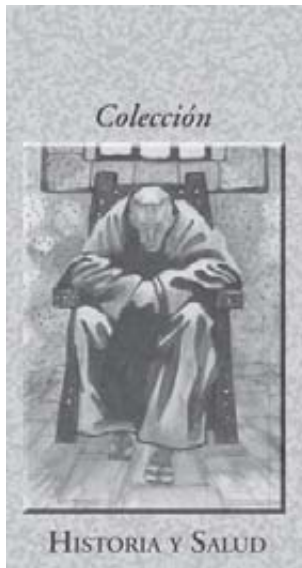


Recensiones

Síndrome Azuela

HÉCTOR RAÚL PÉREZ GÓMEZ



El Hospital Civil de Guadalajara es adictivo. A muchos los ha enfermado de pasión por la ciencia médica, a otros tantos del romanticismo por su historia, a casi todos los que por sus pasillos hemos transitado nos ha contagiado epidérmicamente del humanismo aplicado a la atención por el que sufre, pero algunos de sus hijos han padecido de una cierta locura aun no bien descrita en la *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico* pero que según mi modesta observación clínica preliminar, se caracteriza por una compulsión por escribir literatura histórico-cultural relativa a la medicina, asociada a la obsesión por hacerlo bajo los cánones más depurados y todo lo anterior en un contexto de embriagante taquifilaxia.

En un análisis retrospectivo es posible que Mariano Azuela haya sido uno de los primeros "afectados" por esta entidad nosológica, por lo que una vez completa su descripción no le vendría mal la nominación "Síndrome Azuela". En las últimas décadas esta psicosis ha involucrado a algunos médicos notables de nuestro Caserón de Belén y como usted podrá advertir querido lector, Sergio J. Villaseñor Bayardo se encuentra en fase progresiva y en esta ocasión agudizada; y es que cuando sufre un brote, su buena pluma refina y consecuentemente nos induce hipnóticamente a leer sus excelentes productos de catarsis. Con respecto a este "Síndrome Azuela", es excepcional que un médico joven como Villaseñor, al mismo tiempo que preocupado por el vanguardismo científico de la Psiquiatría, especialidad que magistralmente ejerce, esté inmerso en la investigación del devenir histórico-cultural de su terruño profesional el Hospital Civil de Guadalajara y de la psiquiatría en Jalisco y México, todo lo anterior condensado en sus obras entre las que destacan: *La misogenia: el odio al origen*, *Los hijos del Fraile*, *Las Voces de la Psiquiatría* y *La psiquiatría del siglo XXI: realidad y compromiso*. Y tiene la convicción invariable de que la divulgación de la ciencia, la técnica y la cultura debe darse a través de un medio indeleble, por eso igual lo vemos compilando que escribiendo para producir libros o como editor de la

El espíritu del fraile, Sergio Javier Villaseñor Bayardo. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud OPD Hospitales Civiles de Guadalajara

prestigiada revista *Investigación en Salud* de la Universidad de Guadalajara y de los Hospitales civiles de Guadalajara, a Sergio no le asusta, como a Donatelli, personaje periodista del *Péndice* de Foucault de Umberto Eco, escribir con arrojo y someterse al escrutinio, que para el caso de esta obra podría tener por parte de



eruditos de la vida y obra de Fray Antonio Alcalde y sus herederos notables de la Nueva Galicia.

Con un título subliminal, en el primer tomo, pues a ningún religioso católico contemplativo le ha sido permitido en ninguna época faltar al celibato y por ende tener hijos, este libro deja constancia de una paternidad adoptiva *post mortem* (raro fenómeno), pero no por ello de menor compromiso ¡todo lo contrario! cuando un médico se ha embriagado del humanismo de Alcalde, de la medicina como Ciencia y Arte y de la historia de nuestro “Nosocomio de Belén” se puede considerar digno heredero del XXIV obispo novo galaico y por ende “Hijo del Fraile”. A Sergio Villaseñor le ha asistido el buen juicio de identificar personajes contemporáneos con este perfil pero que adicionalmente como buenos visionarios preocupados por la estirpe y el futuro institucional han proyectado para asegurar el posicionamiento y reconocimiento social de la obra y legado del hijo predilecto de Cigales, España.

Por supuesto no están todos los que son, dada la modalidad metodológica utilizada por el autor, de realizar una entrevista directa a los maestros. Es indudable que a Sergio Villaseñor le hubiera gustado incluir a algunos

“Hijos del Fraile” que ya han partido físicamente y que están en nuestra más grata memoria, creo que algunos de los próximos volúmenes habría que dedicarlo a ellos; pero por otro lado algunos para quienes la modestia radical les es virtud, han preferido no participar por ahora, lo que de ninguna manera los aleja del reconocimiento que nuestra comunidad hospitalaria y universitaria les profesa.

Pero finalmente y si me permiten el término auto-psicoterapéutico debo hacer el más justo encuadre a mi comentario; la grandeza de las instituciones está en su gente y el Hospital Civil de Guadalajara es el mejor ejemplo, bajo conceptos antes emitidos, las nuevas generaciones aspiramos a engrandecer el legado y ser “hijos” dignos. Nadie que conozca nuestra casa y haga presente en su memoria las anónimas y cotidianas escenas de la enfermera asistiendo un procedimiento quirúrgico, del médico brindando una consulta, del administrativo ordenando archivos clínicos o del trabajador de servicios manteniendo

instalaciones óptimas y en pulcritud o de la trabajadora social gestionando un apoyo especial podrá negar que esta gran fraternidad hace propicia la ocasión para que existan “hijos pródigos” del Fraile.

