

DE MARY A MARÍA A TRAVÉS
DE LA ALEXITIMIA:
UN CONSTRUCTO¹ DE LA CULTURA

BENJAMÍN DULTZIN ARDITTI
EMILIO RIVAUD MORAYTA

El cuento de José Luis Díaz nos resultó una invitación a explorar el nuevo campo de la neurobiología de la conciencia desde nuestra posición de psiquiatras psicoanalíticos. Nos hace preguntarnos sobre los límites entre la explicación del dolor físico, con todas sus implicaciones neurobiológicas, y los límites de lo que nosotros llamaremos *dolor psíquico* en el contexto de la relación psique-soma, es decir, del sufrimiento, que es lo que a fin de cuentas lleva a las personas a pedir ayuda.

La relación entre la medicina en su conjunto y el dolor y sufrimiento humanos constituye un desafío enorme para nuestra época. Los reportes de la Organización Mundial de la Salud pronostican que para el año 2020, la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares será la depresión. Más que nunca, la psiquiatría ha de continuar centralmente su actividad como psicopatología descriptiva. Esta es una red experiencial que entrelaza al observador y al paciente con sus síntomas. El clínico ha de escuchar el discurso del paciente para describir inicialmente la sintomatología con el mayor apego posible al fenómeno clínico, para después decidir cuál aproximación se acerca más a sus propias creencias sobre los síntomas que estudia.

La incorporación de la experiencia subjetiva a la semiología médica es la contribución más importante del siglo XIX en lo que a la psiquiatría se refiere. La clínica francesa aportó nociones como la de experiencia interna y contenidos de la conciencia. Freud, por su parte, realiza la gran revolución científica del siglo con el descubrimiento del inconsciente. En el centro del examen del estado mental se consideró a la introspección².

La semiología, parte del método clínico por tradición, acerca, establece y sostiene la relación médico-paciente. La psiquiatría actual padece cada vez más de ausencia de una semiología en su práctica. Es así que podría-

Servicio de Psiquiatría del Hospital Ángeles del Pedregal, México, D. F. / bdultzin@prodigy.net.mx
/ dultzin@servidor.unam.mx

Psiquiatra y psicoanalista / rivaud@prodigy.net.mx

Este texto comenta el artículo de José Luis Díaz (2002), "El dolor de María", *Ludus Vitalis* 10 (18): 149-154. Disponible en www.ludusvitalis.org/debates.

mos hablar de la alexitimia de la psiquiatría. Se limita, la psiquiatría actual, a la clasificación ateórica de las entidades clínicas aspirando a una explicación fisiopatológica que, ligada a la utilización de un psicofármaco, pretende resolver el problema en cuestión, sin considerar que en el centro de la práctica psiquiátrica se encuentra la relación médico-paciente y el estudio y construcción de cada caso en su singularidad.

Esto se pone en evidencia en la psicoterapia de las psicosis, donde la práctica de la semiología establece la transferencia desde el analista hacia el paciente y propicia que la escucha del delirio y el planteamiento transferencial del mismo, por parte del paciente, eche a andar su *inconsciente* y así, junto con la medicación conveniente al caso, se logren resultados diferentes a los que se obtendrían con sólo diagnosticar y medicar³.

La escucha cuidadosa de cada palabra del paciente, la atención a la construcción subjetiva de su sufrimiento es no solamente la principal actividad del psiquiatra o del analista, sino la del médico en general.

La alexitimia también es un rasgo de la personalidad que se expresa en cuadros clínicos tales como la bulimia, las enfermedades psicósomáticas, las crisis de pánico, los desórdenes en la alimentación, las adicciones y en la depresión somatomorfa, donde el dolor psíquico se disocia, no se expresa como tal y aparece en forma de molestias físicas caracterizadas por dolor. Destaca la forma en que los síntomas se manifiestan en la singularidad de la cultura y de la condición socioeconómica.

