estudiar su biodisponibilidad. S e metaboliza en hígado como derivados de tradiol y hidroximetil acridane, existe una autoinducción cuando se combina con fenitoína, primidona y fenobarbital, se inhibe esta vía cuando se combina con ácido valproico.

Su toxicidad se manifiesta con desestabilidad, vértigo, diplopía e incoordinación, nauseas y vómitos pueden presentarse en un porcentaje bajo de pacientes, hiponatremia e hipoosmolaridad se podría presentar por un aumento de la hormona antidiurética al ser esta estimulada por la carbamazepina, al igual que disturbios en la conducción cardiaca principalmente en ancianos tratados con altas dosis por una neuralgia del trigémino. Puede actuar en el metabolismo del calcio y producir osteomalacia cuando se usan altas dosis durante periodos prolongados. En intoxicaciones serias se pueden presentar tremor, cianosis, ruborización, hipo o hiperrreflexia, letargo, estupor progresivo hasta el coma.

La apnea puede ocurrir rápidamente después de ingerir una sobredosis y requerir ventilación asistida. Convulsiones paroxísticas se pueden presentar en estados de envenenamiento o dosis crónicas con niveles por arriba de los 20ug/ml. Las reacciones cutáneas por hipersensibilidad son muy raras.

Reacciones idiosincráticas han sido revisadas por Harr y Easton (Harr, 1982) encontraron que una leucopenia transitoria ocurría en el 10% de los pacientes en las primeras semanas de tratamiento y solo en un 2% fue persistente. Anemia y trombocitopenia se dio en menos de un 5% y retornó a la normalidad luego de suspenderse el tratamiento. La anemia aplástica es la complicación más seria se presentó en 20 casos de los cuales 13 fueron fatales. Esto es una incidencia menor de 1:50.000, los síntomas de anemia aplástica fueron notados entre los 5 y 10 meses luego de iniciado el tratamiento, la detección a tiempo de alteraciones sanguíneas, seguidas de su inmediata suspensión, pueden revertir el desarrollo de este tipo de anemias, por lo tanto se recomiendan controles cada 2 semanas, los primeros 2 meses de tratamiento y luego un control hemático cada trimestre.

Teratogenicidad se ha reportado cuando se ha combinado con otros anticonvusivantes.

MATERIALES Y METODOS

Las variables estudiadas fueron los niveles sanguíneos, dosis total diaria, frecuencia con que se suministró la dosis total, sexo, servicio hospitalario que solicitó el examen. Del total de pacientes tratados con carbazepina, fueron hombres 159 y 138 mujeres.

La carbamazepina prescrita en este periodo de estudio fue la distribuida por el Laboratorios Ciba-Geigy en presentaciones de tabletas de 200mgs y fueron dosificadas de una a seis diarias, distribuidas en una, dos o tres dosis diarias, según el caso particular.

El estudio relaciona los niveles sanguíneos con la dosis prescrita por el médico, bajo el supuesto de que la misma haya sido suministrada al paciente. El fin de este trabajo es de tipo exploratorio, este sirvirá de base a estudios más exhaustivos en un futuro, mejor controlados y con un sustento clínico completo. No se consideró si se prestaban crisis convulsivas , o como se encontraba la función renal y hepática.

La determinación de carbamazepina total fue realizada en el Laboratorio Clínico del H.N.Psiquiátrico, por medio de un análisis de inmunoflurescencia con un equipo fluorométrico de lectura semi-automatizada de la casa comercial Ames. Los pacientes fueros sangrados por la mañana antes de ingerir la primera dosis del día, presentaban diferentes entidades clínicas y se encontraban recibiendo otros medicamentos a parte de la carbamazepina.

En relación con los resultados obtenidos se clasificaron en cero, los que presentaron niveles subterapeúticos de 0.5 a 3.5ug/ml, los que tuvieron niveles terapeúticos de 4 a 12ug/ml y aquellos con niveles con riesgo de toxicidad mayores de 12.5ug/ml.

Cuadro N° 1
Relaci{on de niveles sanguineos con sexo.

Nivel Sanguineo	Hombres	Mujeres	Total
0 4	6	10	
0.5 - 3.5	16	10	26
4 - 12	128	109	237
> 12.5	11	13	24
Total	1259	138	297

La dosis total diaria de carbamazepina se dividió en aquellos pacientes que ingirieron menos de 200mgs, de 200 a 1200mgs y aquellos que consumieron más de 1200mgs. De la dosis total de 200 a 1200 mg por día, se analizó la frecuencia con que se dividió la dosis total en un día: una, dos o tres veces.

Cuadro N° 2
Relaci{on de niveles sanguineos con dosis total diaria.

Nivel Sanguineo	< 200	200 - 1200	> 1200	Total
0	2	8	0	10
0.5 - 3.5	1	25	0	26
4 - 12	1	235	1	237
> 12.5	0	24	0	24
Total	4	292	1	297

La población de pacientes atendidos en El Hospital Nacional Psiquiátrico se divide en larga estancia: aquellos que permanecen internados.por más de tres meses, los pacientes corta estancia: aquellos cuyos internamientos son de menos de tres meses y los que siguen control en la consulta externa; en el estudio se mantiene esta división y se relaciona con los niveles sanguíneos.

ANALISIS DE RESULTADO

Como se puede observar en el cuadro # 1 al relacionarse los niveles sanguíneos con el sexo no hubo diferencia entre los hombres y las mujeres, presentándose en total al igual que por sexo un 79.7% (227 pts.) de niveles terapéuticos, un 8.7% (26 pts) estaban con niveles subterapeúticos de un 8.0% (24 pts) con riesgo toxicidad y solo un 3.3% (10 pts) se les reportó en cero.

En lo referente a los niveles sanguíneos relacionados con las dosis total diaria, como lo muestra el cuadro # 2, aquellos pacientes que ingirieron dosis de 200 a 1200 mg por día fue el 98.3% (292 pts.) , y su comportamiento fue igual al del los resultados totales, observados anteriormente, solo un paciente tomó más de 1200 mg por día, y su nivel sanguíneo fue dentro del rango terapéutico, 4 pacientes ingirieron menos de 200 mg por día.

De los pacientes que recibieron dosis totales diarias de 200 a 1200 mg, al 72.9% (213 pts) se le suministró tres veces por día y un 23.9% (70 pts) en dos dosis, la distribución en relación a los niveles sanguíneos, cuando se ingirió dos y tres veces por día se alcanzaron niveles terapéuticos de 81.4% y 81.2% respectivamente.

Los pacientes con riesgo de intoxicación fueron ligeramente mayores en aquellos que lo tomaron tres veces por día, un 8.4%, que los que lo ingirieron dos veces por día un 5.7%; los restantes resultados fueron muy similares a la distribución total descrita anteriormente.

En cuanto a la relación de niveles sanguíneos con los servicios con que cuenta el Hospital Nacional Psiquiátrico un 40.7% (121 pts) recibió tratamiento en la consulta externa, 24.5% (73 pts) en los pabellones de corta estancia y un 34.6% (105 pts), en los pabellones de larga estancia los niveles terapeúticos fueron de 79.3%, 79.4% y 80.5% respectivamente; en los pabellones de corta estancia se reportó el menor porcentaje de riesgos de intoxicación un 4.1% y en los de lasga estancia el más bajo número de pacientes cuyo reporte fue en cero, fue un 0.9%. Con respecto a los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, se dio el mayor porcentaje de pacientes con nivel de intoxicación de un 9.9%.

CONCLUSIONES

Como se ha podido observar en los resultados de la presente investigación, la carbamazepina en estudio se comportó en un forma bastante aceptable ya que los niveles terapéuticos fueron alcanzados en un porcentaje de alrededor de un 80%.

Los que estuvieron en riesgo de toxicidad solo fue un 8%. Estos resultados nos permite utilizar la carbamazepina de la casa farmaceútica Ciba-Geigy, analizada en este estudio, con mucha confianza, ya que presentó una buena biodisponibilidad, y fue tan solo a un 16% de los pacientes, que habría que modificar la dosis: a 25 pacientes (8.5%) habría que aumentarle la dosis, para que alcanzará los niveles terapeúticos y a otros 24 pacientes (8.2%), habría que disminuirle la dosis, ya que estan en riesgo de intoxicación.

A diferencia del trabajo realizado con difenilhidantoina (Blanco,1990) en este mismo Hospital y utilizando la misma metodología de investigación, con respecto a en que los niveles terapéuticos tan solo alcanzaban un 27.5% y los pacientes con niveles sanguíneos con riesgo de toxicidad un 34%. Como los sostienen múltiples publicaciones (Julian,1975 y Taylor,1986), el monitoreo de los anticonvulsivantes tienen muy buena correlación con la respuesta terapéutica, por lo tanto sería recomendable utilizar este tipo de análisis de laboratorio para verificar los niveles sanguíneos de los anticonvulsivantes, como complemento de nuestro trabajo clínico y terapéutico.

Referencia Bibliografica

1- Blanco C. Mejia B.. Uso de Anticonvulsivantes en el Hospital Nacional Psiquiátrico: difenilhidantoina . Neuroeje, 1990.

2- Harr R, Easton J.. Carbamazepine and hematological monitoring. Neurol 1982;11:309-312.

3- Julian R. Holster R.. Carbamazepine mechanism of action in Penry J.K. Daly D.D. Advances in Neurology Vol. 11, New York Raven Press 1975 pp. 265-277

4- Taylor W, Diers M.. A textbook for the Clinical Application of Therapeutic drug monitoring. International Standard Book 1986 p.p. 211-224

EL GENOGRAMA Y LA EVALUACION FAMILIAR

*Lic. Gerardo Casas Fernández**

RESUMEN
El presente trabajo define el genograma y analiza su importancia para la evaluación familiar. Asimismo, plantea las seis categorías de interpretación que sirven para generar hipótesis sobre diversos aspectos de la vida familiar: estructura, ciclo vital, sucesos de la vida y patrones familiares. Finalmente, se revelan los usos en la Terapia Familiar Sistémica.
Palabra clave: Genograma, Evaluación Familiar, Terapia Familiar Sistémica

ABSTRACT
This current article explains the genogram and analized its importance for the family evaluation. It also gives six cathegories of interpretation that help to generate hipothesis about some aspects of the family life: structure, vital cicle, ups and downs of our lives and family patterns. Finally it reveals their uses in the Sistemic Family Therapy.