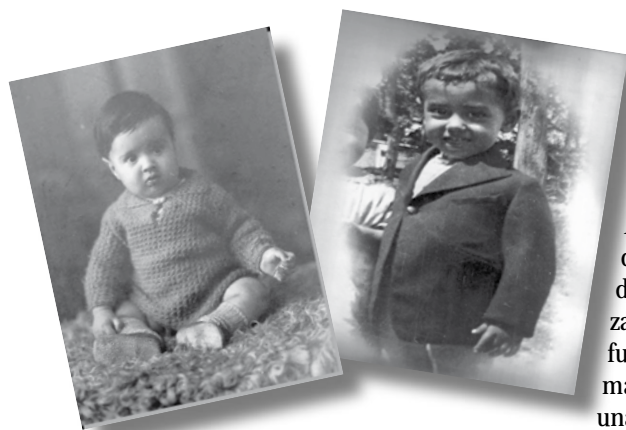
DR. HÉCTOR RAÚL PÉREZ GÓMEZ
Director del Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”.





Regalo fraileano

LAURA RUBIO



medicina. Como ya dije, el contenido del texto, considero, que pretende ir allende de esto y quizá viéndome un poco *husserliana* me atrevería a intuir que la intencionalidad del doctor Villaseñor al comenzar la presente investigación, fue la de precisamente buscar más allá de lo que implica una metodología, un sacudir

Cuando comencé a leer las páginas, pensé que trataría de una historia más que cuentan acerca de los doctores y sus aventuras por el camino de la vida. Sin embargo, al retomar el título *El espíritu del fraile*, me di cuenta de que evoca precisamente eso, aquello que no es tangible ante nuestros ojos, lo invisible pero lo esencial, como en algún momento le diría el Zorro al Principito.

Hoy me atrevo a decir, que el contenido de este libro no es más que una invitación a que hagamos una fusión de horizontes, es decir, no sólo hacer remembranza o adquirir conocimiento de todas estas vidas que hoy se plasman en forma de palabra. Vidas realmente extraordinarias, admirables y muy trascendentes dentro del campo de la

el polvo de los archivos o una que otra agradable conversa. Al leer el texto, justo lo que me ha quedado es esa búsqueda incansable por rescatar el pasado, un pasado que no sólo trae recuerdos sino recordatorios de lo que hemos sido, de lo que somos y llegaremos a ser.

Por lo mismo, dicho texto no sólo pretende recordar las carreras exitosas de quienes aquí se hacen presentes, sus anécdotas, sus sin sabores y dificultades por las que pasaron para lograr obtener no sólo el reconocimiento sino un homenaje. Un homenaje que nos recuerda que aparte de los avances tecnológicos, los descubrimientos científicos, siempre está lo que permanece, lo inmutable, aquello que el mismo título menta y devela de alguna forma; el espíritu.

El doctor Villaseñor me ha hecho pensar en el rescate de lo más auténtico

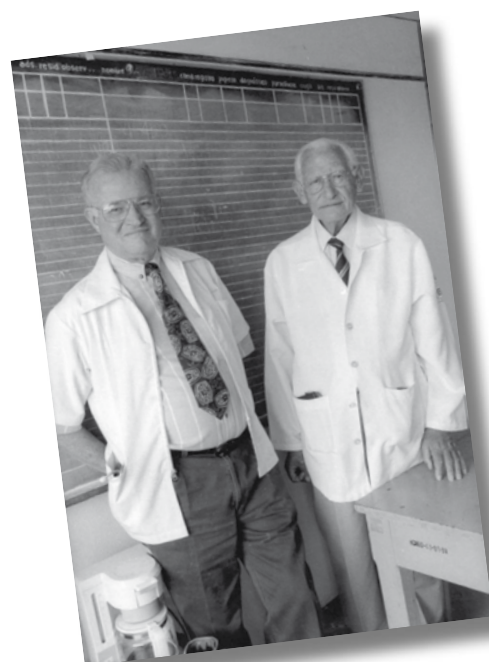
que existe en el mundo, de lo intangible, del valor real de la existencia, de lo más auténtico que posee el ser humano, y esto es, la entrega devota al otro.

Todos estos ejemplos, todas estas experiencias que se dieron de uno u otro modo en el Hospital Civil, todos y todas por la causa, nos hace hablar no sólo de un proyecto si no de la vida misma en donde encontramos las más grandes alegrías como el surgimiento de un nuevo ser, o por otro lado, la tragedia, el dolor, el sufrimiento, incluso la muerte. Esto, no sólo acontece en un hospital, esto es la vida.

De ahí la importancia de rescatar el espíritu no sólo del contenido del texto sino del autor y de todo aquél que lea estas páginas las cuales están impregnadas de recuerdos, recuerdos que no sólo evocan el pasado sino que construyen el presente; este presente que no es más que un instante previo al futuro en el cual debe permanecer este espíritu que resurge de lo más profundo de los seres humanos, el más auténtico de todos: La gratitud y la entrega.

Es este el contenido que quizá el autor quiso enaltecer con grandiosos ejemplos, por los caminos de su memoria y los pasillos de un hospital.

Leer *El espíritu del fraile* es abrir páginas llenas de espíritu las cuales seguramente enriquecerán el de quien las lea.



Recensiones

Antipsicóticos atípicos: largo camino en la investigación

EDITH DEL CARMEN ESCOBEDO FRANCO

En este artículo se incluyeron 15 estudios acerca de medicamentos antipsicóticos atípicos como clozapina, olanzapina, risperidona, haloperidol, flufenacina, quetiapina, entre otros. Dichos artículos de investigación trataban de buscar los efectos de medicamentos atípicos que actuaran sobre el funcionamiento neuropsicológico y neurocognitivo en pacientes con esquizofrenia, desordenes esquizoafectivos o psicosis. No se incluyó ningún artículo en el que tuviera el mismo objetivo pero basado en pacientes geriátricos. Tampoco el análisis fue restringido a estudios que investigaran un solo medicamento antipsicótico particular. Tres de los estudios eran randomizados y doble ciego, y 12 eran estudios abiertos.

