




CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 7 N° 23 Mayo de 2011
DISTRIBUCION GRATUITA

- 
- La clínica en la época del discurso capitalista.
Fundamentos discursivos de la relación psiquiatría-psicoanálisis
 - Los primeros pasos de la nueva ley de salud mental en el ámbito jurídico-penal
 - El destino limítrofe de la personalidad Borderline en la psiquiatría actual
 - Flexibilidad conductual ante un feedback negativo en pacientes epilépticos temporales refractarios con resección amigdalohipocámpica unilateral
 - Recreos escolares: agresión y violencia

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: Alberto Trimboli
VICEPRESIDENTE: Néstor Saborido
SECRETARIO GENERAL: Juan Carlos Fantin
SECRETARIO CIENTÍFICO: Gustavo Bertran
SECRETARIO DE ACTAS: Liliana Moneta
SECRETARIO DE ÉTICA: Pablo Fridman
SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Ricardo Soriano
SECRETARIO DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: Silvia Raggi
SECRETARIO DE PRENSA: Rosa Daniell
SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Ariel Falcoff
SECRETARIO DE CULTURA: Ruben Gallardo
SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Darío Galante
TESORERO: Eduardo Grande
VOCALES TIT.: Irma Zurita, Beatriz Schlieper, Jimena Aguirre
SUPLENTE: Roberto Sivak, Irma Domínguez

COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: Beatriz Kennel
VOCAL TITULAR: Jerónimo Gronдона
VOCAL SUPLENTE: Fabio Celnikier

Miembros de Honor

Samuel Basz, Pedro Boschan, Juan Carrega, Jorge Chamorro, Carlos Coquet, Horacio Etebegeny, Osvaldo Delgado, Enio Linares, Andrea López Mato, Gabriel Lombardi, Miguel Márquez, Roberto Mazzuca, Roger Montenegro, José Schávelzon, Sara Slapak, Ricardo Soriano, Jaime Yospe, Héctor Fischer

Capítulos

PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: JUAN CARLOS FANTIN

ANTROPOLOGIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARTURO SMUD

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS

CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y

PROBLEMÁTICAS ACTUALES

PRESIDENTE: ALBERTO TRIMBOLI

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: HÉCTOR FISCHER

CONFLICTO VINCULAR: ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: ANGEL S. GUGLIOTTI

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

CULTURA, DIÁLOGO Y VALORES EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA FERNANDA CUEVA

DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RAFAEL GROISMAN

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN

PRESIDENTE: HÉCTOR CASAL

DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA EN SALUD MENTAL: TEMPORALIDAD DE LA PSICOSIS

PRESIDENTE: GUSTAVO F. BERTRAN

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

FAMILIA, PAREJA Y GRUPO

PRESIDENTE: SILVIA SINGER

GESTIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: H. HUGO BARRIONUEVO

INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: NORMA FANTINI

MEDICINA SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: FRANCISCO ALEJANDRO SAYDMAN

MUJER Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: M. M. BACCARO

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

NEUROPSIQUIATRÍA Y PSICOSIS

PRESIDENTE: ALBERTO COSITORE

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: SUSANA E. QUIROGA

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVANA NADDEO

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO BERRETTONI

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

Miembros Fundadores

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertran Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marachlian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calonic Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron M. Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Dominguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, Garcia Mª Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kabin Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan D., Naddeo Silvana E., Nisembann Adriana, Olivera Patricia B., Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo B., Saucedo Rose M., Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene R., Villa Nora, Zirulnik Jorge

Delegación Mendoza

PRESIDENTA: Miriam Aparicio
VICEPRESIDENTA: Nancy Caballero
SECRETARIA: Jimena Aguirre

Delegación Metropolitana Norte

PRESIDENTE: Ignacio Penecino
VICEPRESIDENTE: Raúl Solari
SECRETARIO CIENTÍFICO: Lucas Leserre
TESORERO: Jorge Faraoni
VOCALES: Juan Costa, Ramiro Gómez Quarello, Valeria Cavalieri, Lorena Ausili, Delfina Lima Quintana

Area Administrativa

Jorgelina Catenacci (coordinación)
Clarisa Curti Frau

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PRESIDENTE: IRMA ZURITA

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: DIEGO FEDER

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA

PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

REHABILITACIÓN – REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

PRESIDENTE: CLAUDIA RODRIGUEZ

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: NOIDA GALLAGHER

SALUD MENTAL Y ESPIRITUALIDAD

PRESIDENTE: RAQUEL BIANCHI

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENÉ UGARTE

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

SUICIDIO: PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS, CLÍNICAS Y SOCIALES

PRESIDENTE: DIANA ALTAVILLA

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD

PRESIDENTE: MÁXIMO RAVENNA

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS

VIOLENCIA

PRESIDENTE: SUSANA PONTIGGIA

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Ariel Falcoff

COMITE EDITORIAL

Pablo Fridman
Juan Carlos Fantin
Alberto Trimboli
Silvia Raggi
Gustavo Bertran
Dario Galante

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental.

Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre que se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o de los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material.

Ayacucho 234 (1025)

Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Teléfono: (54 11) 4952-1923

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

 **diseño carlos de pasquale**
 4697-4934

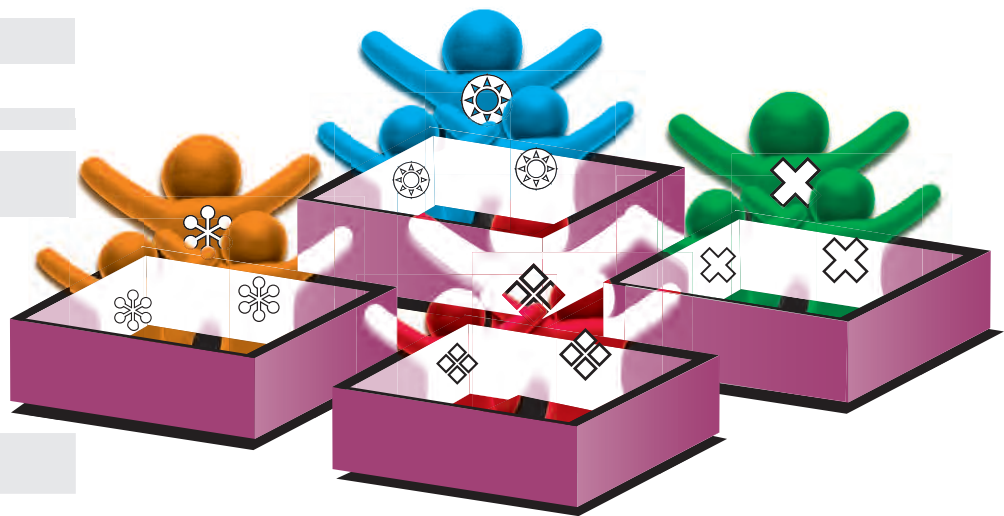
Contenido

- 5** La clínica en la época del discurso capitalista.
 Fundamentos discursivos de la relación psiquiatría-psicoanálisis
 Juan Carlos Fantin
- 11** Los primeros pasos de la nueva ley de salud mental en el ámbito jurídico-penal
 Juan Schabas Madueño
- 13** El destino limítrofe de la personalidad Borderline en la psiquiatría actual
 Gerardo Spatola
- 18** Flexibilidad conductual ante un feedback negativo en pacientes epilépticos temporales refractarios con resección amigdalohipocámpica unilateral
 J. Butman, R. F. Allegri, A. Thomson, E. Fontela, C. Abel, B. Viaggio, M. Drake, C. Serrano, L. Loñ
- 26** Recreos escolares: agresión y violencia
 Laura Cecilia Mocaray
 Mariela Judith Ratuschny



Imagen de Tapa
 "La Caída" (1467-1468)
 Hugo van der Goes
 Kunsthistorisches
 Museum, Viena

VII Congreso Argentino de Salud Mental AASM 2012



DIAGNOSTICO o ESTIGMA? ENCRUCIJADAS ETICAS

**Buenos Aires,
10, 11 y 12 de mayo de 2012**
Panamericano Hotel & Resort
Av. Carlos Pellegrini 551 Ciudad de Buenos Aires

INFORMES E INSCRIPCION

AASM. Ayacucho 234 Ciudad de Buenos Aires
www.aasm.org.ar / administracion@aasm.org.ar
Tel. 4952-1923

La clínica en la época del discurso capitalista.

Fundamentos discursivos de la relación psiquiatría-psicoanálisis

Juan Carlos Fantin *

La psiquiatría en la era del dispositivo tecno-científico (Gestell)

El psiquiatra Harold Kaplan, el mismo que refiere expresamente que la nueva edición de su *Sinopsis de psiquiatría* (Kaplan, 1994) se guiará por la nosografía del DSM IV, en el Prefacio del texto aboga por: un rescate del humanismo, la advertencia contra médicos robotizados, la apuesta por el reconocimiento del dolor y el sufrimiento, y el tratamiento global del paciente.

Más adelante, en el mismo prefacio y en un apartado llamado *El futuro de la psiquiatría*, el psiquiatra estadounidense habla de la reforma sanitaria en EEUU y la disminución de la duración y frecuencia de las sesiones de psicoterapia, con el fin de abaratar costos, dejando con ello por fuera muchas formas de psicoterapia, y obligando a que médicos de atención primaria vean varias semanas al paciente antes de derivar al psiquiatra; con lo que, señala Kaplan, la farmacoterapia se convierte en el único tratamiento, antes que la psicoterapia. A pesar, remata Kaplan, “que se ha demostrado ampliamente” (esto es, con estudios clínicos controlados) la eficacia mucho mayor del tratamiento conjunto.

Y continúa: “el control externo del tratamiento psiquiátrico minará la relación médico-paciente. Puede destruir el proceso de psicoterapia que exige confidencialidad, confianza, juicio independiente y libertad frente a las influencias burocráticas externas para ser efectivo”.

Es altamente significativo, y más allá de cuál sea su clínica efectiva, que sea un psiquiatra inmerso en el contexto que diseñó el DSM IV, desde una perspectiva ultra pragmática y neopositivista, quien realice tal reclamo (Fantin, 2007).

¿Qué es lo que denuncia el sujeto-psiquiatra Kaplan, si nos proponemos una lectura de la época que trascienda la problemática que le atañe?

Denuncia aquello que Heidegger refiere en su conferencia *Serenidad*, en 1955, del modo siguiente: (hablando del pensar calculador) dice que “Este cálculo caracteriza a todo pensar planificador e investigador. Semejante pensar sigue siendo cálculo aun cuando no opere con números ni ponga en movimiento máquinas de sumar ni calculadoras electrónicas.

El pensamiento que cuenta, calcula; calcula posibilidades continuamente nuevas, con perspectivas cada vez más ricas y a la vez más económicas. El pensamiento calculador corre de una suerte a la siguiente, sin detenerse nunca ni pararse a meditar.” El filósofo que busca *el decir del Ser*, opone el pensar calculador al pensar reflexivo. Uno opuesto al otro; el primero se hipertrofia, mientras que el segundo languidece. Y con el desfallecimiento del pensar reflexivo, languidece también la esencia del hombre, el *Dasein*, el estar. El *objeto técnico*, según el pensador de Friburgo, amenaza con devastar su esencia.

Heidegger propone una *actitud* que, para el que no conoce la potencia transformadora que otorgaba al pensar, suena un tanto voluntarista. Propone decir

* Psiquiatra. Psicoanalista. Secretario general AASM. Vicepresidente Capítulo Epistemología e Historia de la Psiquiatría APSA. Docente Autorizado UBA. Docente libre, Dto. Humanidades Médicas, Medicina, UBA. jcfantin@ciudad.com.ar

sí y no al objeto técnico. *Sí* a su “inevitable uso”, pero *No* a “que nos requieran de modo tan exclusivo, que dobleguen, confundan y, finalmente, devasten nuestra esencia”. Este *No*, nos lleva a la otra cara de la propuesta Heideggeriana: la apertura al misterio. ¿Qué significa? Que el corrimiento respecto del objeto técnico deja en presencia *la obscuridad de la cosa*, que nos lleva, precisamente, a la reflexión sobre el sentido oculto (del mundo técnico).

En su texto de 1953, “La pregunta por la técnica”, Heidegger hablaba de la “esencia técnica” de la época, que no es nada técnico -advertía el filósofo-, como un dispositivo, o disponedor, un *gestell* (traducido como estructura de emplazamiento), que dispone lo ente como *existencias*, stock de mercadería, para un proyecto de cálculo, que desconoce su esencia. Dicho modo arrasador de tratar el ente, co-implica al hombre, en tanto éste, como *Dasein*, no puede ser indiferente a la significación que otorga al mundo; puesto que, y en sentido originario, su significación misma no se da sino en esta apertura al ente. La técnica moderna es así un *provocar*, a diferencia de la antigua, que es un *producir* (que acompaña al ente a advenir a la luz, respetando su esencia).

Ahora bien, ¿cómo leerá el psicoanalista Lacan, desde la experiencia freudiana, el decir de Heidegger?

Lacan con Heidegger (a partir de Freud)

Lacan dará, al menos, dos giros fundamentales al pensamiento de Heidegger, que conviene analizar aquí:

1. Pondrá en términos de estructuras discursivas, aquello que precipita en el lazo social [relacionando el S (escindido), con el significante (S1), con la producción de objetos (S2), y con el goce (el objeto “a”)].
2. Encarnará el *Dasein* (el estar, el ser del hombre) en el objeto “a”, como refiere en “Del psicoanálisis y sus relaciones con la realidad”, en *Intervenciones y textos*. El “a”, aquello que se sustrae al significante de manera irreductible, pero que puede empero participar de lo que aparece. En términos de Jorge Alemán: “participa, en tanto huella sin sentido, del juego limítrofe con el sentido” (de *Existencia y sujeto*: “El sujeto del psicoanálisis es un sujeto fronterizo”).

Siguiendo estos giros, capturar al sujeto (*Dasein*), en un dispositivo de cálculo, significa -si se permite la expresión- capturar su goce, ese exceso de satisfacción que no puede ser totalmente significado (volveremos sobre esto).

En el texto de Lacan recientemente citado, el psicoanalista expresa claramente que “La realidad del intervalo freudiano hace barrera al saber del mismo modo que el placer defiende del acceso al goce”. Pero -continúa Lacan- la verdad halla en el goce cómo resistir al saber. Finalmente se trata de elegir, entre el “falso sujeto del yo pienso”, el sujeto de conocimiento, y el “residuo corporal” en el cual, según Lacan, se encarna el *Dasein*: el objeto “a”. Sin embargo, la producción de objetos actual crea la falsa ilusión de que no hay que elegir (que no hay que decir sí y no al objeto técnico, sí y no al goce), puesto que el sujeto alcanza el “a”, a través del objeto técnico (el *gadget*), sin mediatizar el relato -cada vez que lo desea...

