CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 4 Nº 12 Marzo de 2008
DISTRIBUCION GRATUITA

"Bipolarización" versus "borderización" de la clínica en la psiquiatríacontemporánea / El carácter transdisciplinario de las ciencias de la salud / "La Subjetividad en Cuidados Paliativos: entre mitos y verdades" / Trastorno por Estrés Postraumático y Marcadores Biológicos: Test de Supersión de Dexametasona a Bajas Dosis

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
SECRETARIO DE ACTAS: Lic. Silvia Raggi
SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano
SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán
SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: Dra. Liliana Moneta
SECRETARIO DE PRENSA: M. T. Ruben Gallardo
SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Dr. Carlos Marachlian
SECRETARIO DE CULTURA: Lic. Dario Galante
SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Dr. Ariel Falcoff
TESORERO: Dr. Nestor Saborido
VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez, Lic. Beatriz Kennel
SUPLENTES: Dr. Fabio Celnikier, Dra. Beatriz Schlieper
COMISION FISCALIZADORA:
PRESIDENTE: Lic. Irma Zurita
VOCAL TITULAR: Lic. Rosa Daniell
VOCAL SUPLENTE: René Ugarte

MIEMBROS FUNDADORES

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, 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, Calonico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron Maria Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcolff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, Garcia Mª 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, Héctor Fischer

PRESIDENTES DE CAPITULOS

Coordinacion General: *Juan Carlos Fantin*

MUJER Y SALUD MENTAL
Presidente: *M. M. Baccaro*

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL
Presidente: *Pablo Fridman*

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN
Presidente: *Ariel Falcoff*

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
Presidente: *Beatriz Kennel*

PSICOTERAPIAS
Presidente: *Fabio Celnikier*

CAPÍTULO DE PSICOSOMÁTICA
Presidente: *BEATRIZ GARDEY*

ADICCIONES
Presidente: *Susana Calero*

ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL
Presidente: *Arturo Smud*

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO
Presidente: *Graciela Fernández Cabanillas*

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA
Presidente: *Irma Zurita*

SALUD MENTAL Y LEY
Presidente: *René Ugarte*

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL
Presidente: *Ana Inés Marquis*

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL
Presidente: *Patricia Cabrera*

CAPITULO DE PSICOONCOLOGÍA
Presidente: *Inés Bouso*

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
Presidente: *Liliana Moneta*

NEUROCIENCIAS
Presidente: *Gustavo Tafet*

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN
Presidente: *Héctor Casal*

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL
Presidente: *Silvia Vouillat*

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA
Presidente: *Yanny Jaritonsky*

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS
Presidente: *Beatriz Schlieper*

NEUROPSICOLOGÍA
Presidente: *Gabriela Pisano*

DEPORTE Y SALUD MENTAL
Presidente: *Rafael Groisman*

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL
Presidente: *Silvia Kleiban*

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGIA
Presidente: *Héctor Fischer*

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD
Presidente: *Norberto Pisoni*

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS
Presidente: *Juan Carlos Basani*

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL
Presidente: *Gabriel Scianca*

CAPITULO DE REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL
Presidente: *Alberto Mendes*

ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO
Presidente: *Gustavo Pablo Rossi*

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL
Presidente: *Pablo Berrettoni*

NEUROPSIQUIATRÍA Y PSICOSIS
Presidente: *Alberto Cositore*

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO
Presidente: *Susana E. Quiroga*

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL
Presidente: *Noida Gallagher*

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL
Presidente: *Silvana Naddeo*

ARTE Y SALUD MENTAL
Presidente: *María Julia Cebolla Lasheras*

DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA EN SALUD MENTAL: TEMPORALIDAD DE LA PSICOSIS
Presidente: *Gustavo F. Bertran*

CONEXIONES
REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE
LA ASOCIACION ARGENTINA
DE SALUD MENTAL
Año 4 • Nº 12 • Marzo de 2008

CONTENIDO

5 *Gerardo Spatola*
"Bipolarización" versus "borderización" de la clínica en la psiquiatría contemporánea

15 *H. Daniel Dei*
El carácter transdisciplinario de las ciencias de la salud

20 *Ana Inés Marquis*
"La Subjetividad en Cuidados Paliativos: entre mitos y verdades"

23 *Martin Alfredo Puricelli*
Trastorno por Estrés Postraumático y Marcadores Biológicos: Test de Supersión de Dexametasona a Bajas Dosis

Imagen de tapa:

Vincent Van Gogh
"Delante el manicomio de Saint-Rémy" (1889)
Óleo sobre tela 58x45 cm

Directores:
Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:
Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL
Pablo Fridman
Juan Carlos Fantín
Alberto Trimboli
Silvia Raggi
Gustavo Bertran
Darío Galante

COMITE CIENTIFICO
Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre que se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o de los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material.
Ayacucho 234 (1025)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Teléfono: (54 11) 4952-8930

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

diseño
carlos de pasquale
4697-4934

AASM

Asociación Argentina de Salud Mental

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH

AASM 2009

IV Congreso Argentino de Salud Mental

Buenos Aires, Junio de 2009

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

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

“Bipolarización” versus “borderización” de la clínica en la psiquiatría contemporánea

Gerardo Spatola

Médico-psiquiátra del Hospital Alvear, profesor adjunto de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UBA, jefe de trabajos prácticos de Psicosemiología de la Unidad Hospitalaria del Hospital Tornu

"AL PROFESOR JUAN CARLOS STAGNARO QUE SABE ENSEÑAR PSIQUIATRIA CLASICA PARA TRANSMITIR UNA CLINICA MAS ACTUAL Y CRITICA SIN CAER EN LA NOSTALGIA DE LA HISTORIA"..

“Quien quiera formarse una opinión realmente experta, deberá estudiar psicopatología.”(...) “Hará bien en dejarse inspirar en los simples hechos, siempre y cuando sea capaz de verlos.”

Karl Jaspers.

“En psiquiatría, nuestros conceptos nosológicos pueden tener por sí mismos un valor terapéutico.”
“En psiquiatría la noción de curabilidad puede tener a veces por sí mismo un valor curativo.”

Eugen Minkowski.

Lamentablemente hasta las mejores corrientes del pensamiento científico muchas veces derivan en decadentes procesiones religiosas fanáticas que siguen a sus dogmas de moda. Esta desviación epistemológica no es nueva en la historia de la psiquiatría porque cada época científica tiene su paradigma santificado para ser adorado con ciega devoción. Desde fines del siglo XX se asiste a una novedosa reconversión mística de nuestra renovada disciplina: la excomulgación de la “borderización” clínica con el bautismo de su “bipolarización” actual. O sea la mutación del credo diagnóstico-terapéutico que transforma “el espectro borderline” de antes en “el espectro bipolar” de ahora. Así los mismos pacientes de ayer y hoy son tan sobre/infra-diagnosticados como sobre/infra-tratados según los dictámenes de los concilios especializados que publican sus propias encíclicas. Sin embargo la comprobada seriedad de numerosas investigaciones científicas tanto de valor histórico como de curso vigente no merece esta primitiva religiosidad irónica del destino que burla el objetivo ético de aliviar mejor el sufrimiento humano por la enajenación fundamentalista en “el nombre de la ciencia”.Por eso se intenta desarrollar una reflexión crítica acerca de los antecedentes, los desarrollos y los logros de cada propuesta científica para la construcción

epistemológica de cada entidad psicopatológica vigente en la clínica cotidiana (en este caso la personalidad borderline y el trastorno bipolar), poniendo especial énfasis en las deformaciones irracionales del conocimiento científico cuando el fanatismo místico y la mediocridad intelectual distosionan el pensamiento crítico del profesional.

Cuando los borders vienen actuando...

En la época de apogeo del psicoanálisis se empiezan a investigar aquellos casos "difíciles" que no responden por peculiar "resistencia" al tratamiento psicoanalítico ortodoxo propuesto tradicionalmente para las neurosis. Así diversos autores de la década del 30 postulan diferentes denominaciones provisorias para las futuras personalidades borderlines: "esquizofrenia seudoneurótica", "esquizofrenia latente", "personalidad como si", etc. Recién durante los años 50 y 60 se va independizando nosológicamente esta caracteropatía tan fronteriza como escurridiza del "espectro esquizofrénico" al ir perdiendo relevancia diagnóstica la azarosa y transitoria sintomatología psicótica que pueden presentar estos cuadros en períodos de descompensación (o sea los llamados "episodios micropsicóticos" con plena "restitución ad-integrum"). Indudablemente son autores como Knight, Gunderson y Kernberg quienes consolidan esta desviación caracterológica en la psicopatología clínica desde el psicoanálisis aplicado a la investigación más "objetiva" de casos clínicos, sin basarse tanto en una perspectiva "intersubjetiva" por dejar de apuntalarse exclusivamente en el juego de la "trans-contra-transferencia". Entonces esta versión científica de la investigación psicoanalítica compartida por la medicina se acerca también críticamente a la psiquiatría para enriquecer el desarrollo clínico de la pujante psiquiatría dinámica con una revolucionaria creación psicopatológica propia sin precedentes. Por supuesto que el reconocimiento de esta novedosa entidad es resistida por la psiquiatría clásica que defiende la tradicional "esquizofrenización-"clínica de sus pacientes al sobrediagnosticar como "psicosis esquizofrénica" a los rebautizados "borderlines" que presentan síntomas psicóticos limitados a la duración de las crisis caracterológicas. Y también esta entidad psicopatológica es ferozmente atacada hasta la renegación o la desmentida de su existencia concreta en la práctica asistencial por la versión del psicoanálisis más estructuralista que promueve Lacan con su mesiánico "retorno a Freud" para diferenciarse políticamente como línea interna del amplio abanico psicoanalítico y distanciarse doctrinariamente de la psiquiatría como representante caduco del "orden médico" modernizado. Sin embargo hacia los años 70 se consolida oficialmente esta caracteropatía en la nosología psiquiátrica-psicoanalítica internacional para ser valorada con la seriedad fenomenológica-metapsicológica que se merece en la clínica. Luego empieza su lamentable proceso de decadencia nosológica al transformarse en un hegemónico espectro infinito del sobrediagnóstico que a modo de revancha seudocientífica desmiente o reniega groseramente la histórica existencia previa de los esquizofrénicos... tan subdiagnosticados desde entonces. Y cabe destacar que la simplificación nosológica

Centro de Psicoterapias y Orientación

ACOMPAÑANTES TERAPEUTICOS

Tratamientos Ambulatorios e Internaciones Domiciliarias

Asistencia y contención en casos agudos y crónicos a Pacientes de todas las edades y a sus familias. Rehabilitación post – Internación acompañamiento en procesos de transición a externación y/o situación de Pre-alta.

Lic. Daniel Argibay

4861-8312 15-6025-4466

danielargibay@psi.uba.ar
www.cpyo.org.ar

estructural en neurosis-perversión-psicosis para varios autores desde Freud hasta la polémica inclusión de la estructuración borderline de la personalidad le sigue prestando una escasísima atención teórico-clínica a la bipolaridad maníaco-depresiva con la honrosa excepción de la gran psicoanalista "transgresora" Fromm-Reichmann. La pérdida brutal de la objetividad científica en la personalidad borderline sobrediagnosticada lleva a la hegemonía iatrogénica del psicoanálisis aplicado a la psiquiatría donde incluso la sospechosa psicofarmacología en desarrollo resulta apenas confiable como apéndice terapéutico de emergencia reservado exclusivamente para el tratamiento agudo (pero no de mantenimiento) de las enfermedades afectivas y psicóticas . Justamente la denominada psiquiatría dinámica desconfía demasiado de las prejuzgadas "soluciones sintomáticas" de la medicación prescripta porque "hace callar el sentido del síntoma" sagrado para una eterna interpretación inconciente... y también desconfía del organicismo resucitado en un neurobiologismo recién nacido con fuerza hacia los años 80. Así en este renovado contexto paradigmático de moda pierde paulatinamente su prestigio este psicoanálisis regresivo fijado a su propia resistencia narcisista por hacer una defensa neurótica de la automatización diagnóstica-terapéutica de la personalidad borderline sin la rigurosidad clínica del comienzo... entre otros importantes asuntos en discusión.