Los resultados fueron agrupados en las siguientes categorías: 1) subprocesos de atención, 2) función ejecutiva, 3) funcionamiento de la memoria, 4) aprendizaje y memoria, 5) análisis visoespacial, 6) fluidez verbal,

7) sustitución de símbolo-dígito, y 8) función de motor fino. En los estudios doble ciego, el metanálisis indicó que los antipsicóticos atípicos producen mejoría significativa de atención, funciones ejecutivas y análisis visoespacial. En los estudios abiertos, se encontró mejorías de función ejecutiva, funcionamiento de memoria, análisis

visoespacial, fluidez verbal, la sustitución de símbolo dígito, y funciones de motor fino (todo esto se representa en la tabla 4 del artículo).

Por lo tanto, podemos mencionar que el metanálisis de los tres estudios doble ciego indicó que los antipsicóticos atípicos eran considerablemente mejores en cuanto a efectividad que los antipsicóticos convencionales de acuerdo a la mejoría del funcionamiento cognoscitivo ($X^2 = 14.82$, $p = 0.022$). El metanálisis de los 12 estudios abiertos apoyó los resultados de los estudios doble ciego. En estos estudios, los antipsicóticos atípicos también mejoraron las funciones neurocognitivas ($X^2 = 47.59$, $p = 0.002$).

Este análisis es de gran utilidad en nuestros días como medio de información sobre las diferentes estrategias terapéuticas para la esquizofrenia. Es importante mencionar que no se han aclarado los mecanismos de acción específicos de estos medicamentos. Se sabe que actúan diversos neurotransmisores y regiones cerebrales pero apenas empieza a aclararse esta información. El mismo artículo menciona que son mejores los antipsicóticos atípicos que los convencionales pero que no tienen clara la razón, incluso dice que tiene un largo camino la investigación para justificar estos resultados.

Este es un artículo viejo pero considero que es interesante, intenta recopilar la mayor información posible y exacta para elegir mejor el tratamiento, tomó como material de estudio los artículos mas relacionados y por

"The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis"

Revisión y metanálisis, *Esquizofrenia*, 1999, volumen 25. Autores: Richard S.E. Keefe, Susan Q. Silva, Diana O. Perkins, y Jeffrey A. Lieberman.

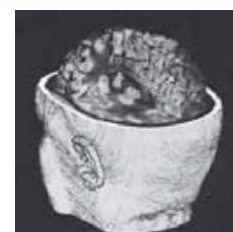
ello no nos desvía del tema principal. Pienso que está un poco desorganizado, y que además son muchas hojas las que se deben leer completamente para poder entender los resultados.

Lo recomiendo a toda persona que este interesado en la terapéutica de la esquizofrenia pues muestra otras alternativas de tratamiento que normalmente no tenemos en mente. Conocemos los medicamentos mencionados en este estudio como parte de un grupo de medicamentos llamados antipsicóticos, pero estamos acostumbrados a utilizar los esquemas terapéuticos ya establecidos como tratamiento para este padecimiento.

Es sumamente importante saber las diferentes opciones de medicamentos para este trastorno y así poder dar al paciente y a las personas que lo rodean una mejor calidad de vida.



Dominios neurocognitivos	Estudios totales n	Estudios que reportan mejoría clínica n	Estudios que muestran mejoría después de las correcciones para múltiples comparaciones n	Metanálisis X2	p
Estudios randomizados, doble ciego					
Dominios neurocognitivo	3	3	2	14.82	0.022
Subprocesos de atención	1	1	1	10.23	0.006
Función ejecutiva	3	2	0	16.93	0.009
Memoria y aprendizaje	2	0	0	4.50	0.343
Análisis visuoespacial	1	1	1	7.46	0.024
Fluidez verbal	1	1	1	5.18	0.075
Estudios abiertos					
Dominios neurocognitivo	12	11	7	47.59	0.002
Subprocesos de atención	5	3	1	15.93	0.101
Función ejecutiva	9	6	2	36.06	0.006
Memoria y aprendizaje	7	3	0	21.24	0.095
Función de la memoria	3	2	0	14.50	0.024
Análisis visuoespacial	4	2	0	17.45	0.026
Fluidez verbal	5	5	3	35.73	<0.0001
Sustitución digito-símbolo	7	6	3	70.83	<0.001
Función de motor fino	3	2	1	17.60	0.007
Inteligencia /IQ	4	1	1	16.50	0.035



Actualización en el tratamiento farmacológico de las parafilias

ALEXIA GISELLE VARGAS RODRÍGUEZ

Según el DSM-IV-TR (2007), las parafilias se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS

La característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban:

- 1) Objetos no humanos.
- 2) El sufrimiento o la humillación de uno mismo u otras personas.

Se presentan durante un período de al menos seis meses, en algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual.

Los parafilicos pueden intentar la actuación de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja o de otros, los comportamientos pueden incrementarse en respuesta a estímulos psicosociales estresantes, en relación con otros trastornos mentales o con la oportunidad de poder practicar.

Las alteraciones que se observan más habitualmente en los centros especializados de diagnóstico de parafilias son la pedofilia, el voyeurismo y el exhibicionismo; donde se observa que aproximadamente la mitad de los individuos que presentan parafilias están casados.

Más del 50 por ciento de las parafilias comienzan antes de los 18 años. Los pacientes suelen presentar con frecuencia tres o cinco parafilias a la vez, o bien se han ido alternando a lo largo de sus vidas.



La parafilia es un trastorno del desarrollo de la identidad sexual (la identidad sexual consta de tres componentes: identidad de género, orientación e intención), con frecuencia exclusivamente en el componente intencional, que tiene tres características:

1. Una preocupación erótica inusual, altamente excitante y prolongada; esta característica siempre está presente.
2. Una presión a actuar en función de las fantasías eróticas; es lo habitual.
3. Disfunción sexual con un compañero durante la conducta sexual convencional; esta característica es frecuente.