INTRODUCCION.

Es un recurso invaluable para el terapeuta familiar en el proceso de evaluación. Derivado originalmente de estudios antropológicos y geneológicos. El mapa familiar, Minuchin 1974 es a menudo diferenciado del genograma por la inclusión de patrones sistemáticos como las coaliciones y triángulos. El valor descriptivo del genograma es el impacto visual de la localización de roles y patrones de interacción de un determinado sistema familiar que puede incluir varias generaciones.

Da un conciso y gráfico sumario de la composición familiar actual. También debe mostrar la extensa red familiar, las edades de los miembros de la familia, las fechas de los matrimonios de los padres y de cualquier divorcio o separación. Indica asimismo cómo todos los miembros de la familia están relacionados y puede también mostrar quien es el paciente identificado.

La localización geográfica de los miembros de la familia puede ser indicado e igualmente plantear, brevemente, los puntos salientes respecto a cada miembro familiar. Por ejemplo. Ocupación, grado escolar, año, salud y puntos relevantes de sus historias individuales pasadas (enfermedades, accidentes, encarcelamientos, etc).

Mientras algunos terapeutas preparan el genograma poco a poco usando la información que ellos han obtenido de la familia durante las sesiones, otros prefieren hacerlo con la asistencia de la familia durante la primera o segunda sesión, más frecuente en la primera.[1]

LA IMPORTANCIA DEL GENOGRAMA

El valor del genograma es enfatizado por Holman 1983 (Barker 1986). Ella usa su desarrollo como un medio de llegar a compartir información con la familia y de alentarla a expresar sus sentimientos acerca de la gente y los eventos que son discutidos. La autora expresa "incluso miembros familiares reticentes están generalmente dispuestos, a participar con información".

Heinl, (1985) , instruye a los sujetos a trazar sus propios genogramas y luego visualmente analizar los resultados. El toma en cuenta los siguientes aspectos:

La imagen global del genograma.
El balance entre los segmentos paterno y materno.
El espacio vertical entre generaciones.
La secuencia con que fue desarrollado.

Para McGoldrick y Gerson (1987) , el genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información, sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan la información en forma gráfica de manera que proporciona un rápido gestalt de complejas formas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema individual puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.

Para una historia clínica o social el genograma resulta un eficiente resumen permitiéndole al que desconoce el caso adquirir en forma rápida, una gran cantidad de información sobre una familia y tener una visión de los problemas potenciales. Así, mientras que las notas escritas en un cuadro o cuestionario pueden perderse en la historia general, la información del genograma se reconoce de inmediato y se le pueden agregar datos o ser corregidos a medida que se obtienen más detalles sobre la familia.

Agregan los autores, que la información de un genograma se entiende mejor desde una perspectiva sistemática y debe ser considerada como parte de una evaluación comprensiva y sistemática. El tiempo requerido, para completar una evaluación para trazar el genograma puede sufrir variaciones, la información básica suele recogerse en media hora o menos, una evaluación que abarque a varios miembros de la familia puede tardar 60 o 90 minutos.

Murray Bowen (Hansen y L' Abate 1992) pionero de la Terapia Familiar, ha elevado a la forma de arte la elaboración del genograma. Incluye todos los detalles de los acontecimientos familiares, pasados, actitudes, personalidades, hábitos, muertes, traumas, separaciones, divorcios. Además, mitos, reglas, secretos, son sacados y mirados en términos de su impacto sobre individuos en la familia.

El genograma lo considera como parte del proceso terapéutico y no un test, examen estático que es dejado de lado y olvidado una vez terminado. En el viaje de su construcción el individuo puede conseguir la cooperación de los miembros de

[1] Lic.Trabajo Social, Servicio Trabajo Social H.N.P.

su familia extensa para obtener detalles acerca de las funciones y papeles de los miembros familiares, tratando de entender como tales papeles y funciones han perdido su impacto.

EL EFECTO RASHOMON.

McGoldrick y Gersom (1987), explica el origen del "efecto Rashomon" como basado en una famosa película japonesa donde se muestra un hecho a través de la perspectiva de un número de personas diferentes. Del mismo modo, en las entrevistas para el genograma se descubre que **los miembros de una familia relatan historias diferentes sobre los mismos sucesos**.

Aunque se puede obtener información para el genograma entrevistado a un sólo miembro de la familia. Obviamente, reunir información de distintos familiares aumenta la confiabilidad y proporciona la oportunidad de comparar perspectivas y observar interacciones en forma directa.

ANALISIS E INTERPRETACION.

En el genograma siguiente se muestra una situación familiar, donde el P.I. es Ismael. Este reside con su madre Elizabeth, una hermana mayor, un tío materno y la abuela materna. El abuelo y el padre están fuera de la familia nuclear. Destacan relaciones conflictivas de la abuela hacia Elizabeth e Ismael. También la situación cercana de la madre al P.I. y las relaciones conflictivas de este con su hermana y el tío que a su vez tiene mala relación con Elizabeth. Finalmente, se evidencia una relación distante tanto de Odily como Elizabeth con respecto a Jesenia.

En la figura Nº2 se observa una familia de un hijo único como paciente identificado. La madre muestra inestabilidad en sus relaciones de pareja. El padre se suicidó. La red de apoyo del subsistema nuclear es débil, pues, madre e hijo tienen relación conflictiva con la familia de origen y dos lazos estrechos se establecen con el último compañero (alcohólico) de la madre y una prima hermana. Asimismo, destacan el retardo mental moderado de la progenitora y el P.I.

Como se observa un genograma puede contener información sobre salud, comportamientos o dificultades de las personas. Estos puntos pueden ser escritos junto a los símbolos que representan a los diversos miembros de la familia. Tal información no es parte integral de un genograma, pero con frecuencia es útil incluirla.

CATEGORIAS QUE SIRVEN PARA INTERPRETAR EL GENOGRAMA

Para la interpretación debe partirse de que sus principios no han sido establecidos en forma explícita. Los elementos fundamentales se han simplificado con fines didácticos, pues sin duda pueden ser objeto de un análisis mas exhaustivo.

Por eso, se establecen seis categorías que presentan un conjunto, generan hipótesis relevantes desde el punto de vista clínico sobre las pautas familiares. (McGoldick y Gerson 1987)

Debe tomarse en cuenta que cada categoría suele sobreponerse una con otra, pues se basan sobre suposiciones sistemáticas y por tanto están conectadas una con otra.

ESTAS CATEGORIAS SON:

Estructura familiar.
Adaptación al ciclo vital.
Repetición de pautas a través de las generaciones.
Sucesos de la vida y funcionamiento familiar.
Pautas vinculares y triángulos.
Equilibrio y desequilibrio familiar.

La primera zona de exploración de un genograma es la estructura básica es decir cuáles son las pautas estructurales que conectan las líneas y las figuras en el diagrama familiar. Ello permite formular hipótesis sobre cuestiones, roles y relaciones familiares probables basadas en expectativas normativas para la composición de la familia, las constelaciones fraternales y las configuraciones inusuales. La **categoría Estructura familiar** se subdivide en:

1.1. Composición del hogar.

Un vistazo a la estructura familiar permite mostrar la composición de la familia, es decir, si es una familia nuclear intacta, con la presencia de uno sólo de los padres, donde uno de los cónyuges volvió a casarse, de tres generaciones o una familia que incluye miembros anexos.

1.1.1 Familia nuclear intacta.

Esta estructura aparece en el genograma como cónyuges casados por primera vez con sus hijos biológicos. Por lo general, no llama la atención del que examina el genograma. Sin embargo, si la familia se encuentra bajo una tensión o si hay muchos conflictos maritales, se podría comenzar a explorar qué factores y qué fuerzas han contribuido a mantener unida a esta familia.

1.1.2. Familia de un solo padre.

Es aquella donde uno de los padres está educando a los hijos. Esto puede ser debido a la muerte de uno de los padres, a un divorcio, separación o partida de uno de los progenitores. Reconociendo esta estructura se debe explorar todos los problemas de ser un único padre: la soledad, problemas económicos, dificultades para la crianza de los hijos, etc. Resulta además interesante indagar el impacto que produce sobre la familia la pérdida de uno de los padres y las pautas vinculares y triangulares típicos de esta situación familiar.

1.1.3. Hogar con tres generaciones.

En un hogar con tres generaciones el/los padres (s) viven con el/los abuelos (s) de un lado de la familia. Esta situación es propia de padres solteros, donde, por ejemplo, una progenitora vive con su propia madre para ayuda y apoyo.

En esta estructura se debe investigar cuestiones sobre límites generacionales, alianzas, coaliciones, conflictos. A su vez resulta importante sondear las pautas vinculares y triángulos inherentes a las familias de tres generaciones.

1.2. Constelación fraterna.

La importancia del orden en que se nace, del sexo y d la diferencia de edad entre hermanos, juegan un papel importante en el desarrollo de la constelación de hermanos.

1.2.1. Orden de nacimiento.

La posición fraterna puede tener una particular importancia para la posición emocional de una persona dentro de la familia de origen y en las futuras relaciones con su cónyuge e hijos. Así vemos que es probable que el hijo mayor tienda a ser demasiado responsable, concienzudo y paternal, mientras que el mas joven tienda a ser infantil y despreocupado.

Los hijos mayores sienten que son responsables de mantener el bienestar de la familia o continuar con la tradición familiar. Sentirán (muy probablemente) que tienen una misión heroica que cumplir en la vida. Algunas veces los mayores resienten a los hermanos menores, considerándoles incluso intrusos en la posición exclusiva que tenían del amor y la atención de los padres.

Al hijo menor se le suele tratar como al "bebe" de la familia y puede estar acostumbrado a que otros se ocupen de él. Los más jóvenes pueden sentirse más libres y menos cargados con la responsabilidad familiar, también sienten menos respeto por la autoridad y la convención.

Se presume que en el caso de los hijos únicos, éstos tengan las mismas características mezcladas tanto de los hijos mayores como de los menores, aunque haya predominio de las primeras con resultado de ser el único centro de atención aunque haya predominio de las primeras como resultado de ser el único centro de atención de los padres y por eso suelen ser muy apegados a los padres.