Cuando los bipolares vienen ciclando...

Hoy en pleno apogeo de la neurobiología aplicada a la psiquiatría se consolida rápidamente la entidad clínica del espectro bipolar que postula la existencia de variadas presentaciones sintomáticas atenuadas y disimuladas (por ende subdiagnosticadas) mucho más allá de la grave psicosis maníaco-depresiva clásica (trastorno bipolar tipo I del DSM IV). Indudablemente Kraepelin sigue siendo el gran pionero en sus minuciosas descripciones didácticas para incluir aquellos casos bipolares más atípicos observados con tanta sutileza clínica como en las múltiples combinaciones semiológicas de los llamados "estados mixtos". Luego sigue la originalidad de Leonhard con la clasificación entre trastornos afectivos unipolares y bipolares que reordena definitivamente la nosología de los trastornos anímicos, agregando un nuevo grupo clínico llamado "psicosis cicloides" que está evolutivamente emparentado con la bipolaridad ampliada a pesar de la espectacular sintomatología psicótica observable en las descompensaciones. Y llegando a un provisorio final del recorrido histórico aparece Akiskal con sus investigaciones multicéntricas internacionales del denominado "espectro bipolar" en constante revisión clasificatoria-predictiva según los antecedentes genético-hereditarios y las dispares respuestas terapéuticas. Así se ensancha enormemente el horizonte nosológico de la bipolaridad clínica en múltiples formas sintomáticas y evolutivas con diferentes pronósticos a largo plazo que requieren sendas investigaciones específicas para evaluar las características diferenciales de los síndromes bipolares descriptos. Pero este novedoso paradigma científico genera un grave e irresoluble conflicto con la psiquiatría más clásica que tiende a la "esquizofrenización" de la clínica por privilegiar academicamente la tradicional y conservadora presencia de delirios-alucinaciones como "signos patognomónicos" de la esquizofrenia. La rotunda comprobación de la existencia de sintomatología psicótica de primer y segundo orden en los trastornos bipolares , a pesar de su genial creador Schneider que cree más en la exclusividad característica de dichos síntomas para diagnosticar esquizofrenia, recorta el protagonismo diagnóstico de esta antigua psicosis estructural en la nosología moderna al ser devaluada en una posible (pero no indispensable) presencia sintomática transitoria-reversible durante las descompensaciones afectivas de la bipolaridad (o sea los "episodios maníacos o depresivos con síntomas psicóticos congruentes o no congruentes con el estado del ánimo" del DSM IV). Incluso cabe destacar la justa y saludable eliminación del equívoco término estructural de "psicosis" para denominar hoy a la enfermedad maníaco-depresiva en el DSM IV, siendo reemplazado por el concepto de "trastorno" teniendo en cuenta que los pacientes bipolares pueden "estar psicóticos" en las fases de descompensación, sin "ser psicóticos" permanentes como los clásicos casos esquizofrénicos y paranoicos. De esta manera se termina de recortar la antigua hegemonía de

las "psicosis endógenas" de Kraepelin al quedar el trastorno bipolar dentro del grupo de las patologías anímicas y, por otro lado, su "demencia precoz" con su "paranoia" incluidos en el grupo de los trastornos psicóticos del DSM IV. También cabe puntualizar la creativa reincorporación nosológica de la catatonía de Khalbaum, ya no solamente como una clásica variante clínica de la esquizofrenia propuesta por Kraepelin, sino además como un síndrome independiente libremente asociado a los episodios maníacos o depresivos bajo el nombre de "síntomas catatónicos" del DSM IV. Por último resulta también interesante el descubrimiento propuesto por Akiskal de los "temperamentos afectivos" endógenos (hipertímico, ciclotímico, distímico) que parecen avanzar rápidamente sobre algunos "trastornos de personalidad" del DSM IV (narcisista, límite, histriónico) acusados de presumible sobrediagnóstico generalizado. O sea el postulado expansionista de anexar buena parte del escandaloso "cluster B" caracteropático que clasifica el manual estadounidense al extendido territorio nosológico conquistado por los "trastornos afectivos" de la actualidad. Y a pesar de haber conseguido la bipolaridad un lugar más específico en el DSM IV con la incorporación del "trastorno bipolar tipo II" (existencia episódica de hipomanía-depresión) y el "trastorno ciclotímico" (alternancia de numerosos períodos hipomaníacos-depresivos), pareciera que el insaciable "espectro" igualmente no se conforma con el éxito logrado y pretende abarcar cada vez más.

Cuando los espectros vienen del mas alla...

Haciendo una breve contemplación histórica retrospectiva se puede constatar el traumático

nacimiento de la categoría nosológica borderline a partir de la esquizofrenia clásica, teniendo un desarrollo conceptual propio en progresiva expansión clínica hasta llegar al envejecimiento nosológico que debilita su anterior vigor psicopatológico para agonizar en la pujante bipolaridad en crecimiento continuo. Y si se contempla la historia nosológica de la categoría bipolar se constata que nace en dos tiempos diferenciados: primero como parte fundamental del binomio kraepeliano fundante de las psicosis funcionales (la "demencia precoz con defecto"y la "psicosis maníaco-depresiva sin defecto" a largo plazo evolutivo); segundo como con el derecho clínico adquirido a presentar síntomas psicóticos asociados a sus descompensaciones anímicas sin rendir cuentas ni afiliarse obedientemente a la esquizofrenia (la creación de los "síntomas psicóticos congruentes o no congruentes" con el humor imperante en las fases bipolares según el DSM IV). Y al final contemplando el vertiginoso crecimiento actual del "espectro bipolar", rumbo a la fagocitación de las caracteropatías borderline-narcisistas, se constata que todavía goza de muy buena salud joven. Aunque se critica epistemológicamente el reduccionismo nosológico de las tradicionales entidades categoriales demasiado circunscriptas o limitadas por la exigencia paradigmática de una excepcional pureza poco evidenciable en la práctica asistencial diaria; también se puede formular una crítica epistemológica al ilimitado expansionismo nosológico de novedosas entidades dimensionales por su infinita extensión clínica que pretende infiltrarse en las bases psicopatológicas de otros cuadros fenomenológicos históricamente más consolidados y así carcomer sus cimientos científicos hasta desintegrar el edificio nosológico del viejo paradigma. Es evidente que por ahora no existe el equilibrio perfecto entre lo categorial y lo dimensional dentro de la nosología psiquiátrica actual y las modas científicas tendientes a uno u otro modelo clasificatorio tampoco se acercan demasiado al ideal de armonía nosológica. Pero mientras el DSM se afirma oficialmente en un modelo categorial a través de estrictos criterios codificados de inclusión-exclusión, tanto la "borderización" psicoanalítica de la psiquiatría dinámica como la "bipolarización" organicista de la psiquiatría neurobiológica, se extienden en sendos "espectros" antagónicos por alcanzar la hegemonía clínica de la psicopatología. Cada propuesta científica tiene su tiempo de gloria pasada como el "espectro borderline" y de gloria presente como el "espectro bipolar", coexistiendo ayer y hoy en el debate epistemológico de la psiquiatría contemporánea a través de esta disputa nosológica, clínica y terapéutica.

La reconocida comorbilidad posible entre trastornos de la personalidad y trastornos bipolares tampoco aporta a una mayor claridad conceptual cuando cada "espectro psicopatológico" se propone fagocitar al contrincante nosológico mediante difusas fórmulas oscuras como "el ultraciclado de ultrabreve duración" para absorber la personalidad borderline a la nueva bipolaridad y "el patrón general de inestabilidad con impulsividad" para absorber el trastorno bipolar a la caracteropatía fronteriza. Y aunque los grandes trastornos bipolares endógenos son episódicos en sus manifestaciones sin necesitar desencadenantes vitales indispensables que se pueden diferenciar fenomenológicamente de la cronicidad desviada de los trastornos de la personalidad con descompensaciones agudas a partir de necesarios desencadenantes vitales... el problema se complejiza con el descubrimiento de los temperamentos afectivos incluidos en esta bipolaridad extendida a modo de derivaciones atenuadas de los cuadros anímicos intensos más clásicos. Así surgen nuevos conflictos de competencia nosológica entre la fenomenología de los trastornos

publicidad
Para publicitar en esta revista comunicarse con
Anabella Romano (Representante Comercial)
Tel 4431-1233 / 15-4436-2154

borderline-narcisista de la personalidad según Kernberg basado en la metapsicología psicoanalítica y la fenomenología de los tratornos hipertímico-depresivo-irascible-ciclotímico según Akiskal basado en el organicismo neurobiológico. Por ende la pobreza de las relaciones objetales primarias internalizadas-los mecanismos defensivos primitivos del Yo apuntalados en la disociación o escisión yoica-la deficitaria conformación narcisista del Self en Kernberg se enfrentan sin tregua a la vulnerabilidad cerebral genética- las alteraciones del funcionamiento neuronal por la desregulación de neurotransmisores implicados- la altísima carga hereditaria familiar en Akiskal... estando ambos ireemplazables autores contemporáneos apoyados en serias investigaciones científicas validadas internacionalmente. Y por último no hay que olvidar a una gran víctima nosológica de esta contienda borderline-bipolar que es la ancestral esquizofrenia a partir de ver reducido drásticamente su territorio clínico a una mínima expresión que tampoco resulta demasiado justa. Así la esquizofrenia se diagnostica acorralada entre el espectro borderline y el espectro bipolar que se independizan y contra-atacan sin piedad a partir de la devaluación y la expropiación de los clásicos síntomas psicóticos productivos patognomónicos de la enfermedad psicótica... Incluso ya no se menciona el "espectro esquizofrénico" de antes aunque el DSM reconoce tácitamente la existencia clínica de trastornos de la personalidad como el "esquizoide" y el "esquizotípico" (ambos derivados temperamentales de la esquizofrenia). Pero por supuesto que mucha menos importancia clínica actual se le asigna todavía a la paranoia (hoy "trastorno delirante" del DSM IV) con su derivación caracterológica llamada "trastorno paranoide de la personalidad" según el mismo manual. Además la delicada balanza psicopatológica en la consideración proporcional de síntomas afectivos y síntomas psicóticos para decidir un diagnóstico presuntivo hoy se inclina notoriamente más a favor de los primeros que de los segundos a modo de tendencia pendular opuesta a la época de la "esquizofrenización" clínica previa. Como ejemplo complicado de un difícil diagnóstico diferencial posible basta considerar al "trastorno esquizoafectivo" y al "episodio maníaco o depresivo con síntomas psicóticos no congruentes con el estado del ánimo" a partir del DSM IV... donde se actualiza la dialéctica sincrónica-diacrónica en la íntima relación de los síntomas afectivos y psicóticos en el tiempo evolutivo de cada enfermedad.

asappia

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

Psicoanálisis e Interdisciplina

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

ESCUELAS DE POSTGRADO EN CLINICA PSICOANALITICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Dirigidas a Médicos - Psicólogos - Psicopedagogos y otros Profesionales Universitarios de la Salud Mental
Becas para Serv. Hospitalarios - Cupo limitado

ABIERTA INSCRIPCION ciclo 2008

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

ESCUELA DE CAPITAL

Duración 2 años - Modalidad intensiva- sábados de 9 a 13 y 30 hs

ESCUELA DE INTERIOR

Duración 2 años - Modalidad bimensual -
viernes de 9 a 17 hs y sábados de 9 a 13 y 30 hs

EJERCICIOS CLINICOS - ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS SUPERVISIONES - JORNADAS

INFANCIA - ADOLESCENCIA - DISCAPACIDAD - FAMILIA ORIENTACION VOCACIONAL - PSICOPEDAGOGIA

INFORMES

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

Cuando los psiquiatras vienen delirando...