CLASIFICACIÓN

Las principales categorías de parafilias contenidas en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)-TR son el exhibicionismo, el fetichismo, el froteurismo, la paidofilia, el masoquismo sexual, el sadismo sexual, el voyeurismo, el fetichismo travestista, y una categoría separada para las parafilias no especificadas, por ejemplo, la zoofilia, la escatología telefónica, etc. Rubén Hernández (2001) cita cerca de 100 parafilias diferentes.

TRATAMIENTO MÉDICO

La importancia del tratamiento médico en la terapia de las parafilias estriba en

que puede ser utilizado para cualquier tipo de parafilia, independientemente de cómo se presente. Esto es una ventaja cuando se compara con la alternativa de la psicoterapia cognitiva, lo cual requiere generalmente una aproximación terapéutica separada para cada parafilia que coexiste. El tratamiento farmacológico para las parafilias reduce significativamente la alta tasa de recidivas de estos pacientes, cuando se abordan solamente desde un formato psicoterapéutico.

Es por ello necesario complementar el abordaje farmacológico con otras técnicas psicoterapéuticas, por ejemplo: las estrategias para la prevención de las recaídas, la terapia de pareja y familiar (en los casos necesarios) y la psicoterapia individual desde diferentes enfoques teóricos (cognitiva, psicoanalítica, grupal, etc.)

La base del tratamiento farmacológico entiende que la sexualidad es un impulso biológico y su objetivo es reducir este impulso, por medio de los neurotransmisores que participan en la conducta sexual, como la dopamina, la serotonina, y otros neurotransmisores sobre diferentes aspectos de la conducta sexual; así como hormonas sexuales y por medio de la manipulación del eje hipotálamo-hipofisis-gónadas sexuales, según sea el caso.

El constructo teórico es que la reducción del impulso sexual resultará en una disminución de la conducta sexual desviada, según se produzca una reducción global del interés sexual, de las fantasías sexuales, de la excitación fisiológica.

Los tratamientos médicos tradicionales eran la neurocirugía esteroatáxica y la castración quirúrgica; de los cuales su mecanismo de acción es la reducción de la conducta sexual desviada al disminuir



nina, inhiben la conducta sexual.

LOS INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PARAFILIAS

Estos agentes han sido utilizados primariamente en el tratamiento de la depresión, en los trastornos fóbicos y en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Los inhibidores de la recaptación de serotonina afectan a la excitación sexual y a la conducta de deseo una

característica descrita como un efecto secundario durante el tratamiento de los trastornos del Axis I del DSM-IV-TR.

Los datos de la investigación que describen la conducta sexual de los mamíferos masculinos y los neurotransmisores monoaminérgicos sugieren que la disminución de serotonina en el cerebro (5-hidroxitriptamina) y el incremento de la neurotransmisión dopaminérgica pueden desinhibir o promover la conducta sexual.

El aumento de la actividad serotoninérgica central o la inhibición de los receptores dopaminérgicos en el hipotálamo pueden inhibir la conducta sexual en algunas especies de mamíferos masculinos.

Estos efectos monoaminérgicos son de particular interés, ya que uno de los efectos de la testosterona en la medicación de la conducta sexual en los mamíferos masculinos es el enriquecimiento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y la inhibición de la sensibilidad de los receptores serotoninérgicos en los núcleos hipotalámicos asociados con la conducta sexual.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina pueden ser prescritos a la dosis "antidepresiva" habitual para los trastornos hipersexuales. De los agentes serotoninérgicos informados,

la testosterona plasmática, la hormona fundamental para el mantenimiento de la conducta sexual en varones y la hormona que está involucrada en el impulso sexual, tanto en varones como en mujeres.

Sin embargo, en la actualidad el objetivo del tratamiento farmacológico es una reducción de la conducta y el interés sexual desviado, por medio de una "castración bioquímica".

FUNCIÓN DE LOS NEUROTRANSMISORES SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL Y LA EXCITACIÓN SEXUAL

Los agonistas dopaminérgicos (por ejemplo, apomorfina), los inhibidores de la recaptación (cocaína) y los precursores (levodopa) en general estimulan la conducta sexual.

La serotonina parece ser el neurotransmisor más importante en la modificación de la conducta sexual por métodos farmacológicos. Se dispone de evidencias de que la vía central de 5-HT es inhibitoria de la conducta sexual.

Los antagonistas de los receptores de la 5-HT (p. ej., la metisergida) estimulan la conducta sexual, mientras los agentes que incrementan los valores de la 5-HT, como los precursores y los inhibidores de recaptación de seroto-

MEDICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIA

Medicación	Dosis	Efectos secundarios más frecuentes o graves
ISRS		
Fluoxetina	30-60 mg	Eyaculación retardada
Sertralina	100-200	
Paroxetina	20-60 mg	
Agonistas LHRH Leuprolerina	7.5-3.75 mg intramuscular/mes	Desmineralización ósea
	11.25 mg intramuscular/tres meses junto con flutamida 250 mg/ tres veces al día durante el primer mes	Disfunción erectiva
Acetato de ciproterona (ACP)	50-200 diarios vía oral	Feminización Disfunción erectiva
Acetato de medroxiprogesterona (AMP)	300-400 mg intramuscular/semana	Disfunción hepática

la fluoxetina y la sertralina han recibido la mayor atención y parecen ser los mas efectivos.

LOS ANTIANDRÓGENOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS PARAFILIAS

El principal antiandrógeno farmacológico es el acetato de ciproterona (ACP). El ACP tiene efectos antiandrógenicos, antigonadotrópicos y algún efecto progestágeno (Bradford, 1983). Este agente, el ACP, puede ser utilizado "como una castración química", ya que ocasiona una completa reducción del impulso sexual y de la excitación sexual donde el paciente es incapaz de tener erecciones.