La transformación del objeto en *objeto* técnico, en *gadget*, la expresa Lacan en la transformación del discurso del Amo, en discurso capitalista. Como dijimos, el otro giro al pensamiento de Heidegger, que lo es también al de Marx, y que permite una lectura psicoanalítica.

Los discursos son modelos hacia los cuales todo discurso tiende, polos de atracción. En su polaridad

CE·SA·MEN·DE

Primer Centro de Especialistas
en Salud Mental de Villa Devoto

ASISTENCIA Y FORMACIÓN EN PSICOANÁLISIS

ÁREAS ASISTENCIALES:
ADULTOS - ADOLESCENTES
NIÑOS - PAREJA - FAMILIA

Atención Ambulatoria
y a Domicilio



Directora y Fundadora:
Lic. Silvia Justo

STAFF
Miembros Fundadores:

Lic. Silvia González Parma
Dr. Gregorio Noceda
Lic. Dora Noiman

Lic. Ana Marquis
Dra. Silvia Straccia
Lic. Marcelo Altadonna
Psicomotricista Liliana Almeyda

Secretaría:

Lunes a Viernes de 10.00 hs. a 16.00 hs. Tel: 4504-7710

info@cesamende.com www.cesamende.com

(ideal) el discurso del amo nada puede decir del goce (a), como el discurso psicoanalítico no puede articular, desde el S1, la cadena de significantes (S2). Pero el discurso psiquiátrico y psicoanalítico efectivo no se ajustan con rigor a estos modelos; justamente esto es lo que genera la *circulación* (Lacan, 1975).

De allí se desprende el otro punto importante para nuestra lectura. Ninguno de los discursos se sostiene sin los otros tres; hay una interdependencia, diríamos, una exigencia de circulación (Badiou, 1991).

Retomando a Lacan, entre el discurso del amo, el más cercano al discurso médico-psiquiátrico, y el discurso del analista, el más cercano al psicoanalítico, hay una relación de revés, de oposición sostenedora. Retomaremos estas características al analizar lo que Lacan llamó el discurso capitalista, propio de la época.

El discurso capitalista es para Lacan una variación del discurso del amo. Lacan toma la expresión de Marx, acerca de la risa que produce el encanto de brotar de la nada de la plusvalía, para relacionar la plusvalía con el plus de goce. El discurso capitalista, gracias a la tecnología, a la producción de objetos técnicos, se caracteriza por un rechazo de la castración. El sujeto entronizado opera sobre el significante S1 (repudiando la determinación del lugar de la verdad, para pasar a manejarla). La producción de objetos (S2), se pone al servicio de capturar al objeto “a” (causa de deseo), que a su vez implica al sujeto en una relación compulsiva y repetitiva (expresada en el imperativo consumista de objetos efímeros) (Alemán, 1993).

La insatisfacción no genera un *relato*, una relación enriquecida y compleja entre los significantes y lo real del goce (abriendo el campo de la palabra), sino que es fomentada y sostenida, para ser capturada por el objeto técnico, en un cortocircuito compulsivo [donde impera la letra, el montaje pulsional, y se excluye la palabra (el pensar reflexivo, que interroga por el sentido)].

Esto se expresa por una variación en el discurso del amo, que determina al discurso capitalista en una circularidad.

Circularidad del discurso único que impide la circulación entre discursos. Remarquemos este punto. Justamente, el efecto que provoca el discurso capitalista, con su subversión del discurso del amo y su circularidad propia, es la no circulación de los discursos. Uno ya no sostiene al otro, y la aparente persistencia de éstos, es rigidez dissociativa que favorece la circularidad de aquél.

La aceptación de la castración está expresada en Heidegger -aunque el filósofo no advierta la cues-

tión del goce- en términos de una pregunta originaria, nunca respondida, que motoriza la existencia, como una respuesta siempre posible (Heidegger, 1927). La respuesta cínica de la época, el rechazo de la castración, transforma la respuesta en una pregunta cínico-perversa: ¿por qué no?, pero que no es propiamente una pregunta, sino una afirmación por el goce: por qué no habría de tenerlo. Y no busca una respuesta con ello, sino la anulación de todo preguntar originario (Fantin, 2006).

En este sentido, la experiencia psicoanalítica puede generar otra forma de posicionarse frente al significante y al goce.

Ahora bien, no es el discurso del Amo (del médico) el que destituye dicha experiencia, como límite al saber y al goce, sino que, por el contrario, es su revés sostenedor (de otra forma del lazo social). Si se destituye el lugar del amo, también pierde consistencia el del psicoanalista (en una sociedad donde el goce está cortocircuitado, relevar el “a” como agente puede aumentar la compulsividad).

El problema de un ataque ciego al discurso capitalista, es el debilitamiento del discurso del amo (por ejemplo, de la autoridad epistémica). Si se ataca a toda psiquiatría y toda psicofarmacología, se aumenta la posibilidad de sus objetos como *gadgets*, de la búsqueda de una satisfacción inmediata, por efecto de una alocución que amenaza todo *control* de la satisfacción.

Por otro lado, tampoco puede serse *tonto* -tomando una *imagen* de Lacan, frente a la apropiación del goce, que transforma a todo ente y a los sujetos también en mercancías-.

¿Qué proponer entonces?

Clínica de la somaticidad - Clínica de la subjetividad

Jorge Alemán, retomando a Lacan, propone “desentrañar la relación del sujeto con el plus de goce, implícita en el valor del objeto técnico y transmitir el saber de esta operación” (Alemán, 1993). Pero esto no puede hacerlo sólo el psicoanalista, en un sentido estructural discursivo. El psicoanálisis requiere del resto de los discursos para afirmarse. Es evidente que existen límites entre el discurso médico-psiquiátrico y el psicoanalítico, pero hay que diferenciar la posición de la psiquiatría que recompone un discurso amo, y con ello un saber que permite el discurso universitario, de aquella que queda sujeta al discurso capitalista, transformando sus herramientas diagnósticas y terapéuticas en *objetos técnicos*.

Pero también hay que distinguir la posición del psi-

coanálisis que se reconoce como envés y como aquel que pone en circulación el discurso histórico, de aquella posición que pretendiendo atacar la amenaza del dispositivo técnico, ataca la posibilidad misma sobre la cual se constituye [con lo cual se cristaliza en un discurso que por no circular se torna insostenible (desnuda el “a”, sin poder contener el goce)].

Se trata de generar dispositivos que permitan la articulación de la mirada y de la escucha, a lo real de la demanda. Tomando palabras de Enrique Rivas, la consistencia imaginaria de una y la consistencia simbólica de la otra.

Preferiríamos hablar, para estas dos posiciones, de articulación entre clínica de la somaticidad y clínica de la subjetividad (sin polarizar la mirada en la psiquiatría y la escucha en el psicoanálisis).

De la teoría a la clínica

Todo lo expresado anteriormente en forma teórica, parece más evidente en el trabajo con psicóticos en la institución. Buscamos mínimos efectos subjetivos,

producción de ciertos significantes en un diálogo sostenedor que establezca (la consistencia simbólica de la escucha); esto en contraposición con una “normalización” y exaltación de capacidades operativas, que excluyan al sujeto y lo confinen a su sufrimiento. Para ello, se hace necesario un sostén farmacológico, vincular familiar e institucional, que sólo puede darse dentro de la consistencia imaginaria que el saber psiquiátrico instituye, pero posibilitando el alojamiento del sujeto psicótico, sin el cual no es posible sostener dichos efectos subjetivos (Fantin, 2009).

Tomemos el ejemplo de un paciente concreto. J tiene cerca de 40 años y hace más de 20 que padece su enfermedad, diagnosticada como esquizofrenia. Ha padecido varias descompensaciones severas, llegando a una cierta estabilización, persistiendo cierta excitación maníaca, y alguna ideación y consecuente conducta paranoide, cierta desorganización y una tolerable impulsividad. Habiendo tenido su trabajo y una autonomía suficiente, desde que se le declara la patología, y en todos estos años, ha ido perdiendo autonomía, posibilidad de trabajar y contacto social, que lo llevan a una acentuada dependencia de su familia y de la institución. En el último año comienza una relación de pareja con otra paciente esquizofrénica. J comienza a evidenciar estos efectos subjetivos antes mencionados, que lo incluyen nuevamente en un relato historizante, desde un lugar diferente. Pero esto conlleva, también, el resurgimiento de su sintomatología, expresada ahora en la relación con sus padres (rebeldías, acusaciones, agresiones), con la sociedad: deambulaciones, llamados a la policía (a la ley), con la institución (demanda maníaca de aval de su situación, incumplimiento de su tratamiento).

Definamos la situación, en relación a lo que venimos diciendo:

Con sólo la consistencia imaginaria, terminaría internado y/o mucho más medicado, y/o separado de esta pareja, considerada como patológica y patologizante.

Con sólo la consistencia simbólica, terminaría en una serie de actuaciones socio-familiares, que determinarían la intervención del juez y la reclusión compulsiva, con pérdida de toda posibilidad de subjetivación.

Si existe la posibilidad de *sostén subjetivo*, sólo se logrará en una interfase de *oposición sostenedora* entre ambas clínicas, aunque la respuesta y la estabilidad de la *cura* no sean determinables en nuestros pacientes psicóticos.



*Asociación
Escuela Argentina
de Psicoterapia
para Graduados*

ACTIVIDADES 2011

**CURSO SUPERIOR EN PSICOANÁLISIS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES
VERSIONES CONTEMPORÁNEAS DE
LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

VERSIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA PSICOSOMÁTICA.
CURSO SUPERIOR DEDICADO A LA ACTUALIZACIÓN DE LA
PSICOSOMÁTICA DESDE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA
EN LA COMPLEJA SOCIEDAD ACTUAL.

AGENDA DE FORMACIÓN PERMANENTE
CURSOS PRESENCIALES Y VIRTUALES. SEMINARIOS. TALLERES

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ORIENTACIÓN COMUNITARIA
DR. ARNALDO RASCOVSKY**
CENTRO DE DERIVACIÓN EN CONSULTORIOS PRIVADOS CON
ESPECIALISTAS DE LA INSTITUCIÓN. ATENEOS CLÍNICOS. SUPERVISIONES.

MIÉRCOLES CIENTÍFICOS | 11 HS.
CONFERENCIAS NO ARANCELADAS

INFORMES E INSCRIPCIÓN
Julián Alvarez 1933 (1425)
Ciudad de Buenos Aires. Lun a vie de 11 a 17 hs.
Tel. 4865.2050 / 4862.7767

info@aeapg.org.ar - www.aeapg.org.ar

Pero aun en pacientes diagnosticados como neuróticos, puede ponerse en evidencia clínicamente lo que decimos. Veamos dos viñetas y luego su interpretación.

• M es una mujer de 70 años, bioquímica de profesión; no hace mucho tiempo ha enviudado. Comienza con un cuadro depresivo, por el cual consulta a un grupo de psiquiatras reconocidos y recomendados, por sus investigaciones en psiquiatría biológica. Se le realizan una serie de estudios de laboratorio, generales, endocrinológicos y específicos; se instauran también tratamientos psicofarmacológicos, supuestamente derivados de las conclusiones de dichos estudios. El cuadro no mejora o lo hace parcialmente, amenazando con ser considerado como “depresión resistente”. Por esto se decide a una nueva consulta, pero esta vez una recomendación la lleva a un psiquiatra con otra postura. En la primera entrevista, M describe con detalle las pruebas biológicas a las que fue sometida y los fármacos que recibió, recordando sus años de bioquímica, y buscando cierta complicidad y confirmación por parte del psiquiatra. Sólo en ocasiones menciona la muerte de su marido y su duelo consiguiente. Hasta que el psiquiatra-psicoanalista le hace una pregunta: ¿Qué le haría a su marido si vuelve ahora? A la cual, súbita y precipitadamente responde: “Ah, ¡le rompería la cabeza! Porque me abandonó” (lo cual contrastaba con su semblante de señora culta, amable y nostálgica). A partir de allí, se instaura otra relación con el fármaco, la bioquímica, el psiquiatra y, por supuesto, su duelo, que en tanto tiempo de consulta nadie había escuchado.

• S es una mujer joven de 25 años; concurre al hospital. En su primera entrevista refiere que padece ataques de pánico (diagnóstico que había comenzado a extenderse), que su relato confirma. Refiere también que, por sus ataques, ha perdido ya situaciones sociales importantes para ella (entre ellas, relación de pareja y estudios), y que amenazan con hacerle perder su trabajo, todo lo cual la sume en una profunda desesperación. Para ese momento relata que hacía 9 años que realizaba análisis. Luego de escucharla y entablar un diálogo, el psiquiatra, con el cuidado que el estado de angustia de la paciente demandaba, propone la utilización de alguna medicación específica para su caso; a lo cual la paciente responde, casi horrorizada, que no quería medicación. Interrogada sobre el porqué de su reacción, asevera que durante años trabajó en su análisis la firme posición de no caer en el uso de medicamentos para aliviar su padecimiento.

Observemos que, en el primer caso, el *objeto técnico* y el discurso que lo sostiene, arrasa con los sujetos, tanto psiquiatra (biologista) como paciente, no pudiendo articularse ni siquiera una mínima escucha, con una palabra que dé cuenta de la posición del sujeto.

En el segundo caso, el ataque sostenido y sistemático a toda forma imaginaria de intervención, provocan la nueva consulta, desplazando al mismo analista. El rechazo a toda intervención que no sea una escucha por parte de la paciente, precipita la posibilidad de su contrario: la intervención del dispositivo legal, que la excluirá del trabajo (último sostén del lazo social).