De todas maneras las dificultades mayores aparecen en la aplicación cotidiana de estos paradigmas psicopatológicos en la clínica asistencial cuando se atienden pacientes comunes no-seleccionados que están por fuera de los protocolos internacionales de investigación, tendiéndose a una automatización o naturalización diagnóstico-terapéutica de los casos. Ahí se produce la vulgarización grotesca y ridícula de la ciencia aplicada al alivio del sufrimiento humano mediante la fanática afiliación político-religiosa a prejuicios dogmáticos que obnubilan la conciencia crítica del profesional. Es verdad que muchas veces los descubridores de fe-

nómenos clínicos nunca antes conceptualizados requieren sostener una necesaria actitud de militancia combativa para defender sus descubrimientos científicos hasta lograr su aceptación general en la cofradía de especialistas que al principio siempre muestran su resistencia idiosincrásica a la novedad y a la originalidad. A partir de la normalización de la disciplina por la asimilación científica de nuevas concepciones psicopatológicas como "la personalidad borderline" y "el espectro bipolar" recién alcanza masividad por el consenso de profesionales. Entonces empieza la incorporación de inéditos instrumentos terapéuticos para el tratamiento de estos pacientes concretos, privilegiándose o recreándose aquellas herramientas terapéuticas coherentes con los fundamentos epistemológicos de la perspectiva clínica adoptada. Por ejemplo para el abordaje de la caracteropatía borderline se introducen profundas modificaciones saludables en la psicoterapia de orientación psicoanalítica y para el abordaje de la bipolaridad se introducen cuidadosas variantes psicofarmacológicas acordes a la indiscutible neurobiología del trastorno. Y además este panorama inicial se complejiza merced a la inclusión de interesantes aportes de la psicología cognitiva-conductual y del tratamiento psicofarmacológico específico de síndromes determinados en las personalidades borderlines como la inclusión de efectivas técnicas psicoeducativas y de grupos de autoayuda que amplían la contención social en la bipolaridad. O sea que la complejización creciente de sendos abordajes terapéuticos obliga saludablemente al entrecruzamiento transdisciplinario de diferentes saberes complementarios para el verdadero bienestar del paciente. El psiquiatra clínico que se dedica concretamente a atender casos borderlines o bipolares necesita encontrar la aplicabilidad real de las investigaciones en curso preservando su sentido crítico ante las modas hegemónicas de clasificación y tratamiento... lejos de las pasiones doctrinarias.

Actualmente se pregona la estandarización diagnóstico-terapéutica basándose en los contundentes resultados de investigaciones multicéntricas con metodologías estadístico-cuantitativas que facilita una mejor objetivación pragmática de las enfermedades mentales tendiente a la creación de un acuerdo globalizado de especialistas. Este avance científico de los manuales DSM y de los protocolos de tratamiento aseguran una mayor especificidad y sensibilidad clínicas indiscutibles si se tiene en cuenta la historia de la incomprensibilidad intradisciplinaria en psiquiatría a la hora de diagnosticar y tratar a un mismo paciente con enfoques antagónicos entre sí. Este antecedente de haber sido una torre de Babel con tantos dialectos inconciliables fue motivo del menosprecio descalificador por parte de las restantes especialidades médicas durante décadas al observar con sarcasmo desde afuera que "ni entre ellos se ponen de acuerdo" por exclusiva culpa de las divisiones internas. Ahora el prestigio internacional de la psiquiatría unificada moderna es bastante comparable al resto de la medicina a partir de una excelente combinación entre el desarrollo impresionante de la neuropsicofarmacología-las investigaciones médicas basadas en la evidencia científica-la prolija estandarización nosológica y terapéutica. Esta reincorporación festejada de la psiquiatría a la medicina es un acercamiento al ideal del reco-

CACIS

Centro de Asistencia, Capacitación e Investigación de las Socioadicciones

Dra. Susana Calero

PREVENCION
- ASESORAMIENTO A EMPRESAS
- CHARLAS A LA COMUNIDAD
- ASESORAMIENTO MEDICO-LEGAL

TRATAMIENTO
- INDIVIDUAL
- GRUPAL
- FAMILIAR
- DE PAREJA

ADICCIONES
- JUEGO COMPULSIVO
- CESACION TABAQUICA
- ADICCION A INTERNET
- COMPRAS COMPULSIVAS
- Y OTRAS ADICCIONES

Trastornos Obsesivos Compulsivos y Depresiones
Problemática Psicológica de la Mujer.

EVENTOS Y CAPACITACION

JORNADAS DIRIGIDAS A PROFESIONALES DEL AREA DE LA SALUD, DOCENTES Y EMPRESAS

Problemática dentro de las empresas
Problemas en el área de educación
Problemática dentro de los distintos grupos etarios.

INFORMES: Tel.: 4816-4801 / 4654-0278
E-mail: info@cacis.com.ar ~ **Sitio web:** www.cacis-com.ar

nocimiento científico tan postergado desde el nacimiento mismo de esta especialidad en el mundo manicomial estrenado oficialmente por Pinel hace más de dos siglos. Hoy en los comienzos del siglo XXI se presenta bien firme este cambiadísimo panorama de la psiquiatría reciente para ubicar el problema planteado entre la "bipolarización" y la "borderización" de la clínica contemporánea.

Considerando este momento histórico de la especialidad como una posible superación de su inconsistencia epistemológica ancestral para refundar una psiquiatría científica de consenso general; resulta interesante prevenir la recaída en un nuevo "delirio lógico de la ciencia" como postula Edgar Morin. Y para no generalizar vagamente en abstracciones filosóficas volátiles se insiste en denunciar cualquier fundamentalismo psiquiátrico que pregona pronto el endiosamiento de un paradigma para mañana venerar otro dios de reemplazo a la moda. Porque en el centro de estas disputas más religiosas que científicas hay pacientes inocentes a la espera de su diagnóstico y tratamiento adecuados para aliviar su dolor mental crónico... sean auténticos borderlines o bipolares genuinos. De ahí la preocupación por el peligro de una obediencia masiva a las concepciones en boga sin aplicar sistemáticamente el pensamiento crítico propio para no repetir la compulsión de ejercer una inconciente iatrogenia con los pacientes atendidos. Sinceramente es muy difícil alcanzar la sabiduría socrática para no caer en la tentación pecaminosa de resistirse con tenacidad a cualquier cambio ni en la antagónica tentación de entregarse con impulsividad a una reconversión apresurada. O sea de "borderizar" a los casos de antes y de "bipolarizar" a los casos de ahora con el fanatismo de siempre justificado con argumentos contrapuestos según la época paradigmática. Además al diagnóstico borderline se le propone un tratamiento de crisis basado en la utilización de antidepresivos-antipsicóticos-antirrecurrenciales solos o combinados según la presencia aislada o simultánea de síntomas impulsivos-ansiosos-alimentarios-depresivos-disfóricos-psicóticos durante un tiempo preferentemente limitado. Y al diagnóstico bipolar se le propone un tratamiento de fondo basado en la indispensable utilización principal de antirrecurrenciales durante un tiempo indefinido de por vida para mantener una estabilización anímica prolongada. Entonces así como nadie ya puede negar con sensatez el valor fenomenológico del descubrimiento de los espectros borderline y bipolar con sus importantes consecuencias nosológicas y terapéuticas... tampoco puede negarse el riesgo cierto de la deformación profesional que termina distorsionando serios avances científicos para engendrar una monstruosidad clínica incontrolable, por ejemplo a la hora de diagnosticar y medicar. Antes las explosiones anímicas de las actuaciones auto/heterolesivas eran absolutamente interpretables desde el inconciente borderline; y ahora cualquier episodio de variación anímica detectable en la historia vital de un paciente se evalúa precozmente como un valiosísimo signo escondido de bipolaridad latente a detectar... Ayer también se perseguía fanáticamente al supuesto borderline tras la "vivencia crónica de vacío" existencial con su transitorio alivio gracias al inesperado "acting-out"; y en cambio hoy se persigue obsesivamente al camuflado bipolar tras el sos-

pechoso episodio depresivo "unipolar" o tras el incierto cuadro de "distimia" con "inicio temprano o tardío" del DSM IV (siendo cuasiacusadas ambas entidades de encubrir o enmascarar a la bipolaridad responsable de todas las alteraciones anímicas observables)... De esta manera se degenera tan fácilmente la aplicabilidad universal de revolucionarias investigaciones científicas serias cuando cada profesional actuante "de época" prejuzga de sus casos atendidos con iatrogénica precocidad irreflexiva... sumándose ciegamente a la religión psiquiátrica de tantos colegas creyentes que también hacen "un sacerdocio de la profesión médica"... A modo de buen sacudón de sano realismo clínico en medio de tantas especulaciones "de alto vuelo" en pugna, se recuerda a un paciente borderline-narcisista y/o bipolar tipo II que le decía al autor con involuntaria ironía y genuina inocencia: "Yo ya no entiendo más nada... Antes me dijeron que lo que tenía era por 'mis rasgos de carácter'... Y ahora me dicen que 'soy bipolar'... Yo lo único que sé es que siempre me sentí igual... que no cambié mucho en estos años..." Y a continuación también se recuerda a alguien que canta desde hace mucho tiempo: "Vuele bajo/ porque abajo/ está la verdad..." Y como para no perder a último momento el delgadísimo hilo de la idea directriz del trabajo en aparente curso conservado por culpa de interminables asociaciones tan personales... sólo a modo de provisoria conclusión abierta el autor se pregunta en una suerte de inquietante "premonición" seudocientífica: ¿Al final se convertirá el "espectro" bipolar en otro nuevo "fantasma" que destrone mediante una revolución al "espectro" borderline en el mismo reinado de la iatrogenia repetida? Justa-

CE·SA·MEN·DE
PRIMER CENTRO DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL DE VILLA DEVOTO
DIRECTORA Y FUNDADORA: *SILVIA JUSTO*

Coordinadora Docente y Miembro Fundador: Silvia González Parma

PROGRAMA DE FORMACIÓN TEÓRICO CLÍNICO EN PSICOANÁLISIS

DURACIÓN: 2 AÑOS

A cargo de: *SILVIA JUSTO, GRACIELA FALCÓ, SILVIA GONZÁLEZ PARMA, GREGORIO NOCEDA, DORA NOIMAN, ANA MARQUIS, CAROLINA PIROVANI*

1er. Año

1er Cuatrimestre (de Abril a Julio de 2008)	2do. Cuatrimestre (de Agosto a Noviembre de 2008)
• Clínica del Duelo • Toxicomanía y Alcoholismo • Introducción a la Psico-Oncología y los Cuidados ...Paliativos • Conversaciones Clínicas	• Patologías del Amor y del Odio • Patologías del Narcisismo • Clínica de la Urgencia • Conversaciones Clínicas

2do. Año

1er Cuatrimestre (de Abril a Julio de 2009)	2do. Cuatrimestre (de Agosto a Noviembre de 2009)
• La Clínica en Niños • Anorexia Bulimia y Obesidad • Introducción a la Psicofarmacología • Conversaciones Clínicas	• Las Modalidades del Goce • El Cuerpo en la Clínica • Abordaje Clínico en Psico-Oncología y Cuidados Paliativos • Conversaciones Clínicas

Inicio: 19 de abril de 2008
Frecuencia: Semanal (Cada seminario será dictado en forma quincenal)
Días y Horarios: Sábados de 10.00 hs a 13.15 hs.
Lugar: Carlos Antonio López 3651 Dpto "5". Ciudad Autónoma de Bs. As.
Dirigido a: Psicoanalistas, Psicólogos, Médicos, Psicopedagogos, Psicólogos Sociales, Estudiantes avanzados de Psicología y carreras afines interesadas en el psicoanálisis.
ACTIVIDAD ARANCELADA CON INSCRIPCIÓN PREVIA

VACANTES LIMITADAS - ENTREVISTA DE ADMISION
SE ENTREGAN CERTIFICADOS
PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LOS PROGRAMAS DE LOS SEMINARIOS INGRESE A NUESTRO SITIO WEB WWW.CESAMENDE.COM.AR
SECRETARÍA: DE LUNES A VIERNES DE 10.00 A 16.00 hs. AL TEL.: 4504-7710
info@cesamende.com.ar

mente por esta preocupante razón profesional, el genio médico de Hipócrates nos sigue recordando sin cansarse con sabia humildad clínica siglo tras siglo: "Primero no dañar".