El relato de José Luis Díaz nos lleva por muchos caminos en busca de más datos que complementen la historia de María, y en esta forma de proceder estableceremos algunos comentarios. Nos llama la atención la intensa y particular transferencia, la cercana relación entre María y José Luis Díaz, así como lo escueto de los datos acerca de su historia a pesar de la gran cantidad de material que parece haber surgido de un encuentro de varios años. El relato da la impresión que él se ha concentrado en las preocupaciones de ella, sin meter las propias para no entorpecer el encuentro, así como que ha sabido escuchar y ha dicho pocas cosas intentando entender y no confundirla, a la manera en que un buen psiquiatra hace semiología; así José Luis Díaz deja hablar a su personaje. Parecería que la ha acompañado por largos periodos y variados estados emotivos, que analizaremos más adelante. Por su parte él ha ido modificando su teoría sobre la *qualia* del dolor (el sentimiento puro de las sensaciones como cualidad subjetiva del dolor consciente, transmitida por el lenguaje) de acuerdo con lo que ha ido escuchando de María.

Destaca en un primer plano el encuentro entre María y José Luis Díaz, que les ha llevado a estar en una cercana y duradera relación amistosa, que ha permitido que fluya la confianza y que ella transmita al escritor su

sufrimiento, su historia y los problemas internos que le van sucediendo, así como los intentos de solucionarlos. Todo eso ha llevado a José Luis Díaz a plantearse una enorme cantidad de preguntas e incluso a establecer respuestas que constituyen una teoría sobre la conciencia. De acuerdo con su relato “de neurociencia-ficción ⁴” se han desplegado intensos sentimientos entre ellos. Estar en el tiempo del otro no es poca cosa; escuchar sin decir palabra no es un discurso fácil de sostener.

María no aporta mayores datos sobre su historia familiar, ni sobre los recuerdos biográficos con los que se relacionan los importantes cambios en la subjetivación operada en ella durante la (re)aparición consciente del dolor.

De acuerdo con V.S. Ramachandran, “el término conciencia no significa nada a menos de que pueda reconocerse la significancia emocional y las asociaciones semánticas de lo que se está experimentando ⁵”. María pues no reconoce sus reacciones emocionales y produce escasas asociaciones semánticas ligadas a ellas; no tiene referencia al dolor más que con lo que llama *ersatz*, la percepción del dolor desprovista de la cualidad desagradable. Es decir, no existe la emocionalidad ligada al dolor, a la experiencia dolorosa, ni la palabra justa que la describa. María es una *zombi* para el dolor, es decir, un ser desprovisto de conciencia al dolor. No tiene acceso a la *qualia* y sus necesidades de vinculación afectiva son colmadas no con las demás personas, sino sólo con su gato; su afecto es sostenido por él.

Los términos ligados a las emociones, entre ellas el dolor, tienen, como nos dice José Luis Díaz ⁶ por lo menos dos significados emocionales claramente distintos:

1. La sensación aversiva en extremo debido a un daño corporal referido usualmente al sitio de la lesión.
2. El sufrimiento por la pérdida de un bien, es decir dolor/pérdida.

La muerte del gato precedida por un sueño funciona como cumplimiento de deseo en el sentido freudiano. Al soñar que siente dolor—su máximo deseo—lo experimenta. Pero no hubo daño capaz de introducir a María al dolor más que la pérdida de su gato, es decir, su alter-ego, puesto que la sostenía especularmente como opuesto complementario. El sentir no el dolor pero sí la pérdida permite que María se cure, pues la pérdida como dolor la introduce en la *qualia* dolor/daño.

Al morir el gato se asesta un golpe adicional a su narcisismo; se agrega al fracazo de su deseo por ser punta de lanza en el conocimiento del dolor. La muerte del gato no le permite sostener más su narcisismo. Ya no le colmará más el vacío de afecto, y de ahí en adelante le duele la pérdida y le duele el daño; experimenta por vez primera el dolor cuando se quema y corta el pie.

Podemos con esto decir que a María le pasaba lo que hoy le pasa a la psiquiatría; lo que le pasa a algunos pacientes: era portadora de una alexitimia. Al no sentir el dolor tenía una dificultad marcada para identificar, describir y comunicar las emociones. De igual forma, a la psiquiatría actual le resulta cada vez más difícil describir los signos y síntomas, es decir, adolece de *qualia* semiológica, la herramienta que utilizan los clínicos para establecer una relación medico-paciente y que contribuye en forma importante en la cura.