1.2.2. Diferencia de edad entre hermanos.

Otro factor importante para comprender las constelaciones familiares es la diferencia de edad entre hermanos. Una regla práctica es que cuanto menos diferencia de edad entre hermanos, más habrán compartido en su experiencia de vida (siendo el caso de los gemelos idénticos el más extremo de experiencia compartida). Cuanto mayor es la diferencia de edades, menos es la experiencia de hermanos que posiblemente haya tenido. Se considera que generalmente los hermanos con una diferencia de edad de seis años, son mas hijos únicos que hermanos ya que pasado las etapas del desarrollo por separado.

1.2.3. Otros factores que influyen en la constelación fraterna.

Las hipótesis sobre la constelación fraterna no se deben tomar en forma literal. Muchas personas encajan en las caracterizaciones y otras no. Además, aparte de los factores mencionados y que influyen sobre la constelación fraterna existen otros como:

El momento del nacimiento de cada hermano en la historia de la familia:

Las características del niño.

El "programa familiar" para el niño.

Actitudes e inclinaciones parentales sobre las diferencias sexuales.

La posición fraterna del niño con respecto a la del padre. Un hijo mayor de un hijo mayor, puede ser objeto de ciertas expectativas que no se aplican a sus hermanos.

Configuraciones familiares inusuales.

Al analizarse un genograma, a veces sobresalen ciertas configuraciones estructurales familiares inusuales. Por ejemplo:

Varios casamientos en la familia, lo que indica la probable importancia del tema del divorcio y nuevos casamientos.

Hechos y relaciones mezclados en la familia.

Hermanos que contraen matrimonio con hermanos de otra familia.

Casamientos intrafamiliares.

CATEGORIA 2: ADAPTACION AL CICLO VITAL.

Esta categoría, implica la comprensión de las transacciones del ciclo vital a los cuales se está adaptando una familia.

El ajuste de edades y fechas en un genograma nos permiten ver si los sucesos del ciclo vital se dan dentro de las expectativas normativas. En caso de que no sea así se debe investigar las posibles dificultades al manejar esa fase vital del ciclo vital de la familia.

Una familia se desarrollo a través de una serie de hechos; transiciones o puntos nodales que incluyen: abandono del hogar, el casamiento, nacimiento de los hijos, educación de los hijos, la jubilación etc. Al suscitarse cualquiera de estos hechos la familia debe volver a organizarse para poder acceder exitosamente a la otra fase. Estas transcripciones pueden ser muy difíciles en algunas familias cuyas pautas quedan rígidas en los puntos de transición y que presentan problemas para adaptarse a nuevas circunstancias. Es importante detectar síntomas, en relación con el manejo de la familia en cada fase particular del ciclo vital.

Existen expectativas normativas para el momento preciso de cada fase del ciclo vital de la familia, es decir, las edades probables de cada miembro de la familia en cada punto de transición. Cuando los sucesos se dan fuera de esta serie de expectativas conviene considerar la posibilidad de que alguna dificultad inhiba a la familia para realizar la transición del ciclo vital.

Por lo anterior, es importante estudiar el genograma en busca de familiares cuyas edades difieran mucho de la norma para su fase del ciclo vital. Las edades de nacimiento, muertes, de dejar el hogar, de casamiento, separación y divorcio que aparecen en el genograma son muy útiles al respecto.

CATEGORIA 3: REPETICION DE PAUTAS A TRAVES DE LAS GENERACIONES.

Dado que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación. Se debe estudiar el genograma para tratar de descubrir pautas repetitivas a través de generaciones que se suscitan en el funcionamiento, las relaciones y la estructura familiar. El reconocer dichas pautas pude a menudo ayudar a las familias a evitar repetir infelices conductas en el presente y transmitirlas en el futuro.

3.1. Pautas de funcionamiento.

El funcionamiento de los miembros de una familia puede repetirse a través de las generaciones. Un estilo particular de

funcionamiento (ya sea de adaptación o inadaptación) o de la forma de tratar un problema pasa de una generación a otra. Es importante aclarar que esta transmisión no necesariamente se da en forma lineal. Al reconocer la repetición de pautas se podrá comprender mejor la adaptación y sugerir intervenciones para frustrar el proceso.

3.2. Pautas vinculares.

Las pautas vinculares de proximidad, distancia, conflicto, etc. también pueden repetirse de una generación a otra. El reconocimiento de estas pautas ayudará a la familia a evitar continuar con su repetición en generaciones futuras.

3.3. Pautas estructurales repetitivas.

Es común que las pautas familiares se intensifiquen cuando una estructura se repite de una generación a otra. En particular, las personas en una pauta estructural similar a la generación previa pueden llegar a repetir las pautas de esa generación. Por lo tanto, cuando buscamos una repetición en el funcionamiento y las relaciones, también buscamos la repetición de la estructura familiar.

CATEGORIA 4: SUCESOS DE LA VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Esta categoría, comprende el entendimiento de cómo los sucesos de la vida están interconectados con los cambios en el funcionamiento familiar.

El genograma registra muchas fechas críticas en la historia familiar, por lo que resulta útil buscar coincidencias en muchos sucesos de la vida y cambios en el funcionamiento familiar.

A menudo, sucesos al parecer desconectados que se dan alrededor de la misma época de la historia familiar están relacionados sistemáticamente y tienen un profundo impacto sobre el funcionamiento de una familia.

Es útil investigar cambios en el funcionamiento a largo plazo de una familia, en cuanto éstos se relacionan con sucesos críticos en la vida de la familia.

El genograma se estudia con cuidado en busca de tensiones, del impacto de hechos traumáticos, de reacciones de aniversario y la relación de experiencias familiares con respecto a los sucesos sociales, económicos y políticos.

De este modo, se puede evaluar el impacto del cambio en la familia y su vulnerabilidad a cambios futuros.

Cuando varias experiencias críticas en la familia se dan alrededor de la misma época, es conveniente estudiar los detalles. Estos pueden conducir a conexiones que ayuden a develar pautas emocionales sistemáticas importantes. Dichas "coincidencias" pueden indicar un período de tensión en la historia de la familia. No es que un hecho "causa" otro, sino que hay asociación de hechos que pueden influir en el desarrollo de pautas familiares. Ejemplos de algunos hechos que pueden conducir a conexiones que develen pautas emocionales y sistemáticas son:

Reacción de aniversario.

Momentos de transición en el ciclo vital de la familia.

Sucesos sociales, económicos y políticos.

En resumen, investigar los sucesos críticos y los cambios en el funcionamiento familiar permite conexiones sistemáticas entre coincidencias aparentes, evaluar el impacto de cambios traumáticos en el funcionamiento de la familia y su vulnerabilidad a futuras tensiones, estudiar las reacciones de aniversario y luego tratar de comprender dichos sucesos en un contexto social económico y político más amplio.

CATEGORIA 5: PAUTAS VINCULARES Y TRIANGULOS.

Las pautas vinculares en las familias han sido definidas como "fusionadas", "hostiles", "conflictivas", "distantes", "enajenadas". La complejidad de las relaciones familiares es infinita.

Además, las relaciones cambian con el tiempo. A pesar de dicha complejidad el genograma puede, a menudo, sugerir pautas vinculares para ser investigadas más a fondo. Permite detectar relaciones intensas en una familia , dada la estructura familiar y la posición en el ciclo vital, también formular hipótesis sobre importantes lazos y pautas triangulares de esa familia. Comprender dichas pautas triangulares resulta esencial para el planteamiento de la intervención clínica. La "destriangulación" es un importante proceso clínico a través del cual se les enseña a los miembros de una familia a liberarse de rígidas pautas triangulares.

Los Triángulos son grupos de tres relaciones en el cual el funcionamiento de cada par depende e influye en los otros dos. La formación de triángulos en las familias supone dos personas que necesitan una tercera relación. Esto, por lo general, sirve a la función de disminuir dificultades en el par inicial.

La característica que define el triángulo es la confabulación de dos respecto del tercero. La conducta de cualquiera de los miembros de un triángulo es por lo tanto una función del comportamiento de los otros dos. Cualquier triángulo, tiende a ser parte de una pauta sistemática mayor también de triángulos entremezclados. El genograma es una herramienta interpretativa valiosa para inferir posibles triángulos sobre la base de conocimiento parcial de las relaciones familiares.

5.1. Triángulo padre/hijo

Cuando se desarrolla un estado de tensión entre los padres, estos pueden resolverlo uniéndose y concentrándose en el hijo. Los padres puedan usar al hijo para expresar los sentimientos por el otro, o un niño puede verse envuelto en un conflicto de lealtad con respecto a sus padres.

En este tipo de pauta se puede vincular a los padres que están en grave conflicto. El hijo puede intentar aplacar o medir entre los padres, una posición de hecho bastante precaria. Este tipo de triángulo padre-hijo es muy común en los casos de divorcio y casamiento en segundas nupcias.

5.2. Triángulos comunes en parejas.

Además de los hijos, una pareja puede incluir a otras personas o cosas como parte de su triángulo. El triángulo de pareja más común es el triángulo político.

Pueden darse naturalmente entre los dos cónyuges y cualquiera de sus propios padres, pero la esposa suele adoptar un rol más central y comprometido y así convertirse en el centro de tensión de esta situación.

Un cónyuge puede invertir fuera del matrimonio ya sea en una relación amorosa, en el trabajo, en hobbies, en la bebida, etc. pero el impacto es el mismo.

El triángulo se da tanto con objetos como con personas. Cuando esto sucede, debe figurar en el genograma. Un objeto común del triángulo en la familia es el televisor.

5.3. Triángulos en familias divorciadas y vueltas a casar.

Cuando en el genograma aparece una separación o un divorcio, debe investigarse la posibilidad de ciertas pautas vinculares predecibles. Por ejemplo, que los hijos suelan idealizar al padre que falta, acusando al padre presente de la pérdida del otro.

Cuando uno o ambos padres se vuelven a casar, hay otros triángulos predecibles. La estructura familiar, en lugar de las personalidades de los participantes, es la que define la situación. En otras palabras los triángulos son en cierta forma normativos.

Los hijos nunca están preparados para perder a sus padres. La pauta estructural persona de adentro, persona de afuera en las familias vueltas a casar es endémica en la situación y tiende a crear triángulos de dos tipos.