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

1- *Akiskal H. "Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos." Ed: Panamericana, 2006.*
2- *André J. (comp.) "Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?". Ed: Nueva Visión, 2000.*
3- *Ban T. y Ucha Udabe R. "Clasificación de las Psicosis. Historia de los conceptos básicos con énfasis en los conocimientos recientes." Ed: Salerno, 1995.*
4- *Bercherie P. "Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico."Ed: Manantial, 1999.*
5- *Dorfman Lerner B. (comp.) "Pacientes limítrofes. Diagnóstico y tratamiento." Ed: Lugar, 1992.*
6- *Foucault M. "Enfermedad mental y personalidad." Ed: Paidós, 2006.*
7- *Garrabé J. "Diccionario taxonómico de psiquiatría." Ed: Fondo de Cultura Económica, 1993.*
8- *Ionescu S. "Catorce enfoques de la psicopatología." Ed: Fondo de Cultura Económica, 1994.*
9- *Jamison K. "Una mente inquieta. Testimonio sobre afectos y locura." Ed: Tusquets, 2003.*
10- *Jaspers K. "Psicopatología General." Ed: Fondo de Cultura Económica, 1999.*
11- *Jaspers K. "Genio artístico y locura. Strindberg y Van Gogh." Ed: El Acantilado, 2003.*
12- *Kernberg O. "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico." Ed: Paidós, 1997.*
13- *Kernberg O. "Trastornos Graves de la Personalidad." Ed: Manual Moderno, 2006.*
14- *Kohut H. "Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad." Ed: Amorrortu, 2007.*
15- *Koldobsky N. "La Personalidad y sus desórdenes." Ed: Salerno, 1995.*
16- *Koldobsky N. "Trastorno borderline de la personalidad. Un desafío clínico." Ed: Polemos, 2005.*
17- *Lerner H. y Sternbach S. (comp.) "Organizaciones fronterizas. Fronteras del psicoanálisis." Ed. Lugar, 2007.*
18- *Lolas F., Martín-Jacod E. y Vidal G. "Sistemas Diagnósticos en Psiquiatría. Una guía comparativa." Ed: Mediterráneo, 1996.*
19- *Millon T. "Trastornos de la personalidad en la vida moderna." 2º edición. Ed: Masson, 2006.*
20- *Minkowski E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y de los esquizofrénicos." Ed: Paidós, 1989.*
21- *Pichot P. y Rein W. (comp.) "El abordaje clínico en psiquiatría." Ed: Polemos, 1995.*
22- *Roca Bennasar M. (comp.) "Trastornos del Humor." Ed: Panamericana, 1999.*
23- *Sachs G. "Manejo del Trastorno Bipolar. Conductas clínicas basadas en evidencias." Ed: Science Press, 2004.*
24- *Schneider K. "Psicopatología clínica." Ed: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.*
25- *Vazquez G. "Trastornos del estado del ánimo. Depresión y bipolaridad." Ed: Polemos, 2007.*
26- *Vieta E. y Gastó C. (comp.) "Trastornos Bipolares." Ed: Springer-Verlag Ibérica, 1997.*
27- *Vieta E. (comp.) "Trastornos Bipolares. Avances clínicos y terapéuticos." Ed: Panamericana, 2001.*
28- *Wapner J. "Metaclínica de los bordes. Patologías límite y déficit narcisista. Abordaje psicoanalítico." Ed: Letra Viva, 2006.*

Universidad Maimónides
Departamento de Salud Mental y Neurociencias

Especialización en Psiquiatría
Director:
Prof. Dr. Gustavo Tafet
Comité Académico:
Prof. Dr. Jaime Smolovich
Prof. Dr. Cesar Cabral

Cursos de Extensión Universitaria 2008
- Psicoterapia Cognitiva -
- Neurociencias -

INFORMES E INSCRIPCION
psiquiatria@maimonides.edu
15-5332-9082
Universidad Maimónides: Hidalgo 775, Buenos Aires / 4905-1101

Universidad Nacional de La Matanza
Escuela de Posgrado
Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados
INSCRIPCIÓN 2008
MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS
ACREDITACIÓN CONEAU RES. Nº 029/06
RESOLUCIÓN M.E.C.T. 211/02
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOANÁLISIS DE ADULTOS
ACREDITACIÓN CONEAU RES. Nº 461/07
RESOLUCIÓN M.E.C.T. 169/02
Cursado intensivo para residentes del interior y exterior | Pasantías Clínicas Hospitalarias
INFORMES DE 11 A 17 HS.: JULIÁN ALVAREZ 1933 (1425) BUENOS AIRES
TEL.: 4865.2050 / 4862.7767

El carácter transdisciplinario de las ciencias de la salud

H. Daniel Dei

Doctor en Filosofía. Master en Relaciones Internacionales. Especialista en Psicología Organizacional. Docente regular, investigador y conferencista visitante en universidades e instituciones públicas de la Argentina y España (Salamanca, Granada, Sevilla y Barcelona). Profesor de Metodología de la Investigación en el Programa de Médicos Comunitarios y en la Maestría en Gestión de Sistemas de Salud en la Universidad de Morón. Premio Único de Literatura GCBA-bienio 1992-1993. Faja de Honor de la Sociedad Argentina de Escritores, 1995; Premio Especial Eduardo Mallea, bienio 1989-1991. hdanieldei@gmail.com

Durante las Jornadas Científicas del Hospital Álvarez[1] (octubre de 2007) tuve la oportunidad de compartir una reflexión sobre los alcances de las ideas de interdisciplinariedad y transdisciplinariedad aplicadas al campo de la salud. No más elaboradas que entonces, aunque con algunas precisiones de detalle que obliga obviamente la relectura y reescritura de aquella contribución, me propongo aquí subrayar lo que actualmente considero el perfil epistemológico "adecuado" de las ciencias de la salud. No hay en esta afirmación inmodestia —por la pretensión del uso del vocablo "adecuado"— si situamos previamente nuestra reflexión en el horizonte antropológico de la cuestión salud-enfermedad. En el momento de acercarme a la problemática que me había convocado pude advertir la importancia de postular el carácter transdisciplinario de las ciencias de la salud, pues además de la consistencia epistémica propia que de esa caracterización podría formularse, me sorprendieron las implicancias que ese modo de entenderlas podía tener en la formación y en la práctica profesional.

En efecto, la consecuencia de esa interpretación involucra enteramente como persona a todo profesional de la salud por dos razones que, como dije, creo importantes: 1) la cuestión de la salud-enfermedad, pues esta cuestión iguala singularmente a todos y a cada uno de los seres humanos en el dolor y en la aspiración del trato digno en una situación de indefensión; y 2) el asunto tiene directa relación con el modo más eficaz y responsable de evitar, desde la vocación profesional elegida, el olvido de lo humano en el vínculo terapéutico.

Vista desde la perspectiva planteada la cuestión de la salud-enfermedad no es un problema. Es mucho más. Un problema es, independientemente de su complejidad, un mero obstáculo de conocimiento que podamos sortear en algún momento. En cambio, comprender, mejor que saber, lo que el par de conceptos "salud-enfermedad" es, constituye una cuestión, esto es, un interrogante de sentido que no

[1] Jornadas Científicas del Hospital Álvarez, "Interdisciplina-transdisciplina", octubre 2007.

acaba con la formulación de una sentencia, una argumentación o un discurso que podamos decir, por más consistente y satisfactorio que finalmente parezca, pero que, a pesar de ello, sirve para orientarnos en la acción. A diferencia de un problema, cuando estamos ante una cuestión, cualquier respuesta que demos no cerrará el tema, aunque abre perspectivas de sentido que antes no teníamos. Ciertamente, no parece que la salud-enfermedad sea sólo un asunto de conocimiento intelectual. Más bien, es una apertura al encuentro, una suerte de interpelación que nos mueve a actuar con el hombre doliente. El asunto pues no compromete sólo el corpus de conocimientos profesionales. Es una cuestión que nos atañe de modo particular porque le atañe a todo hombre en lo que tiene de esencial: su existencia y el modo de ser con los otros. Así, alcanzar un comprensión cabal de qué se trata parece exceder el saber profesional.

En realidad, casi no podemos hablar de la enfermedad sin referencia a la salud. Sin embargo, a primera vista pareciera que ambos términos sólo podrían ser comprendidos autoexcluyéndose.

Ahora bien, aunque dispongamos de mayores y mejores conocimientos y técnicas no hemos avanzado más que nuestros predecesores respecto de una respuesta satisfactoria a la cuestión. Sin duda que hemos allanado el campo de ciertas dificultades que le eran extrañas al núcleo mismo del asunto. Es decir, no explicamos las causas de la enfermedad de la misma manera. Pero aun así podríamos preguntarnos si es sustantiva la diferencia de respuesta sobre el tema de fondo. ¿Será verdad que la noción de salud y enfermedad que tienen los médicos no se diferencia de modo sustantivo del que tiene el hombre corriente? ¿Cuál es la razón de que cada vez que nos atrevemos a interrogar sobre la salud y la enfermedad nuestras respuestas resultan insatisfactorias? Una hipótesis plausible la encontraríamos en el hecho de que la pregunta nos demanda respuestas que, según dijimos, exceden al especialista y alcanzan al hombre mismo. Además, que el asunto exige una respuesta de sentido. En otras palabras, que cualquier discurso sobre salud-enfermedad debería responder a la pregunta sobre el sentido de la salud y la enfermedad para el hombre en cuanto tal. Pero, sin ir tan lejos en el desarrollo de este tema ya que no es el objeto de esta contribución, podemos suponer que la razón de la conciencia de una respuesta inadecuada al fenómeno confirmaría la idea de Freiherr von Gebsattel cuando dice que "a pesar de su formación especializada, el médico [...] vive, en lo que respecta a las cuestiones básicas de la medicina, en un nivel de captación del mundo correspondiente a fases anteriores a su formación profesional, a una visión natural del mundo".

Expresados en forma sucinta los fundamentos médico-antropológicos y las implicancias que dieron lugar a estas reflexiones epistemológicas, interesa ahora precisar la significación y los alcances de afirmar el carácter transdisciplinario de la investigación y la práctica profesional en el campo de la salud. Ésta es, por otra parte, la idea principal que quiero compartir en este artículo. Si la cuestión de la salud y enfermedad constituye uno de los tópicos fundamentales de la disciplina que conocemos con el nombre de antropología médica, el vínculo terapéutico no lo es menos y puede decirse que

CENTRO DE BIOCREATIVIDAD

SALUD, DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL

Director: Dr. Gerardo Smolar

PSICOTERAPEUTA CORPORAL BIOENERGETICO.
CERTIFICADO POR EL INSTITUTO INTERNACIONAL (IIAB - 1985)

- ASISTENCIA
  - Análisis Bioenergético
  - Individual, pareja, familia, grupo
- SALUD Y DESARROLLO
  - Talleres vivenciales de Biocreatividad.
  - Bioenergética. Lenguajes expresivos,
  - Pedagogía vivencial creativa
- ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL
  - Talleres vivenciales y sesiones didácticas.
  - Observaciones y prácticas supervisadas.
  - Bioenergética. Lenguajes expresivos/creativos.
  - Pedagogía facilitadora y operativa

COORDINADOR GRUPAL - 2 Años
OPERADOR INDIVIDUAL - GRUPAL - 3 Años
TERAPEUTA INDIVIDUAL - PAREJA - FAMILIA - GRUPO - 4 Años
(médicos y psicólogos)
POSGRADO Egresados de nuestra escuela y de otras formaciones afines.
CURSOS BREVES - ASESORAMIENTO - SUPERVISIONES

• LIBRO DE TEXTO BASICO
Biocreatividad. Proceso bioenergético de autorrealización
editado por el Dr. Smolar en el 2007
• AREAS DE APLICACION
Salud - Educación - Expresión Artística - Ciencia - Deportes - Empresa

LUIS VIALE 89 (1414) CAPITAL 4855-2772
E-Mail: gerardo@biocreatividad.com.ar
website: www.biocreatividad.com.ar

está relacionado con la concepción que tengamos de ella. Entiéndase que cuando digo aquí "atención médica" no estoy refiriéndome sólo a los médicos sino a todos los profesionales que, directa o indirectamente, intervienen en el estudio, la atención y el cuidado del ser humano doliente. Podríamos extender todavía más la expresión a todos aquellos que de alguna manera cooperan con la formación profesional en este campo.

