



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA
ASOCIACION ARGENTINA
DE SALUD MENTAL

Año 2 Nº 4 Marzo de 2006
DISTRIBUCION GRATUITA



/ Asesoramiento para complementarios / La práctica de las presentaciones de enfermos / Acerca de la ciencia y su método / Aproximación psiconeurobiológica a las emociones auténticas y de ajuste prefrontal / Nuevos aportes en la relación entre el estrés, la depresión, el sujeto y su entorno / ¿En qué radica la "atipicidad" de los antipsicóticos atípicos? /



AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande
 VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman
 SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli
 SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin
 TESORERO: Lic. Belen Baudron
 SECRETARIO DE ACTAS: Dr. Nestor Saborido
 SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano
 SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán
 SECRETARIA DERELACIONES INTERINSTITUCIONALES: Lic. Silvia Raggi
 SECRETARIO DE PRENSA: M. T. Ruben Gallardo
 SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Dr. Carlos Marachlian
 SECRETARIO DE CULTURA: Dr. Roberto Bilotta
 SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Lic. Dario Galante
 VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez
 COMISION REVISORA DE CUENTAS:
 TITULARES: Dr. Horacio Rodriguez O'Connor, Dr. Ariel Falcoff
 SUPLENTE: Lic. Rosa Daniel

MIEMBROS FUNDADORES

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

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Dr. Samuel Basz, Dr. Pedro Boschan, Dr. Juan Carrega
 Lic. Jorge Chamorro, Dr. Carlos Coquet, Dr. Horacio Etchegoyen,
 Lic. Osvaldo Delgado, Dr. Enio Linares, Dra. Andrea Lopez Mato
 Dr. Gabriel Lombardi, Dr. Roberto Mazzuca, Dr. Roger Montenegro
 Lic. Sara Slapak, Dr. Ricardo Soriano, Dr. Jaime Yospe

COMISIONES DIRECTIVAS DE LOS CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: DR. JUAN CARLOS FANTIN

SALUD MENTAL DE LA MUJER

PRESIDENTE: DRA. MARÍA DE LAS MERCEDES BACCARO

PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: LIC. MARIO PUENTES

INFORMÁTICA Y TECNOLOGÍA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: DR. PABLO A. DÍAZ TOLOSA

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

PRESIDENTE: DR. ARIEL FALCOFF

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: LIC. BEATRIZ KENNEL

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: DR. FABIO CELNIKIER

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: LIC. CLARA VICCHI

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: DR. PABLO FRIDMAN

ADICCIONES

PRESIDENTE: DRA. SUSANA CALERO

PSICODIAGNÓSTICO E INFORME PSICOLÓGICO

PRESIDENTE: LIC. OLGA SÁNCHEZ

ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: DR. ARTURO SMUD

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: DR. RENÉ UGARTE

VIH - SIDA:

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: LIC. GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: LIC. MT. PATRICIA CABRERA

TERAPIA FAMILIAR:

ENFOQUE COGNITIVO SISTE-MICO

PRESIDENTE: LIC. LILIANA CHAZENBALK

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: DR. ALBERTO MENDES

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: LIC. ANA INÉS MARQUÉS

URGENCIAS EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: DR. RICARDO MAURICIO DÍAZ

SEXUALIDAD

PRESIDENTE: SOL SANTAMARINA

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: DRA. LILIANA MONETA

PSICOONCOLOGÍA

PRESIDENTE: LIC. INÉS BOUSO

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: DR. GUSTAVO TAFET

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: LIC. IRMA ZURITA

CONTENIDO

5

Hugo Marietán
Asesoramiento para complementarios

10

Roberto Mazzuca
La práctica de las presentaciones de enfermos

14

Alberto Carli / Beatriz Kennel
Acerca de la ciencia y su método

17

Fabio Celnikier
Aproximación psiconeurobiológica a las emociones auténticas y de ajuste prefrontal

22

Gustavo E. Tafet
Nuevos aportes en la relación entre el estrés, la depresión, el sujeto y su entorno

25

Dr. Diego Robatto
¿En qué radica la "atipicidad" de los antipsicóticos atípicos?

30

Gustavo Fernando Bertran
Presentación del libro
"Hospital de Día, Particularidades de la Clínica, temasy dilemas"

Imagen de tapa:
*La extracción
de la piedra*
Jan Steen



Director:

Eduardo Grande

Director Asociado:

Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL

*Pablo Fridman
Juan Carlos Fantín
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 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 los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material. Ayacucho 234 (1025) Ciudad de Buenos Aires - Argentina Teléfono: (54 11) 4952-8930

 **diseño
carlos de pasquale**
4697-4934

AASM Asociación Argentina
de Salud Mental



WORLD FEDERATION
FOR MENTAL HEALTH

congreso 2007

II Congreso Argentino de Salud Mental

Buenos Aires, Marzo de 2007

- 2^{da}. **ENCUENTRO INTERAMERICANO DE SALUD MENTAL**
- 2^{da}. **REUNION RIOPLATENSE DE PSICOANALISIS**
- 2^{da}. **ENCUENTRO DE EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL**
- 6^{ta}. **CONFERENCIA ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA CLINICA**
- 2^{da}. **SIMPOSIO ARGENTINO DE TOXICOMANIAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS**
- 2^{da}. **JORNADA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA, PSICOFARMACOLOGIA Y SALUD MENTAL**

Comisión Directiva

PRESIDENTE:
Dr. Eduardo Grande

VICEPRESIDENTE:
Dr. Pablo Fridman

SECRETARIO GENERAL:
Lic. Alberto Trimboli

SECRETARIO CENTRICO:
Dr. Juan Carlos Fantin

SECRETARIO DE ACTAS:
Dr. Nestor Saborido

SECRETARIO DE ETICA:
Dr. Ricardo Soriano

SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES:
Lic. Gustavo Bertrán

SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES:
Lic. Silvia Raggi

SECRETARIO DE PRENSA:
Lic. M. T. Ruben Gallardo

SECRETARIO DE PUBLICACIONES:
Dr. Carlos Marchiani

SECRETARIO DE CULTURA:
Dr. Roberto Bilotta

SECRETARIO DE BIBLIOTECA:
Lic. Dario Galante

TESORERO:
Lic. Maria Belén Baudron

VOCALES TITULARES:
Dra. Susana Calero,
Lic. Irma Domínguez

COMISION REVISORA DE CUENTAS:

TITULARES:
Dr. Horacio Rodríguez O'Connor,
Dr. Ariel Falcoff

SUPLENTE:
Lic. Rosa Daniel

INFORMES E INSCRIPCION: AASM Ayacucho 234. Ciudad de Buenos Aires
Tel: 4952-8930 / www.aasm.org.ar / administracion@aasm.org.ar

adhiera: DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Realización y comercialización Integral

GRUPO UNO
eventos audiovisuales

www.gu-producciones.com
Info@gu-producciones.com

adhesión:

ELEA
ALTAZOR
#0200PSIQUIATRIA

Neurotrox CR

Neurotrox
permite ver la vida
sin depresión, ni ansiedad

Asesoramiento para complementarios

Hugo Marietán

Médico Psiquiatra (UBA)
Docente de Clínica
Psiquiátrica (UBA)

¿Qué es un psicópata?

Comenzaremos con el concepto de qué entiendo por psicópata. El psicópata es una modalidad de ser humano infrecuente (los cálculos más aceptados rondan el 3% de la población) con características conductuales especiales tendientes a satisfacer necesidades distintas, son precisamente estas necesidades distintas que lo recortan de una manera particular del resto de la población; también ellas son las responsables de darles a estas personas un tipo diferente de pensamiento y más aún una manera cualitativamente diferente de sentir. Este tipo de pensamiento y esta manera de sentir le da un sello particular a su relación con los otros, el psicópata introyecta a los otros no en calidad de personas, de un igual, sino de un elemento utilitario, una cosa destinada a complimentar sus necesidades. A este proceso de desjerarquización de la persona lo denominamos cosificación.

Y aquí tenemos los dos puntos distintivos en la descripción de un atípico: la presencia de necesidades distintas y un particular modo de relacionarse con los otros, la cosificación.

Cuando la empatía y la ética no alcanzan

Estos dos elementos básicos conforman un tipo de mentalidad, de psiquismo, que lo aleja, que lo hace inalcanzable, a la comprensión de una mentalidad estándar, de un psiquismo común. Los errores más frecuentes que he observado en los autores que intentan acercarse a la temática de la psicopatía son: analizarlos aplicando la empatía, es decir, tratar de colocarse en su lugar, identificarse virtualmente con el otro, es decir, una mente estándar tratando de digerir una mente especial. La otra grosera fuente de error es anteponer lo emocional a lo racional y lo ético a los hechos al analizar estas cuestiones. Muchas acciones de los psicópatas son afectivamente impactantes, provocan perturbaciones emocionales en la mente del observador, quien hará por esta vía un análisis contaminado por elementos irracionales provocando la consiguiente distorsión en su análisis; ejemplo de ello es colocar al psicópata, desde el vamos, como depósito de maldades. En consonancia con este aspecto está la variable ética que se embarca en realizar un análisis regido por el 'deber ser' en lugar de realizar un análisis 'no prejuicioso' de lo que es. Objetivamente muchas acciones psicopáticas transgreden el deber ser, lo ético, y nuevamente caemos en el error inicial ya que esta ética es válida para psiquis comunes, donde lo bueno y lo malo responden a convenciones comunitarias devenidas de necesidades ancestrales compartidas. El psicópata, conociendo la ética común, tiene su ética propia, tiene su propia visión de qué es lo bueno y que es lo malo, y obra en consecuencia.

No podemos meternos en la mente de un psicópata

Transcurridos los primeros pasos nos encontramos con dos escollos insalvables, no podemos meternos en la mente de un psicópata, esto es, 'no podemos traba-

jar desde adentro'. Esta incomprendibilidad nos obliga a ser observadores del fenómeno psicopático, a verle desde afuera y limitarnos a describirlo con el mero objetivo de acercarnos a un entendimiento de este fenómeno.

Para aquellos que están en relación con un psicópata se produce le siguiente desbalance. Es una persona que incide profundamente en el psiquismo de su allegado, sin que éste pueda rozar apenas la comprensión del psiquismo del psicópata. Estos intentos vanos, erróneos, de interpretar la mente de un psicópata han llevado a la creación de mitos sobre la psicopatía que deslindamos en otros trabajos

Modos de relación del psicópata

El psicópata tiene, al menos, tres modos de relacionarse psicopáticamente con el otro.

El asociativo: es cuando un psicópata entra en relación con otro psicópata. Este tipo de asociación se da cuando el proyecto que debe realizar lo supera ampliamente como individuo. La relación es tensa y el equilibrio se mantiene mientras persista el objetivo. Hay que recordar que estamos hablando de personas altamente narcisistas, egocéntricas; en consecuencia, el apego que puedan tener sólo lo justifica el objetivo.

El segundo modo de relacionarse con el otro es el tangencial, es decir, cuando el psicópata se encuentra con la víctima ocasional; cuando ejerce su psicopatía en función de una acción de tipo delictiva, una violación, una estafa, por ejemplo. Es un encuentro 'puntual'.

Otro modo de relacionarse es el complementario: cuando el psicópata encuentra su complementario, o el complementario encuentra su psicópata. La relación es de doble vía y está lejos del preconcepto víctima-victimario; ambos participan activamente para mantener el vínculo. Considero que la persona que logra permanecer junto a un psicópata, no es otro psicópata, como habitualmente se entiende. Yo creo que el que más chance tiene de relacionarse y permanecer con un psicópata, es un neurótico. Estas relaciones son metaestables, se mantienen, pero con explosiones y desequilibrios a lo largo de todo su desarrollo.

El modo complementario:

Nos concentraremos en esta forma de relación del psicópata con el otro donde encuentra su molde, donde encasstra ajustadamente para ejercer su acción psicopática y para ser "contenido" en tanto psicópata. Al igual que la metáfora enzima-sustrato, llave-cerradura, el psicópata encuentra en este tipo de individuos su par, aquel que lo complementa, le llena sus huecos, lo satisface. Y a su vez, el así llamado complementario, pasa por el mismo proceso: encuentra el ser especial que le llena sus vacíos y trae a la superficie sus insatisfacciones más profundas, más ocultas, más oscuras, más (pido licencia para este término) animal. Encuentra alguien que le acaricia su "animali-

to" y donde puede manifestarse en tanto animalito. Con esta palabra quiero expresar nuestro fuerte componente irracional, el que subyace debajo de todas las capas de la educación, de "civilización", el que permanece en aparente silencio, domado por tanta carga inhibitoria del "deber ser" y es, al decir de Nietzsche en *Genealogía de la moral*, "un animal enjaulado que golpea sus barrotes". Agradeceré al lector que evite la analogía con el concepto freudiano de "ello", no por desconocer la riqueza de esta postura, sino que, para nuestro tema, lo llevará a una vía desviada y muerta. Bien, entonces el psicópata abre esta jaula y le da permiso al animalito a manifestarse. El psicópata ilumina estas zonas oscuras del complementario y las pone en acción. Esto es un efecto secundario del accionar psicopático y no tiene nada de solidario, docente o pensado para beneficiar al complementario. Repetimos y lo haremos muchas veces más, el psicópata trabaja para sí mismo. Este poner en marcha estas zonas oscuras deslumbran por un lado al complementario y por otro lo dejan perplejo primero y, muchas veces, avergonzado después: "¿cómo pude hacer eso?"

Asesoramiento para el complementario

Veamos las bases conceptuales para armar un asesoramiento para la persona que es complementaria (C) del psicópata (Ps). Es decir la que puede convivir o tener una relación que perdure cierto tiempo.

Repetimos que sólo se puede hacer esto cuando el sistema psicópata-complementario está debilitado. Ya porque el complementario esté agotado, es decir que obtiene más sufrimientos que compensaciones y esto le resulta intolerable o bien porque el psicópata se desprende de la complementaria y debemos ayudarla a hacer el duelo de esta compleja relación.

Mientras el sistema Ps-C está compensado, nada se puede hacer. Por más que los allegados a esta relación: familiares, amigos u otras relaciones, puedan captar el efecto negativo de Ps sobre C, si C no pide ayuda, es muy poco lo que se puede hacer en situaciones comunes.