Bibliografía

- 1) Alemán, J., *Cuestiones antifilosóficas en Jacques Lacan*, Buenos Aires, Atuel, 1993.
- 2) Alemán, J. y Larriera, S., *Existencia y Sujeto*, España, Miguel Gómez Ediciones, 2006.
- 3) Badiou, A., *Lacan y Platón: ¿es el matema una idea?* en *Lacan con los filósofos*, México, Siglo XXI editores, 1997.
- 4) Fantin, J. C. y Fridman, P., *Bioética, salud mental y psicoanálisis*, Buenos Aires, Polemos, 2009.
- 5) Fantin, J. C., *Filosofía y psicoanálisis: Freud, Lacan, Heidegger*, en *Conexiones Revista argentina de salud mental*, Buenos Aires, AASM, Año 2, N° 6, 2006.
- 6) Fantin, Juan Carlos, *Prejuicio y Evidencia, oposiciones y convergencia en la psiquiatría actual*, Revista Vertex, Vol. XVIII, N° 71, Ene-Feb 2007.
- 7) Heidegger, Martin, “La pregunta por la técnica”, en *Conferencias y artículos*, Barcelona, España, Ediciones del Serbal, 2001.
- 8) Heidegger, Martin, *Serenidad*, Conferencia, 1955.
- 9) Heidegger, Martin, *Ser y Tiempo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967.
- 10) Kaplan, H. I.; Sadock, B. J.; Grebb, J. A., *Sinopsis de Psiquiatría*, Buenos Aires, Panamericana, 1996.
- 11) Lacan, Jacques, *El reverso del Psicoanálisis*, Seminario 17, Buenos Aires, Paidós, 2008.
- 12) Lacan, Jacques, *Del psicoanálisis en sus relaciones con la realidad*, en *Intervenciones y textos 2*, Argentina, Manantial, 2006.
- 13) Rivas, E., *Psiquiatría-Psicoanálisis. La clínica de la sospecha*, España, Miguel Gómez Ediciones, 2000.

Los primeros pasos de la nueva ley de salud mental en el ámbito jurídico-penal*

Juan Schabas Madueño**

I. La idea en estos breves apuntes es dar un pantallazo sobre lo que ha sido hasta aquí y desde su sanción, la experiencia de la ley nacional de salud mental (26.657)¹ entre los penalistas, más concretamente en el Poder Judicial. Claro que, previo a ello, entiendo oportuno describir el escenario jurídico-penal en el que desembarcó la nueva ley. Me animo a decir que la cuestión de la salud mental en el fuero está en gran parte -por no decir exclusivamente- emparentada al caso paradigmático de las medidas de seguridad que se imponen a aquellas personas que son declaradas inimputables. A nivel federal, las normas que se aplican son los artículos

34 del Código Penal² (CP) y 511 y concordantes del Código Procesal Penal de la Nación (CPPN)³.

II. Se podrían identificar dos posiciones enfrentadas. Por un lado quienes sostienen, aun en la actualidad, la posibilidad de regularizar la situación del inocente penal bajo la imposición de una medida de seguridad. Por el otro, quienes sostienen -me incluyo en este grupo- la improcedencia dogmática de tal recurso, algunos llegando a plantear su inconstitucionalidad. A favor de las medidas de seguridad, con anclaje en la preocupación de cauterizar la peligrosidad del infractor⁴, se alude al fundamento normativista

* Quiero agradecer a Gustavo Bertrán por su generosa invitación a la mesa redonda sobre "IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE SALUD MENTAL", que se realizó el 02-05-11 en el Aula Magna del Hospital Álvarez, y a Alberto Trimboli por darme la posibilidad de publicar estas reflexiones.

** Abogado UBA; secretario de primera instancia del fuero criminal ordinario; responsable de la Secretaría Autogestionada de Capacitación de la Comisión Interna del Fuero Penal de la Unión Empleados de Justicia de la Nación.

1 Sancionada el 25-11-10, promulgada mediante decreto 1855/10 del 02-12-10 y publicada en el Boletín Oficial el 03-12-10.

2 "No son punibles: 1° El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. "En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

"En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieron peligroso [...]" (Libro primero: disposiciones generales, Título V: imputabilidad).

3 "La ejecución provisional o definitiva de una medida de seguridad será vigilada por el tribunal de ejecución, las autoridades del establecimiento o lugar en que se cumpla informará a dicho tribunal lo que corresponda, pudiendo requerirse el auxilio de peritos" (Libro V: ejecución, Título II: ejecución penal, Capítulo III: medidas de seguridad).

4 Ver CNCP, Sala II, causa 3.750 "Locuratolo" del 10-05-02; Sala III, causa 3.667 "Brosilosky" del 15-04-02 y Sala IV, causa 2.880 "Estrada" del 27-05-02; CNCCorr., Sala IV, causas 464/09 "D.L.S.R." del 29-04-09 y 2/11 "Rodríguez" del 03-02-11.

-fetichista, podría decirse críticamente⁵, que se basa en que la decisión del legislador penal sobre la aplicación de las medidas de seguridad debe ser cumplida por su sola existencia legal positiva. También se hace referencia a una suerte de diferenciación clara entre las penas (por comisión de un delito) y las medidas de seguridad (por la peligrosidad del agente), que termina por diluir el real efecto punitivo de estas últimas bajo el argumento de que son dispositivos simplemente administrativos, habilitados aun por la noción *inacabada* de delito (sólo tipicidad y antijuricidad)⁶. En otra versión de esta misma postura, no obstante que se reconoce que las medidas de seguridad son pena, se piensa que son necesarias para satisfacer fines preventivos de orden general que ratifiquen la confianza de la ciudadanía en el Estado y el orden social al que está llamado a asegurar⁷.

En contra, con el doctor Eugenio Raúl Zaffaroni como su más claro y destacado exponente, se señala: que la medida de seguridad importa pena material⁸, que según nuestra Constitución Nacional (CN, art. 18) no puede haber pena sin delito, y que la intervención o no del fuero criminal se debe sólo al azar de que el “loco” se vea involucrado en un conflicto con la ley penal o sea sorprendido cantando solo en una plaza⁹.

III. No obstante que en el fuero criminal las sentencias judiciales oscilan entre estas dos posiciones (reitero: ante el caso en el que una persona imputada es sobreséida o absuelta por inimputabilidad o se dispone una medida de seguridad con

intervención del juez de ejecución penal o, por el contrario, se le da intervención exclusiva al magistrado civil), en los últimos años se ha advertido un decidido avance de la *teoría negativa* de las medidas de seguridad¹⁰, que incluso me permito identificar como un gesto judicial de bienvenida a la ley que aquí nos convoca al debate.

Antes de meterme de lleno en el relato de la experiencia de la ley 26.657 en el ámbito del Poder Judicial con incumbencia penal, cabe que diga que, a grandes rasgos -porque un examen más profundo excede el motivo de mi participación en este encuentro-, la norma tiene su principal acierto en establecer una consideración integral de los derechos humanos de las personas con padecimientos en salud mental (art. 3). Por cierto que también ha sido muy importante la incorporación de las adiciones entre las cuestiones referidas a las políticas públicas a nivel sanitario (art. 4). Y, asimismo, aparecen como trascendentales, por una parte, el modo interdisciplinario que se ha elegido para abordar la atención de la salud mental, incluso con la destacada finalidad de fortalecer los lazos sociales (arts. 8 y 9) y, por otra, la nueva forma de pensar la defensa del paciente mental, reconociéndole (art. 22).

En el caso de los inimputables penales, el impacto de todos estos aspectos ha sido fundamental en procura de desterrar definitivamente la idea de *peligrosidad* que ha animado -y lamentablemente anima todavía hoy- el tratamiento de la cuestión de la salud mental en los tribunales con competencia criminal. Tengo para mí que el espíritu de *integralidad* de la nueva ley, en alguna medida y de momento, puede servir

5 Ver Eugenio Zaffaroni, Alejandro Alagia y Alejandro Slokar, *Derecho Penal – parte general*, Ediar, 2ª edición, Buenos Aires, 2005, p. 79.

6 Ver CNCP, Sala IV, causa 2.448 “Bruna” del 23-02-01 y CNCCorr., Sala VI, causa 28.334 “Aiello Gómez” del 31-10-05. En contra, ver Luigi Ferrajoli, *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*, Trotta, Madrid, 2006, p. 368, donde explica que “El ilícito, de acuerdo con la estructura lógica de las garantías, es en efecto una condición normativa sólo necesaria y no también suficiente para la aplicación de la pena, que puede exigir condiciones ulteriores tales como la ausencia de eximentes, las condiciones de punibilidad y de procedibilidad, además de todo el resto de garantías penales y procesales que condicionan la validez de la definición legal y la comprobación judicial del delito”.

7 Ver Faustino Gudín Rodríguez-Magariños, “Medidas de seguridad bajo régimen de control electrónico” en *Revista de Derecho Procesal Penal, Consecuencias jurídicas del delito – I*, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2009, pp. 287/322, específicamente p. 291.

8 Ver CSJN, Fallos 329:3680 (2006), considerando 9).

9 Ver su ob. cit., pp. 70, 392/3 y 925/7.

10 Ver CSJN, Fallo 331:211 (2008); CNCP, Sala I, causas 12.644 “Gómez” del 13-04-10 y 12.593 “Masilla” del 26-04-10 y Sala IV, causa “González” del 18-05-09; CNCCorr., Sala V, causas 39.219 “San Juan” del 27-05-10; 39.152 “Arredondo” del 21-05-10; 39.452 “Asch” del 16-06-10 y 40.730 “Mallmeister” del 08-02-11, y Sala VI, causas 39.914 “Romero” del 05-08-10; 40.405 “Etcheverry” del 28-10-10 y 41.189 “Cisneros” del 04-04-11.

para contrarrestar los efectos derivados del hecho de haber mantenido en su texto la vigencia de las medidas de seguridad del artículo 34 CP (art. 23), incluso marcando un retroceso respecto de lo que era la redacción de la derogada ley 22.914, cuyo articulado ninguna mención hacía sobre la competencia de los jueces penales en materia de salud mental. Sin embargo, cabe reconocer que esta crítica cede en alguna medida si se tiene en cuenta que el citado artículo 34 CP es una norma que faculta y que no obliga al juez penal a disponer la internación del inimputable, al punto de explicar por qué no resulta indispensable su declaración de inconstitucionalidad¹¹.

IV. La reunión que organizó el decanato del Cuerpo de Médicos Forenses del Poder Judicial de la Nación a fines del mes de marzo último, con la invitación hacia los magistrados y funcionarios del fuero penal, muestra la preocupación por perfeccionar la aplicación de la ley, fundamentalmente en lo que se refiere a resolver la situación de aquellas personas que son sobreeséidas por inimputabilidad. De las charlas que mantuve con algunos de los asistentes y con algunos que no fueron al evento pero que sí son protagonistas como decisores de la cuestión, me quedó la sensación de que, como dije antes, la ley ha venido a ratificar el cambio de paradigma, esto es, pasar del criterio de peligrosidad a una concepción integral de la salud mental protagonizada por la autoridad sanitaria, aunque con el debido control judicial desde la especificidad del fuero civil. Esto, insisto, a pesar de que la novel legislación ningún cambio a nivel normativo ha producido al disponer que, en materia de alta, externación y permisos de salida, quedan exceptuadas “las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal”.

En la actualidad, para aquellos convencidos de que una vez que el imputado fue sobreeséido o absuelto corresponde la actuación coordinada de los expertos en salud y los magistrados (jueces y defensores¹²) del fuero civil, el procedimiento debería recorrer el siguiente camino: cuando queda firme

la decisión de inocencia, corresponde darle inmediata intervención, en el mismo tiempo, al cuerpo interdisciplinario, a la autoridad de seguridad y a los integrantes del Poder Judicial y de la Defensoría General nacionales, para que en el término de diez horas se defina si la persona debe continuar internada o no y, en su caso, bajo qué modalidad e intensidad (art. 21 y sgtes.).

Como se ve el mecanismo parece bastante sencillo, más allá de que lógicamente debemos estar muy atentos y comprometidos para seguir mejorándolo día a día. Sin embargo, todo indica que esa simpleza preocupa, y mucho, en ciertos sectores del mundo médico y del espectro jurídico, pues desde allí no dejan de reclamar la intervención de los jueces penales, a pesar de que, recordemos una vez más, están técnicamente inhibidos de actuar ante el sobreesimiento o absolución, porque si no hay delito no puede haber pena.

Si se me permite, mi intuición es que ese reclamo se apoya, sobre todo, en la sensación de extrema responsabilidad que representa estar a cargo de decidir sobre la internación o no de una persona que sufre padecimientos en su salud mental, y de estar a cargo de su periódico control. En tren de hipótesis, a mi entender, en realidad se esconde el temor de que la persona inimputable, una vez en libertad, atente contra sí misma o contra terceros¹³.

Aun cuando fuese atendible esa preocupación -invisible en el discurso público actual pero muy presente en el *off the record*-, no estoy de acuerdo con que para resolverla se violente, como mínimo, la regla fundante y más básica del derecho penal liberal: *nulla poena sine crimine*¹⁴. La pena sólo puede ser aplicada en retribución por el hecho cometido y no por lo que el hacedor es como persona.

Por fin, la responsable actuación interdisciplinaria de los expertos en salud mental, sumada al también responsable y técnicamente adecuado desempeño jurisdiccional del fuero civil, asegurará tanto que la nueva ley de salud mental sea correctamente aplicada cuanto que el paciente sea respetado como sujeto de derechos y no tratado como objeto de las ciencias, ni médica ni jurídica.

11 Ver Guillermina Martínez, “Un gran avance hacia la protección de los derechos de los incapaces de culpabilidad”, en *Suplemento La Ley penal y procesal penal*, 16-03-10, pp. 50/6, en particular pp. 54/5.

12 Art. 22 de la ley 26.657 y, por caso, resolución 1728/10 DGN.

13 Ver Zaffaroni, *ob. cit.*, p. 926; aquí el autor describe que ese temor es algo impostado “De alguna manera, aunque el poder punitivo ya no cree en el peligro del enfermo mental en el viejo sentido y sabe que no tiene más probabilidades de cometer delitos que las de cualquier habitante, le impone penas de privación de libertad sólo para evitar que cualquier accidente pueda desacreditarlo en su proyección de proveedor de seguridad”.

14 Ver Ferrajoli, *ob. y p. cit.*

El destino limítrofe de la personalidad Borderline en la psiquiatría actual

Gerardo Spatola*

El descubrimiento psicoanalítico de la personalidad borderline fue bien clínico y no producto de teorías aisladas de la atención de pacientes. Partiendo del fracaso del dispositivo terapéutico tradicional para las neurosis, se descubren estos casos atípicos e inclasificables. Y mientras la técnica psicoanalítica clásica estaba contraindicada para las psicosis por prescripción de Freud, todavía sorprendían más estos pacientes “ni neuróticos ni psicóticos” en el consultorio. Helene Deutsch con las “personalidades como si” y Adolf Stern con las “personalidades borderlines” propiamente dichas, fueron los primeros psicoanalistas que se animaron a publicar estas apreciaciones clínicas. Por otro lado la psiquiatría clásica de entonces, que se mostraba ambivalente a la innovación de la revolución freudiana en su transición hacia la psiquiatría dinámica, denominaba “esquizofrenia latente” a estos cuadros, por la influencia de Eugen Bleuler. Así, la “esquizofrenia ambulatoria” de Zilboorg como la “esquizofreniaseudoneurótica” de Hoch y Polatin, siguieron relacionando a estos pacientes intratables con la psicosis esquizofrénica. Esta suerte de “esquizofrenización nosológica” generó una confusión clínica a la hora de diagnosticar a estos difíciles pacientes con episodios psicóticos transitorios y aparentes neurosis inestables. Si los pacientes borderlines no eran “ni neuróticos ni psicóticos” para algunos autores, se contradecía con quienes rescataban esta denominación de esquizofrenia “ambulatoria oseudoneurótica”. Así transcurrieron las décadas del '30 y del '40 del siglo XX, sin terminar

de definir por consenso a la personalidad borderline. Luego serían Knight y Grinker, en las décadas del '50 y del '60, con Gunderson y Kernberg en la década del '70, quienes formalizaron científicamente a esta caracteropatía fronteriza que desembocó en su inclusión en el DSM III de 1980. Mientras tanto se agudizaba el problema clínico de la “esquizofrenización del diagnóstico” en EEUU, donde se incluyeron a pacientes borderlines sub-diagnosticados por este “error epistemológico bleuleriano”. Después la personalidad borderline fue reconocida por la psiquiatría oficial a pesar de estas tensiones.