Los pacientes que sienten menos el dolor anímico lo desplazan hacia lo somático, y ocurre con frecuencia un cuadro clínico llamado "depresión somatomorfa" o depresión que duele. Estos pacientes tienen dificultades para distinguir entre los sentimientos y emociones, por un lado, y las sensaciones corporales, por otro. Tienen además un deterioro en la capacidad de simbolización que se manifiesta en una pobreza en la fantasía y otras actividades imaginativas, y una preferencia por enfocar cognoscitivamente acontecimientos externos más que experiencias internas, o *qualia* o subjetividad. Así como existen los acromatópsicos (*color-blinds*), María era una "ciega emocional" al dolor, que pudo volver a "ver" sus matices al descolocarse de la posición polar que vivía con su gato. Lo que faltaba era la *qualia* del dolor, lo doloroso del dolor.

La *qualia* como la cualidad subjetiva de la sensación consciente se puede expresar sólo de forma aproximativa utilizando el lenguaje y la experiencia inefable se pierde en la inevitable traición de la traducción. Ello significa que, primero, la palabra es necesaria pero no suficiente y, segundo, que la sensación es previa a la palabra, pero está mediatizada por ella como convención social que conforma la manera de sentir. La conciencia de lo que sentimos no sólo depende de la integridad de los elementos neurofisiológicos, sino de la matriz social en la que el sujeto está inmerso.

Podemos sugerir que María estaba presa en una "cámara de aislamiento" afectivo, manifestada por su indiferencia a las relaciones afectivas con los otros: "no tenía el tiempo ni la energía para estas nimiedades, que por lo demás nunca le habían interesado". Llama la atención la continua referencia a su infelicidad, tristeza, abatimiento e, inclusive, ideación suicida, lo que nos hace pensar en una depresión somatomorfa no asumida debida a la alexitimia, es decir, a la dificultad para percibir y expresar emociones.

Es común en este tipo de pacientes la discapacidad de sintonización vital con los demás, produciéndose un trastorno en la intercomunicación humana. Los síntomas son la emisión de mensajes engañosos o contradictorios, la presencia de trastornos de la visión cromática, y una brusca pérdida del sabor de la comida que se instala de la noche a la mañana y que continúa hasta que aparece la sintomatología depresiva. En la esfera de la sensibilidad general puede existir un descenso o aumento del umbral

del dolor, llegando en ocasiones, como en el ejemplo en cuestión, a que el paciente perderá toda sensibilidad hasta que los síntomas de la depresión adquieran el primer plano en su interés. En estos pacientes la actividad gestual comunicativa se centra en la expresión facial⁷.

Veamos lo que para Joyce McDougall significa el afecto que, a diferencia de la representación ideacional, es un concepto límite entre cuerpo y psique, y jamás puede ser encarado como un fenómeno puramente psíquico. Recordemos que la adquisición de la representación psíquica del dolor, esto es, la *qualia* del dolor, se resuelve en María de la noche a la mañana. La serie frustración, el primer llanto, el sueño, la muerte del gato y las heridas en el pie, establece un puente perceptual entre lo somático y lo psíquico, y posibilita una integridad psicósomática no percibida debido a la alexitimia que limitaba su percepción consciente de sus sentimientos subjetivos.

Si abogamos, con José Luis Díaz, por un monismo de aspecto múltiple⁸, al considerar este caso, la falta de *qualia* del dolor de María como una totalidad que abre el camino a la cura, necesariamente ha de incluir el conocer la historia de María. Podemos suponer, con los datos que contamos, que ésta hubiese sentido el dolor por resignificación retroactiva que la conectó con un acontecimiento del pasado arcaico sumamente doloroso y que, siguiendo a McDougall, la escisión o el repudio psíquico (*forclusión* para Lacan) lo excluyeran de la percepción consciente. Esta historia traumática precoz se asocia al dolor inconmensurable que provoca la muerte del gato, dolor que no se percibe como tal sino hasta que se hiere el pie. Autorizada por ella misma a través del sueño, en el que sí sabe lo que es el dolor, descubre la experiencia dolorosa. Al despertar, ve muerto al soporte de su carencia de afecto y con ello despierta también el afecto negado y repudiado. Es posible pensar que María sufrió un desamparo muy arcaico, una desafectación que la privó del sostén afectivo necesario para matizar futuras experiencias emocionales.