El principal mecanismo de acción del ACP, es sobre los receptores androgénicos intracelulares, donde bloquea los receptores por inhibición competitiva. Las reducciones en la testosterona plasmática disminuyen las erecciones y la eyaculación, la espermatogénesis y las fantasías sexuales y, generalmente, el interés sexual.



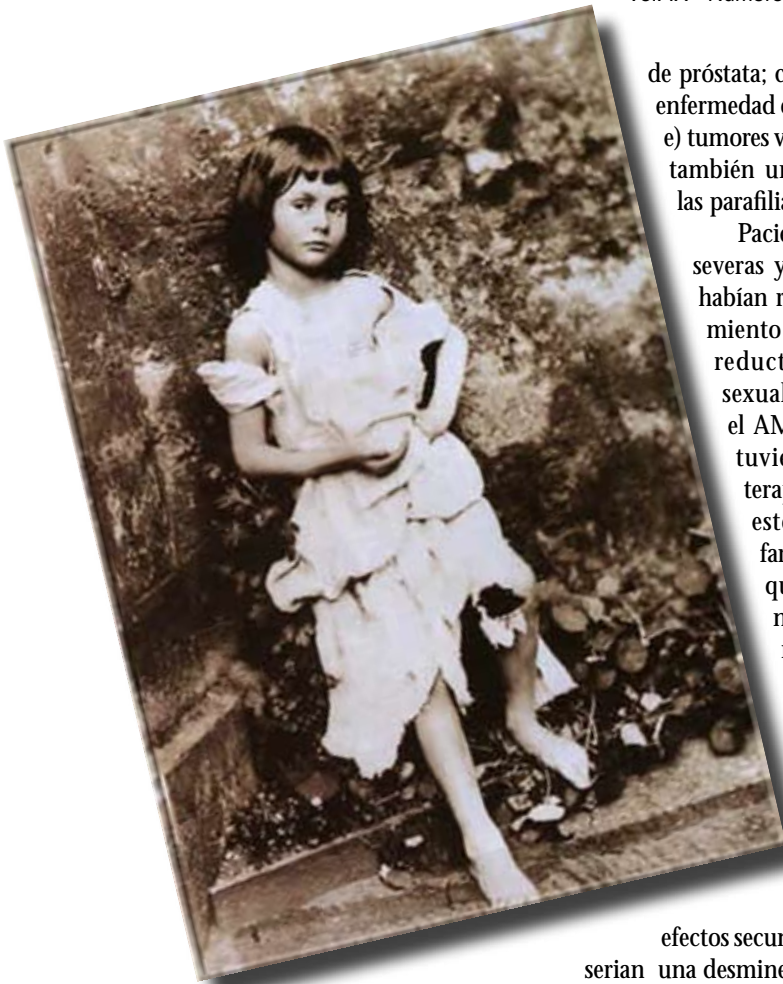
La dosis habitual oral es de 100 mg/día, en general una tableta de 50 mg cada 12 h. La dosis puede variar de una a 4 tabletas al día. Su mejor acción se obtiene a través de vía intramuscular más que por la vía oral, aunque la administración oral también es efectiva en las dosis adecuadas.

El ACP también puede disminuirse gradualmente después de 12-15 meses de tratamiento, y en algunos individuos indefinidamente, sin presentar recurrencia de sus conductas parafilicas.

Entre los efectos secundarios que incluyen: fatiga, hipersomnia, depresión, hipoglucemia, ginecomastia, obesidad, nódulos en las mamas y posibles fenómenos tromboembólicos.

Una ventaja del ACP es que los valores de estrógenos son también bajos debido a las reducciones en la conjugación de la testosterona a estrógeno, lo cual también afecta a la conducta sexual mediada a través de los receptores estrogénicos.

También se ha utilizado como antiandrógeno, en el tratamiento de las parafilias, el acetato de medroxiprogesterona (AMP), que funciona a través de la inducción de la enzima hepática testosterona A-reductasa, causando una reducción de la testosterona por un incremento de su metabolismo, a dosis de 300-400 mg por semana, por vía intramuscular



LOS AGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE LA HORMONA LUTEIZANTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS PARAFILIAS

Al alcanzar la glándula pituitaria anterior, la hormona liberadora gonadotrópica (LHRH) selectivamente estimula las células gonadotrópicas que liberan la hormona gonadotrófica luteizante y la hormona foliculoestimulante, como sabemos, estas hormonas estimulan la producción gonadal de los esteroides sexuales y de la gametogénesis. Los análogos de la LHRH inhiben la producción de testosterona por una sobresaturación del circuito de retroalimentación a través de una estimulación constante.

Para la castración bioquímica requiere la administración continuada del LHRH o del uso de un agonista de LHRH de acción prolongada. Los ejemplos de estos tratamientos incluyen:

- a) niños con pubertad precoz;
- b) castración bioquímica en cáncer

de próstata; c) endometriosis; d) enfermedad ovárica poliquística; e) tumores varios, y f) podría ser también un tratamiento para las parafilias.

Pacientes con parafilias severas y múltiples que no habían respondido al tratamiento con otros agentes reductores del impulso sexual, como el ACP y el AMP o con los ISRS, tuvieron un resultado terapéutico exitoso con estos nuevos agentes farmacológicos. Aunque todos los varones informaban estar muy satisfechos con el resultado de la terapia, muchos de ellos comunicaban un fallo eréctil progresivo después de 6 a 12 meses de tratamiento, otro

efectos secundarios a largo plazo serían una desmineralización ósea.