Triángulo que comprende a los hijos, el padre natural y a la madrastra.

Triángulo que comprende a los hijos, la madrastra y la madre natural.

Otra variación del mismo tema es el triángulo que comprende a los ex-cónyuges y a la nueva mujer del marido.

Se pueden dar dos tipos de triángulo:

La nueva pareja puede unirse en contra de la ex-mujer viéndola como la causante de todos sus problemas.

La nueva y la ex-esposa pueden tener conflicto abierto, donde el marido aliente tal vez a su nueva esposa para que pelee las viejas batallas por él,

Los triángulos también ocurren con la madre natural, sus hijos y un padrastro pero son menos frecuentes. También, se puede dar que el padrastro tenga una mala relación con los hijos de su segunda esposa.

Los familiares políticos no siempre se mantienen neutrales sobre el tema de un nuevo casamiento, la generación de abuelos suele entrometerse en los triángulos de los casamientos, intensificando el proceso uniéndose al hijo adulto, en particular contra el cónyuge a quien culpan por el divorcio.

5.4. Triángulos en familias con hijos adoptivos.

Muchos triángulos padre/hijo son bastantes comunes cuando uno o, más hijos son adoptivos. Cuando en la familia también hay hijos biológicos, el hijo adoptivo puede tener una posición única, puede darse rivalidad y competencia por parte de los hijos biológicos al querer atraer la atención entre los padres de éstos y los hijos adoptivos.

Las familias con hijos adoptivos se parecen en muchos sentidos a las familias que se vuelven a casar en el hecho de que se trata de dos familias: la familia que se hace cargo y la biológica.

5.5. Triángulos multigeneracionales.

Los triángulos pueden darse a través de varias generaciones. El más común de los triángulos trigeneracionales es aquel en el cual uno de los abuelos un nieto se coligan contra los padres.

Dichos triángulos multigeneracionales suelen producirse si uno de los padres muere o deja el hogar por su separación o divorcio. Una de las pautas más comunes es el caso en que una madre soltera y sus hijos comparten la casa con sus padres.

CATEGORIA 6: EQUILIBRIO Y DESEQUILIBRIO FAMILIAR.

Esta categoría comprende un análisis de los datos que aparecen en el genograma en un nivel de abstracción más elevado y por lo tanto abarca los principios anteriores. En otras palabras se puede ver un equilibrio y un desequilibrio en todas las pautas antes mencionadas en particular en la estructura, los roles, el nivel de funcionamiento y los recursos de la familia.

Las pautas de equilibrio y desequilibrio pueden verse mejor buscando contrastes y características que "sobresalen". Existen varias zonas donde es más probable que se dé un equilibrio o desequilibrio como son: la estructura familiar, roles, nivel y estilo de funcionamiento:

La estructura familiar.

La estructura familiar puede sugerir posibles pautas de equilibrio y desequilibrio. Teóricamente, los cónyuges de posiciones fraternales opuestas se complementan uno al otro.

En ocasiones las diferencias en la estructura familiar pueden verse sobre un número de generaciones.

Otro problema estructural que afecta el equilibrio ocurre cuando un cónyuge proviene de una familia donde el divorcio y los casamientos son algo común y el otro proviene de una larga línea de hogares intactos.

Roles.

En las familias con un buen funcionamiento, los miembros asumen una variedad de roles diferentes: guardián, dependiente, proveedor, vocero. A veces en el genograma será evidente que existen demasiado actores para un solo rol.

En los matrimonios modernos la adopción de roles casi nunca se basa sólo en el género y a menudo comparten. Por lo tanto, ambos padres pueden ser guardianes, proveedores y voceros de la familia. Sin embargo, este equilibrio no se logra en forma automática o con facilidad y por lo tanto, este puede ser un conflicto especial en las familias donde ambos cónyuges tienen su carrera.

Nivel y estilo de funcionamiento.

Los miembros de una familia operan con diferentes estilos y a diferentes niveles de funcionamiento. A menudo, estas pautas se encuentran en equilibrio por lo que las funciones de los distintos miembros encajan en forma particular.

Algunos equilibrios también pueden llevar a disfunción en un sistema familiar o permitirla. Un cónyuge en exceso responsable puede equilibrar a otro irresponsable como es la regla en los matrimonios con un cónyuge alcohólico. Cuando hay una gran disfunción en una zona, la familia hallará la manera de compensar las dificultades comunes.

A veces un sistema no fracasa debido a la disfunción de

uno de los miembros sino debido al agotamiento de los guardianes que previamente crearon un equilibrio en el sistema. Las diferencias de recursos también pueden tornarse problemáticas cuando uno de los hermanos logra un mayor suceso que los otros.

CONCLUSIONES

El genograma surgió de la práctica de la terapia familiar, por lo consiguiente no es sorprendente que la mayoría de sus aplicaciones hayan comenzado en este campo. Se consideran cuatro usos:

1. ATRAER A LA FAMILIA.

Para el proceso terapéutico, es importante comprometer a la familia. La entrevista que permite construir el genograma suele proporcionar una forma práctica para comprometer a toda la familia en un enfoque sistemático del tratamiento.

También la entrevista permite establecer concordancias sobre cuestiones que preocupan a la familia. El interrogativo para la construcción va directamente al corazón de las experiencias familiares: nacimiento, enfermedad, muerte y las relaciones intensas. Su estructura proporciona un marco orientador para discusión de todas las experiencias de la familia y para investigar y concentrarse en los puntos difíciles como enfermedades, pérdidas y conflictos.

2. DESTRABAR EL SISTEMA FAMILIAR.

Cuando una familia trae un problema a menudo, ya ha adoptado su propio punto de vista sobre el mismo y sobre lo que necesita cambiarse. Ese punto de vista suele ser rígido y no sistemático basado en la creencia de que sólo una persona, sintomática, necesita cambiar.

Cualquier esfuerzo para pasar a otras zonas problemáticas de la familia será bloqueado con una vehemente negación de otras dificultades familiares. El genograma puede resultar útil para trabajar en dichos sistemas rígidos. Recoger información sobre estos hechos puede abrir un sistema familiar rígido y ayudar a los familiares a ponerse en contacto con cuestiones emocionales paralizadoras e interpersonales.

A veces, preguntas al parecer inocuas puede provocar una reacción intensa, cómo cuando una persona empieza a llorar después de preguntarle cuántos hermanos tenía. La pregunta removió recuerdos de su hermano preferido, quién murió ahogado en un accidente. ¿A donde vive su hijo? puede ser una cuestión sensible para un padre cuyo hijo está en prisión o en un hospital psiquiátrico o totalmente fuera de contacto con los padres.

En general, preguntas de "investigación" calmas e indiferentes suelen abrir estas cuestiones, de modo tal que los miembros de la familia comienzan a relacionarse entre sí en una forma diferente.

3. ACLARAR PAUTAS FAMILIARES.

La aclaración de pautas familiares es primordial en el uso de los genogramas y desempeñan una función educacional para la familia, permitiéndole a sus miembros ver su comportamiento con relación a y dentro del contexto familiar. La comprensión cognoscitiva de la conducta sintomática en cuanto a su conexión con relaciones con carga emocional, puede aumentar el sentido de dominio de la familia con respecto a esa situación. Además, a menudo es difícil mantener una conducta disfuncional una vez que se aclaran las pautas familiares subyacentes.

4. REPLANTEAR Y DESINTOXICAR PROBLEMAS FAMILIARES.

Las familias desarrollan sus propias formas de verse así mismas. En las familias con problemas, la perspectiva suele ser rígida y resistente al cambio ó a otros puntos de vista sobre la situación. Los genograma son una herramienta útil para replantear conductas, relaciones y conexiones de tiempo en la familia, y para "desintoxicar" y normalizar la percepción que la familia tiene sobre sí. El solo hecho de plantear un problema o ponerlo bajo una perspectiva más normativa suele lograr ese objetivo.

Murray Bowen es un maestro para desintoxicar respuestas reactivas al interrogativo del genograma. A continuación se produce un extracto de la entrevista que Bowen la realizó a un hombre que se sentía intimidado por su "madre posesiva y dominante".(McGodrick y Gerson 1987).

Bowen: ¿Cuáles son los problemas de ser el hijo único de una madre también hija única?

Cliente: Mi madre era una mujer muy dominante que nunca dejo nada de lo que poseía incluyéndome a mí.

Bowen: Bueno, pero si usted es el hijo único, ¿eso no era previsible? En una relación así las personas suelen saber con bastante acierto lo que piensa el otro. En otras palabras, usted está describiendo una especie de relación intensa y no demasiado inusual entre una madre y un hijo único, en particular una madre que no tiene marido y que además era hija única. ¿Cómo caracterizaría usted la relación de su madre con su propia madre?. Aquí Bowen utiliza la estructura familiar (Categoría 1) para normalizar la conducta de una madre y el lazo especial madre-hijo de un hijo único.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Barker, Philip: Basis Family Therapy Oxford University Press, Boston Ma. U.S.A. 1986