El monismo de doble aspecto que representa el cuento de María parece poner el dedo en la llaga al señalar la experiencia de la muerte del gato y el sueño previo como una situación vivencial. Ésta incluye factores de tipo conductual y neural, factores mentales de atención y conciencia, y factores del medio ambiente y social. Como afirma José Luis Díaz, la experiencia es la unificación de estos factores en un proceso espacial y temporal de sucesión de puntos: el aquí y el ahora.

Por otra parte, el modelo biopsicosocial al que nos referimos mantiene, junto con Wittgenstein, que el proceso privado de la experiencia es encarnado en el mundo público del comportamiento del sujeto, en su muy particular contexto social, y no sólo en su cerebro.

Entusiasmados por el caso, nos abocamos a rastrear datos nuevos sobre aquello que María no encontró. Nos enteramos por nuestro amigo el

doctor Efraín Aceves que seguramente se prepara, en algún laboratorio de San Francisco, la producción de cepas de mutantes de la mosca *Drosophila* que no respondan al dolor y que, por lo tanto, muy probablemente no contengan terminales dolorosas tipo C. Con esto se determinarán los genes participantes en el desarrollo de este tipo de fibras y las modificaciones de la estructura neural resultante, así como las proteínas que mediarían en esta modificación genética. Esto abriría la posibilidad de tratar intencionalmente lo que aparece como la cura espontánea de María.

También nos enteramos en la *Web* que la *Janelia Farm Research Campus*, proyecto financiado por el Instituto Médico Howard Hughes, que arrancará en 2006, pretende lograr en tiempos récord solucionar el problema por entero, desde los circuitos precisamente involucrados hasta las imágenes y el procesamiento computacional producto de las nuevas tecnologías, todo ello aplicado a nuestros congéneres. Intentarán abordar las más relevantes preguntas duras de la neurobiología actual y explicar lo altamente complejo de la conciencia y los mecanismos completos de la alimentación, del caminar, del enamorarse o del aprendizaje.

Encontramos en otras partes a familiares directos de nuestro personaje. A *Mary*⁹, de Frank Jackson, una brillante científica que estudia el color, y quien está confinada en una habitación donde todo ocurre en blanco y negro (puede hablarse de que sufre de una suerte de "acromatopsia impuesta"; por cierto, la alexitimia aparece en los torturados, presos y secuestrados). Ella aprende todo lo que hay que saber sobre los hechos físicos de la visión cromática. Si un día fuera liberada, entonces aprendería algo más, la *qualia* de la visión cromática, la cualidad subjetiva del color, y entonces podremos decir que la explicación fiscalista no agota el concimiento. María trata de ir más allá de su predecesora, al presentar una deficiencia en una *qualia*, con una fenomenología diferente que cuestiona en forma más específica la dimensión subjetiva y su dependencia del contacto humano.

La personalidad psicosomática fue trabajada en forma intensa por los primeros analistas alrededor de Alexander, y continúa siendo elaborada por analistas como McDougall, quien brillantemente describe las dificultades que los psicoanalistas enfrentan en el tratamiento de la alexitimia; ello lo relata en un texto titulado "Dolor sin lágrimas. El caso Tim"¹⁰. Esta autora evita clasificar la alexitimia como un *trastorno psíquico* o *enfermedad* para prevenir el riesgo de clasificar nuestros pensamientos, petrificándolos y no permitirles transformarse; prefiere llamarle *desafectación*, entendiendo por esto las palabras que pierden su liga pulsional. En la experiencia de McDougall, estos pacientes

no sufrían una incapacidad para sentir o expresar una emoción, sino una incapacidad para contener un exceso de experiencia afectiva (próxima a la angustia psicótica) y por tanto una incapacidad, en estas condiciones, para reflexionar sobre esta experiencia. Cuando se produce el fenómeno de desa-

fectación, resulta evidente que el sujeto también corre el peligro de ver alterada su capacidad para soñar, lo que puede aumentar el riesgo de un desmoronamiento psicosomático ¹¹.

Brevemente esbozado, Tim, desde su más tierna infancia anheló ser inaccesible al dolor psíquico así como al dolor físico; ser un hombre sin corazón. El entorno de aquel niño le instaló en un ideal de invulnerabilidad afectiva, de desafectación. Quizás malinterpretara a su madre, aunque es probable que ella, en sus intentos por superar su propio dolor mental, haya preconizado para sus hijos el control absoluto de todo signo de afecto. Nada de llantos, nada de miedo, nada de ira, bajo la amenaza de perder su amor. Porque había amor aunque no se hablara de él.