Porque te quiero te aporreo

Sí se puede asesorar a las personas periféricas al circuito Ps-C, como fue el caso por ejemplo de una madre que consultaba por su hija que estaba en pareja con un drogadicto, golpeador y estafador (con antecedentes penales). La hija, a pesar que de vez en cuando volvía a su casa materna magullada y con signos francos de efectos de drogas, no quería separarse de su psicópata y escuchaba, como quien oye la lluvia, cualquier argumentación en contra de la relación. En tres oportunidades hubo que internarla para que se recupere de las palizas y aún así, no quería hacer ningún tipo de denuncia. Es desesperante para los familiares ver semejante deterioro y no poder hacer casi na-

da. Hasta pensaron en procedimientos no legales para desprenderla de semejante sujeto. Hago esta acotación porque es frecuente que los familiares traigan esta posibilidad a la consulta. Los padres, al principio, trataban de intervenir contactándose con el psicópata a lo que éste respondía golpeando más a la hija, por lo que se dieron cuenta que este procedimiento no solo no era adecuado sino más perjudicial.

Docencia a granel

Sí es pertinente explicarles a los familiares de qué se trata este tipo de relaciones. el terapeuta debe hacer esto desde distintos niveles y repetidas veces porque una y otra vez los familiares lo equiparan a una relación común: sólo con una buena docencia, paciencia y tiempo llegan a aproximarse al entendimiento de esta problemática: a entender que su hija está allí porque obtiene algo del psicópata, que está porque quiere estar y no porque está influida, sugestionada, hipnotizada, amenazada por Ps, que sí puede hacer todas estas maniobras, pero el anclaje está en lo irracional. Todo lo que se ve de afuera en estas "parejas" es lo negativo y las quejas. Y solo ellos saben (sienten), y no concientemente, el extraño disfrute de estar juntos. Desde luego que esto va más allá de lo sexual. Lo psicopático se enclava mucho más profundamente y abarca aspectos más básicos de la persona del complementario.

El agotamiento de los familiares

Puesto así el tema puede surgir la siguiente postura, que de hecho toman algunos familiares agotados los recursos: bueno, si a ella le gusta así, la dejamos. Y son espectadores resignados e impotentes del deterioro de su hija. Otros toman la postura de enojarse con C, y dejarla sin apoyo familiar. Y esto es lo que, en la medida de nuestras posibilidades, debemos evitar. Debemos lograr que C sienta que tiene una puerta abierta cuando ella decida cortar la relación.

La postura del terapeuta

Como se habrán dado cuenta el asesoramiento no es ni común ni sencillo. Lo más importante es que el terapeuta tenga en claro el tema de la psicopatía, que tenga la suficiente apertura mental como para participar activamente en la recuperación de C y que sepa, desde el vamos, que la evolución tiene avances y retrocesos, que debe manejar su propia frustración como profesional y saber esperar. Aquí no podemos decir C es responsable de su vida, ella debe decidir qué hacer, como en el caso de un neurótico. Porque cuando C salta del circuito psicopático lo que tenemos frente a nosotros es casi un minusválido: un ser agotado, deprimido, temeroso, desorientado, avergonzado y muy vulnerable a la acción de Ps.

Una participación activa

Debemos participar en la reconstrucción de la vida de esa persona, fortalecer su autoestima y por sobre todas las cosas explicarles lo que le pasó, de qué se trata la psicopatía y mantener rígidamente una premisa: el Contacto Cero. Evitar, por todos los medios cualquier tipo de comunicación con Ps. Las primeras semanas son las más duras y se asemeja en mucho a un síndrome de abstinencia. El sufrimiento es intenso y si no se tienen claras las cosas se puede ceder y permitir algún tipo de comunicación y esto es como a un alcohólico permitirle una copa de alcohol para evitarle el sufrimiento: todo vuelve a empezar otra vez.

Mano de acero, mano de seda

La conducta del terapeuta debe ser francamente directiva. Debe, desde luego, formar un "equipo" con su paciente y los familiares y amigos. Pero la dirección la debe llevar firmemente el terapeuta. Es decir, mantener el rumbo del asesoramiento y recuperación, pero nunca adelantarse demasiado, debe guiar y mantenerse cerca del desarrollo psíquico de la asimilación del problema de los que están



ATENEA
CLINICA DE DIA

**CENTRO DE SALUD MENTAL
HOSPITAL DE DIA
CONSULTORIOS EXTERNOS**

Directora
Lic. ELSA BROMBERG

TALLER DE ESCRITURA
TALLER DE DIBUJO Y MODELADO
PRACTICA DEL RELATO
MUSICOTERAPIA
EXPRESION CORPORAL
CONSULTORIOS EXTERNOS
NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

**URGENCIAS PSIQUIATRICAS
E INTERNACION DOMICILIARIA**

Plestin (ex Rawson) 1021 Tel: 4861-6008 / 4867-0170

**Radiollamada:
4527-9000 / 5288-9000 / 46783550
ATENEA Cod. 8512**

interviniendo. No es un dar órdenes y tampoco es un papel pasivo: como en todo lo relacionado con la psicoterapia es una mezcla de técnica y de arte.

La valla anti psicópata

Los familiares y amigos de C deben ser una valla para evitar el contacto con Ps. Muchas veces existen hijos de por medio, intereses comerciales o de otra índole, donde deben intercambiarse información u objetos entre C y Ps, pero esto debe hacerse siempre a través de terceros.

El terapeuta debe evaluar la situación real de C: medios y posibilidades para mantener la independencia, aliados con que cuenta, no debe desperdiciarse nada que pueda beneficiar a C en esta etapa de crisis.

Establecer prioridades

Hay que lograr que C concentre todas sus energías en el desprendimiento de Ps y no la disperse con nuevos problemas o atendiendo cuestiones menores o pasibles de delegar. Nada en C hay más importante que recuperarse a sí misma. Ella debe contar en todo momento con la posibilidad de comunicarse con nosotros: no hay horarios ni postergaciones, debe saber que cuenta con nosotros.

Estar preparados para los errores de C

Y cuando cometa errores se lo señalaremos, trabajaremos sobre él, seremos firmes en el límite, pero siempre estaremos de su lado. En los primeros meses deben estar preparados para escuchar las letanías de la Complementaria que, aunque parezca increíble, "extraña" al Psicópata. Y lo dicen así: sé todo lo que me hizo, pero igual lo extraño. Este tipo de reacciones deben ser conocidas de antemano por el terapeuta y evaluarlas como parte del proceso de recuperación y no como una falla en el mismo. Desde lue-

go genera irritabilidad, en las primeras experiencias, y desconcierto: ¿cómo puede extrañarlo si analizamos todo lo perjudicial que fue para ella? Es que el terapeuta es un ser básicamente lógico, está adiestrado en la lógica, y estos hechos son de base irracional, y, a veces, pierde la perspectiva y puede generar una reacción de hostilidad hacia la Complementaria. Con más experiencia se da cuenta que esto no escapa a las leyes de un duelo y que la afectividad tiene razones que incordia a la lógica.

Así que cuando C manifieste que lo extraña a Ps, guardar respetuoso silencio. Ella misma suele preguntar a continuación ¿Cómo puede ser que me pase esto? A lo que se le explicará que está pasando por un duelo y que estos retrocesos y estas nostalgias son comunes. Además, desde lo psicopatológico, se afirma con estas experiencias la existencia del "goce secreto" entre C y Ps. y es eso en realidad lo que extraña del psicópata. Esa vivencia intransferible e incommunicable que la mantenía unida al psicópata contra viento y marea. ¿De dónde estaba agarrada la Complementaria en este circuito psicopático? No lo sabemos y creo que ella tampoco, pero podemos "palpar" ese anclaje, que muchas veces, la mayoría, no es sexual, y que cuando se separa de Ps sufre un profundo desgarramiento, doloroso, angustiante, y demandante de recuperar la parte perdida.

La perplejidad de C

Este "vacío del psicópata" es notable. En los primeros tiempos la persona del complementario está lisa y llanamente perpleja. En ese estado afectivo de no saber dónde se está, ni en qué situación ni cual es el rol de ella esta etapa. Es como un ser confuso. Inseguro. Dudoso y sufriente. Y desde luego, contradictorio. Es por eso que la acción del terapeuta debe ser firme sin dejar de ser tolerante y contenedor. Hay que dejar que la persona se exprese, aunque repita por enésima vez las experiencias con Ps y sus autorreproches: ¿cómo puede aguantar todo esto? ¿qué me pasó? y hasta planteos de tipo teleológicos: ¿por qué me tocó esto a mí?, incluso religiosos cuando son vividos como un castigo.



moebius
difusión psi

MOEBIUS DIFUSIÓN se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con 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. Contamos con la lista mas grande de e-mails de profesionales e instituciones psi Argentinas y del Mundo. Si desea difundir un evento o actividad psi, contáctese con nosotros a:

info@moebiusdifusion.com

La falacia justiciera

También el discurso puede estar plagado de intenciones de resarcimientos y deseos de justicia: esta persona me hizo mucho daño, debe pagar por lo que hizo, no pararé hasta que se haga justicia. Aquí hay que recordarles que encaminarse en el sentido de la venganza es tener, de nuevo, al psicópata en la cabeza, es trabajar de nuevo para él, aunque el sentido parezca distinto. El odio es la otra cara del amor, pero sigue siendo un tipo de amor, de apego. Y siguiendo nuestra tesis inicial, la de Contacto Cero, tampoco debemos permitir esto: toda acción que la re ligue al psicópata debe ser combatida. No debemos prestarnos a ser aliados de la venganza de la persona que consulta, por más que esta venganza se disfrace con distintas máscaras.

No habrá perdón

Una vez vino a consultarme una mujer para que fuera perito de parte ante un juicio de divorcio para demostrar la psicopatía de su ex pareja. En realidad el ex marido estaba de acuerdo en divorciarse de común acuerdo y en repartir los bienes de acuerdo a lo que pedía esta mujer. Pero eso a ella no la conformaba, quería un juicio controvertido donde se demuestre que la relación se había concluido por la psicopatía. Quería demostrar a la sociedad que el ex era un psicópata, quería dejarlo marcado en ese sentido. Decía que un psicópata no podía quedar impune después de lo que le había hecho. Es decir, el móvil no era conseguir el divorcio, sino vengarse. Luego de escucharla durante un hora en que mostraba, con papeles incluidos, las “pruebas” de las maldades del ex, le expliqué en qué consistía su estado: su razonamiento estaba perturbado por el rencor y no podía entender que esta actitud la perjudicaba más aún, ya que había dejado prácticamente su actividades comunes para dedicarse de lleno a la causa de la venganza. Es decir, había dejado “su vida” a un costo para, otra vez, girar alrededor del psicópata, esta vez con un buen argumento lógico, la reivindicación, pero que la seguiría desgastando y quietándole calidad de vida. Amén de que, otra trampa de lo irracional, era una buena excusa para esta en contacto con el psicópata.

“Es que si yo no hago nada, él seguirá haciendo daño a otros. No puedo permitir esto, yo también tengo una responsabilidad con la sociedad”. Este es otro argumento que usan algunas complementarias, pero que no es más que una variante del anterior, disfrazado de “acto solidario”.

Rumbo fijo al Contacto Cero

En síntesis, el terapeuta debe oponerse a todo intento, lógico o no, de ruptura del Contacto Cero. Repito: cualquier contacto puede reestablecer de manera inmediata (más adelante veremos ejemplos sobre esto) o mediata el circuito psicopático ya que el anclaje es irracional y todas las

promesas de la complementaria de que “va a ser fuerte”, que “ya se encuentra en condiciones de ver al psicópata sin consecuencias para ella”, que es “sólo por un momento y para tratar tal asunto impostergable” y otras, sin meros artilugios para llenar el “vacío del psicópata”.

Del lado sano

A esta altura varios de los colegas lectores estarán razonando: “Si es eso lo que ella quiere, que vaya y listo, es su vida”. Pero está el detalle que ella se pone en nuestras manos para ser ayudada a salir del circuito psicopático. Su parte lógica está imbuida de ese propósito y su parte irracional oscila entre estar agotada por el sufrimiento de la relación por un lado y por el deseo de volver, por otro. Y es esta parte del deseo la que genera todas estas trampas, y nosotros debemos estar del lado que beneficiará a la persona que nos consulta. De ahí que nuestra postura debe ser clara y firme y evitar que a Complementaria caiga en sus propias trampas.

El rol de los aliados

Los familiares que comprenden la problemática, algunos no lo entienden nunca, deben ser asesorados y se les debe explicar cual es su parte, de qué manera pueden ayudar al proceso. Y serán los que intercedan ante cualquier acercamiento del psicópata a la complementaria. En ellos, y los amigos que colaboran, se tercerizaran todo trámite o gestión que deba hacer la complementaria en relación al psicópata: desde la entrega de los hijos para los fines de semana que le toquen al psicópata, hasta las cuestiones de papeles propios de los bienes en común. Todo detalle debe ser cuidado. Así la señora del servicio atendía todas las llamadas de la casa a fin de filtrar cualquier comunicación entre ellos. En otro caso la hermana se encargaba de abrir la puerta y neutralizar cualquier visita imprevista del psicópata. Se deben cambiar las cuentas de correo electrónicos, los números de teléfonos y todo resquicio por donde pueda pasar una comunicación del psicópata.

El valor del detalle

Se pensará que todo esto es exagerado, y hasta ridículo en algunos casos. Pero cuando los colegas lleguen a experimentar el rearme del circuito psicopático por una falla mínima y las consecuencias que conlleva el rearme de ese circuito para la persona que nos consultó: entrarse del derrumbe de la auto estima, las conductas como de Zombis de algunas de ellas, las pérdidas de fortunas de otras y tantos otros perjuicios, entonces apreciarán estas indicaciones que les serán de utilidad para asistir a su próxima complementaria.

La práctica de las presentaciones de enfermos

Roberto Mazzuca

*Licenciado en psicología.
Ex - profesor titular plenario
de la cátedra de Psicopatología,
UBA (Universidad de
Buenos Aires).
Integrante de la Comisión
Académica de la Maestría en
Psicoanálisis, UBA.
Coordinador de la Comisión
de Doctorado, Facultad de
Psicología, UBA.
Miembro de la AMP
(Asociación Mundial de
Psicoanálisis).*

¿Cuál es la finalidad de las presentaciones de enfermos? ¿Es una práctica psiquiátrica o psicoanalítica? ¿Sirve sólo para la mostración y la enseñanza, o tiene efectos terapéuticos? Éstas son algunas de las preguntas que suscita la presentación de enfermos, la cual es también muchas veces objeto de críticas, en especial por el supuesto maltrato al paciente, derivado de que su experiencia íntima, en vez de quedar en el ámbito restringido de una situación bipersonal, resulte expuesta ante un público más amplio.

El rasgo específico de la presentación de enfermos.