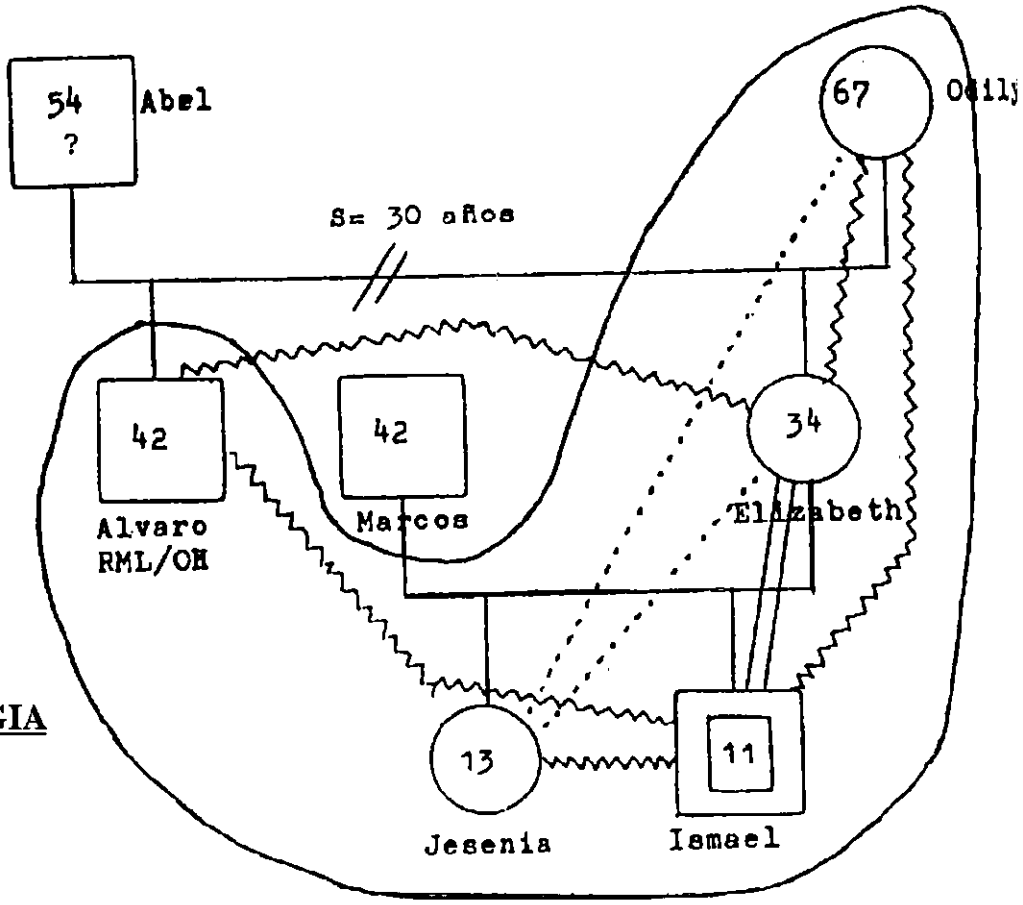
2- Hansen, James, L'Albate Luciano: Aproaches to Family Therapy. Macmillan Publishing Co. Inc. NEW York, U.S.A. 1992

3- McGoldrick, Monica; Gerson Randy: Genograma en la Evalucion Familiar. GEDISA, Buenos Aires, Argentina. 1987.

4- Minuchin, Salvador: Familias y Terapia Familiar Granica Barcelona, España. 1977.

5- Simon F:B, Stierling;. Wynne L.C: Vocabulario de Terapia Familiar GEDISA. Barcelona, España. 1982.

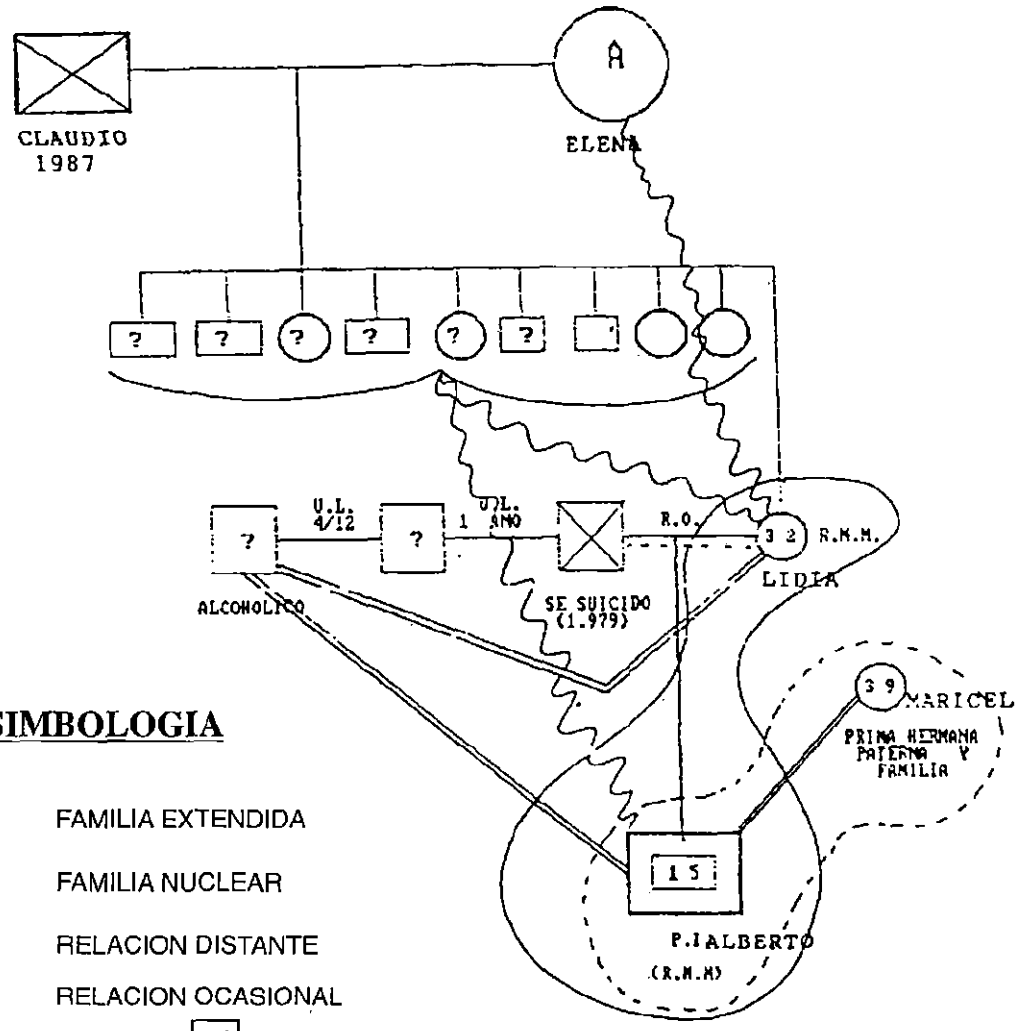
GENOGRAMA - FIGURA 1



SIMBOLOGIA

□	=	HOMBRE
○	=	MUJER
◻	=	PACIENTE IDENTIFICADO
-//-	=	SEPARACION
∿∿∿	=	RELACION CONFLICTIVA
═══	=	RELACION CERCANA
- - - - -	=	RELACION DISTANTE
⌐	=	NUCLEO FAMILIAR
RML	=	RETARDO MENTAL LEVE
OH	=	ALCOHOLICO
?	=	SIN FORMACION
S	=	SEPARACION

GENOGRAMA - FIGURA 2



SIMBOLOGIA

	=	FAMILIA EXTENDIDA
	=	FAMILIA NUCLEAR
- - - - - -	=	RELACION DISTANTE
RO	=	RELACION OCASIONAL
	=	HOMBRE ⊠ FALLECIDO
	=	MUJER
	=	RELACION CONFLICTIVA
	=	RELACION INTIMA
	=	SEPARACION
	=	PACIENTE IDENTIFICADO
	=	RELACION ESTRECHA
RMM	=	RETARDO MENTAL MODERADO
	=	FAMILIA ORIGEN DE LA MADRE
UL	=	UNION LIBRE

ANALISIS NOSOLOGICO DEL «EXTRAÑO CASO DEL DR. JEKYLL Y MR. HYDE» DE J.L. STEVENSON

Dr. Carlos Pal-Hegedus *

Resumen

En este trabajo se intenta realizar una reconstrucción de la historia longitudinal del protagonista, que junto a los criterios diagnósticos contemplados en el DSM-IV, nos permita definir una posible evolución de su cuadro psicopatológico. Se concluye que el personaje principal de la obra presenta un Trastorno por Consumo de Sustancias, asociado a un Trastorno Disociativo No Especificado. Para argumentar esta conclusión se procede en un primer término a rechazar otras hipótesis posibles; específicamente, la presencia de un Trastorno de Identidad Disociativo; un Trastorno Disociativo de Despersonalización, y un Trastorno Límite de la Personalidad.
Palabra clave: Nosología, análisis literario, «Extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde»
de J.L. Stevenson"

Abstract

In this work we try to trace a longitudinal story of the performer (Dr. Jekyll) according to the DSM-IV which would permit to define a possible evolution of the psychopathologic symptons . It´s concluded that the central performer presents a Substance Consume Disorder, with a Dissociative Disorder not otherwise specificied. To reach to this conclusion it´s rule out other possibles hypothesis ; specifically it´s ruled out the presence of a Dissociative Identity Disorder , a Dissociative Despersonalization Disorder and also a Borderline Personality Disorder .

Los personajes del Dr. Jekyll y Mr. Hyde , fueron creados por J.L. Stevenson en 1886 y forman parte de la literatura fantástica y de terror surgida en la época victoriana en la cual vieron la luz otra serie de obras tales como Frankenstein , Drácula , Jack El Destripador y otras .

En breve, el argumento de la obra refiere la historia de un médico ilustre de la época victoriana, que desde muy joven y como parte de su formación filosófica y científica, se interesa por desentrañar y comprobar empíricamente la existencia de una doble naturaleza humana, donde dos partes claramente definidas se contraponen: la primera como una identidad pasiva y honorable; la segunda más bien hostil y despreciable. De esta forma, a través de la progresiva tolerancia desarrollada por la ingesta de una droga (presumiblemente cocaína o algún compuesto derivado), el Dr. Jekyll llega a perder el control de su experimento, degenerando en un caso de Trastorno por consumo de Sustancias, asociado a un Trastorno Disociativo no especificado.

En este trabajo , se tratara de describir como puede aplicarse la nosologia psiquiátrica a un personaje literario ficticio . Se cree que , la fascinación que ejerce entre el publico lector este tipo de obras , deriva en parte del hecho de que los personajes exhiben un amplio rango de trastornos psicológicos o psiquiátricos . En un trabajo previo (Pal-Hegedus , 1996) , se señalaba como un personaje literario infantil, y , en principio , inocuo como el caso de Pinochò , presentaba un Trastorno Disocial de moderado a grave.

Con respecto al caso que nos ocupa , se pasara a analizar las hipótesis disponibles para el diagnostico diferencial de nuestro personaje

Hipótesis N°1: Trastorno de Identidad Disociativo

El diagnóstico del personaje principal no corresponde a un Trastorno de Identidad Disociativo (antes Personalidad Múltiple), dado que aunque presenta «dos o más identidades o estados de la personalidad (criterio a-) que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente (criterio b-)», no cumple con el criterio "incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario» (criterio c-); ni el criterio por el cual «el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia..» (criterio d-, pág. 499).