El paciente sufría: “me siento vacío dentro de mí y sin contacto con el mundo externo”. Tenía una buena situación profesional, aunque su trabajo universitario había perdido todo atractivo. No compartía la alegría de vivir de su mujer y sus dos hijas. Raramente experimentaba placer en su vida de pareja.

Daba pocos detalles de su infancia. Único varón de tres hijos; el padre murió súbitamente cuando Tim tenía seis años. Recordaba la muerte de su padre con exactitud. “Había ido a pasar unos días con mi tía; ahí tuve un vergonzoso e inesperado accidente fecal. Al día siguiente mi tía me dijo que algo había pasado con mi padre; pensé que lo habían metido a la cárcel. Cuando mi tía dijo que no, que había muerto, quedé convencido que era mi culpa, por lo ocurrido el día anterior. Como si lo hubiera matado con mi caca”. No recuerda que la muerte de su padre le hubiera trastornado: “no lloré”.

A la pregunta de si había otros recuerdos de su padre, respondió despectivo: “Era un vividor”. Paradójica forma de describir a un padre muerto. ¿Sería posible que desde entonces Tim hubiera sepultado, con el “vividor” de su padre, su propia vivacidad? Añadía a este relato que “nunca he llorado ni soñado”. De él emanaba un sentimiento de desesperación y muerte interior que iba más allá de las lágrimas. Al analizarse intentaba recuperar una parte perdida de sí mismo.

En los primeros momentos del análisis aceptaba las interpretaciones, pero no le producían ningún afecto. Recordaban escasas pero conmovedoras escenas infantiles.

En el cuento que José Luis Díaz relata sucede algo parecido al relato de Joyce McDougall a propósito de la relación psicoanalítica entre ella y su paciente. Después de varios años de sesiones con Tim, en alguna ocasión le dice: “le va a parecer raro, pero no sé realmente lo que es una emoción. ¡Bueno, sí! Tuve una, el día que lloré aquí. Para mí fue la peor de las catástrofes, pero después me sentí más real, más yo mismo (...) Pero también hay otra; está la alegría, ¿verdad? ¹²”. Para McDougall fue sor-

prendente que su paciente “no reconocía en sí mismo, o no podía nombrar sus afectos de rabia, de angustia, de culpa, de amor, de nostalgia —y tantos otros— y por tanto no podía *pensar* en los acontecimientos capaces de provocar tales afectos ¹³”. En la última sesión, Tim afirma: “ahora sé muchas cosas sobre mi relación con mi madre. ¡Pobre madre! Si solamente hubiera podido permitirse llorar la muerte de mi padre, y permitirme llorar con ella, quizás aquel infarto no hubiera sido necesario ¹⁴”.

Las referencias transferenciales entre José Luis Díaz y María se parecen a las que ocurren entre Tim y McDougall. Eso nos permite enfatizar la transferencia, así como las asociaciones y la recuperación de recuerdos traumáticos con el llanto y las emociones, que parecían haberse borrado en nuestra María y que se recuperan al llorar y sentir el dolor en el sueño y cuando sufre por la muerte de su gato.

La sociología y antropología médica han descrito las diferencias de la expresión sintomática en varias culturas. Por ello, nos parece oportuno recordar el desafío que Kleinman y Cohen plantean a la psiquiatría ¹⁵.

Si bien las condiciones generales de salud han mejorado considerablemente en los últimos cincuenta años en todo el mundo, no sucede lo mismo con la salud mental, que ha sufrido un marcado incremento en su epidemiología. El aumento de las expectativas de vida ha incrementado la tasa de las demencias. La depresión y la ansiedad son con mucho los problemas más importantes. Las diferencias entre los países desarrollados de Occidente y los no desarrollados de todo el mundo son dramáticas en cuanto a salud mental se refiere.

Numerosos estudios encuentran que la salud mental constituye una pesada y creciente carga sobre los servicios de salud de los países con bajos ingresos. Los estudios de la Organización Mundial de la Salud revelan que los médicos generales en casi todas partes fallan más de la mitad de las veces en diagnosticar apropiadamente esos desórdenes. Más alarmante es que, cuando el diagnóstico es correcto, las prescripciones médicas recetadas no lo son.