Otto Kernberg logró sistematizar la “organización borderline de la personalidad” mediante: 1) El “análisis descriptivo de los elementos del diagnóstico presuntivo”, basado en la presencia de la “ansiedad flotante, crónica y difusa” (bastante similar al ánimo disfórico); la “neurosis polisintomática” (atípica y cambiante en su presentación); las “tendencias sexuales perverso-polimorfias” (promiscuidad hetero/homosexual); las “neurosis impulsivas y adicciones” (tendencia al acting-out y al abuso de sustancias); las “clásicas estructuras de la personalidad prepsicótica” (paranoide, esquizoide, ciclotímica, hipomaníaca); los “desórdenes caracterológicos de nivel inferior” (relacionados con las personalidades infantil, histérica, antisocial, narcisista). 2) La presencia de “mecanismos defensivos primitivos” del Yo como la escisión o disociación o splitting; la identificación proyectiva; la negación; la omnipotencia; la idealización y la devaluación. 3) La presencia de “difusión de la identidad” por importantes fallas

* Médico psiquiatra y psicoterapeuta.

Miembro del Capítulo de AASM “Psiquiatría clínica, terapéutica psiquiátrica y salud mental”. Ex-profesor adjunto de la cátedra de Psicopatología de la Ftd. de Psicología de USAL y UBA. Psiquiatra de guardia del Htal. Tornú (GCBA). Psiquiatra de guardia del Cenareso.

en la cohesión yoica y en su diferenciación objetal, sin caer en la psicosis estructural pero sin estabilizarse en una neurosis típica. 4) La conservación de la “prueba de realidad” en la personalidad borderline al igual que en las neurosis, y a pesar de presentar los mismos mecanismos defensivos de las psicosis en las cuales se pierde la prueba de realidad.

Cabe citar ahora a una de las voces elocuentes de la psiquiatría argentina, el Prof. Dr. Guillermo Vidal, quien todavía en 1992 manifestaba su oposición a la aceptación nosológica de la personalidad borderline en nombre de la psiquiatría clásica más anti-psicoanalítica: “El fronterizo parece ser un indeciso, un fruto verde que todavía no puede caer en la canasta de los neuróticos, psicóticos, psicópatas o hipochondríacos. ¿Constituyen acaso embriones fósiles de la psicopatología, restos o rastros de una deficiente estructuración yoica, cuadros ‘in statu nascendi’ de personas que están sufriendo percances diversos en su proceso de individuación?” / “De resultas, los psicoanalistas, antes de aceptar la in-

suficiencia de su costoso instrumento psicoterapéutico, optan por descubrir un creciente número de pacientes intratables (por una deficiente integración yoica o por lo que fuere).” / “En suma, el concepto actual de borderline o limítrofe resume nuestra ignorancia en materia de nosografía psiquiátrica clínica (que es bastante mayor de lo que estamos dispuestos a conceder, tanto psicoanalistas como psicólogos y psiquiatras). Calificar de border o limítrofe a un paciente equivale a decir que no es ni esto ni aquello, que está en los bordes, en los ‘limes’ de una estructura mal definida. El diagnóstico de borderline o limítrofe parece ser plural, equívoco, innecesario. Lo mismo alude a una transición de neurosis a psicosis que a una mezcla de neurosis, psicosis y psicopatía.” / “Lo que ha dado en llamarse trastorno borderline o limítrofe de la personalidad (...) o síndrome limítrofe, no constituiría, hoy por hoy, una categoría nosológica más discretamente diferenciable -como pretenden muchos psicoanalistas-, sino un conjunto informe y universal de síntomas psicopatológicos primarios que trasuntan una relativa inmadurez emocional, fruto directo, tal vez, de la mayor exigencia individuante de la humanidad.”

A partir de la década del '80 se produjo el viraje epistemológico hacia la psiquiatría neurobiológica, rescatándose a Emil Kraepelin en una novedosa versión organicista de las neurociencias dedicadas a la investigación moderna del cerebro. Y mientras la psiquiatría dinámica entraba en su ocaso, sin desaparecer completamente, surgía la figura de Hagop Akiskal que, en nombre de la psiquiatría neurobiológica, postulaba el nacimiento clínico-nosológico del “espectro bipolar”, con gran resonancia internacional. Ya en la década del '90, Akiskal popularizó la ampliación de la bipolaridad a través de una mayor diferenciación clínico-evolutiva-terapéutica de pacientes bipolares tipo I, II, III, IV, V, etc., llegando a postular los “temperamentos afectivos” endógenos que complejizarían más este “espectro bipolar” muy extendido. Así, este autor clasifica a los temperamentos en “hipertímico, ciclotímico, distímico, irascible y ansioso generalizado”, considerando a la personalidad borderline como una “ciclotimia irritable” que resulta de la combinación temperamental ciclotímica-irascible, y una “patología afectiva de ciclación ultrarrápida”. Akiskal criticó siempre el “sobrediagnóstico de trastornos de personalidad” promovido por los DSM desde la inclusión del Eje II, y consideró que los pacientes borderlines tendrían “un trastorno bipolar mixto, lábil” que “se

asappia

**Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología
de la Infancia y la Adolescencia**
Fundada en 1969

Psicoanálisis e Interdisciplina

Presidente: Lic. Jorge Cantis Vicepresidente: Lic. Liliana Spadoni

**ESCUELAS DE POSGRADO EN CLINICA
PSICOANALITICA DE LA INFANCIA
Y LA ADOLESCENCIA**

duración 2 años (Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos)

SEMINARIOS PRIMER CUATRIMESTRE 2011

Intensivos – semanales – quincenales – mensuales
Áreas de INFANCIA – ADOLESCENCIA
DISCAPACIDAD – FAMILIA – ORIENTACION VO-
CACIONAL Y PSICOPEDAGOGIA
EJERCICIOS CLINICOS NO ARANCELADOS
SUPERVISIONES – JORNADAS

CENTRO ASISTENCIAL:

“Prof. Dr. Mauricio Knobel”

(diagnósticos, orientación y tratamientos)
honorarios institucionales

INFORMES

Avda. Rivadavia 2431 (Pje. Colombo)
Entrada 2 - 4to. piso dep "9" - Capital -
TEL/FAX: 4 9 5 3 - 5 7 8 9
www.asappia.com.ar asappia@intramed.net

comporta en muchos casos como un episodio afectivo prolongado”, llegando a afirmar que “la idea de que la labilidad del humor es específica del borderline es equivocada”. Cabe citar una vez más a Akiskal, cuando supo defender su posición epistemológica y simultáneamente contra-atacar en 2006: “Otra línea de crítica es la preocupación de que el espectro bipolar representa un ‘imperialismo’ del trastorno bipolar a expensas del trastorno de personalidad limítrofe (o borderline) (...)”. “...dicho ‘imperialismo’ es más benigno y ofrece oportunidades terapéuticas para un complejo grupo de pacientes. Por el contrario, el ‘imperialismo’ borderline en sus planteos vagos y reclamos territoriales sobre el espectro bipolar amplio podría llevar a negar trastornos tratables; la contra-transferencia puede llevar incluso a la negación de la psicopatología que podría diagnosticarse bajo nombres más familiares (...). En todo caso, la comparación cabeza a cabeza entre el diagnóstico borderline y el de los trastornos bipolares han mostrado una superposición cercana al 80% (...). Además, en la práctica, tanto los trastornos bipolares amplios como los de personalidad borderline se tratan con combinaciones de estabilizadores del ánimo.” Resulta evidente la “bipolarización nosológica del diagnóstico clínico” que propone Akiskal, donde la personalidad borderline, al igual que otras del cluster B del DSM, van a terminar fagocitadas por el “avance bipolarizador” del nuevo dogma neurobiológico.

Llegado a este punto del debate científico actual, conviene diferenciar rápidamente entre el temperamento, definido como la disposición constitucional determinada genéticamente con un sustrato biológico a determinados patrones de reactividad emocional – oscilaciones afectivas – niveles de sensibilidad a estímulos, y la personalidad, definida como el carácter producto del aprendizaje y el modelado social temprano. Entonces, Hirschfeld y Shea propusieron cuatro hipótesis de interacción entre personalidad – temperamento – trastornos afectivos: 1) Predisposición a los trastornos afectivos (modelo de la vulnerabilidad), según los rasgos de la personalidad previa que predisponen a la aparición de determinados trastornos del humor. 2) Expresión de los trastornos afectivos (modelo del espectro bipolar), donde hay rasgos de personalidad que son sutiles manifestaciones de trastornos del humor. 3) Modificación de los trastornos afectivos (modelo patoplástico), donde los rasgos de personalidad influyen en la expresión clínica de los trastornos del humor y también en la respuesta terapéutica. 4) Al-

teración por los trastornos afectivos (modelo de la complicación), donde se alteran los rasgos de la personalidad por los trastornos del humor. Así, los límites conceptuales taxativos y excluyentes entre temperamento y personalidad no son tan claros como en las definiciones previas a la hora de hacer combinaciones entre ambos más la influencia de los trastornos afectivos en esa compleja interacción. Entonces el modelo de la vulnerabilidad y el modelo patoplástico dan mayor relevancia a los trastornos de personalidad sobre los trastornos del ánimo, mientras que el modelo del espectro bipolar y el modelo de la complicación dan mayor relevancia a los trastornos del humor sobre las caracteropatías. Es evidente que “hay para todos los gustos”, según el paradigma de la psiquiatría que se sostenga en cualquier investigación “orientada a priori”.

Yendo hacia el diagnóstico diferencial entre la personalidad borderline y la esquizofrenia u otras psicosis estructurales crónicas, el DSM es claro al puntualizar la presencia característica de “ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves” en los pacientes límites, asegurándose la previa exclusión categorial de sintomatología psicótica asociada a la intoxicación y/o abstinencia de sustancias. Tanto los síntomas disociativos (despersonalización y desrealización) como los síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), son de duración limitada (en general horas o días), reversibles con restitución ad-integrum (o sea, sin deterioro funcional posterior ni transformación permanente de la personalidad previa) y están asociados a la presencia de un estresor precipitante (por ejemplo, a intensas vivencias de abandono vincular). Kernberg los denomina “episodios micro-psicóticos”, para diferenciarlos de las descompensaciones psicóticas de la esquizofrenia y la paranoia. Se puede afirmar que los investigadores de la personalidad borderline hoy han arribado a conclusiones más precisas en relación a este diagnóstico diferencial con las psicosis estructurales.

Sin embargo, pareciera que se complica más el diagnóstico diferencial entre la personalidad borderline y los trastornos del espectro bipolar, porque hoy no parece haber tanto consenso entre los investigadores. Igualmente, vale la pena citar a Zanarini, Paris y Gunderson, que vienen investigando sistemáticamente esta cuestión, y ya han aportado algunas conclusiones provisionales comparando la inestabilidad afectiva, la etiología y la respuesta psicofarmacológica de los pacientes borderlines y de

los pacientes bipolares: 1) La inestabilidad afectiva en los casos borderlines estudiados se caracteriza por reactividad del humor, dependencia del entorno, responde más a la psicoterapia, tendencia a la distimia, brusca variación anímica, presencia de automutilaciones y autoagresiones, suicidabilidad crónica. En cambio, la inestabilidad anímica en los casos bipolares estudiados se caracteriza por la presencia de fases anímicas, independencia del entorno, responde más a la psicofarmacología, tendencia a la hipomanía, variación anímica más lenta, sin presencia necesaria de automutilaciones y autoagresiones, suicidabilidad fásica. 2) La impulsividad en los casos borderlines estudiados se caracteriza por una tendencia que va de la eutimia al enojo, cambio de estado en horas o días, patrón permanente, presencia de temperamento distímico, realización de reiterados intentos de suicidio, transgresiones conductuales, temor al abandono, mayor comorbilidad adictiva, antecedente de conflictiva familiar, existencia de alexitimia. En cambio, la impulsividad en los casos bipolares estudiados se caracteriza por una tendencia que va de la depresión a la euforia, cambio de estado en semanas, patrón congruente con la fase anímica en curso, presencia de temperamento hipertímico, menor comorbilidad adictiva; no presentando necesariamente intentos de suicidio, desinhibición conductual, temor al abandono, conflictiva familiar, ni alexitimia. 3) La etiología de la personalidad borderline incluye eventos traumáticos perpetrados por familiares de confianza, estados de disociación defensiva del trauma, tendencia al acting-out. En cambio, la etiología de la bipolaridad no incluye ninguno de estos factores. 4) La respuesta psicofarmacológica, en los casos borderlines estudiados, se caracteriza por no presentar switch maníaco/hipomaníaco con el uso de antidepresivos; se indica la administración de antidepresivos como anti-impulsivos, también la administración de antirrecurrentes como anti-impulsivos y la administración de bajas dosis de antipsicóticos; no hay latencia de respuesta psicofarmacológica y no se necesita el dosaje de psicofármacos. En cambio, la respuesta psicofarmacológica, en los casos bipolares estudiados, se caracteriza por presentar switch maníaco/hipomaníaco con el uso de antidepresivos, la administración de antidepresivos produce ciclación rápida; se indica la administración de antirrecurrentes como estabilizadores del ánimo y también la administración de dosis altas de antipsicóticos; hay latencia de respuesta psicofarmacológica y se necesita el dosaje de psicofármacos.