De esta forma la historia personal de Jekyll y Hyde, su respectiva imagen y particular nombre; el contraste entre ambas identidades: pasiva y culpable la primera, hostil, dominante y auto destructiva la segunda; el conflicto abierto entre ambas; etc.; no son criterios suficientes para diagnosticar un Trastorno de Identidad Disociativo por el hecho de presentarse el abuso de una sustancia etiológicamente relacionada con la alteración (pág 498).

También es importante el dato referido en el último párrafo del capítulo IV según el cual no existe razón para pensar que pudiera presentarse un Trastorno Disociativo, cuando la identidad de Hyde no existía en el pasado, sino hasta que Jekyll comienza como parte de sus experimentos a abusar de la droga.

* Apartado Postal 1039 Centro Colón 1007 San José , Costa Rica
E-mail : cpal@cariari.ucr.ac.cr

Hipótesis N°2: Trastorno Disociativo de Despersonalización

Aún cuando pudiera presuponerse que antes de iniciar la ingesta de sustancias, el Dr. Jekyll presentaba un Trastorno Disociativo de Despersonalización; puesto que toda la información derivada explícitamente de la obra, nos refiere de manera exclusiva la evolución del personaje a partir de un momento donde ya había iniciado el consumo de droga; y dado que además en la única ocasión en que el Dr. Jekyll habla en primera persona, lo hace retrospectivamente para aclarar la naturaleza de su experimento (capítulo X); se concluye que no hay referencia en el texto a su vida pasada, y por ende, cualquier alusión a un Trastorno Disociativo de Despersonalización, es un asunto tan solo hipotético, no demostrable empíricamente

Dicho trastorno según el DSM-IV se caracteriza por la presencia de los siguientes criterios: a- «Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento... de los propios procesos mentales o del cuerpo"; a- "Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto"; c- "La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo".

Si bien estos criterios se cumplen de acuerdo a las referencias del texto, dado que se señala entre otras cosas que este trastorno «no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia...» (criterio d-, pág 502); se justifica el rechazo de esta hipótesis, en lo atinente al estado actual del protagonista.

Para el Criterio A, se pueden señalar los siguientes ejemplos: «Vi que de las dos naturalezas que pugnaban en el campo de mi conciencia podía decirse con razón que cualquiera de ellas era la mía, por que lo eran esencialmente las dos; y desde muy pronto, mucho antes de que en el proceso de mis descubrimientos científicos se vislumbrase la más remota posibilidad de tal milagro, me había acostumbrado a acariciar con delectación, como un sueño hermoso, la idea de la separación de esos elementos» (p.659-660). «Reflexiona..., yo ni siquiera existía» (pág 663).

Para el Criterio B. se pueden referir los siguientes ejemplos: «Aunque estoy seguro de que no tomarás a broma esta súplica, se me paraliza el corazón y me tiembla la mano ante la simple idea de esa posibilidad. Piensa que estoy en este momento en un lugar extraño, luchando bajo una angustia horrenda, como no hay imaginación capaz de comprenderla, y sabiendo sin embargo, que si me atiendes puntualmente, todas mis desdichas se disiparán como una pesadilla que se acaba» (pág 665).

En ese sentido oste pasaje indica lo siguiente: « L a orientación de mis estudios, que tendía insistentemente hacia lo místico y hacia lo trascendental, ejerció gran influjo y proyectó viva luz en este conocimiento de la perenne lucha entre mis componentes. Así, insensiblemente, desde el punto de vista moral como desde el intelectual, me iba sin cesar acercando a esta verdad por cuyo descubrimiento incompleto he sido condenado a tan horrenda tragedia: que el hombre, en realidad, no es uno sino dos. Digo dos por que el progreso de mis propios conocimientos no pasa más allá de este punto. Otros vendrán después que, dejándome atrás, irán más lejos por las mismas sendas; y aventuro la profecía de que el hombre será estudiado finalmente como una nueva comunidad de múltiples ciudadanos; independientes y heterogéneos» (pág 659)

Sumado a esto el capítulo X en su generalidad es una buena muestra de cómo Jekyll reconstruye y confiere sentido a lo sucedido..

Hipótesis #3: Trastorno Disociativo No Especificado

Puesto que el individuo no reúne todas las condiciones necesarias para ser diagnosticado con un Trastorno de Identidad Disociativo, o de Despersonalización; podría decirse que corresponde a un Trastorno Disociativo No Especificado, según lo cual en el DSM-IV se detalla que «se incluye esta categoría para los trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo ... que no cumple los criterios para el diagnóstico de trastorno disociativo específico» (pág 502).

Hipótesis #4: Trastorno Límite de Personalidad

En lo atinente a los Trastornos de la Personalidad, cabe hacer la misma aclaración. De esta forma aún cuando se cumplen algunos criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad. Específicamente se cumplen los siguientes criterios: 3- «alteración de la identidad, auto imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable"; 4- "impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo" (por Ej. abuso de sustancias y conducta agresiva con terceros); 6 - "inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo"; y 8- "ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira» (pág 671), - por ejemplo cuando asesina a Carew: «Y de pronto su cólera estalló como un explosivo, pataleando, blandiendo el garrote y conduciéndose... como un demente» (pág 637). Además de no ser suficientes, se requiere la presencia de cinco criterios, dichos síntomas aparecen ligados al abuso de sustancias,; razón por la cual esta hipótesis también debe ser descartada.

En concreto los criterios que no se cumplen corresponden a: Criterio 1; «esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado»; Criterio 2; «un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación»; Criterio 5; «comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación; Criterio 7; sentimientos crónicos de vacío»; Criterio 9; «ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves» (pág 670-671).

Hipótesis #5: Trastorno por Consumo de Sustancias

En cuanto a los Trastornos Relacionados con Sustancias, este caso presenta en concreto la ingesta de una droga de abuso; es decir, se trata de un Trastorno por Consumo de Sus-

tancias, dependencia y abuso (pág 161). Dicha dependencia se aprecia en el protagonista a través de una serie de «síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella» (pág 162). Hay pues una «necesidad irresistible» de consumo; «un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos», donde se presentan síntomas asociados por no menos de 12 meses. Además de la abstinencia, ya que existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. Por otra parte el personaje emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia... o en la recuperación de los efectos de la sustancia. De manera que se hace evidente en el relato la reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia. Merece destacarse que el protagonista continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia...» (pág 186-187). Cabe agregar que la sola presencia de tres de estos síntomas se considera criterio suficiente para diagnosticar la dependencia de sustancias; misma que se presenta como dependencia fisiológica.

Entre otros datos en ,la novela encontramos las siguientes referencias: «Se detuvo y se llevó la mano a la garganta, y pude ver que, a pesar de lo refrenado de sus maneras, estaba luchando con los primeros síntomas de un ataque de histerismo», (pág 657) - tómese en cuenta que esta última referencia a un «ataque de histerismo», a la luz de la época victoriana en que se inscribe el relato, probablemente se refiera a la presencia del Síndrome de Abstinencia.

Además dice: «Bastará, pues, decir que no solamente descubrí que mi cuerpo natural no era más que el simple hábito o el destello de las fuerzas que constituían mi espíritu, sino que me ingenié en componer una droga por cuyo medio se podría destronar a esas fuerzas de su supremacía, y sustituir aquella forma y aquella apariencia por otra que sería la expresión y llevaría el sello de los elementos más deleznables de mi alma. Mucho vacilé antes de someter esta teoría a la prueba de la experimentación. Sabía perfectamente que me jugaba la vida, por que una droga que tenía tal poder para conmover y transformar el fundamento mismo de la personalidad podía, por el más mínimo exceso en la dosis o por la más mínima falta de oportunidad al administrarla, borrar, sin que quedase rastro, el inmaterial tabernáculo que yo pretendía transformar por su mediación» (pág 660).

Como parte del Trastorno por Consumo de Sustancias, además de la dependencia se cumplen los criterios para el abuso: «Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos expresado durante un período de 12 meses por los siguientes items: 1. consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo 2. consumo recurrente de sustancias en las que hacerlo es físicamente peligroso... 3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia... 4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia» (pág 188-189).

En este sentido podríamos ilustrar la experiencia de abuso con el siguiente ejemplo: «Pienso, desde ahora, llevar una vida de extremado recogimiento..., o cuando dice " Tienes que dejarme seguir el camino oscuro de mi vida...» (pág 644).

No menos importante dentro de los trastornos inducidos por sustancias destaca la intoxicación con los siguientes criterios: A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente, para este caso pareciera tratarse de cocaína o un compuesto derivado, que pudiera inducir trastornos psicóticos, de ansiedad, del estado de ánimo y del sueño; todos ellos presentes como parte de la sintomatología del protagonista (pág 163); B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente, significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nerviosos central que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después, ya sean conductas de irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social; C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental» (pág 190).

También los criterios para la abstinencia de sustancias se cumplen: A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades; B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo; C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

De especial importancia es señalar que «el consumo de sustancias es con frecuencia un componente asociado a la aparición de síntomas propios de los trastornos mentales»; no obstante «el diagnóstico adicional de trastorno inducido por sustancias no suele establecerse cuando los síntomas de trastornos mentales previos son reagudizados por la intoxicación o por la abstinencia de sustancias» (pág 197). De esta forma la intoxicación o abstinencia podrían reforzar la aparición de la despersonalización propia de un trastorno disociativo no especificado, entre otras características del sujeto previas a la dependencia y abuso de sustancias.

En síntesis puede decirse que el diagnóstico diferencial del caso a partir de la reconstrucción de los datos que aparecen sobre la historia evolutiva de Jekyll, parece indicar la validez de las hipótesis #5 y #3, específicamente, la presencia de un Trastorno por Consumo de Sustancias, asociado a un Trastorno Disociativo No Especificado .

Por otra parte, y no menos importante, a dicho codiagnóstico resulta indicado agregar a manera de cierre algunas reflexiones.

En primer término nunca está de más reiterar sobre la ne-

cesidad de reconstruir la historia evolutiva del paciente de la forma más fiel y contextualizada posible. De lo contrario el solo uso de los criterios nosológicos para efectuar un diagnóstico diferencial, está condenado *a priori a fallar de reduccionista.*

Claro está, como buena parte de este material pertenece al pasado, a la par de la entrevista clínica, es útil y necesario adjuntar el estudio riguroso de la situación actual del paciente *por medio de instrumentos conductuales de diagnóstico tales* como escalas y registros de observación conductual, que nos permitan extraer información confiable y susceptible de ser sistematizada.