¿Qué es lo que hace la profesión psiquiátrica como un todo para responder a este inquietante desarrollo? Parece atada a viejas prácticas y teorías fuera de moda, que sirven poco a los países no industrializados y de bajos ingresos. Una tendencia actual es el desdeñar la singularidad de los síntomas encontrados en una cultura particular y, en vez de ello, buscar manifestaciones de enfermedades mentales culturalmente independientes y más cercanamente ligadas a las bases biológicas de la enfermedad. Al voltear la espalda a la gran diversidad de síntomas, la ciencia psiquiátrica se niega a sí misma una enorme riqueza de datos.

La persistencia de cuatro mitos bloquea el progreso precisamente cuando es más necesario. El primer mito es que las formas de las enfermedades mentales presentan prevalencia similar. El segundo se refiere a la excesiva

adhesión a la dicotomía patogenia/patoplasticidad que sostiene que la patología es responsable de la estructura subyacente de una enfermedad, mientras que la cultura es responsable de las diversas formas en que la persona las experimenta. El tercero mantiene que varios desórdenes inusuales, específicos de la cultura, cuya biología se desconoce, ocurren en exóticos lugares lejos de Occidente. El cuarto mito lo mantienen expertos internacionales en epidemiología, que de entrada piensan que no se puede hacer mucho para tratar las enfermedades mentales.

En un esfuerzo por fundamentar la psiquiatría en las ciencias “duras” y así igualar su condición con el resto de la medicina, los psiquiatras estrechan su enfoque, hacia las bases biológicas de la enfermedad mental, restándole importancia a variables “blandas” como la cultura y la condición socioeconómica. Precisament, la variación es la piedra angular de la ciencia, y la diversidad de los síntomas, evolución y prevalencia ofrecen una enorme oportunidad para explorar la forma en que las culturas humanas y el ambiente determinan la formación, distribución y manifestación de esos desórdenes mentales. En vista de las dificultades que las enfermedades mentales acarrearán a nivel global, ese desinterés abona una tragedia de proporciones crecientes.

NOTAS

- 1 Suele llamarse *constructo* a un concepto descriptivo o explicativo de un fenómeno o proceso cuya naturaleza o existencia no había sido explicada con anticipación y que con frecuencia forma parte de hipótesis más amplias. La alexitimia se ha desarrollado a partir de la observación clínica de personas que muestran incapacidad para identificar en sí mismas el componente afectivo de las emociones y, por tanto, la incapacidad de expresarlas verbalmente
- 2 German Berrios, *The History of Mental Symptoms*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996.
- 3 Benjamín Dultzin Arditti, "Psicosis alucinatoria crónica. Una psicoterapia de las psicosis". *Psicopatología*. vol. 23. num. 2. abril-junio 2003, pp. 95-106
- 4 José Luis Díaz, "El dolor de María", *Ludus Vitalis* 10 (18), 2002, pp. 149-154.
- 5 V.S. Ramachandran, *Phantoms of the Brain*, Quill, New York, 1998.
- 6 José Luis Díaz, "La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo", *Salud Mental*, agosto 2001, pp. 20-35.
- 7 Francisco Alonso Fernández. "Cuadros depresivos somatomorfos", *Psicopatología*. vol. 23, num. 1-2, ene-jun. 2002, pp. 23-43
- 8 José Luis Díaz, "Monismo, multiperspectiva, y proceso pautado", en *Mente Cuerpo*. UNAM, 1996, pp. 41-66.
- 9 Frank Jackson, "Epiphenomenal Qualia," en *Philosophical Quarterly*, num. 32, 1982, pp. 127-136. Véase también, M. Tye, "Qualia." "¿Are qualia irreducible, non-physical entities?" en *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Última actualización del contenido en junio de 2003. www.plato.stanford.edu/entries/qualia
- 10 Joyce McDougall, *Teatros del cuerpo*, Julián Yébenes, Madrid, 1995, p. 111.
- 11 *Ibid.*
- 12 *Ibid.*, p.150.
- 13 *Ibid.*, p.150.
- 14 *Ibid.*, p.157.
- 15 Arthur Kleinman y Alex Coen, "Psychiatry's global challenge," en *Scientific American*. March 1997, pp. 86-89.