Llegando al abordaje psicofarmacológico de la personalidad borderline, se cita al Dr. Hugo Cohen, argentino, quien resume las pautas de tratamiento consensuado para esta caracteropatía. Así, propone tres algoritmos diferenciados según las dimensiones psicopatológicas consideradas: A) Para la dimensión de la desregulación afectiva (labilidad del humor, sensibilidad al rechazo, enojo inapropiado e intenso, “arranques de mal humor”, síntomas depresivos): 1° administrar antidepresivo IRSS u otro relacionado; 2° si no hay respuesta cambiar a otro IRSS u otro antidepresivo relacionado; 3° si persiste la ira agregar dosis bajas de antipsicóticos; si persiste la ansiedad agregar clonacepam; 4° si aún no hay respuesta, cambiar a antidepresivo IMAO; 5° si todavía no hay respuesta, agregar o cambiar a litio, carbamazepina o divalproato. B) Para la dimensión de la impulsión – agresión (automutilación o conductas de autodaño como promiscuidad sexual, abuso de sustancias, compras compulsivas, exhibición de impulsividad – agresividad): 1° administrar antidepresivo IRSS; 2° si no hay respuesta agregar o cambiar a dosis bajas de antipsicóticos; 3° si aún no hay respuesta agregar o cambiar a litio, IMAO, carbamazepina o divalproato; 4° agregar antipsicóticos atípicos como última opción terapéutica. C) Para la dimensión cognitiva – perceptual (suspiciencia, pensamiento referencial, ideación paranoide, ilusiones, desrealización, síntomas alucinatorios): 1° administrar bajas dosis de antipsicóticos típicos o atípicos; 2° si no hay respuesta incrementar dosis de antipsicóticos previos; 3° si aún no hay respuesta con síntomas afectivos prominentes, agregar IRSS o IMAO; o si aún no hay respuesta con pocos síntomas afectivos, cambiar a clozapina. Si se comparan estos algoritmos dimensionales para el abordaje psicofarmacológico de la personalidad borderline con los algoritmos consensuados para el tratamiento de la bipolaridad, se consiguen varias diferencias importantes: a) la prescripción prioritaria de antidepresivos para la desregulación afectiva y la impulsión – agresión en los pacientes borderlines, mientras en la bipolaridad es prioritaria la prescripción de estabilizadores del ánimo o antirrecurrentes; b) la administración de antipsicóticos es prioritaria para la dimensión cognitiva – perceptual alterada de la personalidad borderline, mientras es considerada una prescripción de segunda línea terapéutica en la bipolaridad; c) el peligro del “switch maníaco/hipomaníaco” no existe en los pacientes borderlines medicados con antidepresivos, mientras sí está presente el riesgo

del viraje anímico por los antidepresivos en la bipolaridad, que puede desembocar en una ciclación rápida incontrolable. Y con respecto al abordaje psicoterapéutico de la personalidad borderline, hay dos corrientes principales con bastante evidencia científica acumulada: 1) la psicoterapia de orientación psicoanalítica de Otto Kernberg, llamada psicoterapia focalizada en la transferencia; 2) la psicoterapia de orientación cognitiva – integrativa de Marsha Linehan, llamada terapia dialéctico – comportamental, siendo la psicofarmacología secundaria al abordaje psicoterapéutico. En cambio, el abordaje integral del trastorno bipolar exige una intensa psicoeducación del paciente y los familiares, más un insustituible tratamiento psicofarmacológico continuo y de cada caso.

De esta manera, la “bipolarización de la psiquiatría actual” también trae sus iatrogénicas consecuencias en la asistencia diaria de pacientes. Cada vez se ven más casos clínicos con personalidad borderline que están siendo sub-diagnosticados y, por ende, están siendo medicados como pacientes bipolares mientras reciben una psicoeducación con un diagnóstico equivocado. Así se les niega una psicoterapia psicoanalítica y/o cognitiva específica para su caracteropatía, y tampoco se los medica con antidepresivos, porque el fantasma del “switch maníaco – ciclación rápida” ronda por la mentalidad del “psiquiatra bipolarizador”. Y si se le agrega la falta de una sólida formación psicoterapéutica del “psiquia-

tra posmoderno”, influenciado sólo por la versión científica de la psiquiatría neurobiológica, los pacientes borderlines están siendo condenados al abandono terapéutico sistemático a modo de “re-traumatización epistemológica”, que rechaza y niega el reconocimiento del propio sufrimiento caracterológico. Es urgente una concienzuda revisión crítica de la psicopatología clínica actual, para no seguir repitiendo el mismo error epistemológico que caracterizó a la época de la “esquizofrenización clínica” de los pacientes borderlines. Nadie puede dudar del avance de las neurociencias y de la psiquiatría neurobiológica neo-kraepeliana a la hora de considerar las investigaciones en curso del difundido “espectro bipolar”, pero tampoco se trata de cambiar un dogma fanático de antes por otra alienación de moda en perjuicio del paciente que sufre. Y tampoco nadie puede desmentir la vigencia clínica y nosológica del descubrimiento psicoanalítico pos-freudiano, adoptado por la psiquiatría dinámica, que es la “personalidad borderline – límite – fronteriza”, tan prevalente además en esta “era del vacío y modernidad líquida” que se vive en el siglo XXI. Sólo entonces podrá cambiar el “destino limítrofe” de la personalidad borderline en la historia de la psiquiatría clínica, donde hasta ahora parece estar epistemológicamente instalada en el riesgoso límite permanente de su inclusión/exclusión nosológica.

Bibliografía consultada:

- Akiskal H. y otros. *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Ed: Panamericana, 2006.
- Cervera G. y otros. *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad*. Ed: Panamericana, 2005.
- Cohen D. *Pautas para el tratamiento psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad*. *Revista de Psicofarmacología*, 9 : 55, abril 2009.
- Dorfman Lerner B. (comp.). *Pacientes limítrofes. Diagnóstico y tratamiento*. Ed: Lugar, 1992. Especialmente el capítulo “En torno a borderline” del Dr. Guillermo Vidal.
- Gunderson J. *Guía clínica del trastorno límite de la personalidad*. Ed: Aula Médica, 2010.
- Kernberg O. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Ed: Paidós, 1997.
- Kernberg O. *Trastornos Graves de la Personalidad*. Ed: Manual Moderno, 2006.
- Koldobsky N. *Trastorno Borderline de la personalidad. Un desafío clínico*. Ed: Polemos, 2005.
- Lerner H. y Sternbach S. (comp.). *Organizaciones fronterizas. Fronteras del psicoanálisis*. Ed: Lugar, 2007.
- Vázquez G. *Trastornos del estado del ánimo. Depresión y bipolaridad*. Ed: Polemos, 2007.
- Vieta E. (comp.). *Trastornos Bipolares. Avances científicos y terapéuticos*. Ed: Panamericana, 2001.

Flexibilidad conductual ante un feedback negativo en pacientes epilépticos temporales refractarios con resección amigdalohipocámpica unilateral

J. Butman*, R. F. Allegri*, A. Thomson**, E. Fontela*
C. Abel*, B. Viaggio**, M. Drake*, C. Serrano*, L. Loñ*

Introducción

Los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal (ELT) suelen presentar alteraciones conductuales, ya sea como manifestación ictal o interictal. Bear y Fedio¹ desarrollaron una escala de evaluación de personalidad para pacientes epilépticos en los cuales describieron viscosidad del discurso, hiper-moralidad, circunstancialidad y reactividad emocional exagerada.

Sin embargo, los resultados fueron inconsistentes y controvertidos, por lo que se dejó de usar. No obstante, los pacientes y familiares refieren algunas de estas alteraciones, como la viscosidad en el comportamiento o el discurso, que pueden interpretarse desde un punto de vista neuropsicológico como falta de flexibilidad conductual, o alteraciones en la adaptación conductual ante las circunstancias cambiantes del medio social. Bechara² llama a esto «impulsividad afectiva» o falta de habilidad de los pacientes de inhibir una respuesta previamente correcta, pero incorrecta con las contingencias del momento. Este fenómeno sería similar al fenómeno de extinción demostrado en animales³.

Damasio⁴ propuso su hipótesis del marcador somático describiendo que los pacientes con lesiones prefrontales fallan en la toma de decisiones, sobre todo afectivas, en su vida cotidiana porque no utilizan las señales autonómicas que de alguna manera guían la conducta de las personas normales.

Un estímulo (inductor primario) produce una respuesta somática, luego la presencia de otro estímulo relacionado (inductor secundario), ya sea un pensamiento relacionado o la presencia del mismo estímulo, como el consumo de droga o la posibilidad de ganar o perder dinero, genera la misma respuesta somática, y es esa respuesta somática la que de manera consciente o inconsciente guía la conducta, sobre todo cuando las opciones son varias e inciertas⁵. Bechara et al.⁶ proponen que la amígdala interviene en el aprendizaje asociativo de los inductores primarios, pero una vez aprendidos, el proceso se independiza de la amígdala, y es en la corteza orbitofrontal donde se procesa la toma de decisiones. Sin embargo, Bar-On et al.⁷ demuestran en tres pacientes epilépticos operados (con resección de amígdala) un mal rendimiento en el Test del Casino (*Gambling Task*), y estos mismos autores publican un mal rendimiento en el Test de Iowa en pacientes con lesión bilateral de amígdala⁸.

En 1994, Rolls et al.⁹ proponen que las alteraciones en el comportamiento de los pacientes con lesiones orbitarias se deben a una falla en la capacidad de modificar su conducta en base a un *feedback* negativo. Para ello usaron un paradigma de asociación/reversión de estímulo/recompensa, cuyo déficit se correlacionó con alteraciones funcionales de la vida diaria. Estos autores proponen que en la corteza orbitaria estarían representadas las magnitudes de las recompensas y de los castigos (así como el apren-

* Laboratorio de Investigación de la Memoria. Hospital General de Agudos Abel Zubizarreta Secretaría de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires (Argentina)

** Sección Epilepsia del Servicio de Neurología. Hospital Francés. Buenos Aires (Argentina)

dizaje entre un estímulo visual y la recompensa o el castigo a los que estaría asociada y que, en definitiva, una emoción sería desencadenada por el castigo o la recompensa a los que estaría relacionada)¹⁰.

La amígdala y la corteza orbitaria tienen una función clave en esta flexibilidad conductual.

La amígdala envía proyecciones a la corteza orbitaria posterior a través del pedúnculo inferior del tálamo¹¹; la amígdala proyecta al núcleo dorso-mediano del tálamo y éste a su vez a la corteza orbitofrontal¹². Existe una red neural basal que interviene en el procesamiento emocional, conformada por la corteza orbitaria, la amígdala, el núcleo dorso-mediano del tálamo y el estriado ventral, que claramente se disocia anatómicamente y funcionalmente con la vía dorsal de la corteza prefrontal, cíngulo dorsal y el resto de la neocorteza dorsal, que interviene en procesos cognitivos generales^{13,14}. Pero la contribución relativa de cada una de estas estructuras en la toma de decisiones y en la capacidad de reversión es un tema actual de investigación.

Swainson et al.¹⁵ encontraron un déficit en un paradigma de reversión en pacientes con resección de amígdala por cirugía de epilepsia refractaria. El paradigma consistió en la elección sucesiva entre dos figuras, pero la recompensa a la que estaba asociada era un *feedback* verbal «correcto/incorrecto».

Numerosos trabajos citan que existiría una disociación entre un *feedback* verbal, como el utilizado en el test de las cartas de Wisconsin y en el trabajo de Swainson et al.¹⁵, y un *feedback* asociado a una consecuencia afectiva, como ganar o perder dinero¹⁶ o tener mejor o peor comida, demostrado en monos^{3,17}. El *feedback* verbal dependería de la corteza prefrontal dorsolateral y el *feedback* afectivo de la corteza prefrontal ventrolateral¹⁸.

Fellows y Farah¹⁶ muestran alteraciones de la reversión en pacientes con lesiones orbitarias bilaterales utilizando un paradigma emocional de dos figuras, una asociada a ganar 50 pesos y otra asociada a perder 50 pesos. Luego de ocho ensayos consecutivos donde los pacientes y controles aprenden y eligen la figura asociada a ganar se produce la reversión. Los pacientes con lesiones orbitarias obtuvieron menor número de reversiones que los controles.

En todos estos trabajos las alteraciones en los tests de toma de decisiones y en los de reversión no se debieron a alteraciones en la memoria de trabajo, ya que fueron encontradas disociaciones: mal rendimiento en el Test del Casino con un buen rendimiento en el test de memoria de trabajo visuo-espacial¹⁹, al igual que fallas en los tests de reversión,

con indemnidad de la memoria de trabajo²⁰, aunque es necesaria una buena memoria de trabajo para obtener un buen rendimiento en el Test del Casino¹⁹.

No se han publicado hasta la actualidad trabajos que evalúen la capacidad de reversión con un *feedback* afectivo en pacientes con lesión unilateral de amígdala, ni su correlación con el Test del Casino, funciones ejecutivas y síntomas neuropsiquiátricos. El objetivo del presente trabajo fue estudiar la flexibilidad conductual ante un *feedback* afectivo negativo en pacientes con resección de amígdala unilateral por cirugía de epilepsia y correlacionar estos resultados con los síntomas psiquiátricos presentes en estos pacientes.

Material y métodos

Fueron evaluados en nuestro Laboratorio de Investigación de la Memoria (GCBA) 10 pacientes con resección de amígdala e hipocampo, 6 derechas y 4 izquierdas, como tratamiento quirúrgico de epilepsia del lóbulo temporal refractaria al tratamiento farmacológico. Los mismos fueron derivados del Centro de Epilepsia del Hospital Francés de Buenos Aires apareados por edad y educación con 10 sujetos controles normales. Todos los participantes en el estudio firmaron un consentimiento informado. El protocolo clínico estuvo sujeto a las Reglas ICH de Buenas Prácticas Clínicas, a la última revisión de las declaraciones de Helsinki²¹, así como las regulaciones internas de las autoridades de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Para descartar un déficit intelectual subyacente que interfiriera la evaluación se seleccionaron aquellos pacientes con una puntuación igual o mayor a 28 en el Miniexamen del Estado Mental (*Mini-Mental State Examination, MMSE*)²² y un coeficiente intelectual (CI) global igual o mayor de 90 en el test de inteligencia para adultos de Wechsler²³. No se ingresaron pacientes con criterios para episodio depresivo mayor, distimia o algunos de los trastornos psicóticos del eje 1 del DSM-IV²⁴.

Se realizó una entrevista neuropsiquiátrica semiestructurada que incluyó la Escala de depresión de Beck²⁵ y la Escala de síndromes positivo y negativo (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*)²⁶. Como parte de la evaluación neuropsicológica, para evaluar las funciones ejecutivas se empleó el Test de clasificación de cartas de Wisconsin²⁷ y para la toma de decisiones se utilizó una versión computarizada del Test del Casino o *Gambling Task*²⁸.