En este sentido, se concluye que de forma óptima un diagnóstico diferencial debe contemplar la historia evolutiva del paciente, para desde ella comprender sus características diagnósticas. *En este proceso de construir diagnósticos fiables* por oposición a los arbitrarios, entre más información se coteje mayor será nuestra comprensión del por qué deviene el trastorno, y por consiguiente, cuál o cuáles serán las estrategias terapéuticas más oportunas para abordarlo, incluido a este respecto, el tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Editorial Masón SA, 1995.
2- Pal-Hegedus , C. «*Trastornos de conducta en los cuentos infantiles : el caso de Pinocho*» Cúpula , 39 : 4-11 (1996)
3- Stevenson Louis. Las Cinco Mejores Obras de R. L. Stevenson. Editorial Mateu-Barcelona.

AGRADECIMIENTO

El autor desea agradecer la colaboración en el análisis de la obra literaria a la estudiante Bachiller Gina Induni Alfaro.

PARA MEJORAR UNIDAD DE INVESTICACION

*Dr. José Rafael Garita Salas**

La Declaración de los Hospitales y el Crecimiento de Organizaciones para el manje del cuidado de la Salud. El cuidado de la salud en el siglo XXI. Dale Tussing, Ph,D. Profesor de economía. Maxwell School, Syracuse University.
Presentado en la 13th Convención anual de la Asociación para la Salud los Servicios y la Investigación- Atlanta, Georgia. Junio 9-11, 1996.

Preguntas para la investigación: La declinación cuantitativa entre los hospitales significa que ellos perderán su posición centralizada en el sistema de salud? Cuál será ese nuevo centro del sistema de salud? Cuál sera el nuevo rol de los hospitales?

Diseño del estudio: Cualitativo, histórico e interpretativo.

Principales hallazgos: Los hospitales fueron al principio para los pobres; otros pacientes recibían tratamiento en la casa. Los hospitales adquieren un alto costo, tecnología inmóvil, que fue necesario centralizar en hospitales, por lo que los pacientes se centralizaron en los hospitales. Los días de paciente/cama crecieron por dejar los enfermos para observación y descanso. La centralización de los pacientes en hospitales creó la necesidad económica de localizar los médicos en hospitales. Los hospitales se transformaron en "departamentos de tienda", en cuidado médico multidisciplinario. Hoy día las razones para la centralización en hospitales está declinando. La observación y descanso en cama ha perdido importancia en la medicina actual y la tecnología es descentralizada constantemente. Estos cambios socaban las contabilidades, por el carácter multidisciplinario del personal hospitalario. Además, hay grandes esfuerzos por economizar en los recursos hospitalarios.

La declinación de los hospitales se origina por causas fundamentales que continuarán emergiendo. Los hospitales perderán su posición central en el sistema de salud. Grupos de profesionales médicos, especialmente organizaciones para el cuidado de la salud, pueden remplazar a los hospitales como el centro de los sistemas de salud, lo que significa que los hospitales no centralizarán pacientes en el sentido físico, ni centralizarán tecnología costosa.
El futuro rol del manejo de los cuidados de la salud será influenciado por los resultados de los procesos practicados en experimentación y en competición, entre diferentes formas de organizacion. En todo caso los hospitales desempañarán un rol más restringido.

El trabajo termina considerando hasta dónde el futuro de las organizaciones será determinado por las políticas y cuál es la naturaleza de que esa influencia sea probable que ocurra.

Coordinador de la Unidad de Investigación, HNP..

ORACION

Padre de Nombre Sagrado
Creador de mi alma
Haz de mi vida de tu agrado;
Transforma mi tempestad ... en calma.

*

Ilumina mi espíritu con Amor
Endiósame con Humildad
para que mi conciencia de pecador
se libere, con tu verdad.

*

No me dejes caer en la tentación
de renunciar a vivir;
de hundirme en la negación
aparta el mal de mi existir.

*

Que la soledad no me acompañe,
que no añore otro mundo fantasmal.
Líbrame de ese mal.
Amén.

Dr. Ricardo Alfaro Salazar

AUNQUE LA MUERTE SEAS

Te quiero, implacable,
amándote
sin tenerte,
queriéndote
sin olvidarte.

Te quiero, inexorable,
deseándote.
sin esperanza,
adorándote
sin odiarte
ni un poco.

Te quiero, indetenible,
sonándote/sin ser tu dueño,
esperándote
como si fueras un sueño.

Te quiero, invatible,
escribiéndote
dos palabras,
hablándote
con dos verdades...

Así te quiero,
tú, siempre tú...
sin variar ni un suspiro
sin vacilar ni un momento,
amándote...
aunque la muerte

seas.

Henry Segundo Quesada Ramírez

EXTASIS DE MIS OJOS

Te siento mío... eres el hombre
que derrama en mi ser entero el éxtasis.

Al sentirte en mi horizonte
se desvanece la noche,
mientras el asombro respira a mi lado

A veces tiemblo por el vacío del ayer,
más te siento poderoso
palpitando cada péndulo de carne
y olvido lo pasado.

Eres el hombre,
dueño del sueño, y yo:
la mujer que danza
al son de ritmos místicos
que se anidan, presagiantes,
en las caderas del relámpago.

Porque el misterio y la plenitud
se unieron bailarinas
en cada gramo tuyo.
No puedo dejar de vibrar,
vibrar con cada movimiento.

Y aunque la sombra quiera ser fértil
en tus segundos,
tu esencia de torbellino abrirá colores,
y el temor no tocará tu cabello.

Porque eres éxtasis de mis ojos
y una tonada de mi principio.

Marianela Cubero Barrantes
Poemario Cómplice del Susurro

DE MOLINOS ...
Y OTRAS COSAS

Sentado en el banquillo del baño, desnudo, alto, con una flacura inimaginable, barba, pelo largo enmarañado y canoso como un grito de la misma humanidad, me conmovió profundamente. Su insoportable olor me hizo pensar en detener la tarea. El cierto, el de las numerosas prendas recién quitadas y en una bolsa para tirar a la basura, era pasable; pero el de su humanidad era inaguantable. Su piel arrugada cubierta por un mapa mundi de tierra y secreciones, no mostraba un ápice de su color natural. Pensé en sus años de no asearse, de soledad y de humillación, Me imaginé su vida al nacer, crecer, trabajar y hasta procrear. Y ahí estaba con sus ochenta años ante un desconocido, que con impulsiva idea y buena voluntad creía realizar la obra de misericordia más grande del mundo. No dudé que junto con los otros seres humanos de antes y después tenía culpa de la situación de ese anciano desvalido, desnutrido y con una agresividad que no podía aceptar. Con la venta quitada comprendí que con su triste vida me gritaba mi egoísmo y mi desamor.

Pero ahí estaba yo; listo a realizar la obra que me aliviana ría el pesado escrúpulo de saber que recluido durante años en mi concha poniendo cuidado a mi propia historia, ignoré la de los demás. La de ese hombre me golpeaba la cara conmoviéndome la conciencia.

Sus ojos opalinos sin expresión precisa me hicieron pensar que no sabía donde estaba. "Y ahora qué" expresó con su boca desmuelada y con olor a mezcla de sarro viejo y tabaco. Voltié la cara con repugnancia. "¡Ahora le daré un baño con agua caliente!" le dije. "Le aclaro, ¡estoy aquí no por el baño sino por el dinero y la ropa que me va a dar"! contestó bruscamente. "¡No, usted está aquí porque necesita asiarse y vestirse como la gente ¿no ha notado como se apartan de su presencia? "expresé tajante. ¿"No será usted el que no me quiere ver?", preguntó inteligente. "Bueno, en parte tiene razón, pero siempre que ha acudido a mi consulta lo he atendido" me defendí. ¿"Entonces por qué no me invitó antes?, dijo agudamente. No contesté le daría la respuesta otro día.

El agua cayó sobre su cuerpo estremeciéndolo, con una toalla y jabón restregué su cuerpo con fuerza, imposible quitarle la mugre que se aferraba como pegando un grito en el cielo. El asco me consumía, tanto que pensé que él termina la tarea, pero por sus miembros rígidos no podía, así que proseguí, luego le di la toalla para que se aseara sus genitales. "¿Por qué no lo hace usted? ¿o es que me tiene asco?" "¡No, creo que por pudor usted debe hacerlo!" "Entre hombres no tiene que haber pudor", expresó con sarcasmo. "Además hace más de diez años que no me lavo el culo, ni el chilindrín, a lo mejor ni me lo encuentro, como sucede a veces, por lo que me orino en el pantalón." "Es una cochinada olvidarse del aseo por las enfermedades que conlleva", salté con mi vocación médica. "Claro como mis uñas con hongos!", expresó alzando sus pies con unos garfios de tamaño y espesor nunca vistos, y eso que había visto uñas. Eso me explicó el tamaño de sus zapatos.

No sé si seis días antes su edor entró primero o fue él Frente a mi escritorio tenía la persona más sucia del mundo, con varios pantalones y un saco oscuro, brillantes por el uso y con una mezcla de orines, excrementos, comida y tierra. Minutos antes escuché el barullo de los pacientes dispersándose ante su presencia.

El hombre no sabía que había llegado en el día y en el momento preciso para colaborar en la misión de mi conciencia, golpeada días antes en las últimas horas de mi Cursillo de Cristiandad con la Gracia Santificante del más allá. Con las armas de la oración, el estudio y sobre todo la acción que cala muy bien a mi personalidad, me dispuse como caballero andante arrepentido de un sin número de luchas en el reino del mal, de enarbolar la bandera del bien en el Reino del amor. El viejo fue escogido para iniciar la guerra contra molinos de viento que me quebraron la cabeza, el corazón, dejándome en el suelo molido a palos, mostrándome enseñanzas que el lector a su debido tiempo conocerá y estará de acuerdo con la historia.