La administración de los agonistas de acción prolongada de la LHRH inhibe la función pituitaria gonadal. Esto inicialmente incrementa la liberación de LHRH y, por tanto, incrementa los valores de testosterona sérica las primeras 4-6 semanas de tratamiento. Un antiandrógeno, como la ACP, podría compensar un incremento agudo en la secreción de la testosterona, así como la flutamida, otro antiandrógeno. Por lo que para con-

trarrestar este efecto es necesario administrar flutamida, a dosis de 250 mg por vía oral 3 veces al día durante el primer mes de tratamiento, empezando el día de la inyección del acetato leuporelina depot. Pasado este tiempo, la flutamida es descontinuada. Se puede administrar el acetato de leuporelina a una dosis de 7,5 o de 3,75 mg intramuscularmente con un intervalo mensual.

Otra opción terapéutica sería el Acetato de leuporelina administrada cada 3 meses, a una dosis de 11,25 mg. Simultáneamente, se administra ACP 300 mg depot las primeras 2 semanas debido al incremento esperado de testosterona en el suero (Briken et al, 2001) para evitar incrementar el número de fantasías, erecciones y deseo sexual.

En general, si tenemos en cuenta los menores efectos secundarios, en la primera línea de atención farmacológica para el tratamiento de las parafilias estarían los ISRS, luego los agonistas de la LHRH y en tercer lugar el ACP como se muestran en la tabla de la página 147.

Díaz J.
Avances en psicofarmacología.
Revista Psiq Biol., 2002, 9 (2):
94-104.



Recensiones

El estudio “Determinantes de la función social en el desorden bipolar”, está basado en explorar si los factores que predicen la prognosis clínica también predicen la función social. La prognosis clínica se puede predecir por la historia pasada del trastorno bipolar (BP), en el que se incluyen factores como tratamiento, dosis, duración y adherencia al tratamiento, así como factores psicológicos (personalidad premorvida), ya que a pesar de que un resultado clínico suele ser positivo, no necesariamente se acompaña de la recuperación social.

En el estudio los pacientes seleccionados cubrían los siguientes criterios: 18 años o mayores, reunir los criterios del DSM IV para unipolar y desorden bipolar afectivo actualmente, estar en contacto con servicios psiquiátricos de adultos y generales, y llevar un control del suero en plasma de manera que se monitorea el litio, la carbamazepina o el valproato de sodio (estabilizadores del ánimo). Se excluyeron pacientes con desorden orgánico cerebral u otro problema cognitivo, y todos aquellos que no pudieran contestar los cuestionarios o dar su consentimiento informado. Valorando a una muestra de 77 pacientes bipolares.

La información se obtuvo de una encuesta semiestructurada con duración aproximada de una a cinco horas, obteniendo información de la historia demográfica y psiquiátrica (edad, género, situación de vida actual, estatus del empleo, estado mental actual; edad de comienzo, número de episodios, y medicamentos actuales; adherencia a la medicación (seguimiento completo, adherente, o parcialmente); síntomas actuales (activación y depresión), calculando el índice de manía y depresión; personalidad premorvida (calificándose en base al panorama de sí mismo antes del comienzo de los síntomas, extroversión = espontaneidad, neuroticismo = sensibilidad y tendencia a preocupar); ajuste social, con puntajes según la



función social en siete dominios (empleo, trabajo de casa, actividad de ocio, familia extendida, marital, fraternal y vida familiar), valorando la calidad del ajuste según la conducta, desempeño, satisfacción y fricción en relaciones interpersonales; población general saludable con *score* de 1.5, buena función 1-1.9, función moderada 2-2.9, función pobre 3-5.

El análisis se realiza usando una correlación parcial del número de dominios activos, comparando características básicas, demográficas y clínicas; las pacientes eran 77 (mujeres 44; hombres 33), del total, 88 por ciento eran bipolares tipo I, el resto tipo II, con edad media de 42.1 años, 43 por ciento tuvieron más de diez episodios, y se hace notar como el 69 por ciento vivían en circunstancias de compañía u otras significantes como trabajo, familia extendida entre otras.

Los resultados del artículo se relacionan y fundamentan algunos temas, como variables clínicas de los pacientes bipolares con conducta suicida; podemos observar que la función social pobre en individuos con BP se reconoce cada vez más, un estudio reciente demuestra que solo el 20 por ciento de los análisis estadísticos, se emprendieron para descubrir que determinantes del resultado funcional eran capaces de identificar positivamente los factores significativos, y se encontró que la única variable clínica sólida del ajuste social eran los “síntomas depresivos”; como la ansiedad, insomnio, ideación suicida, y desesperanza ya antes discutidos en el curso y aunado con la publicación se puede concluir que estos pueden predecir la calidad completa de la función social y revelar una medida de la personalidad (neuroticismo), que se asocia significativamente con el ajuste social; podemos añadir que las variables



demográficas, son las determinantes más robustas de función social.

Los niveles más altos de neuroticismo se asociaban con recaídas más frecuentes y niveles más altos de síntomas entre episodios, pero sigue en debate si el neuroticismo es sinceramente una variable de rasgo o es mejor considerado como un marcador del estado de la depresión del grado bajo persistente.

Otro punto que ha sido muy debatido durante el curso y mencionado en esta publicación es la adherencia al tratamiento, pudiendo observar que aunque hay una mejoría clínica como resultado de los fármacos, casi nunca es posible que también mejore la función social, y el individuo se reincorpore de nuevo a la sociedad, esta mejoría social cabe destacar que también se ve influida por la cultura en la que se desarrolla el paciente. Por ejemplo, Tsai encontró que aunque la adherencia a la medicación se asociara positivamente con el resultado clínico, una proporción significativa de su muestra no tuvo un resultado favorable.

Tampoco es de sorprenderse que si un individuo reside con otra persona significativa, como en el trabajo o la familia, esta tenga mayores oportunidades y probabilidades de comprometerse en un espectro de la actividad social, ya que pueden compartir los intereses de estos y tener un conjunto más fijo de ritmos sociales, y podríamos considerar a este un marcador del ajuste o del estado social del paciente. También se pueden asociar otros rangos como el parentesco.