Para estudiar la capacidad de reversión con un *feedback* afectivo negativo se usó una adaptación del test de aprendizaje asociativo y reversión²⁹. Este último se realiza presentando a los sujetos en forma sucesiva una lámina con un triángulo y una con un cuadrado. El paciente debe elegir una figura que le permitirá ganar determinada cantidad de dinero, pero cada tanto con las dos figuras también va a perder determinada cantidad de dinero. Puede elegir la misma figura todas las veces que crea conveniente o ir cambiando la elección como mejor le parezca. El objetivo es que pueda darse cuenta de cuál de las figuras le hace ganar más y perder menos. Inicialmente la figura «buena» es el triángulo, donde cada 10 jugadas, 7 le hacen ganar y 3 hacen ganar y perder, pero con saldo positivo (p. ej., gana 110 y pierde 30). La figura «mala» es el cuadrado, donde cada 10 jugadas 6 hacen ganar y perder, pero con saldo negativo (p. ej., ganó 60 y perdió 75) y 4 hacen ganar, pero un valor más bajo que el triángulo. Luego de 5 ensayos seguidos, donde el sujeto elige el triángulo, se produce la reversión y la buena pasa a ser el cuadrado. Son 55 ensayos como mínimo que permiten realizar un máximo de 11 reversiones. También se cuentan cuántos ensayos necesitó para aprender cuál era la figura ligada a mayor recompensa y menor castigo. La diferencia con la versión original del test consiste en que la diferencia entre los valores asociados a las dos figuras son más sutiles (en la original la figura buena hacía ganar: p. ej., 300 y perder 20, y la figura mala hacía ganar 40 y perder 600), además de evaluar un mínimo de 55 ensayos y evaluar la capacidad de aprendizaje. La diferencia con el trabajo de Fellows y Farah¹⁶ consistió en la capacidad de poder evaluar la valencia relativa de los estímulos (ambos hacen ganar y perder dinero) y donde la consecuencia no está ligada a un solo desenlace, ya que con ambas se gana y se pierde, al igual que el de Bechara et al.³⁰. La diferencia con el Test del Casino consiste en que no tiene una exigencia de la indemnidad de la memoria de trabajo, ya que son sólo dos estímulos que permanecen frente al paciente durante todo el test y además mide la capacidad de reversión.

Método estadístico

Los resultados de los pacientes y de los sujetos controles están expresados en media (M) y desviación estándar (DE). Para comparar los datos demográficos de edad, escolaridad y el test MMSE entre los pacientes y los controles se utilizó el test de

Student para variables paramétricas. Para el test de reversión y la curva de aprendizaje del Test del Casino (se compararon las diferencias entre las jugadas 1 al 20 y 81 al 100) se realizó el análisis de varianza (ANOVA). Como test de correlación se utilizó el test de Spearman debido a las características no lineales de las variables a correlacionar y los valores fueron expresados en rho (índice de correlación). Una $p = 0,05$ fue considerada significativa. Para todo el análisis estadístico se utilizó el software SPSS para Windows³¹.

Resultados

Los datos demográficos de la población en estudio pueden verse en la tabla 1, donde se observa que no hay diferencias significativas en edad, escolaridad y rendimiento cognitivo global (según el MMSE). Con respecto al estudio de las funciones ejecutivas con el Test de las cartas de Wisconsin²⁷, los pacientes con ELT completaron $4,6 \pm 2,4$ categorías y tuvieron $17,2 \pm 17$ errores perseverativos y $12,5 \pm 11,7$ errores no perseverativos.

Tabla 1.
Datos demográficos

	Pacientes ELT	Sujetos controles	p
Edad (años)	42,2 \pm 3,1	41,0 \pm 2,6	ns
Escolaridad (años)	14,1 \pm 1,1	13,8 \pm 1,0	ns
MMSE	28,7 \pm 0,5	29,3 \pm 0,1	ns
Edad de comienzo de las crisis	11,2 \pm 7,2		
Escala de depresión	8,0 \pm 1,5		
PANSS positivos	10,0 \pm 1,3		
PANSS negativos	14,4 \pm 2,2		
CI total	101,4 \pm 6,3		

MMSE: *Mini-Mental State Examination*²²; Escala de Depresión de Beck²⁵; *PANSS positive and PANSS negative syndrome Scale*²⁶; CI total: coeficiente intelectual global²³. Los valores están expresados en rho (índice de correlación del test de Spearman).

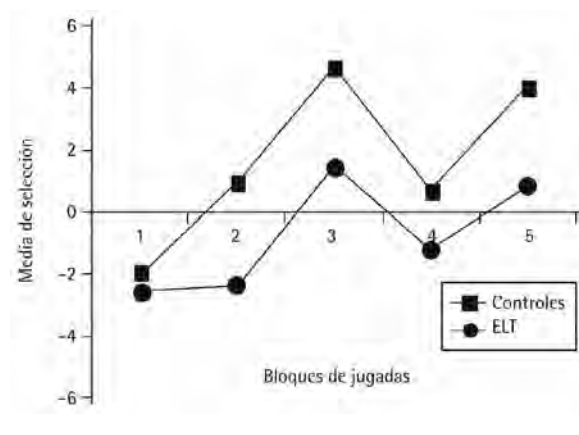
En el Test de aprendizaje y reversión en estudio²⁹ los pacientes mostraron diferencias significativas en el número de reversiones y en los ensayos necesarios para lograr la primera reversión (tabla 2). En el Test del Casino o *Gambling Task*²⁸ (fig. 1)

Tabla 2.
Resultados del Test del aprendizaje asociativo y reversión ante un *feedback* negativo

	Pacientes ELT	Sujetos controles	Anova (F crit. 4.38)	p
Número de reversiones	4,4	9,3	(F = 28,4)	p < 0,001
Ensayos para primera reversión	23,4	4,9	(F = 4,9)	p < 0,05

Los valores están expresados en media ± desviación estándar.

Figura 1
Curvas del Test del Casino o Gambling Task



Los resultados corresponden a las «medias de selección» de los pacientes (ELT) y de los sujetos controles a lo largo cada uno de cinco bloques de 20 jugadas cada uno. El resultado (media de selección) representa las selecciones de los mazos beneficiosos (C + D) menos las selecciones de los mazos no beneficiosos (A + B).

observamos las curvas logradas por los pacientes y los controles. Para evaluar los resultados de la curva de aprendizaje de la estrategia que los hagan elegir los mazos más ventajosos a medida que realizan la prueba se compararon las diferencias entre las jugadas 1 a 20 y 81 a 100 mediante un análisis de varianza (ANOVA). En los sujetos controles hubo diferencias significativas (F crítica: 4.493; F: 5.890; p < 0,02), representando un cambio de estrategia a medida que avanza la prueba entre las últimas ju-

gadas (81 a 100) y las primeras (1 a 20). En los pacientes epilépticos no se obtuvo diferencias significativas (F crítica: 4,5; F: 1.02; p = ns), o sea, estos pacientes no presentan una curva de aprendizaje de estrategia que los hagan elegir los mazos más ventajosos a medida que realizan la prueba.

Al realizar un análisis de correlación mediante el test para variables no paramétricas de Spearman (tabla 3) encontramos una r = 0,698 (p < 0,05) entre los ensayos para completar la primera categoría en el Test de Reversión y los ensayos iniciales (1 al 20) del Test del Casino. Las otras variables no presentaron correlación con los síntomas neuropsiquiátricos de la PANSS o del Inventario de depresión de Beck.

Tabla 3
Análisis de correlaciones entre las variables en estudio en los pacientes con ELT

	Test de aprendizaje asociativo y reversión	
	Número de reversiones	Ensayos para la primera reversión
Test del Casino		
Ensayos iniciales (1 al 20)	0,285 (ns)	0,698 (p < 0,05)
Ensayos finales (80 al 100)	0,396 (ns)	0,356 (ns)
Escala de depresión de Beck	-0,362 (ns)	0,457 (ns)
PANSS positivos	0,172 (ns)	0,245 (ns)
PANSS negativos	-0,486 (ns)	0,428 (ns)
MMSE	0,214 (ns)	0,254 (ns)
CI total	0,385 (ns)	0,133 (ns)
CI verbal	0,294 (ns)	0,367 (ns)
CI ejecutivo	0,238 (ns)	0,348 (ns)

MMSE: *Mini-Mental State Examination*²²; Escala de Depresión de Beck²⁵; *PANSS positive and PANSS negative syndrome Scale*²⁶; CI total: coeficiente intelectual global²³. Los valores están expresados en rho (índice de correlación del test de Spearman).

Discusión

Los pacientes epilépticos presentaron menor número de reversiones con respecto a los controles y tuvieron mayor dificultad en el aprendizaje asociativo y la reversión de estímulo con componente

emocional. Esta falla se observó también en el Test del Casino, donde los pacientes no presentaron una curva de aprendizaje apropiada entre las últimas 20 jugadas y las primeras 20. Esto demuestra dificultades en el cambio de estrategias cuando las contingencias del medio se modifican.

También encontramos una correlación positiva entre el número de ensayos para lograr la primera reversión y las jugadas 1 a 20 del Test del Casino. La primera mitad del Test del Casino que se correlaciona con el aprendizaje asociativo en el test de reversión es sensible a la manipulación dopaminérgica, con peor rendimiento con los bloqueantes dopaminérgicos como el haloperidol y un mejor rendimiento con dextroanfetaminas en voluntarios sanos^{15,30,32}. Los pacientes con enfermedad de Parkinson y las alteraciones en la memoria de trabajo mejoran con levodopa al mejorar la vía mesocortical que involucra al estriado dorsal y la corteza prefrontal dorsolateral, pero empeoran los tests de toma de decisiones, o se evidencia una «falta de sensibilidad a la recompensa» al producir una hiperdopaminérgica en la vía mesolímbica que involucra al es-

triado ventral³³. Debe haber un balance entre el estriado dorsal y la corteza prefrontal dorsolateral por un lado y el estriado ventral y la corteza orbitofrontal por el otro, ya que una hiperdopaminérgica en la vía ventral produciría respuestas impulsivas y perseverativas, con déficit en la flexibilidad conductual, aunque mejore el rendimiento en tests como el de cartas de Wisconsin³⁴. No se encontró correlación significativa entre las PANSS negativa o positiva y el Test de Reversión (ensayos para lograr la primera reversión o número total de reversiones) ni con el rendimiento del Test del Casino en ninguno de los cinco bloques. Sin embargo, los pacientes mostraron una PANSS negativa levemente aumentada (media \pm DE: 14,4 \pm 2,2) por la presencia de los síntomas de apatía. La literatura muestra ampliamente la correlación entre la apatía y la hipodopaminérgica en la vía mesolímbocortical (estriado ventral y corteza del cíngulo) que podría explicar la falta de flexibilidad o insensibilidad al feedback afectivo en la presente muestra.

Nuestros pacientes no estaban deprimidos y tampoco encontramos una correlación significativa entre la escala de depresión de Beck y todas las demás variables del Test del Casino o del Test de Reversión. Los trabajos de Bechara et al.³⁰ muestran que la facilitación de la transmisión serotoninérgica a través de la fluvoxamina mejoran la segunda parte del Test del Casino, donde el rendimiento es más consciente, y esto coincide con nuestros resultados, donde los pacientes aparentemente no tendrían alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica. En la presente muestra no encontramos correlaciones entre el CI total o ejecutivo, el número de categorías del Test de cartas de Wisconsin y el número de reversiones, los ensayos necesarios para lograr la primera reversión, o cualquiera de los cinco bloques del Test del Casino. Esto ya quedó demostrado en trabajos previos, donde las alteraciones en la vida social de pacientes con lesiones y un mal rendimiento en el Test del Casino se encuentran disociados de un buen rendimiento en el Test de las cartas de Wisconsin, con conservación del cociente intelectual^{5,35}.

Los estudios neurofuncionales (por resonancia magnética funcional o tomografía por emisión de positrones) en voluntarios sanos reportan que la asociación de un estímulo y la conducta que genera, por ejemplo, elegir entre dos estímulos que consisten en dos figuras abstractas, una ligada a la ganancia de cierta cantidad de dinero y otra a pérdida, así como la reversión entre los dos estímulos y la aso-

a-compañar

Fundada en 1982 dedicada a la Asistencia y Formación en Salud Mental.

DIRECTOR: Lic. Guillermo Altomano

SUPERVISORES: Lic. L.Giglia, Lic. A. Pech, Lic. L. Edgar

Cumple **29 años** en el desarrollo del **ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO**

- En la Formación a través de nuestra Escuela
- Y en Asistencia domiciliaria en Psicosis y Discapacidad Mental
- Cursos de Especialización
- Ateneos Clínicos
- Jornadas

Rodriguez Peña 286 piso 4º
Ciudad de Bs. As. – Argentina
C.P. 1020 – (011)4374-6966
secretaria@acompaniar.com.ar
www.acompaniar.com

ciación de ganancia o pérdida (el que hacía ganar hace perder y viceversa, similar al paradigma utilizado como Test de Reversión en el presente trabajo) genera una respuesta en una red neural formada principalmente por amígdala-corteza orbitaria, cíngulo anterior y estriado ventral. La reversión o extinción del estímulo o los estudios de devaluación del estímulo³⁶ generan una respuesta diferencial en cada una de estas áreas, mostrando una gran especificidad neuroanatómica: la amígdala, el estriado ventral y la corteza orbitaria medial intervendrían en el aprendizaje asociativo, la corteza orbitaria lateral se activaría al inhibir una respuesta cuando ya no es apropiada porque cambiaron las contingencias (reversión), siendo la encargada de generar una conducta en base a las circunstancias cambiantes del medio^{29,35,37,38}. La amígdala también intervendría en la capacidad de generar una conducta cuando las circunstancias del medio cambian, ya que se demostró que se activa proporcionalmente a la capacidad de extinción de una respuesta³⁹. Los autores determinan que la amígdala interviene en un reaprendizaje de la asociación estímulo-recompensa, por

lo que en verdad en vez de inhibir una conducta previa interviene en una reasociación rápida que permite una conducta distinta, al igual que lo demostrado por Fellows y Farah¹⁶ para la corteza prefrontal ventromedial. El cíngulo anterior se activa luego de la conducta generada, monitorea y actualiza la asociación entre la conducta y el resultado o la respuesta del medio³⁶.