La múltiple experiencia desarrollada a lo largo de la última década en nuestro medio muestra lo contrario. El testimonio de los pacientes indica más bien que la participación en esta práctica se traduce en un alivio del sufrimiento y aún en una cierta satisfacción subjetiva. Este resultado depende, como siempre, de distintos factores: el consentimiento previo y advertido del enfermo, la modalidad del interrogatorio y el modo de conducción de la entrevista por parte del presentador, la escucha atenta y respetuosa del público. Si hay casos en que se produce algún perjuicio, esto puede ocurrir por el modo de su realización y no por el dispositivo mismo. El hecho de que el paciente sepa que se dirige, a través del presentador, al conjunto de los profesionales presentes, es decir, un interlocutor colectivo (hecho que no resulta encubierto como en las prácticas de entrevistas con vidrios - espejos), es una característica esencial de la experiencia. Por una parte, la constituye como una modalidad diferente de investigación, ya que tanto las preguntas e intervenciones del presentador como el discurso del paciente son producidos y escuchados en un ámbito compartido. Por otra parte, proporciona un sustento distinto al decir del sujeto que, en gran parte de las presentaciones, permite un despliegue que va mucho más allá del que ha sido posible en el ámbito de la psicoterapia.

La presentación de enfermos, al igual que otros dispositivos psicoanalíticos, permite obtener efectos terapéuticos. Además de los que pueden producirse en la presentación misma, el más importante es el esclarecimiento para el terapeuta del paciente, de manera análoga, pero más contundente, a lo que ocurre en la práctica de los controles. Aquí también es el terapeuta quien sostiene la demanda de la presentación. Pero este efecto se extiende al conjunto del grupo terapéutico de la institución donde tiene lugar la presentación. Las presentaciones de enfermos pueden también realizarse con fines de enseñanza. Pero, al igual que en el análisis, todos estos fines vienen por añadidura. Lo esencial es la contribución al saber del psicoanálisis y la psiquiatría, es decir, una finalidad de investigación.

El lugar del público, tercero no excluido, es esencial para el correcto funcionamiento de esta experiencia. Este público puede ser heterogéneo: no escuchan desde la misma posición los terapeutas del paciente, los profesionales del servicio, los alumnos de un posgrado, etc. Sin embargo, esas diferencias quedan latentes tras

su función esencial. El público, ante todo, es un poder de amplificación que da eco y resonancia al decir del sujeto. Pero es también la instancia donde se realiza y registra el resultado de la experiencia. Hay un beneficio sensible, afirma Lacan, en que "quien registra el resultado del examen no sea el mismo que lo conduce"¹. El bien decir en la presentación de enfermos depende de contribuciones varias. Ante todo, del servicio asistencial que lo hace posible, que da el lugar y el trabajo de sus profesionales. Además, del presentador que conduce el interrogatorio que es quien ocupa la posición de psicoanalista. Y es por eso que generalmente se busca al más experimentado para sostener esa función. Pero también y esencialmente depende del público. Por eso se espera de él que participe en una correcta posición.

Freud nos legó dos dispositivos donde se elabora el saber del psicoanálisis: la experiencia psicoanalítica del análisis personal y el control. Lacan agregó otros dos: la presentación de enfermos y el pase. En este último, quienes escuchan al pasante y registran la experiencia son los pasadores. En este sentido, se dice que el pasador es el pase. De manera análoga, puede sostenerse que el público es la presentación de enfermos.

La modalidad lacaniana de la presentación de enfermos.

Lacan transformó la modalidad de realización de la práctica psiquiátrica previa de las presentaciones de enfermos y la convirtió en una práctica psicoanalítica. Por eso aquella suele recibir todavía en algunos ámbitos hospitalarios la denominación de "mostración", porque está dirigida fundamentalmente a ilustrar con casos concretos un saber constituido. De aquí que la diferencia decisiva para la modalidad lacaniana de las presentaciones de enfermos provenga de la posición del presentador, el cual, al igual que el psicoanalista debe operar desde el no saber y, como lo dice Lacan, con una sumisión completa al discurso del paciente. Se trata de generar las condiciones para que el discurso del paciente pueda producir un saber nuevo para el psicoanálisis y aún para la semiología psiquiátrica. El paciente es el que enseña, y el presentador lo hace posible asumiendo la posición del analista, lo cual implica hacerse cargo de la constitución del síntoma.

Para desarrollar los fundamentos de lo que he introducido en el párrafo precedente, aludamos en primer lugar a la experiencia de la alucinación "marrana", pivote decisivo en el Seminario 3 "Las psicosis" y en la Cuestión preliminar. No cabe duda de que el habitual dispositivo psiquiátrico hubiera sido incapaz de apresar el "vengo de la fiambrería" y que sólo por la posición de Lacan, y porque ese dispositivo ha sido profundamente modificado por el discurso psicoanalítico, pudo resultar apto para producir y registrar ese sintagma.

El analista como parte del síntoma.

En segundo lugar, servirán de referencia algunos fragmentos del Seminario 12 "Problemas cruciales del psicoanálisis"², dedicados por Lacan a la elaboración del concepto de síntoma. Corresponde a un momento hasta ahora poco estudiado y difundido del desarrollo de la sintomatología lacaniana, intermedio entre el momento del síntoma como mensaje y el del síntoma como goce de una letra. A la altura de este seminario predomina la estructura de la cadena significante: un significante representa un sujeto para otro significante, es decir, un saber inconsciente concebido como una cadena significante. Lacan propone iniciar una tarea de revisión de la nosología a partir del estatuto del saber en el síntoma y, para ello, formula una tripartición entre *lektion* (psicosis), *tunxanon* (neurosis) y deseo (perversión).

En relación con nuestro tema, lo que interesa subrayar es que Lacan plantea que el psicoanalista forma parte de la estructura del síntoma: "está a cargo de la mitad del síntoma" es una de sus fórmulas; "soporta él mismo el estatuto del síntoma" es otra. Lo crucial para nuestro propósito es señalar que, en el momento de aplicar esta concepción a un dispositivo de la experiencia -ya que hay que te-



UNIVERSIDAD CAECE

Cursos de Educación Continua

De Posgrado (Inicio: 8 de Abril):

- **Danza / Movimiento Terapia.**
Coord. Maralia Reca.
Reunión Informativa: 13/3/06.
- **El Cuento Terapéutico.**
Dra. Mónica Bruder.
- **Orientación Vocacional.**
Lic. Clara E. H. Wolkowicz.

Preinscripción
on-line en:
www.caece.edu.ar

Para Estudiantes y Graduados (Inicio: 22 de Abril):

- **Cuerpo y Subjetividad: Elementos Teórico-Sociológicos para su Abordaje.**
Lic. Clara Bravín.

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Sede Abasto de 14.00 a 20.00 en Junín 516. Capital
Tel. 5252-2800 int: 203-218. informacion@caece.edu.ar

Sede Avenida de Mayo de 9.00 a 20.00 en Av. de Mayo 866. Capital
Tel. 5217-7878 int: 286-287. informes@caece.edu.ar

ner en cuenta que el analista como síntoma sólo existe en función de un dispositivo-, Lacan no se refiere al dispositivo de la cura, sino explícitamente a la presentación de enfermos para hacer funcionar allí este concepto.

Comienza proponiendo que “Es totalmente evidente que en este registro el psicoanalista, al introducirse como sujeto supuesto saber, es él mismo, recibe él mismo, soporta él mismo el estatuto del síntoma”. E inmediatamente agrega, apuntando a la delimitación entre la clínica psiquiátrica y psicoanalítica, que un sujeto es psicoanalista no por construir estantes donde clasificar los síntomas que registra de su paciente, sino por entrar en el juego significante, y es en esto que un examen clínico y una presentación de enfermos no puede en absoluto ser la misma en el tiempo del psicoanálisis que en el tiempo que lo precede. Lacan recuerda que muchas veces ha manifestado su admiración por los clínicos clásicos que, como Kraepelin, han descrito diversas formas clínicas pero que, aún así, la diferencia es radical, por lo menos en potencia, con lo que es exigible en la relación del clínico con el paciente cuando se trata de un psicoanalista. Y entonces concluye: “Si el clínico que presenta no sabe que de una mitad del síntoma es él quien está a cargo, que no hay presentación de enfermo sino diálogo de dos personas y que, sin esta segunda persona, no habría síntoma acabado y estaría condenado, como es el caso en la mayor parte, a dejar la clínica psiquiátrica estancarse en la vía de donde la doctrina freudiana debería haberla sacado”.

Y termina de esta manera: Es necesario que definamos al síntoma como algo que se señala como un saber ya ahí, a un sujeto que sabe que le concierne pero que no sabe qué es; en la medida en que nosotros, analistas, estemos a la altura de esta tarea de ser aquél que, en cada caso, sabe qué es, ya en este nivel se propone, se plantea la cuestión del estatuto del psicoanalista.

Además de verificar la línea de continuidad por la cual el síntoma en la psicosis sigue funcionando como paradigma, se ve claramente que para Lacan la cuestión del estatuto del psicoanalista no se plantea exclusivamente en relación con el registro de la cura sino aún en el examen clínico y la presentación de enfermos.

El presentador en posición de psicoanalista y el tercero que registra la experiencia.

Finalmente, para terminar con la argumentación de este punto, me voy a referir a la intervención de Lacan en una reunión de discusión que, bajo el título de Aporte del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica, fue realizada en

1970 en el servicio del Hospital Henri-Rousselle donde, en esa época, “hacia todos los viernes una presentación de enfermos”. Se la conoce también con el nombre de Exposición en lo de Daumezon. De ella voy a tomar solamente los fragmentos que apuntan directamente al propósito de este artículo. En este sentido, quiero subrayar tres puntos que Lacan afirma explícitamente: a- se ubica en la práctica de la presentación de enfermos como psicoanalista, b- a partir de ella hay efectivamente una contribución del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica, y c- para él es decisiva la función que cumplen sus analizantes al observar, registrar y, después, relatarle ciertos fenómenos que observaron en el curso de la presentación. Es decir que, en vez de la relación de dos planteada en el texto anterior, aquí propone una estructura tripartita. Voy a omitir los desarrollos sobre el síntoma en el campo de la psiquiatría y en qué el psicoanálisis cambia profundamente el sentido del término semiología.

Después de comentar la continuidad que cree observar entre el modo en que articula la presentación de un caso en ese momento y el modo en que procedió con el caso Aimée en su tesis, se introduce explícitamente en nuestro tema diciendo: “Me parece que en mis presentaciones de los viernes hay un aporte del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica”.

Comienza afirmando que estas presentaciones se caracterizan “por el hecho de que es a título de psicoanalista que yo estoy allí, invitado por Daumezon en su servicio, y que es desde mi posición actual de psicoanalista que opero en mi examen”. Y después de exponer ciertas limitaciones y dificultades, entre ellas las relacionadas con el estilo y amplitud del público, instancia que Lacan considera decisiva en la constitución de esta experiencia, continúa diciendo: “recibo regularmente los comentarios de gente que está allí, que... ha sido analizada por mí... Las observaciones que me hacen después son extremadamente ricas desde el punto de vista de la semiología... se ubican en una dimensión semiológica original que es del mismo orden de tal o cual rasgo que yo he podido aislar y que merecería tener su lugar en la semiología psiquiátrica”. Lacan funda su argumento en el hecho de que las exigencias de esa tarea requieren de la colaboración de quienes han compartido una comunidad de experiencia psicoanalítica. La naturaleza de lo que ocurre, dice, “es algo que requiere la colaboración y la asistencia de alguien que esté de la misma manera en el asunto que el psicoanalista cuando es él el que conduce el juego”. Un poco más adelante agrega: “Para decantar lo que propiamente hablando es el síntoma, creo que esta combinación de un cierto modo de abordaje y la presencia de un personaje tercero que está allí, que escu-

1 *Exposición en lo de Daumezon (Aporte del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica), conferencia inédita en el Hospital Henri-Rousselle, 1970.*

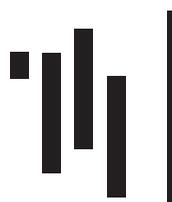
2 *Corresponden a la clase del 5-5-65.*

cha justamente en la medida en que aparece muy especialmente ligado a la persona que interroga por el hecho de esa experiencia común del análisis, podría ser, me parece, la ocasión de un tipo de recolección de muchas cosas... que entran en el caso de lo que definiría como síntomas”.

Después de algunos desarrollos en relación con la distinción del síntoma psiquiátrico y psicoanalítico, lamenta que la experiencia producida en el curso de tantos años no haya sido objeto de una explotación más sistemática. Recuerda que Lemoine en una época tomaba notas de lo que ocurría en esas presentaciones y alienta a continuar e intentar sistematizar una experiencia de este tipo aunque no sea ya él mismo quien las pivotee. Sugiere, de este modo, convertir este dispositivo en una metodología sistemática de producción y registro de una experiencia y, para fundamentarla, plantea que esta diferencia entre el que conduce el examen y quien registra los fenómenos, se sostiene en

razones de estructura. Se instauraría de este modo, agrega, “un cierto método de exploración del que pienso que está profundamente motivado en la estructura..., que al fin de cuentas aquél que podría inscribir el beneficio semiológico de la cosa no sea forzosamente el mismo que aquél que conduce el examen, pero que lo conduce de una cierta manera porque está en una posición que es la del psicoanalista”. Y concluye: Como ven, es complejo porque no es el psicoanalista del paciente quien examina, sino el psicoanalista del tercero que está allí para registrar el resultado del examen. Doy esto como testimonio de mi experiencia... y que debería ser sistemáticamente explotado... insisto sobre el hecho de que lo que agrega la persona que ha escuchado es algo que me parece muy rico y de una especie de posibilidad de inscripción, de cristalización, del orden de lo que sería, propiamente hablando, el aporte semiológico [del psicoanálisis a la psiquiatría].”³

- 3 Sobre el tema de las presentaciones de enfermos puede consultarse: Miller, J-A. “Enseñanzas de la presentación de enfermos”, en *Ornicar?*, n° 10;
Clastres, G. y otros “La presentación de enfermos: buen uso y falsos problemas”, en *Psicosis y psicoanálisis*, Buenos Aires, Manantial, 1985;
Leguil, F. “La experiencia enigmática de la psicosis en las presentaciones clínicas”, en *La Cause freudienne*, n° 23.