El tema es pues el problema de la transdisciplinariedad. Pero no abstractamente considerado. Insisto, se trata nada menos que del tema del trabajo transdisciplinario en el campo de la salud. No hay pues exageración alguna en la importancia que le he dado al asunto de nuestras reflexiones. Como dije, la idea de la transdisciplinariedad en el campo de la atención y la investigación en salud adquiere su sentido práctico y su valor metodológico tan pronto como la vinculemos con el enfoque más amplio de la tradición disciplinar de la antropología médica. De ahí que el solo hecho de pensar cabalmente esta noción debería ayudarnos a repensar simultáneamente el concepto que tenemos sobre salud y enfermedad. Un concepto que, a pesar de estar presente como telón de fondo durante la formación y la práctica profesional, no es estudiado ni examinado críticamente. Si la visión del médico no suele superar en la comprensión del complejo conceptual salud-enfermedad a la que tiene el hombre común, entonces valdría la pena analizar el modo como cada uno enfrenta los vínculos que establece con el doliente, esto es, la persona que padece un desequilibrio en su estado de salud, sobre todo, desde los presupuestos que tiene el profesional acerca de estos conceptos, que suelen ocultar sus temores o ponen en funcionamiento sus mecanismos de defensa, omnipotencia, etc.

Además de explicar brevemente qué podemos entender hoy con éste y otros términos familiares que han pasado a ser protagonistas de la investigación científica actual, quisiera mostrar su efectiva posibilidad de concurrencia cuando lo que se busca es una sinergia en los esfuerzos que los profesionales e investigadores del campo de la salud realizan cotidianamente desde sus respectivas especialidades.

Comenzaré, entonces, por lo que puede resultar obvio: algunas precisiones en el uso de los términos. ¿Qué es una disciplina científica? ¿Qué entendemos por tal? Digamos sencillamente que una disciplina científica se constituye a partir de la perspectiva particular con que se estudia un fenómeno. El soporte de esta perspectiva son los conocimientos y prácticas sociales que, en la forma de paradigmas (es decir, teorías, problemas, tecnologías, presuposiciones vigentes) y articulaciones profesionales (controles de la comunidad de referencia, redes institucionales, publicaciones, certificaciones, etc.) operan como vehículos del saber que la sociedad cree tener acerca de los fenómenos que estudian y "poseen" —subrayo este término— los especialistas.

Sin embargo, conviene que seamos conscientes que siempre una disciplina científica recorta la realidad. Todo investigador o especialista selecciona un aspecto de ella que considera significativo desde su perspectiva particular institucionalizada o consensuada. Así, un mismo fenómeno, por ejemplo, el complejo problemático salud-enfermedad es examinado de manera

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - DISTRITO XII
(Quilmes - Avellaneda - Berazategui - Fcio. Varela)

1998-2008
ESCUELA DE ESPECIALIZACIÓN Y POSGRADO

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN
INICIO DE CLASES EN ABRIL 2008

CONSEJO DE DIRECCIÓN
Presidente y Directora Niños y Adolescentes: Psic. María Rosa D'Angelo - Directora general y Adultos: Lic. Gloria Seijo - Directora Sistémica: Lic. Esther De Castro - Directora Jurídica: Psic. Lía Ruiz Musante - Directora Educacional: Lic. Ana María Lestón

Seminarios teóricos - Grupo de Lectura -Talleres - Discusión de casos Clínicos - Supervisiones - Jornadas - Conferencias - Publicaciones - Pasantías.
ACREDITACIÓN: para la obtención del **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA** otorgado por el Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Reconocido por Ley 10.471 **CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA.**

Reconocido por la **CÁMARA CIVIL** DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

INFORMES Tel.: 4224-2831 E-mail: escespecd12@speedy.com.ar

diferente por las ciencias médicas, la biología, la psicología o la sociología. Y aunque parezca que se hable de lo mismo, conforme sea el punto de partida, el enfoque filosófico epistemológico en que se apoye la mirada del problema, se hablará de cosas distintas y por tanto también se actuará diversamente. Añadamos a esta dificultad los enfoques de las experiencias, conocimientos y disposiciones de las especialidades que delimitan aún más la perspectiva disciplinar.

Pienso que el fenómeno de la salud - enfermedad se resiste a quedar determinado en el marco de este tipo de enfoques particulares. Una sola perspectiva no puede dar cuenta del complejo problemático que es la salud-enfermedad. Este fenómeno exige del investigador la imposibilidad de remitirse a un mero objeto en el que pueda seleccionar un aspecto de él sin consecuencias para la comprensión total de su presencia. Cuando pensamos este par de conceptos con que pretendemos designar la realidad de la salud y la enfermedad, de lo enfermo y lo sano, estamos hablando siempre de la circunstancia especial de un hombre concreto, de una existencia que se descubre inevitablemente finita en su ser y padecer (aspecto ontológico no contemplado), que sufre una alteración biológica, y toma conciencia simultáneamente de sus limitaciones psicológicas (cambios en su imagen corporal) y sociales (adecuación de su vínculos con los otros y con el mundo). Este punto de vista que acabo de enunciar determina una visión no naturalista del ser humano, e implicaría, si somos coherentes, un comportamiento acorde con esa visión en la práctica profesional.

Este enfoque de la cuestión y la observación sobre los alcances de una disciplina particular nos plantea ahora la necesidad de precisar las nociones de interdisciplinariedad y transdisciplinariedad, porque desde mi perspectiva tampoco es suficiente el contacto o la cooperación interdisciplinaria para abordar la complejidad del fenómeno de la salud-enfermedad.

Estrictamente hablando hablamos de interdisciplinariedad cuando un caso, un problema de investigación o un proyecto determinado está articulado en función de un objetivo o un resultado compartido. Se trata de un ordenamiento o, mejor, de una modalidad metodológica diseñada para una circunstancia específica, en la que se contempla la intervención de diversidad de perspectivas científicas para resolver el caso o el problema de investigación, o bien, para lograr un resultado. Hay en la interdisciplinariedad una suerte de transferencia del abordaje metodológico de una disciplina a otra. El valor agregado de este abordaje es la disposición de los científicos o profesionales de cada campo teórico para estudiar un mismo fenómeno o problema respecto de las posibilidades de cada disciplina singular porque el logro es independiente de los enfoques particulares de ellas. Si bien la interdisciplinariedad facilita la inclusión de una nueva perspectiva en el seno de los paradigmas disciplinarios, los supuestos epistemológicos de un diseño metodológico de esta naturaleza no alteran sustantivamente el dominio representativo de la realidad estudiada por cada disciplina.

Por el contrario, lo que convoca para mí a un enfoque transdisciplinario es el fenómeno mismo de estudio. Es el objeto de estudio el que determina nuestra visión y obliga a pensarlo en su singularidad. No se trata como en el caso de la interdisciplinariedad que la aplicación de los métodos de una disciplina enriquezcan el cuerpo de conocimientos de otra, por ejemplo, la física nuclear en la medicina, que permite nuevos tratamientos del cáncer. El prefijo "trans" llama la atención más allá y a través de los paradigmas propios de cada disciplina involucrada. Y llama la atención porque la "realidad" que tenemos delante tiene una complejidad que no admite ser recortada. Con una imagen, podríamos decir que es el otro frente a nosotros que nos hace pensar y actuar en dirección a su comprensión y explicación. Ya no se trata pues de ver solamente desde el campo teórico de nuestra especialidad, sino desde aquello que convoca la atención. Ese otro que convoca nuestra atención frente a nosotros es una persona, el enfermo, no una enfermedad.

Empero, corrientemente se suele hablar de transdisciplinariedad cuando se emplean términos o nociones comunes a distintas disciplinas científicas, por ejemplo, la noción de "sistema", aunque estas "nociones transdisciplinares" no son siempre unívocas en su empleo. Es obvio que éste no ha sido el sentido que le he dado en esta propuesta a la noción de transdisciplinariedad. Mi interés ha sido despertar la reflexión sobre ese aspecto diferente y que creo

más fructífero epistemológicamente, cuya visibilidad en las ciencias de la salud es evidente en lo que atañe a su objeto específico, el fenómeno de la salud-enfermedad, el cual sólo puede valorarse, sopesarse críticamente en toda su amplitud, siempre que advirtamos que lo que he llamado hasta ahora "fenómeno de la salud-enfermedad" es algo más singular, concreto y comprometido: es, como expresé, el hombre enfermo o sano, es ese otro que somos cada uno de nosotros o podemos ser en algún momento, pero que por una circunstancia vocacional y profesional estamos situados en la posición de saber y poder sobre él.

Pienso finalmente que si concebimos la actividad médica desde la perspectiva de la transdisciplinariedad, tal como la he intentado describir, encontraremos la oportunidad práctica de reparar la falta de una adecuada y necesaria formación humanista en la acción médica. Será más fácil contar con el potencial vital del hombre enfermo, enriquecer el marco teórico de nuestra disciplina de origen y, fundamentalmente, abriremos la perspectiva de un vínculo con el doliente orientado por un sentido más profundo de la profesión.

Referencias

Dei, H. Daniel (ed.). Pensar y hacer en investigación. Buenos Aires. Docencia. 2002.

Dei, H. Daniel. "El discurso de la filosofía en el campo de la salud-enfermedad", conferencia en la I Jornada Transdisciplinaria sobre el Complejo Salud-Enfermedad. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. 23 de junio de 2007.

Dei, H. Daniel. Antropodicea. La cuestión del hombre. Buenos Aires. Almagesto. 1995. Nueva edición ampliada: La cuestión del hombre. Vida, libertad y filosofía. Buenos Aires. Prometeo Libros. 2008.

Dei, H. Daniel. La objetividad en ciencias sociales. Buenos Aires. Marymar. 1987.

Fourez, Gérard, Englebert-Lecompte, Véronique y Mathy, Philippe. Nos savoirs sur nos savoirs. Un lexique d'épistémologie pour l'enseignement. Bruxelles. De Boeck & Larcier. 1997. [Hay una versión castellana de esta obra: Saber sobre nuestros saberes. Un léxigo epistemológico para la enseñanza. Buenos Aires. Ediciones Colihue. 1998].

Frankl, Viktor. El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia. Barcelona. Herder. 1987.

Gebsattel, V. E. Freiherr von. Antropología médica. Prólogo de José Soria, trad. J. Soria y S. Cervera Enguix. Madrid. Ediciones Rialp. 1966.

Laín Entralgo, Pedro. La medicina hipocrática. Madrid. Revista de Occidente. 1970.