En toda la corteza orbitaria se codificaría la representación abstracta de la recompensa, que tendría una valencia relativa, ya que un estímulo ligado a cierta magnitud de recompensa al enfrentarse a otro con menor representación de magnitud actuaría como un reforzamiento positivo, pero al enfrentarse a otro que represente una mayor magnitud de recompensa se comportaría como un estímulo devaluado o con reforzamiento negativo^{10,36,40}. Además, estos estudios se hicieron con diversos estímulos o inductores primarios representados en el sistema de recompensas, sean éstas abstractas, como ganar o perder dinero, o estímulos asociados al consumo de drogas, o concretas como comida, sugiriendo todos ellos un mecanismo general de



PROGRAMA VIRTUAL DE ENTRENAMIENTO INTENSIVO EN SUICIDOLOGÍA

- Asociación Argentina de Prevención del Suicidio -

Más de 15 años de experiencia formando colegas de Latinoamérica y Europa en esta disciplina.

Docente a cargo: Lic. CARLOS MARTÍNEZ (· Director General A.A.P.S. · Profesor de Suicidología de la Universidad de Palermo (Argentina) y del Diplomado Internacional en Suicidología (Medellín - Colombia). Experto de la Mesa de Trabajo sobre Atención del Intento de Suicidio en la Adolescencia-Ministerio de Salud de la Nación)

MÓDULO CLÍNICO

- EVALUACIÓN DE RIESGO Y POTENCIAL SUICIDA e INICIO DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

MÓDULO EDUCACIONAL

- SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO ESCOLAR Y ABORDAJE INSTITUCIONAL DE PRODUCCIONES AUTODESTRUCTIVAS

MÓDULO: POSVENCIÓN I

- EL DISCURSO SUICIDA: SU ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

- ✓ Módulos de cursada independiente
- ✓ Seguimiento personalizado online
- ✓ Espacio virtual para la supervisión de casos
- ✓ Aplicaciones al contexto laboral específico del alumno
- ✓ Bibliografía actualizada
- ✓ Presentación de casos, investigaciones e intervenciones
- ✓ Guías de entrenamiento para la Identificación, Análisis, Elaboración y Resolución de emergentes.
- ✓ Análisis, diagramación e implementación de intervenciones

Informes y Consultas

Lic. Daniela V. Martínez - Coordinadora Formación AAPS - cursosvirtuales@suicidologia.org.ar

aprendizaje asociativo y reversión de un estímulo emocional y su recompensa.

En nuestro paradigma de reversión los pacientes con resección amigdalina presentan una falla en el aprendizaje asociativo estímulo/recompensa. Tal como se ha demostrado en neuroimágenes funcionales y voluntarios sanos, la amígdala interviene en la expectativa de ganar (una vez elegido el estímulo, esperar ganar)⁴¹. Nuestros pacientes pueden tener una falla en el Test de Reversión tanto por la alteración en el aprendizaje asociativo inicial como en el mantenimiento *on-line* de la asociación estímulo/recompensa, como por falla en la medición de la valencia relativa entre ambos estímulos, tal como se ha demostrado en los estudios funcionales en voluntarios sanos con la corteza orbitaria⁴⁰, como por falla en la evaluación de la intensidad del estímulo, tal como se ha demostrado también en voluntarios sanos y estudios de activación^{42,43} o por fallas en el «marcador somático» donde nuestros pacientes pueden tener una alteración en el Test de Reversión por una disminución de la activación amigdalina y en consecuencia de la conductancia de la piel o de toda manifestación visceral que presente al «marcador somático»⁴.

En resumen, la lesión unilateral de amígdala produce alteraciones en el aprendizaje asociativo del estímulo y su recompensa, demostrado en el presente trabajo por la mayor cantidad de ensayos que necesitaron los pacientes para lograr la primera reversión; alteraciones en la capacidad de cambiar la estrategia cuando las contingencias del medio cambian, demostrado como el menor número de reversiones logradas y la falta de aprendizaje en el Test del Casino, que puede explicarse por alteraciones en la corteza prefrontal orbitaria (por fenómenos de desconexión amigdalina) o por una directa alteración amigdalina en el rápido reaprendizaje asociativo del estímulo/recompensa cuando las contingencias del medio cambian^{28,36,39}.

Estas alteraciones neuropsicológicas en el Test del Casino o *Gambling Task* y el Test de Reversión explicarían la falta de flexibilidad conductual que a veces expresan y que no se relacionan con la presencia de trastornos psiquiátricos, ni con el déficit en el cociente intelectual o de las funciones ejecutivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bear DM, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 1977;34:454-67.
2. Bechara A. The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain Cogn* 2004;55:30-40.
3. Dias R, Robbins TW, Roberts AC. Dissociation in prefrontal cortex of affective and attentional shifts. *Nature* 1996;380:69-72.
4. Damasio A. *El error de Descartes*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1996.
5. Damasio A. Toward a neurobiology of emotion and feeling: operational concepts and hypotheses. *The Neuroscientist* 1995; 1:19-25.
6. Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Role of the amygdala in decision-making. *Ann N Y Acad Sci* 2003;985:356-69.
7. Bar-On R, Tranel D, Denburg NL, Bechara A. Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Brain* 2003;126:1790-800.
8. Bechara A, Damasio H, Damasio AR, Lee GP. Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *J Neurosci* 1999;19:5473-81.
9. Rolls ET, Hornak J, Wade D, McGrath J. Emotion-related learning in patients with social and emotional changes associated with frontal lobe damage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57: 1518-24.
10. Rolls ET. The orbitofrontal cortex and reward. *Cereb Cortex* 2000; 10:284-94.
11. Rolls ET. The functions of the orbitofrontal cortex. *Brain Cogn* 2004;55:11-29.
12. Ongur D, Price JL. The organization of networks within the orbital and medial prefrontal cortex of rats, monkeys and humans. *Cereb Cortex* 2000;10:206-19.
13. Mega MS, Cummings JL, Salloway S, Malloy P. The limbic system: an anatomic, phylogenetic, and clinical perspective. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997;9:315-30.
14. Goldar JC. *Anatomía de la mente*, 1st ed. Buenos Aires: Salerno, 1993.

15. Swainson R, Rogers RD, Sahakian BJ, Summers BA, Polkey CE, Robbins TW. Probabilistic learning and reversal deficits in patients with Parkinson's disease or frontal or temporal lobe lesions: possible adverse effects of dopaminergic medication. *Neuropsychologia* 2000;38:596-612.
16. Fellows LK, Farah MJ. Ventromedial frontal cortex mediates affective shifting in humans: evidence from a reversal learning paradigm. *Brain* 2003;126:1830-7.
17. Jones B, Mishkin M. Limbic lesions and the problem of stimulus reinforcement associations. *Exp Neurol* 1972;36:362-77.
18. Nagahama Y, Okada T, Katsumi Y, Hayashi T, Yamauchi H, Oyanagi C, et al. Dissociable mechanisms of attentional control within the human prefrontal cortex. *Cereb Cortex* 2001;11:85-92.
19. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Anderson SW. Dissociation of working memory and decision making within the human prefrontal cortex. *J Neurosci* 1998;18:428-37.
20. Hornak J, O'Doherty J, Bramham J, Rolls ET, Morris RG, Bullock PR. Reward-related reversal learning after surgical excisions in orbito-frontal or dorsolateral prefrontal cortex in humans. *J Cogn Neurosci* 2004;16:163-78.
21. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Re-vista *Neurológica Argentina* 2001;26:75-7.
22. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
23. Wechsler Adult Scale Intelligence-reduced (WASI). The Psychological Corporation, 1999.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. DSM IV.* Washington, 1994.
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arc Gen Psychiatry* 1961;4: 53-63.
26. Kay S, and Opler L. Positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
27. Grant DA, Berg EA. *The Wisconsin Card Sort Test random Layout.* Madison: Wells Printing Co, Inc, 1980.
28. Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 1994;50:7-15.
29. O'Doherty J, Kringelbach ML, Rolls ET, Hornak J, Andrews C. Abstract reward and punishment representations in the human orbitofrontal cortex. *Nat Neurosci* 2001;4:95-102.
30. Bechara A. Risky business: emotion, decision making and addiction. *Journal of Gambling Studies* 2003;19:23-51.
31. SPSS for windows. Release 11.0.0. Standard version. SPSS Inc, 2001.
32. Cools R, Barker RA, Sahakian BJ, Robbins TW. L-dopa medication remediate cognitive inflexibility, but increases impulsivity in patients with Parkinson's disease. *Neuropsychologia* 2003;41: 1431-41.



MOEBIUS DIFUSIÓN PSI se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con el psicoanálisis, psiquiatría, psicoterapia, la salud mental y la cultura en general: Congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi y actividades vinculadas. También se especializa en organización de eventos, así como también edición de libros y gráfica en general con precios muy convenientes. Contamos con la lista más grande de suscriptos PSI de todo el mundo. La lista está compuesta por e-mails de instituciones y profesionales de la Salud Mental residentes en Argentina y del resto del mundo. Además, en la página web encontrará una selección de videos y artículos que serán de su interés.

www.moebiusdifusion.com / info@moebiusdifusion.com

33. Czernecki V, Pillon V, Houeto JL, Pochon JB, Levy R, Dubois B. Motivation, reward, and Parkinson's disease: influence of dopa-therapy. *Neuropsychologia* 2002;40:2257-67.
34. Clark L, Cools R, Robbins TW. The neuropsychology of ventral prefrontal cortex: decision-making and reversal learning. *Brain Cogn* 2004;55:41-53.
35. Bechara A, Tranel D, Damasio H. Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain* 2000;123:2189-202.
36. Gottfried JA, O'Doherty J, Dolan RJ. Encoding predictive reward value in human amygdala and orbitofrontal cortex. *Science* 2003;301:1104-7.
37. Elliott R, Dolan RJ, Frith CD. Dissociable function in the medial and lateral orbitofrontal cortex: evidence from human neuroimaging studies. *Cereb Cortex* 2000;10:308-17.
38. Cools R, Clark L, Owen AM, Robbins TW. Defining the neural mechanisms of probabilistic reversal learning using event-related functional magnetic resonance imaging. *J Neurosci* 2002;22:4563-7.
39. Phelps EA, Delgado MR, Nearing KI, LeDoux JE. Extinction learning in humans: role of the amygdala and vmPFC. *Neuron* 2004; 43:897-905.
40. O'Doherty J, Critchley H, Deichmann R, Dolan RJ. Dissociating valence of outcome from behavioral control in human orbital and ventral prefrontal cortices. *J Neurosci* 2003;23:7931-9.
41. Knutson B, Fong GW, Adams CM, Varner JL, Hommer D. Dissociation of reward anticipation and outcome with event-related fMRI. *Neuroreport* 2001;12:3683-7.
42. Elliott R, Newman L, Longe OA, Deakin JF. Differential response patterns in the striatum and orbitofrontal cortex to financial reward in humans: a parametric functional magnetic resonance imaging study. *J Neurosci* 2003;23:303-7.

Recreos escolares: agresión y violencia

Laura Cecilia Mocayar
Mariela Judith Ratuschny

Introducción

El presente proyecto se genera a partir de las numerosas demandas de asistencia sobre problemáticas de agresión, violencia y trastornos de conducta, solicitadas por docentes de diversas instituciones escolares, a comienzos de 2010, por lo cual nuestro equipo del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil N° 5, Región Este (compuesto por 3 psicólogas, trabajadora social, psiquiatra infanto-juvenil, fonoaudióloga y nutricionista), confecciona la cartografía necesaria de acuerdo a la procedencia de la demanda, arrojando como resultado que la mayoría de los casos pertenecían a una zona rural ubicada en Giagnoni, a unos 20 km de distancia de nuestra insti-

tución sanitaria, comunidad con un alto índice de necesidades básicas insatisfechas, alcoholismo, violencia familiar y social.

La institución escolar "Educadoras de Loyola", cuenta con una matrícula de 160 alumnos, 7 docentes especiales, de los cuales 2 son profesores de educación física, 9 docentes y 1 directivo.

Este proyecto se genera por la necesidad de realizar acciones y acuerdos que permitan solucionar el grave problema que suscita la agresión y violencia que existen en la escuela. Se elige, para comenzar a pensar en una posible solución, trabajar en los recreos con actividades lúdicas, en las cuales se involucren docentes, alumnos, padres y comunidad en general.

Fundamentación

La acción humana está condicionada pero no está absolutamente determinada por la naturaleza ni por el contexto social. La posibilidad del individuo de responder de diversas maneras ante los desafíos del medio, está estrechamente relacionada con sus creaciones culturales y con la construcción de una estructura simbólica común, que le permite comunicar intenciones, realizar acuerdos, manifestar pareceres y sentimientos. Esta comunicación permite el diálogo, la reflexión y la cooperación.

Es aquí donde comienzan a surgir los problemas de conducta en los niños, cuando ellos carecen de influencias fuertemente positivas en cuanto a normas de convivencia, tolerancia, diálogo, respeto por el otro, etc., lo que genera indisciplina y confrontación entre pares y superiores. En la escuela los alumnos han de incorporar un conjunto de normas y reglas que permitan el funcionamiento armónico de la institución. Por lo tanto, el trabajo docente es arduo y constante en cuanto a que los niños incorporen valores de manera consciente, reconociendo la necesidad de comprometerse con ellos para su defensa y transmisión.

Es evidente que en los ambientes sociales y/o grupos conflictivos, las interacciones de los niños con los adultos más significativos (familia, escuela) se tiñen a veces del pesimismo que rodea las peculiaridades existenciales de estos grupos, y es fácil comprender que esa interacción de desengaño, frustración y desesperanza, se interioriza como vivencia de autoestima deteriorada.

Los primeros modelos, usos y costumbres que aprende un niño, los incorpora en el seno de la vida familiar. Está aquí el origen del problema de la violencia que se observa en la mayoría de las comunidades escolares con las que trabajamos: alto índice de familias disfuncionales, violencia familiar, desocupación, hacinamiento; sumado a esto, la crisis económica en la cual nos encontramos inmersos hace que se intensifique más la pobreza, la falta de oportunidades de trabajo, la falta de perspectivas, la desconfianza en las normas sociales y los lamentables ejemplos que brinda la clase dirigente. Estos elementos contribuyen para generalizar el sentimiento de vulnerabilidad y de inseguridad, y otorgan a la violencia un marco de legitimidad ante los ojos de los niños.

Se deben cultivar en la familia y en la escuela, valores sociabilizantes basados en compartir cosas y el respeto a la diversidad de las personas. La escuela debe

ser contenedora y formadora de sus alumnos, con directivos, docentes y padres comprometidos en la aplicación de este proyecto, como vía de solución al problema de agresión en los recreos, los cuales son espacios de esparcimiento, tranquilidad, de diálogo, de juegos, etc., donde el alumno tiene que sentir placer y hacer un buen uso del tiempo libre.