Universidad Maimónides
Departamento de Salud Mental y Neurociencias

Especialización en Psiquiatría

Director: Prof. Dr. Gustavo Tafet

Comité Asesor: Prof. Dr. Jaime Smolovich y Prof. Dr. Cesar Cabral

Cursos de Extensión Universitaria 2006 - Introducción a la Psicoterapia Cognitiva -

Dr. Gustavo Tafet y Lic. Diego Feder - Inicio: Sábado 6 de Mayo

- Introducción y Actualización en Neurociencias -
(con el auspicio del Capítulo de Neurociencias de la AASM)

Dr. Gustavo Tafet y Dra. Claudia Bavec - Inicio: Viernes 19 de Mayo

Informes e Inscripción: psiquiatria@maimonides.edu / 15-5332-9082
Universidad Maimónides: Hidalgo 775, Buenos Aires / 4905-1101

Acerca de la ciencia y su método

Alberto Carli, MSc*

Beatriz Kennel**

**Médico, Vicepresidente del
Capítulo Epistemología y
Metodología de la
Investigación de la AASM.
Profesor Regular Adjunto de
Medicina, Universidad de
Buenos Aires (UBA).
Profesor de Metodología de la
Investigación, Universidad de
Buenos Aires; Universidad
Nacional de La Plata (UNLP);
Universidad Nacional de
Luján (UNLu)*

***Psicóloga, Presidenta del
Capítulo Epistemología y
Metodología de la
Investigación de la AASM.
Profesora de Enseñanza.
Docente Adscripta de la
Facultad de Medicina de la
Universidad de Buenos Aires
(UBA)- Jefa de Trabajos
Prácticos de Salud Mental de
la Facultad de Medicina de la
Universidad de Buenos Aires;
Docente de Metodología de la
Investigación Universidad
Nacional de Luján (UNLu)*

La Ciencia es una creación, junto al Arte, la Religión, la Filosofía, con la que nuestra especie intenta superar su condición de fragilidad esencial. Con esta primera afirmación entenderá el lector que está muy lejos de nuestro espíritu ubicarla por encima de otras disciplinas. La reconocemos como importante, quién podría dudarlo, pero una más entre las posibles respuestas que los humanos hemos desarrollado.

Llegar a esta forma de conocimiento demandó centurias, desde otras formas del saber que todavía permanecen en nuestras vidas.

Esta introducción la hacemos con la finalidad de que se entienda que no creemos que la condición caracterizadora de la Ciencia sea su importancia en nuestras vidas, que la tiene. Ni su posesión de alguna forma de conocimiento, que otras disciplinas también poseen. Ni su interés concreto por algún objeto determinado, tampoco de su exclusividad. Lo que la distingue es su Método.

Una determinada disciplina se considerará científica en tanto sea poseedora de un lenguaje matematizado, objeto y técnicas propios.

¿Qué significa poseer un lenguaje matematizado?. No un lenguaje “matemático” como algunos positivistas trasnochados han creído interpretar, sino un instrumento de transmisión, liberado de los equívocos del lenguaje cotidiano, una escritura carente de significado lingüístico, no significante (1). Piénsese por ejemplo en que, H₂O, no remite, en sí mismo a ningún lenguaje “natural” y satisface, por esa razón, a los requisitos de comunicabilidad y transmisión, cualesquiera sea la lengua que hablen los individuos que lo utilicen, sin permitir que se le atribuyan otros significados.

El objeto de su interés cognitivo no posee dificultades en su comprensión a poco que se lo piense como la síntesis teórico-empírica de la teoría de la disciplina.

Las dificultades aparecen cuando se plantean las técnicas. No porque en sí mismas sean de complejidad extrema, ya que su uso hace al ejercicio concreto del trabajo cotidiano. Los problemas aparecen dada la confusión existente con el Método. Con frecuencia escuchamos mencionar los “métodos cualitativos de investigación”, cuando se está hablando de las técnicas de recolección de los datos (2, 3).

La antinomia, entendemos que felizmente superada en estos tiempos, entre estrategias cuanti y cualitativas tiene sus orígenes históricamente reconocibles en la Grecia de Platón y Aristóteles. Mencionar el interés por medir y predecir de las primeras y el de comprender y explicar de las segundas, sería una buena síntesis pero ineficaz a la hora de evaluar su “cientificidad”. Es habitual escuchar a los “cuantitativos” mencionar lo poco científicas de las producciones de sus rivales (el Dr. Mario Bunge suele llamar “hechiceros” a los psicoanalistas). Estos, los “cualitativos” acusan de dogmáticos a aquellos. La frase atribuida a la Escuela de Sociología de Chicago (“Sólo es científico lo que se mide”) poco aporta a la solución de la controversia, ya que asimila el concepto de medir a lo numérico. Porque es cierto que la Ciencia siempre mide. Lo que se debe aclarar es qué significa medir.

Hacer Ciencia es realizar una tarea en la que se trata de transformar en empíricos elementos del orden conceptual, abstractos. Llevarlos al terreno de la empiria sólo es posible si se los puede operacionalizar, esto es si se los puede medir. Pero medir no sólo es generar valores (cuantitativos) sino también categorías (cualitati-

vas). Con lo que podemos dar por cerrada esta parte de la controversia.

La dificultad tiene otra faceta, de orden que podría denominarse como semántico. Se habla, como dijimos antes, de "métodos cualitativos". Y no existen como tales.

El método de la Ciencia es el Hipotético Deductivo. Y esta afirmación, que puede ser recibida con una expresión triunfal por parte de los "cuantitativos" no es la que define su condición de que "ellos" son los que hacen una mejor Ciencia. Tampoco la que, recibida con disgusto por los "cualitativos", los obligue a abandonar sus formas de medir. Lo que hace a una mejor Ciencia es la de cumplir con rigor con el Método.

Veamos. Cuando un científico se encuentra con un fenómeno desconocido deberá recurrir al pensamiento analógico y preguntarse "¿a qué se parece?" y, aunque podría enunciar miles de hipótesis, en general piensa en cuatro o cinco y, con una frecuencia de la que es confirmación el fabuloso desarrollo alcanzado por la Ciencia, acierta. Este mecanismo inferencial, de indudable valor en los descubrimientos, se denomina Abducción. Cuando esta hipótesis es suficientemente validada pasa a formar parte del acervo de una disciplina, se la utiliza como marco doctrinario referencial, se infiere a partir de ella (Deducción), y así se hace Ciencia, con el método hipotético deductivo. Pero en la práctica cotidiana los profesionales vemos el caso a caso, vamos desde lo particular hacia el corpus teórico que lo justifica (Inducción). En palabras de Juan Samaja: la Abducción crea hipótesis, la Deducción las usa y la Inducción las pone a prueba (4).

En la década del 80 se encontraron en Estados Unidos los primeros casos de hombres jóvenes homosexuales con neumonías producidas por *Pneumocystis carinii* o con un proceso hasta ese momento poco común como el sarcoma de Kaposi. Posteriormente fueron registradas otras infecciones por virus herpes simple, encefalitis por *Toxoplasma*, meningitis criptocócica y linfoma del SNC. Todo esto con un deterioro de la función de los linfocitos T. Los Centers for Disease Control desarrollaron criterios para la vigilancia de infecciones causadas por virus, parásitos, hongos y bacterias. La actitud de los investigadores fue abducir que era un cuadro causado por alguno de esas noxas externas. Estaban frente a un Resultado que no conocían (un Síndrome de Inmunodeficiencia sin origen identificado), pensaron una Regla que justificara (la búsqueda del agente etiológico) el Caso clínico.

En 1983 el Instituto Pasteur de Francia identificó un virus como agente etiológico. A partir de ese momento era posible deducir que la presencia del agente etiológico, el virus HIV (la Regla), determinará la producción en un paciente (el Caso) de la enfermedad conocida como SIDA (el Resultado). Pero, en la práctica profesional diaria, los médicos se encuentran con un Resultado (datos clínicos, estudios complementarios) que transforman a ese paciente en un Caso que remite a un cuerpo de doctrina (Regla) que le permite decir que están frente a un enfermo de SIDA.

Este breve recuerdo histórico, que traemos en razón de lo reciente de su ocurrencia, es suficientemente demostrativo de cómo funciona la Ciencia. Ésta tiene dos "momentos": uno en el que se "descubre" (Momento o Contexto de Descubrimiento) y otro en el que "valida" lo descubierta (Momento o Contexto de Validación). Los profesionales de cualquier disciplina no crean conocimiento, sólo lo utilizan, en el camino inductivo.

Y lo dicho hasta aquí no tiene por qué ser diferente en el territorio de las denominadas "ciencias blandas".

Antes decíamos de la confusión entre método y estrategias o técnicas. Aquél, entendemos que quedó claro, es el hipotético deductivo. Éstas son las maneras en que se operacionalizan las variables de interés, independientemente de que se lo haga de manera cuali o cuantitativa lo que, a la luz de lo expuesto hasta aquí, no es motivo de menor o mayor científicidad.

Justo es reconocer que muchos de los llamados trabajos científicos de las ciencias blandas en realidad son ensayos, monografías o reflexiones filosóficas sobre un tema de interés de los autores, en muchas ocasiones de indudable valor, pero sin un diseño acorde con esa forma del conocimiento llamado Ciencia.

Asimismo no se entiende por qué esos autores, cuando mencionan lo que cualquier científico llamaría su teoría o



UNIVERSIDAD CAECE

Cursos de Educación Continúa

De Posgrado (Inicio: 8 de Abril):

- **Danza / Movimiento Terapia.**
Coord: Maralia Reca.
Reunión Informativa: 13/3/06.
- **El Cuento Terapéutico.**
Dra. Mónica Bruder.
- **Orientación Vocacional.**
Lic. Clara E. H. Wolkowicz.

Preinscripción on-line en: www.caece.edu.ar

Para Estudiantes y Graduados (Inicio: 22 de Abril):

- **Cuerpo y Subjetividad: Elementos Teórico-Sociológicos para su Abordaje.**
Lic. Clara Bravín.

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Sede Abasto de 14.00 a 20.00 en Junín 516. Capital
Tel. 5252-2800 int: 203-218. informacion@caece.edu.ar

Sede Avenida de Mayo de 9.00 a 20.00 en Av. de Mayo 866. Capital
Tel. 5217-7878 int: 286-287. informes@caece.edu.ar

marco teórico de referencia, hablan de “supuestos” o “metateoría” para dar a entender que, en el intento de comprensión de los fenómenos en estudio, construyen teoría. Estas afirmaciones no hacen otra cosa que agregar confusión a un tema ya de por sí confuso. Cualquier científico “cuantitativo”, si es científico y no un dogmático que hace investigación, en su trabajo de campo estará poniendo a prueba las ideas con las que llegó, en algo que se llama “muestreo teórico”, en una permanente dialéctica enriquecedora (5). Este artículo intenta funcionar a la manera de una invitación a aquellos colegas del campo de las ciencias humanas para que, lejos de abandonar sus estrategias cualitativas, las fortalezcan mediante la utilización de una forma de pensamiento riguroso que haga de la medición un paso, como pide el Método, válido y confiable. Buenos Aires, Octubre de 2005

Bibliografía

- 1) Albano S.; Levit, A; Gardner, H. *Glosario de términos lacanianos*. Ed. Quadrata, Bs. As. 2005
- 2) Pérez Serrano G. *Investigación cualitativa. Métodos y Técnicas*, Ed. Docencia, Buenos Aires, 2003.
- 3) Vasilachis de Gialdino, I. *Métodos cualitativos I*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1992.
- 4) Samaja J. *La ciencia. Aspectos lógicos y epistemológicos*. Material de la Cátedra de Metodología de la Investigación. Fac. Psicología. UBA.
- 5) Carli A. *El pensamiento como herramienta o la Teoría del Método (en prensa)*.

AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental

INSTITUTO DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

C U R S O S 2 0 0 6

CURSOS PRESENCIALES

CAPÍTULO EDAD Y SALUD MENTAL

“Salud mental en la mediana edad y vejez. Enfoques terapéuticos”.

DIRECTOR: *Lic. Ricardo Iacub*

CAPITULO ADICCIONES

“Curso interdisciplinario sobre adicciones”

DIRECTORA: *Dra Susana Calero*

CAPÍTULO TRASTORNOS DE ANSIEDAD

“Ansiedad, Depresión y Somatización. Puntualizaciones Psiquiátricas, Psicoanalíticas y Psicológicas en la clínica actual de los Trastornos Neuróticos”

DIRECTOR: *Dr. Ariel Falcoff*

DOCENTES: *Lic. Darío Galante, Dra. Clara Kahn, Dr. Martín Puriccelli*

CAPITULO PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

“Abordaje Psicológico del Paciente Quirúrgico”

DIRECTOR: *Irma Zurita*

CAPITULO NEUROCIENCIAS

“Introducción y Actualización en Neurociencias”

DIRECTORES: *Dr. Gustavo Tafet, Dra. Claudia Bavec*

CURSOS A DISTANCIA - POR INTERNET

DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN

“Curso de Psicopatología y Salud Mental”

(A distancia - Por Internet)

DIRECTORES: *Dr. Pablo Fridman, Lic. Silvia Raggi, Dr. Juan Carlos Fantin*

CAPITULO ADICCIONES

“Curso interdisciplinario sobre adicciones”

Modulo I y Modulo II

(A distancia por Internet)

DIRECTORES: *Dra Susana Calero, Lic. Silvia Raggi, Lic. Alberto Trimboli*

CURSO SEMI-PRESENCIAL

CAPITULO MUSICOTERAPIA

“Los atravesamientos del profesional de la Salud Mental”

DIRECTORES: *Prof. Lic. Patricia Cabrera, Prof. Lic. Darío Caniglia*

INFORMES

Ayacucho 234. Ciudad de Buenos Aires
Tel. 4952-8930 / e-mail: administracion@assm.org.ar

Aproximación psiconeurobiológica a las emociones auténticas y de ajuste prefrontal

Fabio Celnikier

Introducción

Cuando comenzamos a pensar en éste trabajo, nos preguntamos como sintetizar ante ustedes tanta información apasionante y nueva, pero a la vez ardua, y quizás con un lenguaje de difícil comprensión, sin que nadie quede fuera de entendimiento y puedan disfrutar al leerlo o escucharlo tanto como nosotros al investigarlo y escribirlo. Eso es lo que trataremos de realizar, aclarando que lo siguiente es solo una síntesis de todo lo mucho que podríamos comunicarles acerca de la Psiconeurobiología de las emociones auténticas y las emociones sustitutivas o rebusques.

Para pensar acerca de las emociones y su correlato neurobiológico podemos basarnos en los estudios del Dr. Eric Berne acerca de los Estados Del Yo y las emociones auténticas y los rebusques, así como de referentes del mismo para estos estudios, como el Dr. Wilder Penfield (neurocirujano de la Universidad de Montreal, Canadá), quién, con sus investigaciones sobre la corteza cerebral, permite darle a las teorías creadas fenomenológicamente por Berne acerca de la psicología humana, un basamento neurobiológico más firme. Fueron Penfield y el Dr. Paul Federn grandes inspiradores para los estudios de Berne.