Fundación Etiem
Enseñanza Tratamiento e Investigación de las Enfermedades Mentales

CURSOS PARA GRADUADOS

Supervisión: Beatriz Schlieper

SEMINARIO 1 DE LACAN, LOS ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD
Carlos Gustavo Motta

TEORÍA Y PRÁCTICA DEL PSICOANÁLISIS
Raquel Vargas

CLÍNICA DE LA PSICOSIS, TEORÍA Y PRÁCTICA (HOSPITAL BORDA)
Beatriz Schlieper

SEMINARIOS / PASANTÍAS

SÍNTOMAS CONTEMPORÁNEOS Y LA DIRECCIÓN DE LA CURA EN LA ÉPOCA ACTUALIDAD
Carlos gustavo Motta

CLÍNICA DE LAS TOXICOMANÍAS
Marcelo Olmedo

ABORDAJE PSICOANALÍTCO DE ANOREXIAS Y BULIMIAS
Carlos gustavo Motta

CLÍNICA DE LA PSICOSIS
Beatriz Schlieper

Guatemala 5070 - (CP 1425) Buenos Aires - Tel (5411) 4774-2389
Fax (5411) 4831-5872 - fundacion@etiem.com.ar - www.etiem.com.ar

FUNDACIÓN FAMILIAS Y PAREJAS
Instituto argentino de terapeutas relacionales
Directora General: LIC. M. ROSA GLASSERMAN
Directora de Docencia: LIC. ANA I. MARTÍNEZ

Fundación FAMILIAS Y PAREJAS
Instituto argentino de terapeutas relacionales
ASISTENCIA - DOCENCIA - INVESTIGACIÓN
CURSOS DE FORMACIÓN EN CLÍNICA SISTÉMICO-RELACIONAL 2008

MODALIDADES DE CURSADA:
SEMANAL – MENSUAL – INTENSIVO 3 SEMANAS AL AÑO
Seminarios - Talleres - Ateneos – Presentaciones clínicas - Supervisiones - Entrenamiento Clínico Intensivo.
Pasantías Participación en programas de Clínica e Investigación:
Diversidades Familiares - Familias Ensambladas
Familias con Niños y Adolescentes - Pareja
Familias con Conflictos Jurídicos
Trastornos de la Conducta Alimentaria - Violencia Familiar

INFORMES E INSCRIPCIÓN: Beruti 4583 6º Piso - TEL/FAX: 4777-3719 / 3251.
E-MAIL: info@familiasyparejas.com.ar WEB: www.familiasyparejas.com.ar

`"CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN `TERAPIA SISTÉMICO-RELACIONAL".
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
SECRETARÍA DE POSGRADO
INICIO: MARZO 2008

Informes e inscripción: Avda. Independencia 3051, 2º piso, Capital Federal,
Tels. 4932-2225 / 4957-5879
E-mail: posgrado@psi.uba.ar Web: www.psi.uba.ar/posgrado

"La Subjetividad en Cuidados Paliativos: entre mitos y verdades"

Ana Inés Marquis

Presidenta del Capítulo "Cuidados Paliativos y Salud Mental" AASM

Integrante del Equipo de Interconsultas del Servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez

Me parece importante plantearnos el por qué de un Capítulo de Cuidados Paliativos en una Asociación de Salud Mental.
En principio, les diría que porque estamos convencidos de la importancia que tiene la inclusión de los Profesionales de la Salud Mental en el trabajo interdisciplinario que requiere la atención de la Salud. Este es un terreno que aún tenemos que seguir intentando ganar, tratando de conscientizar a los médicos de la incidencia de lo psíquico sobre lo orgánico, y de la pertinencia de que el profesional de la Salud Mental esté presente desde las primeras etapas de la consulta, y en la comunicación del diagnóstico.
Para ello, debe formarse en el abordaje psicológico de pacientes con enfermedades orgánicas que amenazan sus vidas, no sólo oncológicas, sino también crónicas, progresivas, invalidantes, muchas veces incurables, lo que requiere contar con un marco teórico consistente, y con experiencia clínica suficiente. Es indispensable tanto su análisis personal, aclarando su posición con respecto a la muerte, la castración y la finitud de su propia vida, como la supervisión con Profesionales idóneos, no solo por la efectividad de su actividad profesional, sino también como modo de preservación personal.
Con esos objetivos, desde la creación del Capítulo hace 3 años, hemos venido orientando las actividades a organizar Cursos de capacitación y formación en Cuidados Paliativos, para Profesionales y estudiantes avanzados de Psicología y carreras afines, y a investigar en Instituciones públicas las particulares dificultades que son recurrentes en el trabajo de los Equipos médicos tratantes con pacientes que padecen enfermedades que amenazan sus vidas.
El Título que elegimos para nuestras primeras Jornadas: "La Subjetividad en Cuidados Paliativos: entre Mitos y Verdades", ha intentado priorizar aquel aspecto que suele perderse en la vorágine de estudios, análisis, diagnósticos, pronósticos y tratamientos indicados a los pacientes, que es: la singularidad del Sujeto de que se trata: su autonomía, sus derechos, sus límites, su concepción de dignidad, su particular deseo y la verdad subjetiva que sólo surge de su decir, aunque difiera de lo que para los criterios generales de la Medicina y la Psicología, podría suponerse como "lo mejor" para él.
Hemos buscado también con esta temática, despejar y revisar los que consideramos grandes mitos que tiñen lo cotidiano de estas prácticas, como aquel tan escuchado de "no hay nada más por hacer", "curación o fracaso", "el médico sabe e indica, el paciente de-

be acatar pasivamente", "la morfina mata", y tantos otros, entre los que está el gran tema de" la información" y de "la verdad".
En Cuidados Paliativos, les aseguro que hay mucho por hacer.
Los Cuidados Paliativos, más allá de ser una Especialidad relativamente nueva, podrían ser pensados como la puesta en práctica de una Filosofía Paliativa; una renovación en la mirada sobre la muerte, en tanto pretenden acompañar al enfermo para que, tomando las palabras de Cicely Saunders (fundadora en los '70 del St. Crhistopher Hospice en Inglaterra), "viva hasta el momento de morir". Es decir: no pretenden alargar la vida innecesariamente ni acortarla específicamente, sino promover su calidad.
Se trata de repensar el modo de tratar a pacientes y familias en la fase final de la vida, y reconsiderar un aspecto que muchas veces es olvidado por el optimismo tecnológico y cientificista: "el cuidar", término del que proviene etimológicamente "curar".
Me atrevería a afirmar que uno de los objetivos finales de la Medicina Paliativa es lograr configurar un "ideal de atención médica" de la misma categoría que el de la "erradicación de las enfermedades".
Cada vez que se nos pregunta qué podemos hacer por estos pacientes, cuando ya no es posible la curación, solemos responder que, sin lugar a dudas, es desde la vida y por la vida que intentamos arrancarle al tiempo una decisión, un deseo, un acto, que sean expresión de vida hasta el último momento en que podemos suponer un sujeto en la palabra encarnada, para que no muera antes de su propia muerte clínica.
Y esa también es una de las tareas que nos conciernen a los Profesionales de la Salud Mental.
Quienes elegimos trabajar en esta Especialidad, seguiremos insistiendo en la importancia de nuestra inclusión en los Equipos médicos tratantes y en la conveniencia de nuestra intervención temprana trabajando junto a los Médicos, acompañando el tratamiento del paciente y su familia desde las etapas iniciales de la enfermedad, dispuestos a no ceder ante la proximidad de la

HOSPITAL DE DÍA

Dirección:
Lic. Marilda Brodsky, Lic. Beatriz Roitman, Lic. Rubén Gallardo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD MENTAL
Servicio dependiente de la Universidad Maimónides

- *Partimos de la base de un auténtico trabajo interdisciplinario que considera con valor terapéutico lo que se expresa tanto en el plano discursivo como en el de la acción y la relación.*
- *La tarea diaria de observación, entendimiento e intervención se realiza desde diversos abordajes y con distintas herramientas complementarias entre sí.*
- *El contexto familiar es tomado en cuenta como variable indispensable para realizar el diagnóstico, el tratamiento y la posterior reinserción laboral y social.*
- *La integración y articulación está a cargo de un Equipo de Profesionales que, sistemáticamente, se reúne para evaluar y determinar las estrategias para cada paciente*

INSTITUTO ARGENTINO de NEUROCIENCIAS S.A.

Honorarios Institucionales
Atención a Obras Sociales

Dirección Médica: Dra. Patricia Farina

Mansilla 3057 Palermo 4822-0110 / 15 5975 6918

Acompañar T
equipo de acompañamiento terapéutico

Profesionales con reconocida experiencia, en distintas patologías psiquiátricas,y adicciones.

Tratamientos en domicilios e instituciones

Niños, Adolescentes, Adultos

Coordinadoras
Lic. Hebe Gonzalez
Maria Rosa Barrios

Tel: 4307-6190
1559602792 - 1562475453
mails: at_2004@hotmail.com

muerte, y comprometiéndonos en un camino transitable, aún con un final anunciado.
El Psicoanálisis nos ha enseñado que la palabra tiene una primera eficacia, que es la de un cambio de posición subjetiva ante lo que aqueja: y esa es nuestra apuesta. Darle al sujeto la oportunidad de poner en palabras el pánico inicial, y ayudarlo a que logre ir desligando sus decisiones de los Ideales del Otro, reapropiándose de su historia y construyendo una posible elección personal de la forma en que quiere afrontar su sufrimiento, teñida por su propio deseo.
Esperamos que estas temáticas generen nuevos interrogantes y continúen siendo debatidas, considerando, entre otras posibilidades, la de sumarse a esta clínica, en la que los Profesionales Psi. contamos con un enorme campo de acción que requiere de nuestras intervenciones y aportes.

PRIMERAS JORNADAS:

"La Subjetividad en Cuidados Paliativos: entre Mitos y Verdades"

El Capítulo "Cuidados Paliativos y Salud Mental" de la AASM llevó a cabo el pasado 17 de noviembre, en la sede de la UAI, sus primeras jornadas.
Las mismas se realizaron a sala llena, desde el comienzo en la mañana hasta su culminación, por la tarde, viendo así colmadas las expectativas de las organizadoras.
Gracias a los auspicios del Laboratorio Elea y Lilly, UFlo, Ce.Sa.Men.De., Centro Médico Austral, a la colaboración del Diseñador Gráfico Diego Zicari, y a la buena predisposición de la UAI, que cedió gentilmente sus instalaciones, el evento pudo llevarse a cabo de manera gratuita y ofreciendo a todos los asistentes un Coffee-Break por la mañana y un lunch al mediodía.
La Presidenta del Capítulo desde su creación, hace tres años atrás, Lic. Ana Marquis, dirigió al público un discurso inaugural.
A continuación, el Dr. Eduardo Grande, Presidente de la AASM, quien tuvo la deferencia de estar presente, dirigió la palabra al publico presente.
Inmediatamente después se dio comienzo a las cuatro Mesas de disertación integradas por prestigiosos Profesionales, entre ellos los Dres. Jorge Eisenchlas, Alvaro Saurí, María del Carmen Vidal y Benito, Juan Carlos Fantin y Juan Miguel Butera, y la Lic. Silvia Chab, quienes expusieron sobre las temáticas programadas:

- "Mitos y Verdades en Cuidados Paliativos"
- "Psicoanálisis y Psicoterapia en pacientes con compromiso orgánico"
- "Uso de Terapias Alternativas en Cáncer Avanzado. Investigación"
- "Perspectivas Éticas en la Atención de Pacientes Terminales"

Las Jornadas contaron con una exposición de acuarelas, realizada por la pintora Betty Blebel y finalizaron con un simpático número artístico presentado por una pareja de bailarines de tango.

Trastorno por Estrés Postraumático y Marcadores Biológicos: Test de Supersión de Dexametasona a Bajas Dosis*

Martin Alfredo Puricelli

Médico Psiquiátra y Legista
Ex Médico Psiquiátra Instituto Nacional de Medicina Aeronáutica y Espacial Fuerza Aérea Argentina
Perito Médico Tribunal de Menores Nª 1 Depto Judicial Morón

MARCADORES BIOLÓGICOS Y TRASTORNOS POR ESTRÉS
REPORTE DE CASOS

A menudo en el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se presentan dificultades respecto a la diferenciación de este sindrome de otros cuadros psiquiátricos. Especialmente cuando los casos se plantean en un ámbito médico-legal con posibilidad de percepción de beneficios (pensiones, suplementos por ex-combatiente, beneficios sociales, indemnizaciones, licencias laborales etc.).
Dado que las evaluaciones en uso (especialmente basados en cuestionarios) son posibles de alteración y/o simulación, proponemos en este trabajo una revisión de la literatura sobre la neurobiología de este trastorno, sus posibles marcadores biológicos de rasgo o de enfermedad y el reporte de doce casos en los cuales se investigó la presencia de alteraciones en el Eje Córtico-Límbico-Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal, con la finalidad de considerarlas como un examen complementario que permita obtener información objetiva.

INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN:

El Trastorno por Estrés Postraumático está caracterizado por una tríada fenomenológica constituida por síntomas de reexperimentación de un evento traumático, evitación e hiperactivación fisiológica.
Los síntomas de reexperimentación incluyen pesadillas, recuerdos intrusivos y flashbacks del evento traumático.
Los síntomas evitativos incluyen principalmente amnesia del evento traumático, incapacidad para pensar o conversar sobre dicho evento y esfuerzos en evitar actividades o lugares que motivan recuerdos del trauma.
Finalmente los síntomas de hiperactivación fisiológica incluyen una respuesta exagerada de sobresalto, dificultades de la concentración y en el dormir.
Estas alteraciones deben prolongarse más de un mes.

** (Extracto del trabajo distinguido con el premio Psiquiatría Legal Nerio Rojas en el Congreso Internacional de la AAP, Buenos Aires octubre de 2004)*

Neurofisiopatología

La información es transmitida desde los órganos sensoriales hacia el Tálamo y luego se agregan diferentes niveles de significado emocional en la Amígdala. La información y su afecto asociado son almacenados a nivel subcortical. Este procesamiento de información ocurre hasta que el desarrollo del Hipocampo (que termina de mielinizarse alrededor de los 5 años de edad) permite formas más cognitivas y verbales de almacenamiento de la memoria. Con este desarrollo, la memoria declarativa comienza a ser la forma dominante de almacenamiento de la memoria. La información es inicialmente procesada de modo similar a la de la memoria no declarativa, sin embargo, luego de que la información es procesada en la Amígdala, es enviada al Hipocampo donde se agrega significado verbal y simbólico, en el contexto de las experiencias pasadas. Así, esta representación es enviada a la Corteza donde se genera finalmente una respuesta. Esta transmisión adicional permite una forma más avanzada de procesamiento de la información, resultando en respuestas que son más apropiadas a la situación.
En condiciones normales los esteroides se encuentran en el hipocampo cumpliendo funciones tróficas sobre el mismo, siendo el área cerebral más rica en receptores a esteroides dentro del SNC. Clásicamente se conoce la intervención hipocampal en los procesos de memoria temporaria y reconocimiento, pudiéndose ver en los casos de atrofia, inhabilidad para discriminar información relevante, así como también imposibilidad en mantener la atención selectiva.
Frente al estrés, la función del Hipocampo puede estar perjudicada (ya que esta estructura cerebral presenta una funcion en U invertida respecto de su sensibilidad frente a niveles de Adrenalina/noradrenalina), fallando la memoria declarativa y habilitando la memoria no declarativa. Esto daría como resultado la aparición de “memorias emocionalmente cargadas” que no son moduladas cognitivamente, produciendo las respuestas características en los casos de TEPT
La respuesta adaptativa (eutrés) al estresor es seguida de la reinstauración del equilibrio homeostático normal. Si la respuesta es mal adaptada puede resultar en un nuevo estado de equilibrio que pese a ser estable, se desvía significativamente de los estándares normales neurobiológicos. A este equilibrio nuevo y anormal, Mc Ewen lo denominó "allostasis". Este concepto permite explicar los cambios producidos en el eje Córtico-Límbico-Hipotálamo-Hipófiso-Glandular, como ocurre con el Sistema Adrenal en respuestas de desmayo (faint) y la de parálisis (freeze).
En el estrés (o mejor dicho distrés), el disbalance corticoideo produce una disminución en las concentraciones de factores neurotróficos hipocampales (BDNF) y alteraciones citológicas, especialmente a nivel dendrítico, con fenómenos de atrofia que pueden llevara la muerte neuronal. Los grados de daño celular observados a nivel del área CA3 del hipocampo dependen de la situación de estrés. Ante el estrés agudo o aumento glucocorticoideo ocurre sufrimiento neuronal en dicha área; ante un estímulo repetitivo se detecta atrofia de neuronas CA3 y muerte celular frente a estrés severo y crónico.
Estos cambios estructurales en la histología del hipocampo se correlacionan con las fallas cognitivas, fundamentalmente sobre la memoria, la atención y el aprendizaje, que se evidencia en la práctica clínica.

Alteraciones neurofuncionales

Mediante técnicas de diagnóstico por imágenes específicas como resonancia nuclear magnética (RNM) funcional y la volumetría, entre otras, se ha podido determinar con bastante precisión las estructuras neurales comprometidas en el TEPT que justifican su complejo cuadro sindromático.
Es así como se sabe que en este trastorno se encuentra atrofia del Hipocampo, estructura relacionada con el recuerdo verbal y los instintos.
La Amígdala, vinculada con el significado emocional, la respuesta de miedo y de alerta y con conductas de autopreservación, se encuentra generalmente activa-da. Favorece su activación patológica el déficit funcional encontrado en la Corteza Prefrontal que no sólo normalmente inhibe a la Amígdala sino que se relaciona con la memoria de trabajo (working memory) y la intelectualización de las vivencias.
Al igual que la Amígdala, el Gyrus Cingulado anterior se encuentra activado. Esta estructura se relaciona con la atención selectiva y los fenómenos de reexperimentación.
El déficit funcional hallado a nivel de la Corteza Orbitaria entorpecería la extinción del condicionamiento del miedo. Recordamos que ésta corteza es la sede del Yo social.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE LICENCIATURA EN MUSICOTERAPIA

Dirección: Lic. Rubén Gallardo

- LICENCIATURA EN MUSICOTERAPIA *
  (Duración 4 Años)
- CICLO DE LICENCIATURA*
  (Para Musicoterapeutas y Estudiantes Avanzados)
- POSTGRADO EN MUSICOTERAPIA CLINICA

¡Estamos construyendo otra historia!

Pasantías de Observación y Prácticas en Ámbitos Hospitalarios Públicos y de O. Social

* Títulos con Validez Nacional por Resolución Nº 256/2005 del Ministerio de Educación

UNIVERSIDAD MAIMONIDES

Hidalgo 775 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 4905-1194/1100 - 15 5975 6918

EL PSICOANALISIS

Y LA SALUD MENTAL EN SU AMBITO MAS ACADEMICO

CARRERAS DE POSGRADO UNIVERSITARIO

Especialización en Psicoanálisis (CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE PSICOANALISIS)
Director: Dr. Pedro Boschán

Especialización en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes
Directora: Dra. Susana Bidolsky

Especialización y Maestría en Psicopatología y Salud Mental
Directores: Dr. Carlos A. Bucahi - Dr. Alfredo Ortiz Frágola

Maestría en Familia y Pareja
Directores: Dra. Janine Puget - Dr. Isidoro Berenstein

Maestría en Cultura y Salud Mental
Director Dr. Félix Schuster

CON EL RESPALDO DEL DPPT DE LA ASOCIACION PSICOANALITICA INTERNACIONAL - IPA

Reunión informativa: 14 de Marzo - 17 hs.

AUT. PROV. POR DEC. Nº 352/05 DEL PEN ART. Nº 62 LEY 24521 EDUC. SUPERIOR APROBADO POR RES. MIN. Nº 512/06

Maure 1850 Buenos Aires Tel 4899 1607 - 4775 7867 / 4775 7985 int 14 www.iusam.edu.ar

APdeBA Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires

IUSAM Instituto Universitario de Salud Mental
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

A- Eje Córtico-Límbico- Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal

En la mayoría de los pacientes con TEPT se encuentran alteraciones a nivel de este eje neuroendocrino.

Los hallazgos más frecuentes son elevaciones de las concentraciones del Factor Liberador de Corticotrofina (CRF) y de la Adrenocorticotrofina (ACTH), y la disminución de los niveles de Cortisol.

Este "nuevo equilibrio" del eje se desvía de los estándares neurobiológicos normales, siendo un claro ejemplo de lo que Mc Ewen llamó "allostasis".

También la mayoría de estos pacientes responden con super supresión al Test de Supresión con Dexametasona.

Estas alteraciones difieren de los hallazgos en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, a quienes se les encuentran elevados los niveles de Cortisol y la respuesta al Test de Supresión con Dexametasona es no supresora en más del 50% de los casos.

Este tema es abordado con mayor profundidad en los siguientes capítulos.

B- Eje Córtico-Límbico-Hipotálamo-Hipófiso-Tiroideo

La mayoría de los pacientes con TEPT también presentan alteraciones de este eje. Lo más frecuente es la elevación de las concentraciones del Factor Liberador de Tirotrofina (TRH), Tirotrofina (TSH) y hormonas tiroideas (T3 y T4). La relación T3/T4 se encuentra frecuentemente elevada debido muy probablemente a la mayor conversión periférica de T4 a T3.

En el test de TRH/TSH suele hallarse una hiperrespuesta. Esto también difiere de los hallazgos en los Trastorno Depresivos en los que la respuesta suele ser blunted o "chata".

Esta ligera hiperactividad del eje tiroideo explicaría el arousal excesivo y la buena respuesta al propranolol de esta enfermedad.

C. EJE CORTICO-LIMBICO-HIPOTALAMO-HIPOFISO-ADRENAL

Eje Normal

La secreción de Glucocorticoides oscila con una periodicidad de 24 horas por lo que se dice que tiene ritmo circadiano. En aquellos sujetos que duermen durante la noche, los niveles de Cortisol son más altos poco antes de despertarse (~6 am.) y más bajos hacia la tarde o noche (~12 de la noche)

El control hipotalámico se realiza mediante el Factor de Liberación de Cor-ticotrofina o CRF. Las neuronas que contienen el CRF se localizan en el núcleo Paraventricular del Hipotálamo y en otras localizaciones extrahipotalámicas. Al ser estimuladas, liberan el CRF a la sangre (sistema hipofisario-portal). El CRF se liga a receptores específicos en el lóbulo anterior de la Hipófisis y facilita la síntesis de pro-opio-melanocortina (POMC) -precursor de la ACTH (Adenocorticotrofina) y la secreción de ACTH.

Hoy se sabe que existen grandes concentraciones de CRF en Corteza Cerebral, el núcleo central de la amígdala, el area parabraquial, la sustancia innominada, la estria terminalis, zonas del locus coeruleus y el núcleo olfatorio. Por otra parte, existe una familia de péptidos similares al CRF (Urotensina, urocortina etc.). Existe además, un sistema de Feedforward entre el sistema CRF y el sistema noradrenérgico.

La ACTH liberada de la Hipófisis estimula la esteroideogénesis en las zonas fascicular y reticular de la Corteza Suprerrenal mediante el incremento de la conversión de Colesterol a Pregnenolona. La ACTH también produce un fenómeno de up regulation de sus propios receptores aumentando la sensibilidad para los subsecuentes niveles de ACTH. La liberación crónica de ACTH causa hipertrofia de la Corteza Suprarrenal.

El Cortisol liberado de la Corteza Suprarrenal ejerce un feed back negativo hacia el Hipotálamo y la Hipófisis inhibiendo la liberación del CRF y de la ACTH respectivamente. El aumento de Cortisol en respuesta al estrés no inhibe la producción de ACTH, anulándose el efecto de retroalimentación negativa.

El Cortisol estimula la gluconeogénesis, tiene efectos antiinflamatorios, suprime la respuesta inmune y mantiene la respuesta vascular a las Catecolaminas.

Los niveles normales del Cortisol plasmático oscilan entre 5 y 25 μgr./dl. y en orina entre 10 y 120 μgr/24 hs. aproximadamente.

Hay que tener presentes aquellos agentes que estimulan al eje: Serotonina, Acetilcolina y Stress (a nivel hipotalámico), Interleukinas y Vasopresina (a nivel hipofisario), principalmente. Mientras que entre los agentes que inhiben al eje se encuentran: Noradrenalina y Corticostatinas (a nivel hipotalámico), por ejemplo.