Después de dejarlo quejarse de sus males y de compartir con Dios su pestilencia y pensando que la que El percibía de nosotros era multiplicada a la máxima potencia, lo examiné, prescribí y le lancé la primera flecha: "Abuelito, quiero ayudarle" "Ya lo hizo y se lo agradezco," contestó. "Me refiere a otra clase de ayuda, tal vez dinero, ropa, donde vivir mejor". "¡Si es cierto!, el dinero siempre falta, pero la gente me lo da, además comida y en el precario no me cobran por el cuarto, y si escaseo en los basureros encuentro cosas buenas ¿le gustaría ver lo que traigo en mi saco?". Prohibí que lo abriera. Cerrándose los portillos, con tino zagaz y meloso lancé la segunda flecha: "Pero abuelito , una ropa limpia le vendría bien, esa que tiene lo va a enfermar". "¡Cómo que me va a enfermar!, tengo diez

años de no quitármela y como ve nada me ha pasado". Las pocas veces que vengo al Seguro es por carajaditas, como hoy por mi diarrea", comentó muy triunfante. Al borde de perder la paciencia le recordé que meses antes lo regañé y le advertí que si se presentaba tan sucio, no lo atendería. Mensaje reforzado por mi secretaria y enfermera. Lancé la tercera flecha que casi lo mata: "Viejito, yo le conseguiré ropa y pienso que un baño con agua caliente no le caería nada mal". "¡Oh no!, ¡bañarme no! La última vez unos condenados güilas del precario a fuerza me lanzaron al río y no pudieron bañarme, pues me defendía a pedradas. Pesqué un resfrío, luego una neumonía que me tuvo grave. ¡Ahora usted quiere acabar conmigo!" "¡Cómo se le ocurre que quiera matarlo!, usted se bañará en mi departamento, yo le daré un dinero, comida y luego la llevaré al precario, ¿qué le parece? Me miró con sigilo pensando la respuesta. Se negó varias veces, insistí otras tantas. Al final su aceptación me llenó de gozo. "¡Pues bien vamos hoy a su casa!" dijo decidido. "¡Hoy no puede ser!", tengo mucho trabajo y es lunes. Lo esperaré el sábado a las once de la mañana. Usted espéreme a la salida. El hombre se fue contento con unos centavos de más.

El sábado a las siete de la mañana, el viejo con el gran saco de cochinadas me esperaba fuera del consultorio. Los enfermos brillaban por su ausencia o se mantenían a distancia para no avasallar su bulbo olfatorio.

"¡Doctor! ¡Doctor! ¿Es verdad que usted va a bañar a ese sucio en la Clínica? Nosotras las enfermeras de este centro nos negamos a meter mano, no es de nuestra incumbencia. ¿"No será un cuento de ese viejo malcriado que siempre nos insulta?" "Viejo cabrón y hocicón" me dije. "¡Sí es cierto, y a usted le toca lavarle las nalgas y lo que le cuelga!" le dije a la histérica con rabia. Al rato reconociendo mi soberbia, vi en mi ilumismo incipiente a la paloma del Espíritu Santo alejarse de mí a una velocidad superior a la del "Concorde". De inmediato pensé en mi confesor que visitaría por la tarde para que me la regresara. Humillado pedí disculpas a la mujer, y al exhibicionista que se paseaba por los pasillos, le rogué que me esperara en el parque del pueblo, de lo contrario adiós plata, ropa, comida y desde luego bañada, y que por favor no contara a nadie nuestro secreto. Qué iba a pensar yo que medio pueblo y la gente del precario ya lo sabían.

Me esmeré para que la obra de misericordia saliera redondita, casi como un padre espera su primer hijo. Así lo hice. No conseguí zapatos de su tamaño, sí ropa suficiente para vestirse de traje entero cada día. Dispuse de mi colonia, mi mejor camisa y mi "Olimpo" más grande, aunque viejo y estirado, pues el anciano presentaba una hernia inguinal que dejaba desorbitado a cualquiera.

Al salir del garaje de la clínica, el viejo de repente y como caído del cielo frente a mi carro, deteniéndolo, gritaba "¡no se vaya sin mí, lo he esperado durante la mañana y me quiere dejar tirado". Rojo hasta la coronilla y con mi orgullo debajo del acelerador miré su gran saco que como gigante péndulo se balanceaba frente al parabrisas, y a los lados mis compañeros me observaban sorprendidos. Abrí la puerta con rapidez y lo invité a entrar a prisa. Lo hizo pero el condenado saco se atoró. Pensé en tirárselo al basurero del estacionamiento, pero el inteligente hombre leyendo mi pensamieno, expresó: "¡Usted lo tira y yo con el me bajo! Con la frialdad posible me bajé, le arrebaté el saco bruscamente y lo metí en la cajuela. Mis compañeros no salían de su asombro.

Al cruzar el pueblo no dejó de saludar a cuanta gente veía. Horrorizado me martirizaba pensando en lo que dirían de mí. Desié que mi vehículo fuera el auto invisible de la televisión, la cosa se me estaba complicando. Frente a la iglesia pensé en bajarlo, me di ánimo al pensar de que no tenía que darle gusto al cachudo y que mi bienaventurado plan debía de seguir.

"¡Cómo es posible que usted viva tan bien y yo tan mal!", exclamó el viejo al ver la comodidad del lugar. No le contesté. Preparé el café en la pequeña cocina frente a la hermosa sala de demascos y sedas, mientras lo observaba, no se fuera a jalar una torta en el cómodo sofá. Comentó sobre la diferencia de clases como queriendo iniciar una acalorada discusión. No caí en la trampa, quería terminar pronto la tarea.

En el baño, esperé que se disintiera, realmente no podía por lo que le quité el mugroso saco, debajo tenía otro, luego otro, un sweter y varias camisetas. Así le quité pantalón sobre pantalón hasta llegar a un pedazo de tela, el calzoncillo. Prendas que fueron colocadas en una bolsa de basura, no sin antes de sacar sus contenidos, como él lo indicó: papeles, colillas de cigarro, fósforos, monedas, hojas, restos de alimentos, una llave atada a un largo trapo y otras cosas más.

Después del baño y de aplicarle el desodorante, talcos, le ayudé a vestirse. Sugerí en un momento que se cortara la barba, rehusó, permitiendo sólo un pequeño recorte. El hombre lucía bien, sólo que no encontré zapatos, por lo pensé en los "Bracos nuevos", obsequiados en mis cumpleaños y que me habían quedado grandes. Le corté las uñas lo más que puede y se los puse. Con el traje entero y mis zapatos lucía irreconocible, hasta divertido.

Pronto a llevarlo a su casa me pidió la ropa sucia, me negué rotundamente diciéndole que la quemaría. "Está bien que me ayudara a bañar y me diera ropa limpia, pero no tiene ningún

derecho a quitarme esa ropa, además si no me la da, me quito estas carajadas y me pongo lo mío, pues no necesito de nadie". Su respuesta me dejó atónico. Enojado le repetí que no se la daría. En un gesto rápido comenzó a divestirse. Al final se la di no sin antes de lanzarse un sermón salubrista pletórico de frustración. Como enemigos terminamos la tarde. Le llevé al precario, le di dinero y una bolsa el resto de ropa buena. Se bajó, me miró sonriendo y caminó campante entre los numerosos niños y adultos que se reían de él. Con la conciencia tranquila me regresé contento. Sobre el piso del baño encontré la pequeña llave atada al trapo, pensé que era la de su cuarto.

El lunes, el hombre asomando su cabeza por la puerta entreabierta de mi consultorio, me pidió la llave. Me puse de pie muy rápido y abrí la puerta. ¡Horror! Lucía sus viejos zapatos y la sucia ropa de siempre, sujetaba la gran bolsa con fuerza. Me sonrió. Pensé en mis "Bracos" y no pregunté nada. Le di la llave y se fue tranquilo. No puedo negar que sentí nuevamente frustración y mucha rabia. Me volví a consolar pensando en la pureza de mi intención.

Por la noche, en mi cama, los molinos iniciaron su trabajo. Tomé conciencia de que había violado derechos, pues en ningún momento necesito de mi ayuda, mucho menos para cambiar su "modo de vivir". Las aspas me golpeaban fuerte y en cada vuelta me gritaban: ¡Tolerancia! ¡Tolerancia! En el último porrazo aprendí que tenía un derecho ineludible y que nadie podía arrebatarme: en el baño de mi vida, sólo yo podía quitarme mis propias costras.

Francisco Cartín Rodríguez
Climica Jiménez Nuñez.

REGLAMENTO DE PUBLICACION

Artículo 1.

La Revista está dirigida por un Consejo Editor quien delega las funciones ejecutivas en un Editor jefe.

Artículo2.

La Revista se publica cada seis meses.

Artículo 3

La Revista es distribuida a personas e instituciones previa solicitud escrita.

Artículo 4.

La Revista consta de dos secciones.

I. Ciencias y Tecnología
II. Literatura

Artículo 5.

Los trabajos deben ser enviados al Consejo Editorial, Oficina Revista Cúpula. El Consejo Editorial se reserva el derecho de aceptar los artículos.

Artículo 6.

Si un trabajo no fuera aceptado, se devolverá al autor con las razones correspondientes.

Artículo 7.

Los trabajos deben ser originales e inéditos, en calidad de artículos como resultado de investigaciones y ensayos.

Artículo 8.

La presentación de los trbaajos tendrá las siguientes características:

a) Se usará papel bond, tamaño carta.
b) Todas las páginas vendrán numeradas en la esquina superior derecha
c) Todas las partes del manuscrito deben mecanografiarse a doble espacio, en una sola cara, con márgenes de por lo menos 25 mm.
d) Las partes del manuscrito seguirán la siguiente secuencias: títulos, autores, resumen en español, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, ´´abstract´´ (en inglés), referencias bibliográficas, agradecimientos, anexos, cuadros y figuras.
e) Cada parte del manuscrito debe empezar en página aparte.
f) La bibliografía será en orden alfabético, según el modelo expresado en Index Medicus.
g) Debe presentarse una copia.
h) En el caso de que el artículo sea presentado por dos o más autores, se dberá presentar una nota en la cual se señale expresamente el nombre y orden de los autores. Esta nota debe venir firmada por todos y cada uno de los autores del artículo.

Artículo 9.

Los conceptos de los artículos publicados en la Revista, son responsabilidad exclusiva de los autores.

Artículo 10.

El autor de cada trabajo tendrá derecho a cinco ejemplares del número correspondiente.