Hemos elegido como base para el presente trabajo la teoría de Eric Berne acerca de las emociones (entre tantas interesantes como la de James-Lange, o la de Cannon-Bard). Y lo hemos hecho porque encontramos en el creador del Análisis Transaccional a la persona que más nos complace desde su ubicación antropológica, sociológica, psicológica y neurobiológica con respecto al objeto de estudio elegido.

Son de gran importancia los estudios realizados por el Dr. Paul McLean, director del Instituto de Evolución Cerebral y Conducta del Instituto de Salud Pública de los Estados Unidos de América, quien a través de su Modelo del cerebro trino, y el estudio de las circunstancias evolutivas del devenir histórico del Homo sapiens (básicamente, hombre pensante y cultural), nos permite ir aproximándonos aún más al conocimiento de las funciones cerebrales, de su desarrollo desde el nacimiento hasta la madurez, y de los mecanismos neurobiológicos macro y micromoleculares implicados en la conducta.

Mc Lean ha desarrollado su modelo evolutivo de cerebración humana (dentro del proceso global de hominización) apoyándose en los estudios sobre evolución realizados por el naturalista inglés Charles Darwin. Este, a partir de su Teoría De La Selección Natural De Las Especies Y La Supervivencia Del Más Apto, brinda una posible ruta acerca de lo que pudo haber pasado con nuestro cerebro en el devenir histórico de nuestra especie a través de cientos de millones de años de presencia en el Planeta Tierra. Y, tomando como básica tal teoría, podemos explicar como nuestro cerebro ac-

*Presidente del Capitulo de
Psicoterapias de la AASM,
Médico Especialista en
Psiquiatría, Magister en
Psiconeuroinmunoendocri-
nología, Psicoterapeuta
Dr. Daniel Bistritsky.
Médico Neurólogo.*

tual es el resultado de múltiples adaptaciones al medio ambiente biopsicosocial

También será de importancia recordar una vieja idea central de la biología, la Teoría del Uso y del Desuso, con respecto al crecimiento evolutivo o progresiva involución de los órganos según las necesidades de adaptación al medio de un individuo, o bien de su especie.

Son conocidas tanto las obsesiones del austríaco Gall (creador de la Frenología), como las del cirujano francés Paul Broca, acerca de la localización de las funciones cerebrales (teorías localizacionistas de las funciones cerebrales). Conocida también es la discordancia del neurólogo austríaco Sigmund Freud, junto a otros como Flourenz, criticando a los antes nombrados, considerando al cerebro como un todo sin diferencias topográficas funcionalmente hablando. Sostenían una teoría Globalista del funcionamiento cerebral.

Investigadores como H. Jackson, describieron las funciones cerebrales organizadas jerárquicamente de acuerdo a leyes evolutivas, sintetizando además las teorías globalistas y localizacionistas. Todos ellos, desde sus diferentes teorías, nos fueron nutriendo también con los conocimientos neurobiológicos necesarios para aproximarnos aún más a la localización de zonas cerebrales discretas, específicas, relacionadas con la conducta humana en cualquiera de sus manifestaciones. Inclusive, lo concerniente a los diferentes estados del yo y las emociones auténticas y rebusques por Berne estudiadas.

Hoy ya no quedan dudas: Todos los pensamientos, percepciones y actos son producto del Sistema Nervioso Central, es decir que las vías y circuitos nerviosos son el sustrato de las innumerables facetas del procesamiento de la información humana. También sabemos que son indivisibles los Procesos Psíquicos y socio-culturales de los Neurobiológicos, guardando íntima relación unos con otros.

La importancia dada al cerebro hoy día es algo nuevo, solo contemporáneo a nosotros. Con solo dar un vistazo hacia atrás en la historia humana, nos daremos cuenta de las equivocaciones de nuestros antepasados con respecto a la localización en el cuerpo de las funciones mentales superiores. Hoy mismo, desde la poesía (y que Neruda nos perdone), se sigue citando al corazón como la fuente del amor. Al lado de la Tumba de Tutankamon se encontraron varios órganos digestivos, pero no se tuvo en cuenta a su ce-

rebro. El mismo Aristóteles le daba al cerebro solo una función refrigerante de la sangre. Y si en otros tiempos generaba interés, los curiosos despreciaban su superficie externa, para buscar respuestas solo en las profundidades de tal órgano, descalificando por entonces la región más nueva y característica del Homo Sapiens: su Corteza Cerebral. Como la veían parecida a las tripas, llamaban a la corteza cerebral "Proceso Enteral".

Los conceptos actuales sobre la relación cerebro-conducta provienen de la Neuroanatomía, la Neurofisiología, la Neuroquímica, y la Psicología y Neuropsicología.

Para que uds. puedan tener una noción aproximada acerca de los avances de la Neurobiología Clínica hoy día, les diremos que un estudio funcional por imágenes del cerebro, la Spect (tomografía por emisión de fotones), nos puede mostrar a través de un monitor, qué zona cerebral está funcionando mientras desarrollamos alguna actividad. Por ejemplo, si damos a leer a una persona una partitura de piano, sin escuchar ni tararear la música, veremos como la zona occipital del cerebro (relacionada con la visión) se destaca de las demás zonas cerebrales. Si en cambio le pedimos a la persona bajo SPECT que desarrolle una actividad motora (por ejemplo, que toque el piano sin leer partituras), veremos predominar funcionalmente (y traducido al monitor) la zona de corteza cerebral motora correspondiente a la parte del cuerpo que realiza tal movimiento.

Es decir, así como luego de almorzar hay una redistribución del flujo sanguíneo, tal que aumenta éste en los órganos digestivos a expensas de la disminución de la irrigación en otros aparatos y sistemas de nuestro cuerpo, así también se produce tal redistribución de flujo y aumento de metabolismo cerebral, de acuerdo a la zona cerebral que predominantemente esté funcionando.

Teóricamente, de haber zonas específicas en nuestro cerebro relacionadas con nuestras emociones, tales lugares cerebrales debieran mostrarse más funcionantes (en una SPECT, por ejemplo), cuando producimos la evocación de alguna de ellas.

Los Avances Evolutivos Del Cerebro Humano:

El encéfalo de la Familia Hominidae, nuestros ancestros, se fué "acomodando" a la selección natural, y tuvo un desarrollo tardío, encontrando hace diez millones de años atrás, al Australopithecus (cuyo cerebro solo tenía 500 grs.

publicidad

**Para publicitar en esta revista comunicarse con
Anabella Romano (Representante Comercial)
Tel 4432-1746 / 15-4436-2154**

de peso, con respecto a nuestro actual cerebro de 1400 grs), como punto de partida para nuestra cultura humana.

En comparación con otras especies animales (por ejemplo con nuestro primo el chimpancé), es importante destacar en el ser humano su gran expansión frontal a expensas del Lóbulo "Pre-Frontal" (relacionado con lo socio-cultural); el avanzado desarrollo de zonas motoras y sensitivas vinculadas con las manos; la presencia de zonas especializadas en la producción y percepción del habla; y las diferentes funciones desarrolladas por ambos hemisferios cerebrales. El ser humano tiene vastas zonas corticales especializadas que hicieron posible el trabajo colectivo, así como la fabricación de armas y herramientas más complejas, debido a la selección de conductas ventajosas, que acarrió la selección de encéfalos más poderosos.

Siendo el agrandamiento de la zona craneana frontal y el empequeñecimiento del maxilar inferior signos distintivos humanos, podemos adivinar que no tenían nuestras actuales comodidades de comer tan fácilmente como en Mc Donalds, ni tampoco planificar estudios universitarios o invertir dinero en la bolsa previendo el futuro.

Si enfocamos el tema precedente desde la biología celular y molecular, podemos acercarnos a la evolución compleja que han tenido las sustancias de comunicación interneuronal, llamadas Neurotransmisores, así como a la evolucionada disposición en redes de información que adoptan las neuronas humanas. No nos extendemos en éste tema.

En Busca De Un Lugar Para Las Emociones:

A través de sus estudios con simios títiés, McLean elaboró su modelo de estructura y evolución cerebral, al que llamó Modelo del Cerebro Trino (tres cerebros superpuestos como capas de cebolla).

Nos propone que el ser humano se examina a sí mismo y al medio circundante a partir de tres mentalidades muy distintas (correspondientes a tres cerebros diferentes), en dos de las cuales no interviene el habla. Y cada cerebro corresponde a sucesivas etapas evolutivas, pudiendo diferenciarse unos de otros tanto anatómicamente como funcionalmente, y hasta químicamente. Y cada uno de ellos tiene su peculiar y específica inteligencia, subjetividad y sentido del tiempo y del espacio, así como sus propias funciones de memoria, funciones motoras, y de todo tipo. Ellos son el Cerebro Reptílico; el Cerebro Límbico; Y el Neocórtex.

Este proceso de evolución cerebral no solo se aplica a lo filogénico (evolución de una especie a lo largo de la vida planetaria), sino también a lo ontogénico (desarrollo del individuo de una determinada especie a lo largo de su vida particular). Como bien lo ha señalado Ernest Haeckel, el desarrollo embrionario repite la secuencia evolutiva de nuestros antecesores. La ontogenia recapitula a la filogenia. La parte más primitiva del cerebro humano comprende a la médula espinal; bulbo; protuberancia y mesencéfalo. McLean llamó a éste conjunto estructural y funcional cerebro reptílico, el cual habría surgido hace centenas de millones de años, y está vinculado a la conducta agresiva, los

actos rituales y el establecimiento de jerarquías sociales. No ahondaremos en el Cerebro Reptílico ya que no es el centro de interés para el presente estudio acerca de las emociones y su sustrato neurobiológico.

Preservando la estructura preexistente, aparece por encima del Cerebro Reptílico el Cerebro Límbico. Tal preservación tiene lugar quizás porque la primitiva función es tan necesaria como la nueva, o tal vez porque no existe medio de relegar el órgano antiguo sin poner en peligro la supervivencia del individuo.

Las emociones auténticas, según Berne, son: El miedo; la rabia; la tristeza; la alegría(incluyendo al placer); y el afecto (amor, odio, querencia). Y es precisamente en el Cerebro Límbico donde se gestan las Emociones más intensas y primitivas (privativas de los mamíferos), a las cuales Berne llamaría "emociones del niño natural". Y es en la parte más primitiva de éste, la corteza olfatoria, donde se localiza gran parte de nuestra capacidad de retención y evocación del pasado, así como nuestra capacidad para el aprendizaje.

James Papez, ya en 1937, había descrito un circuito neuronal entre el Hipotálamo y la corteza arcaica olfatoria, relacionado con las emociones. Hoy a éste circuito que engloba aprendizaje, memoria y emociones, se lo conoce como Circuito de Papez.



asappia

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

Psicoanálisis e Interdisciplina

Presidente: Lic. Jorge Cantis Vicepresidenta: Lic. Mabel Belçaguy

**ESCUELAS DE POSGRADO
EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LA
INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

C I C L O 2 0 0 6

*Dirigidas a Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos
y otros Profesionales de la Salud Mental
Becas para Serv. Hospitalarios: Cupo limitado*

ESCUELA DE CAPITAL

Directoras: Lic. Mabel Belçaguy – Lic. Silvia Angelo
Duración: 2 años (Sábado 9 a 13,30 hs.)

ESCUELA PARA INTERIOR Y PAISES LIMITROFES

Directoras: Lic. Lidia Orbe – Lic. Liliana Spadoni
Duración: 2 años (Viernes 9 a 17 hs y Sábado de 9 a 13 y 30 hs cada 2 meses)

Objetivo: Articulación de la teoría sobre la constitución subjetiva y la psicopatología con la clínica de la infancia, la adolescencia y la familia.

EJERCICIOS CLINICOS – ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS – SUPERVISIONES – CONFERENCIAS

Áreas de Asistencia e Investigación:
Infancia, Adolescencia, Discapacidad,
Familia, Orientación Vocacional y Psicopedagogía

INFORMES

Avda. Rivadavia 2431 (Pje Colombo)
Entrada 2 4to. piso dep "9" – Capital – 4833-3186
www.asappia.com.ar asappia@intramed.net

Los elementos encefálicos que forman parte del Cerebro Límbico son: el Hipotálamo (que en el hombre gobierna el sistema endócrino y casi con certeza el sistema inmune); el complejo amigdalino (relacionado con los impulsos agresivos y el temor); el Hipocampo; el Fórnix; los Tubérculos Mamilares; el Tálamo; el Area Cingular; la Región Septal y Basal; y la Corteza Infratemporal. La glándula Pineal también participaría. Es responsable de la secreción de Melatonina, un regulador cronobiológico, y a ella, Descartes la llamó "sede del Alma".

El Hipotálamo es el centro de la autoregulación biológica por excelencia. Tiene a su cargo la regulación de la temperatura; de la frecuencia cardíaca; de la presión arterial; de la presión osmolar sanguínea; de la ingestión de agua y alimentos; de los ritmos circadianos como el del sueño; de ritmos circmensuales como el de la menstruación; y es el gobierno supremo de las hormonas y la defensa inmunológica.

Tomando en cuenta lo antedicho, y pensando que es el Hipotálamo un elemento importante en el Circuito de Papez, podemos comenzar a responder ciertas preguntas centrales acerca de las mal llamadas "enfermedades psicósomáticas" (no aceptamos éste término ya que consideramos que cualquier enfermedad es policausal, y no solamente las clasificadas anteriormente como psicósomáti-

cas). También podemos explicar de como a un estímulo, ya sea que provenga éste del campo biológico y/o psicológico y/o social puede seguirle varias respuestas relacionadas con cualquiera de éstas variables.

El Complejo Amigdalino es asiento de asociaciones estímulo-refuerzo. Reconociendo éste sistema el valor "hedónico" de un estímulo, manda eferencias (estímulos de ida) a otras estructuras límbicas entrando en la etapa de Experiencia Emocional.

La primer emoción evocada ante el estímulo eléctrico aplicado a cualquier sector encefálico, es el miedo, en especial en Lóbulos Temporales e Hipocampo.

El sistema de Placer asienta en Hipotálamo lateral; Séptum; Núcleos Cerebelosos; Amígdala; y las cortezas temporal y frontal.