En lo personal, la publicación se puede pulir y necesita ser complementada por más estudios, pero está bien relacionada con los problemas de ac-

tualidad, y puedo concordar con que una estrategia alternativa del análisis o tamaño de la muestra más grande, puede producir combinaciones diferentes de las determinantes y explicar una proporción más grande de la variación. A su vez hay que hacer notar que el ajuste social no es una construcción fácil de medir, y muchos estudios publicados sólo han explorado la calidad de función. Se hace la sugerencia que la calidad y la cantidad de la función, puede ser un enfoque útil para mejorar nuestra comprensión de las consecuencias sociales de BP. Además de que muchas de las asociaciones observadas pueden requerir datos bidireccionales y longitudinales prospectivos, para entender mejor la causa y el efecto; ya que sólo el 33 por ciento de la variación en la calidad de función fue justificada

por los factores explorados, por lo que sugieren un trabajo adicional, para comprender la premorbididad y los factores posteriores al comienzo los cuales pueden dañar el ajuste social, y ayudar a desarrollar intervenciones clínicas para promover una mejor función social en individuos con BP.

Determinants of social functioning in bipolar disorder

Pope M, Dudley R, Scott J. *Bipolar Disord* 2007; 9:38-44; Blackwell Munksgaard, 2007



De **fotos** y lugares

DOLORES MARISA MARTÍNEZ MOSCOSO

*The camera is a fluid way of
encountering that other reality.*

Jerry N. Uelsmann

*To experience a thing as beautiful means:
to experience it necessarily wrongly.*

Friedrich Nietzsche

Yo digo que a Ameca le gustaba mirarse. A fuer de eso para algunos de sus hijos se inventó la fotografía. Hay lugares así...

Esta publicación contiene apenas una pequeña parte del acervo fotográfico que el pueblo de Ameca de manera generosa proporcionó para la creación del Centro de la Imagen Fotográfica. Se trata particularmente de fotografías del lugar (calles, plazas, ríos, rieles, estaciones, etcétera) y tres retratos del extraordinario fotógrafo Juan de Dios Macháin, autoinmortalizado en curiosa paradoja por sus retratos de la "muerte niña"¹.

"Fotografiar es apropiarse de la cosa fotografiada" señala Susan Sontag en su libro *Sobre fotografía*. Yo digo que mirar es apropiarse de lo mirado. Las fotografías de Ameca, en un primer e incipiente momento nos acercan al lugar y sus cambios. Nos muestran las transformaciones que se van realizando en las calles y edificios y el uso laboral, lúdico, festivo y ritual de los espacios públicos.

Entre las fotografías presentadas, la más antigua de ellas (página 55), fechada en 1895, también de la autoría del citado Macháin, es una imagen exterior de gente sobre el puente del río Ameca y sus cercas de carrizo. El fotógrafo, creador de estudio, se aleja sorprendentemente no sólo del espacio habitual de su tarea, sino también de la moda casi exclusiva de la realización de retratos que había imperado en el país, sobre todo en el centro de éste, durante las



décadas de 1870-1880 (Debroise 1998: 34) y que había alcanzado a la provincia en esos años y posteriores. Este hecho se debía en parte al tamaño y peso de los equipos (difícilmente trasladables como los actuales) y a sus costos que suponían que el que los adquiriese casi siempre lo hacía para ganarse la vida con ellos.

De vuelta a la imagen, su calidad nos revela la ya amplia experiencia de su creador y este hecho, para 1895², se vuelve relevante porque, mientras que a la ciudad de México el daguerrotipo había llegado a finales de 1839, a Guadalajara arribó entre diez y catorce años después.³ Eso significa que Ma-

1. Un nombre que se ha vuelto común y que resultó de la acertada adaptación de una frase del poema "Muerte sin fin" de José Gorostiza para el número 15, de la primavera de 1992, de la revista *Artes de México* titulado "El arte ritual de la muerte niña".
2. En otros materiales de Gutierre Aceves, quien dio a conocer más ampliamente la obra del fotógrafo, no se proporcionan fechas de realización de sus trabajos. De ahí que el que se ofrezcan en este libro datos más precisos sobre Macháin es una riqueza extra del mismo.
3. Existe una diferencia entre lo que afirman la fotógrafa Elizabeth Dalziel y lo reseñado por el historiador Alberto Santoscoy al respecto de las fechas de llegada de la fotografía a Guadalajara. La primera asegura haber encontrado en un ejemplar del diario *La voz de la alianza* un anuncio de 1849 en el que se ofrecía la realización de retratos; mientras que el segundo aseguró que esto ocurrió entre 1852 y 1853 (cfr. Santoscoy 1986 y el artículo "De la fotografía como historia y patrimonio" aparecido el 19 de septiembre de 1996 en *El Informador*).



La fotografía más antigua (página 55), fechada en 1895.

cháin no sólo fue pionero en el arte y oficio de tirar fotos, sino que se dedicaba de manera concienzuda a él con una mirada privilegiada que en corto tiempo le permitió lograr construcciones visuales como la que a continuación reviso con más detalle.

En la toma citada, el fotógrafo plantea cinco campos expresivos ampliamente perceptibles porque la lectura está organizada en líneas que delimitan y le dan continuidad a la imagen, la zeta

invertida que da inicio con la cerca de carrizos y termina con la línea arbolada del fondo ofrece una salida suave y cuidada a la mirada. Además, el motivo del puente (punto de reunión del poblado y núcleo formal de interés del fotógrafo) no se pierde en la lejanía porque el realizador aprovecha el primerísimo plano que ofrece el agua para “presentar” su imagen con el reflejo onírico de los niños pequeños que, agarrados a la cerca, parecen esperar su turno de subir al puente, de pasar al siguiente plano (¿vital?) en el que los hombres, la mayoría, se van perdiendo.