Teniendo en cuenta los planeamientos de la educación para la paz (Domínguez-Serrano-González Losada-Rodríguez Jiménez) decimos que "...es necesario que pensemos en un mundo que es de todos, plural y diferenciado, trabajar sobre la violencia, el fenómeno de la exclusión y el rechazo, para hacer posible que cada persona que habita la tierra pueda vivir dignamente, expresar sus ideales y convencimiento, y ser respetado en sus diferencias.

Se busca que, mediante las actividades lúdicas, el alumno pueda canalizar sus energías, su conducta, su sentido de responsabilidad, de pertenencia, el trabajo cooperativo, el respeto hacia el compañero y las reglas de juego, durante el desarrollo del juego, durante los recreos, para ir disminuyendo los espacios en donde aparece la agresión verbal, gestual y/o física, lo que siempre decanta en la violencia; la idea es NO a la violencia, SÍ a la PAZ".

Los recreos son una zona de clivaje siempre propensa a generar violencia entre los niños; es por eso que se implementará este proyecto, encausando las actitudes violentas a su desaparición a través de actividades lúdicas, dirigidas por las Profesoras de Educación Física y/o docentes que acompañen en la realización de las mismas. El equipo interdisciplinario del Centro Infanto-Juvenil N° 5, brindará asesoramiento psicológico para la implementación y puesta en marcha del proyecto.

El juego siempre tiene un significado. El juego es una actividad libre, lúdica y espontánea. Lo podemos considerar como una actividad para el aprendizaje, el desarrollo y la vida de los niños.

Es importante destacar la función socializante y estructurante que tienen los juegos. Por ello es necesario que nuestra actividad se oriente a crear situaciones lúdicas-formativas que requieran que los niños interactúen, resuelvan problemas y conflictos, construyan y discutan reglas de juego.

¿Por qué esta propuesta del docente recreador de juegos durante los recreos?

El juego constituye un espacio propio en el desarrollo y el crecimiento de los alumnos, un momento en el cual pueden actuar tal cual son.

El ejercicio de recrear los juegos permite acrecentar la cantidad de recursos que posee el docente para

poder brindar a los alumnos variedad de actividades, buscar nuevas opciones y propuestas para resolver distintas situaciones. Los juegos son creaciones socioculturales del hombre; las consignas y las reglas, la disposición y segmentación espacial, la determinación temporal, los roles distintivos, los materiales, etc., son convenciones que establecen los individuos para poder jugar.

El juego y/o trabajo cooperativo requieren que cada uno pueda pedir u ofrecer ayuda, aceptar, complementar y complementarse con otro/s, pasar del yo al nosotros para empezar a tejer, propiciar y/o fortalecer una actitud solidaria y fraternal. El juego está relacionado con la diversión, la amistad y la sociabilidad.

Las estrategias de enseñanza deberán crear oportunidades para que los niños vivencien, perciban, representen y conceptualicen sus experiencias en los juegos, verbalizándolos en pequeños grupos y luego, junto al docente, reflexionar sobre la práctica realizada, haciéndose conscientes así de los: ¿por qué?, ¿para qué?, el: ¿cómo hacer?, ¿cómo actuar?, y esto promueva el saber razonar, el saber hacer, el saber ser.

Es importante destacar la función sociabilizante y estructurante que tienen los juegos. Por ello, es necesario que las actividades que realicemos se orienten a crear situaciones lúdico-formativas que requieran que los niños interactúen con sus pares, cooperen y acuerden, resuelvan problemas y con-



ESCUELA CLINICA
DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

POSGRADO TEÓRICO-PRÁCTICO

Dirección General: Lic. Darío Galante
Dirección Área Clínica: Dra. Patricia Schnirelman
Dirección Área Docencia: Lic. Alicia Prefumo
Secretaria del Área de Docencia: Lic. Laura Potick
Secretaria del Área de Asistencia: Lic. Silvia Venturino

INICIO: agosto de 2011

DURACIÓN: La duración de la escuela será de dos años, con la posibilidad de ingresar en los meses de agosto y marzo. La carga horaria será de 120 horas anuales compuestas por:

- 40 horas de seminario en la modalidad de un encuentro mensual los días sábados de 08.30 a 13.00 hs.
- 80 horas de supervisión clínica. Encuentros semanales grupales de 2 horas de duración cada uno.

PROGRAMA:

Seminarios: Los seminarios se organizarán en torno a dos módulos anuales.

- 1º Módulo: Estructuras clínicas
- 2º Módulo: Síntomas actuales

LA INSCRIPCIÓN INCLUYE:

- Asistencia a los seminarios a desarrollarse en el Hotel Colón
- Seguro de mala praxis sin cargo extra
- Supervisiones clínicas con profesionales de primer nivel
- Incorporación como miembro de la AASM
- Posibilidad práctica clínica rentada
- Descuento en todas las actividades científicas de la AASM

Se otorgarán certificados de participación/aprobación en la Escuela una vez finalizadas las horas de concurrencia obligatoria. Asimismo, los participantes podrán presentar, al finalizar cada año, un ensayo sobre algunos de los temas trabajados, posibilitando el incremento de la certificación de la carga horaria.

Estos trabajos serán considerados para su evaluación, con el fin de obtener un certificado de aprobación que habilitará la posibilidad de incluirse en el staff de asistencia de la Asociación Argentina de Salud Mental.

INFORMES:

AASM | Asociación Argentina
de Salud Mental

Tel. 4952-1923 • administracion@aasm.org.ar
Ayacucho 234 Ciudad Autónoma de Buenos Aires

flictos, acepten y respeten, construyan y discutan reglas de juego, tratando de dejar de lado aquellas actitudes agresivas y violentas que puedan surgir durante las prácticas. El docente contribuye fuertemente con sus actitudes a generar determinados climas grupales. Por eso el profesor debe ser una persona auténtica, democrática, que inspire en sus alumnos una actitud de aceptación y confianza, que genere una disminución del temor a ser rechazados por los otros, disminución de la ansiedad, incremento de la predisposición a escuchar al otro, un aumento de la seguridad y disminución de actitudes defensivas u ofensivas.

El docente de Educación Física deberá generar un clima grupal, proponiendo actividades de integración, brindando oportunidades y momentos de encuentro y reflexión conjunta, para profundizar el conocimiento mutuo y resolución cooperativa de los problemas comunes.

Este proyecto tiende a utilizar estrategias participativas para permitir que los alumnos elaboren sus propios juegos, organicen sus espacios, y asuman y adjudiquen roles; es el modo de enseñarles a diferenciarse y a vivir en comunidad.

Este proyecto está dirigido a todos los niños de la institución escolar, desde 1er. a 7mo. año, durante los recreos, los cuales están diferidos para el 1er. ciclo y luego para el 2do. ciclo. Éstos son en horario distinto para poder realizar actividades acordes a las edades de los niños. El tiempo de duración de los recreos no es fijo; o sea que si la actividad lúdica requiere de más tiempo, se alargará; por la tanto, este horario es flexible; lo manejarán los docentes y lo tendrán en cuenta en la planificación de los juegos. En estos juegos participarán todos los niños, y se invitará a los padres y docentes para que integren los grupos de juegos. También se les tendrá en cuenta en la elaboración, construcción y mantenimiento de los elementos necesarios para llevar a cabo estas actividades.

Para impedir que la agresión y violencia ganen terreno y se instalen definitivamente en la institución, es que se pondrá en marcha este proyecto en el 2011, como una estrategia para la disminución de la violencia escolar.

Propósito o finalidad del proyecto

Objetivo General

Favorecer el aprendizaje, el conocimiento y la aplicación de los valores universales que permiten la convivencia institucional y social.

Objetivos Específicos

- 1- Lograr mejorar en el alumno su autoestima y modificar sus patrones de conducta.
- 2- Promover en los alumnos y sus familias conductas solidarias, de participación e integración.
- 3- Valorar el trabajo en grupo, sus producciones, respeto por las normas de convivencia y comportamiento dentro de las actividades lúdicas: el juego.

Estrategias

- 1- Generar espacios de reflexión, de integración y de intercambio, en alumnos, docentes y padres.
- 2- Adquirir, a través de las actividades lúdicas en los recreos, el gozo y satisfacción por el hecho de jugar y compartir con sus compañeros.
- 3- Lograr que los alumnos puedan jugar aplicando las reglas, roles, funciones, tareas, etc., en el breve tiempo de un recreo.
- 4- Que los alumnos logren distinguir la necesidad de establecer reglas para una mejor convivencia, que muestren actitudes de solidaridad y valoración.

Metas

- * Lograr que en el transcurso del ciclo lectivo 2011 disminuya la agresión durante los recreos, en un 100%.
- * En el transcurso del año 2011, los alumnos puedan lograr comprender a través del juego, la solidaridad, cooperación, respeto por las reglas de juego, aceptación de valores y diferencias individuales y/o grupales, en un porcentaje elevado (90%).
- * Lograr que los alumnos participen de las actividades lúdicas durante los recreos en un 90%, durante el transcurso del ciclo lectivo 2011.
- * Lograr el acercamiento de padres a la institución durante el ciclo lectivo 2011, con una participación mínima del 60%.

Expectativa de logros

- * Integrarse en situaciones de juegos colectivos y/o cooperativos, con organización y reglas simples.
- * Jugar, proponer, crear juegos reglados, codificados y de roles, acordes con las posibilidades e intereses grupales.
- * Obtener la colaboración de toda la comunidad.
- * Concientizar al niño en el respeto por sí mismo y por el otro.

Contenidos

Contenido Conceptual	Contenido Procedimental
<ul style="list-style-type: none"> - La regla: respeto, roles y funciones - Noción de grupo-equipo - Juegos individuales (exploratorios y funcionales) - Juegos masivos con y sin refugios - Juegos tradicionales (rondas infantiles, payana, bolitas, rayuela, etc.) - Juegos de relevos y cooperativos - Juegos por bandos - Juegos codificados. Juegos deportivos simples - Actividades socio-culturales y recreativas - Excursiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de reglas simples para la organización de situaciones lúdicas en pequeños grupos. - Aplicación de reglas básicas en los distintos juegos. - Creación, aplicación y análisis de nuevas reglas acordes a los intereses y conveniencias del grupo. - Práctica, reflexión y ajuste de los comportamientos individuales a las reglas, roles y funciones en el accionar grupal. - Experimentación y participación en juegos a partir de rondas infantiles, tradicionales y de persecución. - Organización de juegos y espacios acordes con las posibilidades que brindan los materiales y el medio. - Práctica de situaciones lúdicas: de relevos y codificados, con acciones que impliquen la suma de esfuerzos para el logro de la tarea. - Selección y organización de juegos con y sin elementos, en espacios reducidos y con acciones que suman esfuerzos. - Práctica, reflexión y modificación de juegos simplificados. - Programación y ejecución de actividades recreativas, comunitarias, interinstitucionales (maratón, bicicleteadas, torneos, etc.). - Convivencia, relaciones, integración, expresión, etc.

Evaluación

Se considera que la evaluación cualitativa (subjetiva) es la más adaptada a este proyecto, porque se basa en la observación, cómo responde el alumno ante una situación. No hay control de tiempo. Se basa en actividades que se presentan de modo casi natural y habitual. El alumno no tiene conciencia de que es evaluado. Depende del juicio de valor del observador.

La observación debe basarse en los criterios establecidos para la evaluación; debe buscar hechos significativos en el trabajo y comportamiento de los alumnos; debe ser sistemática, planificada, completa y registrada.

Se propone utilizar el Anecdotario para registrar todos los acontecimientos que sucedan durante los recreos, en los juegos y actividades propuestas.

La lista de control nos permite obtener datos del comportamiento exterior del grupo. Es un cuadro de doble entrada compuesto por unidades de observación (conductas, aprendizajes y/o aspectos), y por condiciones de presencia y ausencia de la conducta (sí-no-a veces-en parte).

A medida que se desarrolle el proyecto, se irán realizando los ajustes y reajustes necesarios para el mejoramiento de su implementación.

AASM CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 38 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 32 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 26 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

Aclaración: Para los miembros extranjeros residentes en el exterior el valor de la cuota es en dólares. Consultar por bonificaciones por pagos trimestrales, semestrales o anuales anticipados. Los miembros de la AASM cuentan con descuentos significativos en las actividades organizadas por la asociación (cursos, congresos, jornadas). Los miembros de la AASM aparecen en el Róster (cartilla) que se encuentra en nuestra página web con los datos profesionales de cada uno. Además, los miembros tienen la posibilidad de incorporarse y participar del capítulo que sea de su interés. Los miembros titulares pueden proponer la fundación de un nuevo capítulo si creen que la temática así lo justifica. La propuesta será evaluada por la Comisión Directiva.

Los miembros de las diferentes zonas del Gran Buenos Aires, del interior del país o argentinos residentes en el exterior, pueden solicitar la fundación de filiales o representaciones de la AASM. Los miembros que se desempeñen en los diferentes establecimientos públicos o privados del país, podrán solicitar la fundación de una filial y actuar como representantes de ese grupo de profesionales ante la AASM. Para solicitar la fundación de filiales, se deberá conformar una Comisión Directiva con: un presidente, un vicepresidente, un secretario científico y por lo menos un vocal, hasta un máximo de tres. La misma se regirá por el estatuto de la AASM.

INFORMES

AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

E-mail: administracion@aasm.org.ar - www.aasm.org.ar

REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

- *Los trabajos deberán ser enviados al director de la Revista Conexiones, Dr. Eduardo Grande.*
- *El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.*
- *Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.*
- *Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo es considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.*
- *Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.*
- *Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.*
- *Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores. Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.*
- *Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés, y no excederá las 200 palabras.*
- *Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.*
- *Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.*
- *Las publicaciones presentadas, para que sea considerada su publicación, que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente, serán remitidas al autor responsable para su modificación.*

tranquilidad VIDA SALUD
 TIEMPO BIENESTAR **LAMIRAX** *vida* MENTE
 BIPOLARIDAD *Lamotrigina* 8 HORAS
ARAMIX *Salud* tiempo HIPNOTICO *Eszopiclona*
Escitalopram mente DEPRESION **KEMOTER**
PRAMINA *bienestar* *Quetiapina* ESQUIZOFRENIA
Venlafaxina **SIMINA** *TRANQUILIDAD* *recuperación*
 ANTIDEPRESIVOS RECUPERACION PSICOSIS *Olanzapina* **NEUROTROX**
EPAMINNEUTOP *ANTIDEPRESIVOS* *Paroxetina*
Fenitoina *Sodica* CEFALEAS *Topiramato* **RESTELEA**
 ANTIEPILEPTICO *tranquilidad* *vida* **OLDINOT** *Risperidona*
Donepecilo
 ALZHEIMER

Neurociencias

Laboratorio Elea