El Area Septal también está implicada en la ira, y en la motivación y su relación con las emociones de placer, secretando sustancias llamadas endorfinas en el área tegmental ventral

El Duelo, la Tristeza, están relacionadas con el Area Septal; el Tálamo dorsomedial; la sustancia gris Periventricular; y la Circunvolución Cingular anterior. McLean cree encontrar relación entre estas emociones y el instinto de conservación de la especie. Charles Darwin habló de la función de supervivencia de las emociones, ya que ayudan a gene-

**FORO PSICOANALITICO
DE BUENOS AIRES**

FORO
PSICOANALITICO
de Buenos Aires

EPFCL
ESCUELA DE PSICOANALISIS DE
LOS FOROS DEL CAMPO LACANIANO

Formaciones clínicas del Campo Lacaniano

Colegio Clínico de Buenos Aires

Enseñanza, Investigación y Transmisión del Psicoanálisis

Dirección a cargo del Consejo de Orientación: Agustina Barbery, Susana Díaz, Viviana Gómez

Convocatoria 2006: "El padre, el líder, el tirano"

- Atención a pacientes en la red asistencial.
- Cursos de conceptos psicoanalíticos.
- Comentario de seminarios.
- Controles individuales y grupales.
- Espacio de construcción de casos.
- Talleres de investigación
- Presentación de casos.
- Seminarios dictados en hospitales.

Eligo la responsabilidad de las acciones realizadas en el Foro Psicoanalítico de Buenos Aires, miembros de la Internacional de Foros del Campo Lacaniano y de la Escuela.

Enseñantes: Lidia Deutsch, Susana Díaz, Viviana Gómez, Enrique Katz, Rubén Loreto, Norma Dellorefice, Anibal Dreyzin, Perla Wasserman, Marcelo Hekier, Susana Manzano.

Enseñantes Invitados: José Luis Fermoso, Beno Paz, Jorge Zanguellini, Gladys Nattalia.

Enseñantes del Exterior: Gabriela Atene Constanzo (Barcelona), Colette Soler (París), Antonio Quinet (Brasil), Rithée Cevasco (Barcelona)

Se informará y presentará el programa de actividades correspondiente al presente año en una reunión informativa que tendrá lugar el día 27 de marzo a las 21.00 hs. en el Museo Roca: Vicente López 2220, Recoleta, Capital Federal, a la que nos es grato invitarlo.

Solicitar información o entrevista a: Agustina Barbery - Tel. 011-4824-2867 / email: cformacionesclinicas@yahoo.com.ar

IFP INTERNACIONAL DE FOROS
DEL CAMPO LACANIANO

rar las respuestas de “emergencia” adecuadas a cada variación del entorno. Mc Lean nos cuenta su experiencia en la investigación con monos, a los cuales cuando se los estimula en la zona del Cíngulo, emiten vocalizaciones similares a las que el animal produce en el momento de la separación de la madre y su cría. Es la “llamada de separación”. La supresión de éstas se produce gracias a la secreción de sustancias similares a la morfina, que, metafóricamente hablando, alivian el dolor de tal pérdida.

Hasta aquí hemos llegado con el Cerebro Límbico, y nos toca ahora hablarles acerca del cerebro más nuevo evolutivamente hablando: El Neocerebro, telencéfalo, o Neocórtex. Es aquí donde residen las funciones intelectuales superiores, las funciones cerebrales más particulares de nuestra especie; y en relación con nuestro trabajo sobre emociones auténticas y sustitutivas, es aquí donde se realiza el Ajuste social de las emociones.

Una lesión en el Lóbulo Frontal produce graves alteraciones conductuales. En relación con las emociones, tiene una función de “control” de las emociones. Por ello cuando hay una lesión frontal se registra una desinhibición y pérdida de su adaptación al contexto social. La persona se convierte en un auténtico psicópata.

Las regiones Pre-frontal Para-límbica y la Corteza Orbito-frontal son las encargadas de corregir las respuestas emocionales y modificar la conducta de acuerdo a la variación del entorno. Estas serían las encargadas de transformar emociones naturales del ser humano en falsas emociones sustitutivas, bajo presión de los mandatos argumentales familiares y socio-culturales.

Es decir que, como diría Fanita English, “una emoción sustituta reemplaza a otra más genuina que naturalmente surgiría en una persona en determinado momento si no fuera por el hecho de que, durante la infancia, esa emoción fué objeto de castigo o se la desalentó cada vez que la persona manifestó la emoción genuina que ahora trata de abrirse camino”.

Berne las llamó “Racket”, slang norteamericano que recuerda las maniobras extorsivas de los gangsters, cuando vendían sus “Protection Racket” (pólizas de seguro falsas) a sus desdichados “Protegidos”. En español se traduce como emoción extorsiva, y en el lenguaje lunfardo de Buenos Aires como Rebusque. La envidia, la ansiedad, el pánico, la melancolía, la manía, la depresión, el triunfo maligno, la falsa rabia, la falsa alegría y la desesperación, son ejemplos claros de rebusques que ocultan emociones auténticas reprimidas.

Así como durante la evolución de nuestra especie tuvimos que adaptarnos psicológica y físicamente al medio circundante para sobrevivir, así un niño lo hace en el transcurso de su viaje hacia la adultez, a través de la educación y formación que padres y sociedad le entregan. Utilizando su intuición de “pequeño profesor”, adscribe al argumento familiar para ser aceptado y sobrevivir en su medio.

En el camino, irá olvidando algunas capacidades de niño, y las cambiará por nuevos recursos. A veces más, y otras

veces menos útiles. La capacidad plena, espontánea y honesta de conocer, sentir y expresar emociones, gracias a nuestra adaptación social “frontal” y el desuso adaptativo de nuestro “límbico”, tal vez sea una de las cosas infantiles más preciadas que perdamos en dicho camino.

Bibliografía

- Azcoaga, J. y col. (1992) *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto*. Buenos Aires Editorial Paidós.
- Berne, E. (1985) *Análisis transaccional en Psicoterapia*. Buenos Aires Editorial Psique
- (1972) *What do you say after you say hello?*. Nueva York Grove press.
- (1975) *Games People Play*. México Diana.
- Blakeney, R. (1977) *Manual De Análisis Transaccional*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Changeux, J. (1986) *El Hombre Neuronal*. Madrid Espasa Calpe.
- Federn, P. (1952) *Psicología y Psicosis del ego*. Nueva York Basic Books.
- Gillman, S.; Newman, S. (1994) *Principios de Neuroanatomía y Neurofisiología Clínicas de Manter y Gatz*. México Editorial Manual Moderno.
- Guyton, A. (1994) *Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso*. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
- Habib, M. (1994) *Bases Neurológicas de las Conductas*. Barcelona Editorial Masson
- Houssay, B.; Cingolani, H.E. (1989) *Fisiología Humana de Bernardo A. Houssay*. Buenos Aires Editorial El Ateneo.
- Kertesz, R. (1985) *Manual De Análisis Transaccional*. Buenos Aires Editorial Ippem.
- Masterton, R.B.; Hodos, W.; y Jerison, H (1976) *Evolution, brain an behavior: Persistent Problems*. New Jersey Hillsdale.
- Maturana, H. (1996) *Neurociencia y Cognición: Biología de lo Psíquico*. en: *La Realidad: Objetiva o Construida?*. Barcelona Editorial Anthropolos.
- Penfield, W. (1952) *Mecanismos de la memoria*. Arch. Neurol. & Psychiat.
- Rosenzweig, M.; Leiman, A (1992) *Psicología Fisiológica*. Nueva York Editorial Mc Graw Hill.
- Sagan, C (1977) *Los dragones del Edén. Especulaciones sobre la evolución de la Inteligencia Humana*. Barcelona Editorial Grijalbo.
- Sarnat, H; Netsky, M. (1981) *Evolution of the nervous system*. New York Oxford University Press.
- Snell, R. (1990) *Neuroanatomía Clínica*. Buenos Aires Editorial Panamericana.
- Ursua, N. (1993) *Cerebro y Conocimiento: Un enfoque Evolucionista*. Barcelona Editorial Anthropolos.
- Willis, Ch. (1994) *El Cerebro Fugitivo*. Buenos Aires Editorial Paidós.

Nuevos aportes en la relación entre el estrés, la depresión, el sujeto y su entorno

Gustavo E. Tafet

*Presidente del Capítulo de
Neurociencias de la AASM
(Asociación Argentina de
Salud Mental)
Director de la Carrera de
Psiquiatría de la Universidad
Maimónides
Departamento de Salud
Mental y Neurociencias,
Universidad Maimónides,
Buenos Aires, Argentina*

El estrés es una experiencia habitual en la vida de toda persona, siendo la reacción normal de adaptación ante un estímulo ambiental. Esta respuesta adaptativa es un proceso dinámico que incluye la percepción de un evento, su procesamiento y evaluación, la atribución de un cierto tono emocional, la activación de sistemas neuroendócrinos, y la planificación e implementación de una respuesta rápida y eficaz, ya sea para sostener la "lucha" o emprender la "fuga", como parte de una posible estrategia de afrontamiento. Cabe señalar que no es siempre necesaria la presencia de un evento externo, sino que la simple evocación de un recuerdo asociado a una cierta situación de estrés, es suficiente para generar una respuesta similar a la obtenida en presencia del mismo. El concepto de "estrés" (o "stress") no alude necesariamente a una condición negativa. Se considera "eustress" al estado provocado por ciertos estímulos percibidos como desafíos, esperables y controlables, capaces de generar sensaciones de placer y motivación, mientras que aquellas situaciones percibidas como amenazantes, persistentes e incontrolables, se consideran estados de "distress". La respuesta adaptativa al estrés involucra la activación de una compleja red de sistemas neurales y neuroendócrinos, con la consecuente liberación de neurotransmisores y hormonas. La respuesta neural involucra la liberación de noradrenalina y la activación del sistema nervioso autónomo, en especial el sistema simpático, con la consecuente producción de adrenalina. La respuesta neuroendócrina es controlada desde estructuras límbicas como la amígdala y el hipocampo, que a su vez controlan la actividad del sistema hipotálamo-hipofiso-adrenal, con la consecuente liberación de CRH, ACTH y glucocorticoides, particularmente cortisol. En respuesta a situaciones de estrés, el cortisol es producido en mayores concentraciones, con el objeto de optimizar la movilización de recursos energéticos. Este proceso estaría orientado a promover una respuesta adecuada ante situaciones de estrés concretas y específicas, de manera que la activación crónica y persistente de estos sistemas podría llevar a numerosos cambios fisio-patológicos. En ese sentido, el estrés crónico puede estar caracterizado por un variado conjunto de síntomas, incluyendo aquellos producidos por una mayor activación del sistema nervioso autónomo, como síntomas neurovegetativos, síntomas de tensión psicomotriz, síntomas de ansiedad y síntomas afectivos. En los seres humanos, la respuesta adaptativa al estrés tiene como función principal el ajuste a variables de tipo psicosocial, principalmente aquellas que impliquen cierta relevancia a nivel emocional. En este sentido, el estrés crónico ha sido ampliamente reconocido como un importante factor en el origen y desarrollo de numerosos cuadros psicósomáticos, y muy especialmente en los trastornos de ansiedad y la depresión. Los diferentes aspectos de la respuesta adaptativa dependerán de numerosos factores, incluyendo características propias del evento, del entorno, de la evaluación personal, y de la estrategia de afrontamiento posible. De manera que uno o más factores, que incidan de manera intensiva o

prolongada, y que sean percibidos como impredecibles o incontrolables, producirán una activación persistente del sistema del estrés, con la consecuente alteración de sus circuitos de auto-regulación, llevando en última instancia a un aumento persistente del cortisol. El manejo del estrés deberá orientarse a operar directamente sobre aquellos factores identificados como peligrosos o potencialmente amenazantes, optimizando la evaluación que la persona haga de ellos y de sus propios recursos de defensa, transformando la amenaza en desafío, y desarrollando mejores estrategias de afrontamiento, que permitan a la persona hacer frente a las demandas del entorno con una mayor sensación de controlabilidad ante situaciones de estrés.

Por su parte, la depresión es un trastorno afectivo, que se caracteriza tanto por síntomas psicológicos como por ciertas alteraciones a nivel biológico. Técnicamente, la depresión debe distinguirse de los estados de tristeza producidos normalmente ante situaciones de pérdida o frustración. El perfil psicológico del depresivo incluye la típica tristeza o disforia, la pérdida de interés en aquellas cosas que normalmente producen interés en la persona, y una marcada dificultad para experimentar sensaciones de placer. A esto también se pueden agregar dificultades para pensar o concentrarse, fatiga o pérdida de energía, pérdida del apetito, trastornos del sueño, y en los casos más severos sentimientos de culpa y auto-reproche, pudiendo llegar a la ideación suicida. En cuanto a los aspectos biológicos, varios neurotransmisores han sido involucrados en la fisiopatología de la depresión, entre los cuales se destaca la serotonina. A nivel molecular, la concentración de serotonina es controlada mediante su transportador, responsable de remover al neurotransmisor del espacio sináptico, regulando así su disponibilidad para interactuar con sus receptores. Dicha molécula es de suma importancia en psiquiatría, siendo el sitio de acción de la mayor parte de los antidepresivos, quienes producirían un aumento en las concentraciones de serotonina mediante el bloqueo de su transportador específico. El aumento de la serotonina, por su parte, ha sido asociado con una mayor tolerancia a estímulos adversos, como aquellos experimentados en situaciones de estrés crónico, de manera que su disfunción ha sido asociada al origen y desarrollo de depresión. Respecto a la relación entre estrés crónico y depresión, se ha descrito una importante asociación entre ambos síndromes, tanto en los aspectos clínicos como bioquímicos, donde se ha observado un aumento en los niveles circulantes de cortisol en ambos casos (1). Esta hormona esteroide ingresa al interior de las células para unirse allí a sus receptores específicos, constituyendo un complejo hormona-receptor, ingresando luego al núcleo celular para regular la expresión de numerosos genes. Se ha demostrado una correlación directa entre elevados niveles de cortisol y alteraciones en la neurotransmisión de serotonina en la depresión. Por lo general, los pacientes depresivos tienen altos niveles de cortisol, y la normalización de dichos niveles se ha correlacionado con una buena res-

puesta al tratamiento y un buen pronóstico.

En una serie de estudios que realizamos en el laboratorio del Prof. Meir Shinitzky, en el Instituto Científico Weizmann de Israel, hemos demostrado que el cortisol aumenta la captación de serotonina, sugiriendo que el aumento en los niveles circulantes de cortisol podría determinar una disminución en los niveles de serotonina en el espacio sináptico, conduciendo a una alteración de dicho sistema en el cerebro (2). En esos mismos estudios hemos observado que dicho efecto estaría producido por un efecto directo del cortisol en la regulación transcripcional del transportador de serotonina. Estos hallazgos proveerían una importante explicación a nivel molecular que permitan entender el origen y desarrollo de la depresión como consecuencia de un estrés crónico. En una nueva serie de estudios, que realizamos recientemente en la Universidad Maimónides (3), hemos demostrado que el desarrollo de estrategias psicoterapéuticas en personas que padecen de estrés crónico, mejoraban significativamente su presentación clínica, a la vez que normalizaban sus niveles de cortisol. De esta manera, si la depresión puede ser asociada al aumento de los niveles de cortisol, se podrían diseñar nuevas estrategias dirigidas a actuar pre-



E.M.D.R.