La mirada próxima, aunque no incluyente, de la fotografía desarrollada por Macháin en Ameca que aparece en la gráfica someramente revisada, se va transformando de manera lenta, pero inexorable. Así, la colección habla de un cierto orgullo, vínculo de pertenencia, por ser pertenecer a ese lugar, que se expresa no en la proximidad, sino en la distancia respetuosa que se toma al recortar, con la cámara las construcciones, obra del hombre, desde la lejanía. No pertenece el lugar a sus pobladores, sino éstos a aquél, parecen decir las fotos.

Las tomas, casi todas ellas, en ligeros o pronunciados picados y contrapicados nos señalan la posición de sus realizadores y la separación que éstos establecen con su objeto. No aparecen la calzada Ramos Millán, el puente sobre el río Ameca, la parroquia de San-

Hacienda “El Cabezón”





Enrique Martínez Curiel
Luces de una memoria compartida. Historia gráfica de Ameca (1895-1968)
Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2006, 115 p.

Un instante largo para 1908.

tiago Apóstol o
siquiera la calle 5 de
mayo a nivel de los ojos del fotógrafo,
todo se desnaturaliza y engrandece.

Las calles retratadas suelen mostrarse con un encuadre clásico para el que sirven las edificaciones cercanas al punto de cámara. Casi todas ellas de principios del siglo xx, utilizan la línea vial para establecer un punto de fuga y lograr que la imagen transmita una atmósfera de inmovilismo y quietud de la que se quita todo posible dinamismo y se la dota de una hierática perdurabilidad.

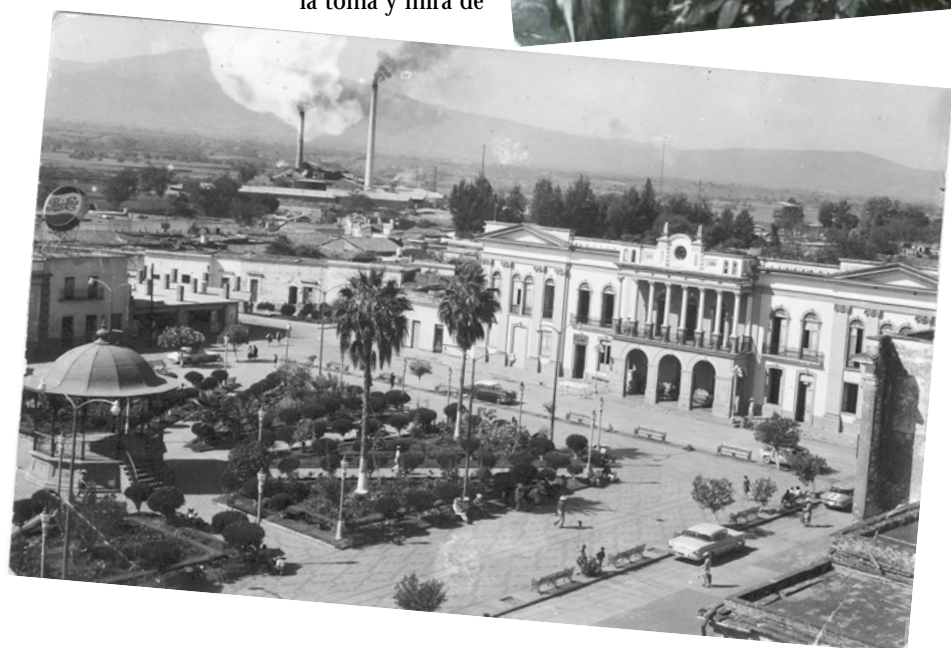
Este rasgo, concuerda con un cierto pintoresquismo prevaleciente en la época. Hay una percepción o intención bucólica, romántica e idílica que no deja aparecer elementos disonantes de la quietud buscada. Los pocos sujetos que se muestran se esconden en las sombras de las bardas o se alinean con el paisaje. Una excepción es el hombre que parece dominar la foto de Arturo Ríos de la página 41. Aquél se resiste a decorar la toma y mira de

frente,
sin temores, al
fotógrafo en el momento
justo del disparo. Eso, para 1908, es un
instante largo. El fotógrafo lo ha visto y
rompe ese equilibrio, enmarcado por los
cerros en el suave tono de fondo, con el
retrato involuntario de un viandante.

Otro hecho a destacar es que todas las fotografías presentadas en el libro fueron producto de la mirada masculina. No hay una sola de ellas atribuible a una mujer. Estamos mirando lo que miraban los usufructuarios comunes del espacio público y su manera

de percibirlo. El hecho, si lo adscribimos a la historia de la privacidad de lo femenino, parece no discordar con lo ya conocido; sin embargo, desde finales del siglo xix en México, el de la fotografía fue un negocio familiar que se transmitió no sólo de padres a hijos, sino también a esposas e hijas (cfr. Debroise 1998: 52-53). Me pregunto si hay en el acervo general de fotografías de Ameca, obras de mujeres que ofrezcan la perspectiva de ellas.

Luces de una memoria compartida, me queda claro, no es un libro de fotografía. En él las fotografías constituyen un hermoso pretexto, un tesoro que aparece compilado ahí y, a partir de ellas, es posible atisbar en el espacio público de Ameca. Sin embargo, hubiera valido la pena exprimir las imágenes, deconstruirlas y volverlas a armar, hacerlas hablar más y revelar los cientos de secretos que contienen. Ése es, en la academia, el mejor homenaje que se les hubiera podido haber hecho a esas obras y a ese lugar.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Debroise, Oliver (1998) *Fuga mexicana. Un recorrido por la fotografía en México*. México: Conaculta.
Santoscoy, Alberto (1986) *Obras completas*. Jalisco: uned.
Sontag, Susan (1990) *On Photography*. Nueva York: Picador.