DESENSIBILIZACION Y REPROCESAMIENTO POR EL MOVIMIENTO OCULAR

*Nuevo y poderoso método de psicoterapia,
desarrollado en los EE.UU. por la Dra. Francine Shapiro
(Mental Research Institute, Palo Alto, CA)*

*EMDR puede ser usado dentro de los diferentes
abordajes terapéuticos, o como un tratamiento en sí mismo.
De elección para Estrés Post-Traumático y Trastornos de Ansiedad.*

Entrenamiento para Profesionales de la Salud Mental

PARTE I: 12, 13 y 14 de Mayo de 2006

PARTE II: 9, 10 y 11 de Junio de 2006

Entrenadores Internacionales del EMDR Institute desde 1996

Dr. Pablo Solvey - Dra. Raquel C. Ferrazzano de Solvey

Informes e Federico Lacroze 1820 - 7° "B" - Capital

Inscripción: Tel/Fax: (54 11) 4775-1690/1691

prsolvey@sion.com

www.terapiasdeavanzada.org



ventivamente a este nivel. Esto se podría lograr de manera directa, mediante fármacos que disminuyan los niveles de cortisol circulante, o de manera indirecta, por medio de abordajes psicoterapéuticos que podrían inducir la normalización de los niveles de cortisol mediante la modificación de estructuras cognitivas disfuncionales, reforzando así la sensación de controlabilidad ante situaciones de estrés (4). O dicho de otra manera, transformando la amenaza de un "distress" en el desafío de un "eustress".

Referencias:

- 1 Tafet, G. E. and R. Bernardini., *Psychoneuroendocrinological links between chronic stress and depression. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 27:893-903 (2003)*
- 2 Tafet, G. E., M. Toister-Achituv, and M. Shinitzky, *Enhancement of serotonin uptake by cortisol: a possible link between stress and depression. Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 1(1), 96-104. (2001)*
- 3 Tafet, G. E., D. J. Feder, D. P. Abulafia, and S. S. Roffman., *Regulation of HPA activity in response to cognitive therapy in patient with generalized anxiety disorder Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience 5(1):37-40 (2005).*
- 4 Tafet, G. E., and Smolovich, J., *Psychoneuroendocrinological Studies on Chronic Stress and Depression. Annals of the New York Academy of Sciences;1032:276-278 (2004)*

Carrera de Especialistas en Psicología Clínica

Escuela de Graduados



Plan Académico

1º Año	2º Año
Psicología Clínica	Clinica de las Patol. Orgánicas
Clinica de las Neurosis	Clinica de Niños
Neurología	Psicofarmacología
Antropología	Corrientes Psicoterapéuticas I
Metodol. de la Investigación	Práctica Clínica II
Seminario Temático	Psicología Comunitaria
Clinica Psicodinámica	Clinica de Pareja y Familia
Clinica de Patol. Borderline	Psicoterapia de Grupo
Clinica de la Psicosis	Psicofarmacología Clínica
Práctica Clínica I	Práctica Clínica III
Seminario Temático	Corrientes Psicoterapéuticas II
Trabajo Final Integrador	
Prácticas Clínicas 300 horas.	
Gabinete Asistencial propio (abierto gratuitamente a la comunidad)	

Comité Académico

Presidente: Dr. Héctor R. Fischer.

Miembros: Dr. Ricardo Angelino,
Dr. Mario Coscio,
Dr. Roger Montenegro,
Dr. Norberto Pisoni.

Consultores Externos:

Dr. Howart Kassinove (*New York, Estados Unidos*)
Dr. Adolfo Jarne Esparcia (*Barcelona, España*)
Dr. Roberto Yunes (*Buenos Aires, Argentina*)

Informes

Escuela de Graduados

Estados Unidos 929 - CABA

Tel: 4300-1166 / 4300-9114

egrad@kennedy.edu.ar / dep19@kennedy.edu.ar

www.kennedy.edu.ar



UNIVERSIDAD ARGENTINA JOHN F. KENNEDY

¿En qué radica la "atipicidad" de los antipsicóticos atípicos?

Dr. Diego Robatto

*Médico Psiquiatra
Director Médico
del Instituto de
Neurociencia del Oeste.
Presidente del Capítulo
de Psicofarmacología y
Psiquiatría de la AASM*

La aparición de la Clorpromazina en 1950 con Delay y Deniker marcó un hito en la comprensión y el tratamiento de las psicosis. En los años siguientes aparecieron otras sustancias (entre ellas el haloperidol) cuya contundente acción antidelirante y antialucinatoria significaron poder mejorar la evolución del cuadro esquizofrénico yugulando los cuadros agudos y disminuyendo significativamente las hospitalizaciones. Estos efectos se deben al potente bloqueo del receptor dopaminérgico D2. Al poder mejorar los síntomas positivos con el uso de estas sustancias, se comenzó a otorgar mayor realce a otros síntomas de la enfermedad. De este modo se comenzó a prestar más atención a los "síntomas negativos" de la esquizofrenia. El uso de estos primeros compuestos de probada eficacia antipsicótica permitió complejizar la lectura clínica de la esquizofrenia.

Actualmente se proponen **5 dimensiones sintomáticas** en el cuadro esquizofrénico:

- 1) **Síntomas Positivos:** Alucinaciones, ideas delirantes, alteraciones del lenguaje y el discurso y/o conducta desorganizada, conducta catatónica y agitación.
- 2) **Síntomas Negativos:** Aplanamiento afectivo, retraimiento emocional, pasividad, falta de espontaneidad, alogia, abulia, anhedonia y desinterés. Actualmente se los subdivide en Primarios (intrínsecos de la esquizofrenia) y Secundarios (que están asociados o son consecuencia de los síntomas positivos, de depresiones, del uso de antipsicóticos y/o falta de estimulación adecuada)
- 3) **Síntomas Agresivo/hostiles:** Hostilidad, abuso verbal o físico, automutilaciones, autoagresiones, impulsividad.
- 4) **Síntomas Cognitivos:** Incoherencia en las asociaciones, alteraciones de la fluidez verbal y working memory, en el procesamiento de la información y en la concentración (dificultad para focalizar y sostener la atención).
- 5) **Síntomas Depresivo/ansiosos:** Humor depresivo, ansiedad, culpa, tensión, irritabilidad y preocupación.

Cuando se utilizaban estos primeros compuestos se observaba que el efecto antipsicótico (terapéutico) aparecía al mismo tiempo que otros efectos (adversos) que formaban un cuadro al que se llamó "Síndrome Neuroléptico" (Erlentecimiento motor, tranquilidad emocional e indiferencia afectiva), de modo que con el tratamiento se buscaba "neuroleptizar" o "impregnar" al paciente, suponiendo que esto era un correlato necesario para la producción del efecto terapéutico.

A las drogas que producían estos dos efectos se las denominó NEUROLEPTICOS. El Sme. Neuroléptico es un efecto adverso básicamente extrapiramidal y no es un objetivo a alcanzar ya que el efecto antipsicótico puede lograrse sin él (dependien-

do del porcentaje de receptores D2 bloqueados y de su ubicación en las diferentes vías dopaminérgicas centrales). Fig 1.

Toda droga antipsicótica, tanto típica como atípica, logra su efecto a partir del bloqueo del receptor dopaminérgico D2.

Actualmente se sabe que con el bloqueo del 65% de los receptores D2 se logra una respuesta terapéutica **antipsicótica** (a nivel de vía Mesolímbica), este nivel de bloqueo ya se logra con una dosis de sólo 2,5 mg/d de Haloperidol (1 a 5 mg/d). Si el bloqueo es del 72% o superior se produce **hiperprolactinemia** (vía Tuberoinfundibular) y si se alcanza el 78% o superior, aparecen **síntomas extrapiramidales** (vía Nigroestriada). [1]

Conviene recordar aquí las vías dopaminérgicas centrales, las cuales están implicadas en la fisiopatología de la Esquizofrenia, y el la producción de efectos adversos durante los tratamientos:

Fig 1:



En la fisiopatología de la esquizofrenia se destaca la disfunción de los circuitos dopaminérgicos, encontrándose una hipodopaminergia cortical (Receptores D1) con el correlato de síntomas negativos y trastornos cognitivos; y una hiperdopaminergia mesolímbica (Receptores D2) responsable de los síntomas positivos. [2]

Hoy podemos clasificar a los Antipsicóticos de la siguiente manera:

Antipsicóticos Clásicos, Típicos o Neurolépticos:

- 1) de Alta Potencia: (Haloperidol, Trifluoperazina) Se relacionan con Efectos Adversos Secundarios (que dependen del bloqueo del mismo receptor relacionado con el efecto terapéutico, en este caso el D2). SEP, aumento de prolactina (PRL), embotamiento afectivo y cognitivo.
- 2) de Baja Potencia: (Clorpromazina, Levomepromazina, Tioridazina). Se vinculan con Efectos Adversos Colaterales (que dependen del bloqueo de otros receptores, diferentes al relacionado con el efecto terapéutico). Bloqueo Alfa1: Hipotensión ortostática, mareos, eyaculación retrógrada. Bloqueo M2 y M3: Miopatría, taquicardia, constipación, confusión, visión borrosa, aumento PIO, xerostomía. Bloqueo H1: Sedación, aumento de peso, confusión.

Antipsicóticos Atípicos (APA's)

El primer antipsicótico atípico (APA) fue la Clozapina (1958), fármaco que mostró un perfil único al ser efectivo como antipsicótico y al mismo tiempo no producir Síndrome Extrapiramidal (SEP). Sin embargo el hecho de producirse 8 muertes por agranulocitosis en Finlandia entretenció la investigación con esta droga, que sólo siguió siendo utilizada de modo restringido en pocos países hasta su aprobación por la FDA en 1990, con un estricto protocolo de seguimiento para detectar tempranamente los casos que presentaran alteraciones hematológicas. Este fue el inicio de su aprobación en lo demás países; pero por tener efectos adversos tan serios, NUNCA es un antipsicótico de primera elección.

"Atípico" no es sinónimo de "moderno", como fue dicho en el caso de la Clozapina, también la Sulpirida fue descubierta hace más de 30 años y ambos son prototipos de APA.

A fines de los '80 surge la Risperidona, aprobada en 1994 por la FDA, la Quetiapina, en 1995 la Olanzapina, luego la Ziprasidona, la Zotepina, y en 2002 se aprueba el Aripiprazol, que fuera descubierto en 1988.

Todas estas drogas y otras actualmente en fase experimental, apuntan a lograr un tratamiento efectivo para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, sin la aparición de efectos displacenteros que disminuyen el cumplimiento de las indicaciones médicas o que signifiquen un riesgo en el uso prolongado (como las disquinesias tardías).

Las drogas patrón en este grupo son la Clozapina y la Ris-

CONCEPTO PSI

- Psicología: psicoterapias breves
- Psiquiatría.
- Psicoanálisis
- Neuropsicología
- Encuentro Psi

→ Alquiler de consultorios por hora para profesionales del ámbito Psi

TE: 4393-1666

www.conceptopsi.com.ar
Esmeralda 155 Piso 6 "31" Cap.Fed.

peridona, con las que se comparan los nuevos fármacos para evaluar eficacia [3]

Concepto de "Atipicidad"

Si bien no existe un consenso acerca de lo que es un antipsicótico atípico (APA), todas las definiciones coinciden en que son drogas que producen un efecto antipsicótico en dosis que no causan significativos efectos extrapiramidales agudos o subagudos, ni producen aumento significativo de PRL. Otras características son el tener una mayor eficacia que los típicos en el control de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

El **antipsicótico atípico ideal** (que aún no existe) sería aquél que reuniera las siguientes características:

- 1) No produjera Diquinesias Tardías.
- 2) No produjera Hiperprolactinemia.
- 3) Tuviera capacidad de eliminar los síntomas positivos sin agravar o desencadenar síntomas motores (SEP).
- 4) Pudiera eliminar o disminuir significativamente la sintomatología psicótica del 60% de los pacientes con Esquizofrenia resistente.
- 5) Fuera capaz de mejorar significativamente los síntomas negativos primarios y secundarios de la Esquizofrenia.
- 6) Pudiera mejorar significativamente los síntomas cognitivos, afectivos y agresivo/hostiles de la Esquizofrenia.
- 7) No produjera Sme. Metabólico X.

Mecanismo de Acción de los APA's:

Desde hace décadas se han postulado diversas hipótesis, las cuales no se descartan mutuamente, y se considera que serían correctas todas ellas.

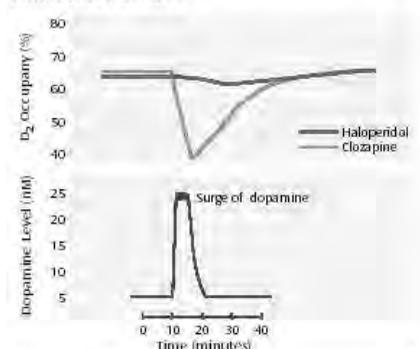
* Alta relación de Bloqueo 5HT_{2a} / D₂. A partir de la Risperidona se desarrolló e investigó esta hipótesis. La neurona piramidal que provoca la liberación de Glutamato, está modulada por receptores 5HT₂, que aumentan la liberación de Glutamato y en consecuencia aumentan la hipredopaminergia a nivel mesolímbico. Si se bloquea el receptor 5HT_{2a}, disminuye la liberación de Glutamato, y también la de Dopamina (DA) mesolímbica. Así, el bloqueo 5HT₂ tiene un efecto antipsicótico por sí mismo, que potencia el efecto antipsicótico del bloqueo D₂. El bloqueo 5HT_{2a} fue considerado también relevante para mejorar los síntomas afectivos y/o cognitivos de la Esquizofrenia.

* Alta relación D₄ / D₂. La Clozapina tiene mucha mayor afinidad por este receptor que por el D₂.

* Menor afinidad D₂. También llamado "Fast off" o "Hit and Run". Los APA's se disocian más rápidamente del receptor D₂ (al tener menor afinidad por

él) y son fácilmente desplazados por los altos niveles de DA en Caudado y Putamen, lo que determina menor incidencia de efectos extrapiramidales. Posibilitan así un bloqueo D₂ sin provocar distorsión de la neurotransmisión dopaminérgica. [1], [4]. Fig. 2

FIGURE 2. Effects on D₂ Occupancy of a Surge of Dopamine After Achievement of Equal Levels of Occupancy by Haloperidol and by Clozapine^a



^a Simulation performed by means of STELLA model-simulation software (High Performance Systems, Hanover, N.H.). Haloperidol occupancy is unchanged by physiological dopamine transmission. Clozapine occupancy decreases to allow physiological dopamine transmission.

Kapur y Seeman, *Am J Psychiatry* 158:3, March 2001

Fundación para la Mujer y los Trastornos del Comportamiento Alimentario

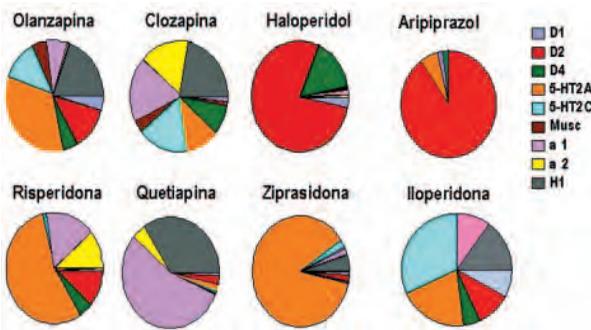
Un nuevo espacio de encuentro, con renovado diseño y más categorías de información.

▶ www.fumtadip.org.ar

Sede Central Salguero 3056 2º "A" (C1425DO)
 Buenos Aires, Argentina Tel/Fax: (11) 4801 5533 / 4807 7048
 REGICE N°: 021547 ONG N°: 383 fumtadip@fumtadip.org.ar

Afinidad por receptores de los APA's

La afinidad por receptores puede ser comparada por medio del diseño de tortas que muestra un predominio de acción sobre receptores dopaminérgicos con el haloperidol (antagonismo D2) y el aripiprazol (agonismo parcial). También se observa la acción predominantemente serotoninérgica de la risperidona (anti-5-HT_{2A}) y la ziprasidona (que además inhibe la recaptación de serotonina y norepinefrina). Un efecto de más amplio espectro es observado con olanzapina y clozapina y en menor medida con iloperidona. Finalmente quetiapina actúa primordialmente sobre r. H1 y alfa 1 (antagonismo) por lo que su acción antipsicótica requiere de dosis elevadas para lograr un antagonismo moderado de receptores de serotonina y dopamina (Bymaster FP, et al. *Neuropsychopharmacology*. 1996;14(2):87-96; Schotte A, et al. *Psychopharmacology* (Berl). 1996;124(1-2):57-73; Lawler, C, et al. *Neuropsychopharmacology*. 1999;20(6):612-27; Corbett, R, et al. *CNS Drug Reviews*. 1997;3(2):120-47)



El Aripiprazol es un agonista parcial D2 (se comporta como antagonista cuando hay altas concentraciones de DA, y como agonista cuando hay bajas concentraciones de DA), también es agonista parcial 5HT_{1a}, lo que incrementaría los niveles de DA en la vía mesocortical, mejorando los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia. Es además antagonista 5HT_{2a}, lo cual le otorga un perfil muy particular como antipsicótico. Actualmente hay muchas expectativas en este compuesto, con numerosos estudios en curso sobre su eficacia.

El conocimiento del perfil de afinidades de cada fármaco permite una adecuada selección del compuesto que se utilizará para cada paciente en particular. Observar por ejemplo que la carencia de bloqueo muscarínico de la risperidona, la hace ideal en los cuadros demenciales con síntomas psicóticos. La quetiapina, por su bajísima incidencia de SEP tiene un mejor perfil para los síntomas psicóticos en pacientes con enf. de Parkinson (tener en cuenta riesgo de cataratas).

Rango Terapéutico:

Clozapina: 25-900 mg/d
Olanzapina: 2,5-20 mg/d

Risperidona: 0,25-6 mg/d. En dosis más altas la risperidona pierde su perfil de Atípico y se comporta como un Clásico, aumentando el riesgo de SEP y de aumento de PRL, siendo estos efectos "dosis dependiente"). La risperidona tiene un metabolito activo (9-OH-Risperidona) que tiene prácticamente la misma afinidad por los receptores que la droga madre, por lo tanto a la suma de ambas se la considera como la Fracción Antipsicótica Activa.

Quetiapina: 50-600 mg/d
Ziprasidona: 40-160 mg/d
Aripiprazol: 15-30 mg/d

APA's Inyectables:

Ziprasidona IM.

Es útil en cuadros agudos con agitación. Presentación: 20 mg.
Dosis: 10 mg cada 2 hs o 20 mg cada 4 hs.
Dosis media diaria: 40 mg/d.
T. Max.: 3 días consecutivos.

Olanzapina IM.

Util en cuadros agudos con agitación. Presentación: 10 mg.
Dosis: 5 o 10 mg
Dosis media diaria: 20 mg/d
T. Max.: 3 días consecutivos.

Risperidona IM.

Es el único APA con presentación inyectable de acción prolongada (depot) indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con risperidona oral. Al comenzar el tratamiento inyectable, debe ser suplementada con risperidona oral durante las dos semanas iniciales.
Dosis: 25; 37,5 y 50 mg cada dos semanas.
Dosis Máxima: 50 mg cada dos semanas.

Efectos Adversos de los APA's:

Cardiovasculares:

Hipotensión Ortostática (bloqueo alfa1)
Clozapina>Quetiapina>Risperidona>Ziprasidona>Olanzapina>Aripiprazol.

Prolongación QTc

Rango normal: 350-440 mseg.

>450 mseg. Representa riesgo potencial

>500 mseg. Riesgo serio (intervención y tratamiento cardiológico)

La FDA demoró la aprobación de la Ziprasidona por 3 años por este riesgo. Se debe evitar su uso en pacientes con historia de enf. cardiovasculares significativas (QT prolongado, IAM reciente, insuficiencia cardíaca descompensada, arritmias)

Sist. Nervioso Central:

SEP:

Risperidona (dosis altas)>Ziprasidona>Aripiprazol>Olanzapina>Quetiapina>Clozapina

Síndrome Metabólico:

En términos generales se relaciona a los APA's como grupo farmacológico con el riesgo de producir el Sme. Metabólico X (obesidad abdominal, disregulación del metabolismo de la glucosa, dislipemia e HTA), con factores de riesgo para DBT tipo II, enf. cardiovascular y ACV. Desde 2003 la FDA exige una inclusión de advertencia al respecto en los prospectos de TODOS los APA's; sin embargo, la incidencia de producción no es la misma para cada droga del grupo: Olanzapina y Clozapina son la de mayor incidencia, Quetiapina y Risperidona lo producen con menor frecuencia y los estudios arrojan resultados dispares; y el menor riesgo es con Aripiprazol y Ziprasidona. [5]

El protocolo de monitoreo para pacientes medicados con APA's recomendado por el consenso ADA/ APA 2004 es el siguiente:

	BASAL	4 SEMANAS	8 SEMANAS	12 SEMANAS	CUATRIMESTRAL	ANUAL	CADA CINCO AÑOS
Historia Personal/fliar.	X						
Indice Masa Corporal	X	X	X	X	X		
Circunferencia Cintura	X					X	
Presión Arterial	X			X		X	
Glucemia	X			X		X	
Perfil Lipídico	X			X		X	X

En caso de necesidad o mayor riesgo, el monitoreo debe hacerse más frecuentemente.

Como corolario, es de suma importancia considerar tanto a los antipsicóticos clásicos como a los atípicos para los tratamientos de pacientes con síntomas psicóticos. La elección del fármaco se basa en los antecedentes del paciente, costos, perfil de efectos adversos y el grado de responsabilidad del paciente o su grupo de sostén para los cuidados que ameritan algunas de las medicaciones. El tratamiento farmacológico de estos cuadros es la herramienta fundamental en los abordajes actuales, por lo tanto es esencial conseguir adherencia a la medicación. [6]

Referencias:

- 1 Does Fast Dissociation From the Dopamine D2 Receptor Explain the Action of Atypical Antipsychotics? A New Hypothesis. *Am J Psychiatry* 158:3, March 2001
- 2 *Neurobiology of Mental Illness. Second Edition.* Oxford. Charney-Nestler. Pp 290.
- 3 *Neurobiology of Mental Illness. Second Edition.* Oxford. Charney-Nestler. Pp 348.
- 4 *Mechanism of Action of Atypical Atipsichotic Drugs.* Meltzer. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress.* Williams & Wilkins. Pp 819.
- 5 *CNS Drugs. Vol 19, Supplement 1, 2005.*
- 6 *Modern Antipsychotic drugs: A critical overview.* CMAJ. June 21, 2005; 172 (13).

PRESENTACIÓN DEL LIBRO

“Hospital de Día, Particularidades de la Clínica, temas y dilemas”

*Compilador:
Gustavo Fernando Bertran*

Gustavo Fernando Bertran es licenciado en psicología (UBA). Psicoanalista. Coordinador del Hospital de Día vespertino, división de Salud Mental, Hospital de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. GCBA. Co-coordinador de la Red de Hospitales de Día, Dirección de Salud Mental, GCBA. Integrante del Consejo General de Salud Mental, Dirección de Salud Mental, GCBA. Jefe de trabajos Prácticos de la Cátedra “Hospital de Día y clínicas de los bordes”- Facultad de Psicología- UBA. Integrante de la Comisión Directiva de “Asociación Argentina de Salud Mental”. Director del Grupo Buenos Aires, Asistencia e Investigación en Salud Mental

La multiplicidad de temáticas y abordajes que conviven en esta obra definen la complejidad del dispositivo Hospital de Día.

La intención de este libro es mostrar como pensamos y trabajamos desde la lógica del psicoanálisis, en el hospital público polivalente, en la División de Salud Mental del Hospital General de Agudos, “Dr. Teodoro Álvarez”, dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Muestra también cómo el dispositivo de hospital de día es alternativo a la típica internación manicomial, asilar y cronificante generando un menor costo psíquico, una mejor calidad de vida a los pacientes y sus familiares, como también un menor costo económico al reducir el giro cama, dado que el objetivo principal del hospital de día es evitar internaciones, y en los casos que se necesite una internación completa, reducirla a la mínima expresión

Además, este libro es una instantánea de un grupo de trabajo, un grupo particular e irrepetible, porque escribieron integrantes que ya no pertenecen al equipo actual. Algunos porque consiguieron trabajo rentado y otros por dificultades económicas. Este dispositivo es el más golpeado en rentas y espacio edilicio. Recordemos que la utilización del mismo en el campo de la salud es sugerida por la OMS (Ginebra, Suiza) desde hace más de 25 años. En la Ciudad de Buenos Aires existe la Ley de Salud Mental (Ley N°: 448), que promueve el acotamiento de los macro nosocomios psiquiátricos apoyándose en casas de medio camino y en los hospitales de día de la red del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El libro, es editado por “Minerva” y distribuido por Ricardo Vergara Ediciones, cuenta con 237 páginas, está compuesto por 27 trabajos divididos en tres partes: la introducción, el aspecto teórico y el aspecto clínico. Participaron 25 profesionales de diferentes campos de la Salud Mental. Su costo es de 25 (veinticinco) pesos.

El libro fue escrito y compilado para quienes se interesan en como pueden trabajar en conjunto diferentes discursos “terapéuticos” como el psicoanálisis, la psiquiatría, la psicología, la psicopedagogía, la musicoterapia, y la psicomotricidad desde una práctica clínica de lo grupal y lo particular.

A través de sus páginas, el lector, podrá descubrir un dispositivo pensa-

do y construido desde la lógica psicoanalítica a partir de la mirada de autores que se encuentran en diferentes momentos de su formación y de su práctica. Intentando mostrar la riqueza de abordajes y tensiones necesarias que componen dicha praxis. Este libro incluye un artículo inédito de la Dra. Collette Soler sobre "La angustia en la psicosis" y los dibujos de la arquitecta y artista Tenky López.

Comentario del Dr. Daniel Barrionuevo

"El nudo borromeo es una escritura. Esta escritura soporta un Real." Así comienza Jacques Lacan el Seminario del 17 de diciembre de 1974 R.S.I. - y continúa diciendo: "Lo Real ¿puede, pues, soportarse de una escritura? Pero sí, y diré más -de lo Real no hay otra idea sensible que la de la escritura, el trazo escrito."

Previo a esto, en el Seminario del 10 de diciembre del mismo año, al referirse al anudamiento, indica que éste se hace con lo Imaginario, que Real y Simbólico se anudan por lo Imaginario, y agrega que el Imaginario al aplanarse, al reducirse al plano, hace figura. Agrega entonces la figura en el plano como cuarto en el nudo. Es al doblar el Imaginario en una superficie como figura, que tiene la consistencia del nudo borromeo, las consistencias de la triplidad R.S.I.

Es de allí que se obtiene esta otra práctica del escrito, el nudo borromeo.

Trabajar es tejer en la locura hasta generar con ese Imaginario en el plano el escrito, es decir el nudo borromeo. Que lo sensible perceptivo de la locura se soporte del nudo y así advenga una idea sensible de lo Real.

Esta práctica del escrito nos interroga sobre los dispositivos que tenemos, para hacer ese trabajo de textura. El Hospital de día es el taller protegido textil por excelencia, allí se teje (donde sólo reina la percepción) hasta obtener con el Imaginario las consistencias R.S.I.

El campo sensible soportado en el nudo como escrito es el resultado de este libro, presentado al mundo psi hace aproximadamente un año atrás. Todos sus textos son el resultado del aplanamiento de años de trabajo clínico. Más allá de cualidades y de nombres el trabajo dio con su figura; se circunscribió un campo que en cada caso dobló, en el analista, lo sensible que lo causa sin razón.

En este texto estamos reflejados todos aquellos que, de una forma u otra, en banda de möevius, pasamos por el dispositivo de Hospital de día. De allí su éxito -no el literario- pues este escrito es su práctica.

DANIEL BARRIONUEVO

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN 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 sea 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 remitidos al autor responsable para su modificación.

Laboratorio
ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA

EPAMIN[®]
FENITOINA SODICA

Un clásico irremplazable
Bajo lic. Parke-Davis


lamirax[®]
LAMOTRIGINA

Un paso adelante en la terapia
antiepiléptica y los trastornos
bipolares

PAROXETINA
Neurotrox[®]

Permite ver la vida
sin depresión ni ansiedad


Levodopa **250** Carbidopa **25**

El Goal Standard en
el tratamiento preciso de
la enfermedad de Parkinson

RISPERIDONA
ResteleA[®]

Reinserta al paciente
en la vida cotidiana

neutop[®]
TOPIRAMATO

Eficacia y seguridad en epilepsia,
trastornos bipolares
y tratamiento de la migraña


OLDINOT[®]
Donepecilo clorhidrato

Le dice NO a la vejez
con deterioro cognitivo y funcional