Eje patológico: TEPT
En la mayoría de los pacientes con TEPT se encuentran alteraciones a nivel de éste eje neuroendócrino, sistema de respuesta al afrontamiento, el aprendizaje y la respuesta emocional. Los hallazgos más frecuentes son elevaciones de las concentraciones del Factor Liberador de Corticotrofina (CRF) en líquido cefalorraquídeo y de la Adrenocorticotrofina (ACTH) en plasma, y la disminución de los niveles de Cortisol en plasma y en orina.
Este "nuevo equilibrio" del eje se desvía de los estándares neurobiológicos normales, siendo un claro ejemplo de lo que Mc Ewen llamó "allostasis".
También la mayoría de éstos pacientes responden con super supresión al Test de Supresión con Dexametasona. (Se describe éste Test más adelante).
Estas alteraciones difieren de los hallazgos en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, a quienes se les encuentran elevados los niveles de Cortisol y la respuesta al Test de Supresión con Dexametasona es no supresora en más del 50% de los casos. Por otro lado, cuando ambas entidades se presentan en comorbilidad se encuentran las alteraciones del eje típicas del TEPT.
Varios estudios que tomaron como población a veteranos de guerra demostraron que la respuesta super supresora al Test de Supresión con Dexametasona no sólo se encuentra en pacientes con TEPT sino también en veteranos sin TEPT.
Otros autores consideran a los niveles disminuidos del Cortisol urinario de valor predictivo para desarrollar un TEPT. Se estudio el nivel de cortisol en orina de víctimas de accidentes de automovilismo durante las primeras horas en que fueron admitidos en una sala de emergencias. Concluyeron que quienes desarrollaron posteriormente un TEPT habían presentado niveles bajos de Cortisol en orina de las primeras horas que siguieron al evento traumático.
También se puede medir Cortisol en saliva debido a las características de distribución de éste esteroide. Las ventajas son predominantemente de técnica.
Se demostró un elevado número de receptores Glucocorticoideos en la población linfocitaria. Podría deberse a un up regulation como consecuencia de la disminución de los niveles del Cortisol.
La desregulación del ritmo circadiano del Cortisol es mayor en el Trastorno Depresivo Mayor que en el TEPT.
En forma similar a lo que ocurre en el Trastorno Depresivo Mayor, la respuesta a la Prueba de CRF/ACTH es blunted o "chata". Recordemos, en forma breve, que esta prueba consiste en administrar el CRF por vía endovenosa y determinar ACTH cada 20 minutos durante dos horas. Normalmente la ACTH se debe elevar en forma significativa cuando se la compara con el valor basal dentro del tiempo estudiado.

5. TEST DE SUPRESION CON DEXAMETASONA

Esta prueba estandarizada por Carrol consiste en la extracción de sangre matinal, preferentemente cercana a las 8 horas con ayuno previo de 8 horas con determinación de cortisol. Ese mismo día a las 23.00 hs el paciente debe tomar 1mg de dexametasona por vía oral y debe concurrir nuevamente a las 17 horas del día siguiente al laboratorio para una nueva extracción sanguínea para diagramar una curva de respuesta.
Con la realización de esta prueba se intenta demostrar si los sistemas de retroalimentación negativos se encuentran intactos, ya que al dar una dosis exógena se debe lograr la inhibición del eje adrenal con disminución del cortisol.
En condiciones normales se produce una supresión del Cortisol, el que debe estar en valores inferiores a los 5 μgr./dl. y por lo menos un 70% más bajos con respecto al valor basal.
Si esta prueba es positiva, indica la casi segura ausencia de una hiperproducción suprarrenal autónoma, ya que la inhibición de ACTH por el Glucocorticoide administrado ha inhibido la función corticoadrenal.
En caso de no obtenerse inhibición del Cortisol, está indicando una función glu-cocorticoide autónoma del ACTH (tumores suprarrenales, estados seudocushing, depresión, etc).
Cuando se quiere evaluar este eje en el TEPT se recomienda la Técnica de Nuguent Modificada, que utiliza 0,5 o 0,25 mg, de Dexametasona porque no se necesitan mayores dosis para producir el efecto super supresor. Esto último demuestra la hipersensibilidad del eje para responder.
En el caso del TEPT los bajos niveles de Cortisol permiten a la Dexametasona inhibir al eje libremente, dando una respuesta super supresora.
En los Trastornos Depresivos Mayores, la hiperactividad del Eje hace que no sea posible, en la

mayoría de los casos, inhibir su función con el esteroide administrado (repuesta no supresora). Se debe tener en cuenta las situaciones que pueden dar falsos positivos: diabetes, obesidad, Cushing, insuficiencia renal y cardíaca, hepatopatías y nefropatías, enfermedad crónica, toma de medicamentos tales como carbamazepina, alcohol, hidantoinatos, fenobarbital. Dan falsos negativos: el embarazo, Addison, edad avanzada, desnutrición, anorexia nerviosa, la toma de los siguientes medicamentos: glucocorticoides, analgésicos, benzodiacepinas, litio, tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

6. CASOS CLINICOS

A continuación se describen distintos casos clínicos de pacientes que sufrieron un evento traumático, incluyendo mediciones de Cortisol y respuesta al Test de Supresión con bajas dosis de Dexametasona (Nuguent Modificado).

CASO 1

Paciente de sexo masculino y 43 años de edad.
Personal Militar Retirado.
Antecedente de combate en TOM (Teatro de Operaciones Malvinas).
Motivo de consulta: irritabilidad, anhedonia, disforia e hipobulia.
Laboratorio:
Cortisol plasmático basal: 8 μgr/dl
Cortisol urinario: 10 μgr/24 hs.
Test de supresión con Dexametasona: 1 μgr/dl

CASO 2

Paciente de sexo masculino y 42 años de edad.
Personal Militar en Actividad.
Antecedente de combate en TOM. Náufrago del Crucero ARA Gral. Belgrano.
Motivo de consulta: cefaleas, sindrome depresivo-ansioso, pesadillas, recuerdos intrusivos, reacciones de aniversario e intento de agresión física hacia un superior.
Laboratorio:
Cortisol plasmático basal (8 am): 13 μgr/dl
Cortisol plasmático basal (5 pm): 12.8 μgr/dl
Cortisol urinario: 26μgr/24 hs.
Test de supresión con Dexametasona: 0.8 μgr/dl

CASO 3

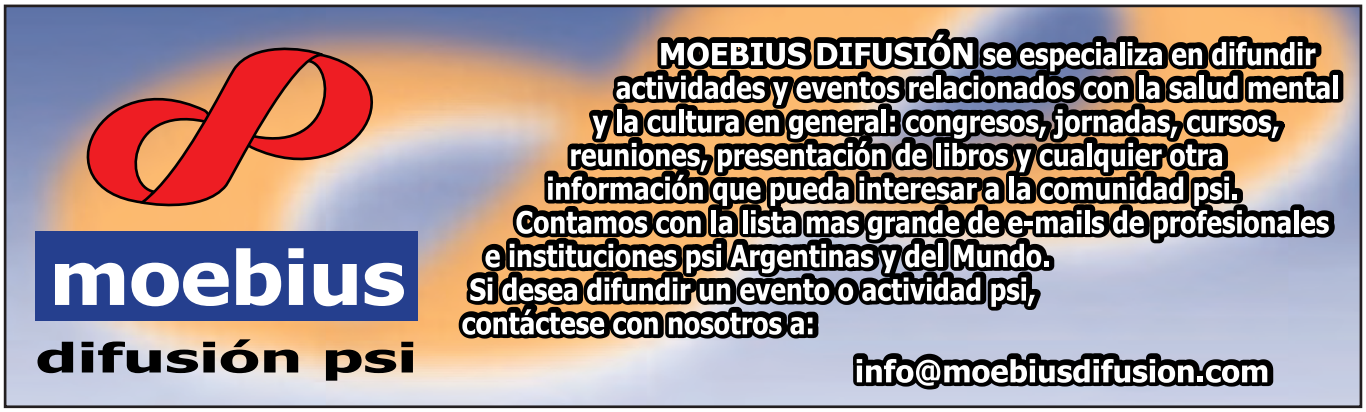
Paciente de sexo masculino y 25 años de edad.
Personal Militar en Actividad.
Antecedente de accidente durante campaña antártica con sumersión y politrau-matismos.
Motivo de consulta: pesadillas, sindrome depresivo, aislamiento social y flashbacks.
Laboratorio:
Cortisol plasmático basal: 23 μgr/dl
Cortisol urinario: 49 μgr/24 hs.
Test de supresión con Dexametasona: 1.2 μgr/dl

CASO 4

Paciente de sexo masculino y 12 años de edad.
Estudiante de la escuela primaria, 6°.
Antecedente de haber sido espectador de heridos graves en una explosión de
la vivienda vecina.
Motivo de consulta: alteraciones del comportamiento, actitudes negativistas y desafiantes, crisis de ira y llanto.
Laboratorio:
Cortisol plasmático basal: 16.6 μgr/dl
Cortisol urinario: 24.8 μgr/24 hs.
Test de supresión con Dexametasona: < 1 μgr/dl

CASO 5

Paciente de sexo femenino y 37 años de edad.
Ama de casa.
Antecedente de accidente automovilístico grave con riesgo de muerte.
Motivo de consulta: sindrome depresivo-ansioso, irritabilidad y fobia situacional (viajar en



automóvil).
Laboratorio:
Cortisol plasmático basal: 19.9 µgr/dl
Cortisol urinario: 66 µgr/24 hs.
Test de supresión con Dexametasona: < 1 µgr/dl

CASO 6
Paciente de sexo femenino y 30 años de edad. Profesora.
Antecedente en su infancia de quemaduras (grado 3) al incendiarse su hogar
Motivo de consulta: signosintomatología obseso-compulsiva y disforia.
Laboratorio:
Cortisol plasmático basal: 52 µgr/dl
Cortisol urinario: 29.1 µgr/24 hs.
Test de supresión con Dexametasona: 3.49 µgr/dl
Al momento de esta determinación, la paciente se encontraba en tratamiento con Anticonceptivos Orales (Acetato de ciproterona + etinilestradiol 0.035) por una indicación endócrino-gineco-dermatológica a raíz de un cuadro de hirsutismo y acné. Además de la hipercortisolemia detectada, pudo observarse también la presencia de una leucopenia con valores de RGB de 3000. Dicha leucopenia no tuvo manifestaciones clínicas y revirtió en 2 meses al suspender los ACO.
Seis meses más tarde, un nuevo test de supresión de dexametasona arrojó valores menores a 1 µgr/dl

CASO 7
Paciente sexo masculino 27 años de edad
Motivo de Consulta: Trastorno de angustia con Agorafobia. El trastorno comenzó al recibir el paciente una llamada telefónica del hospital donde internaron de urgencia al padre tras sufrir un infarto.
Laboratorio:
Cortisol plasmático basal: 20 µgr/dl
Cortisol urinario: 47 mcgr/24 hs. (VR 15 a 140 mcgr / 24 hs)
Test de supresión con Dexametasona: >1 µgr/dl

CASO 8
Paciente sexo masculino 28 años de edad, técnico electrónico. Antecedentes de maltrato infantil y violencia familiar.
Motivo de consulta: sindrome depresivo; dificultades en la vida de relación de pareja. Episodios de angustia. Retraimiento social
Cortisol plasmático basal: 8.8 µgr/ dl
Cortisol urinario: 135 mcgr /24 hs. (VR 15 a 140 mcgr / 24 hs.)
Test de supresión con Dexametasona: 0.44 µgr/dl

Discusion. Conclusiones

De acuerdo con la literatura mundial, en los casos estudiados se encontró la supresión mejorada en el Test de Supresión con Dexametasona utilizando dosis menores a las descriptas en los Test Clásicos. Esta super supresión señala la hipersensibilidad del Eje Córtico-Límbico-Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (enhanced negative feedback) descripta por la Dra. Rachel Yehuda y sus colaboradores en Nueva York.
Así pues, puede aceptarse que niveles bajos de cortisol circulante y el aumento de la hipersensibilidad inhibitoria a glucocorticoides se traducirían en la incapacidad de responder plásticamente y adaptarse a nuevas demandas. De aquí entonces, que el estrés postraumático pueda conceptualizarse como un estrés agudo vivenciado cognitiva y biológicamente en forma

MUSICOTERAPIA

CON ESTE LIBRO COMIENZA OTRA HISTORIA PARA LA DISCIPLINA Y UNA NUEVA CULTURA PROFESIONAL PARA LOS MUSICOTERAPEUTAS

Adquiéralo en:
Biblioteca de la Universidad Maimónides
Hidalgo 775 5º piso ó solicitándolo al 15 5975 6918

crónica; por contraposición al modelo del estrés crónico/depresión endógena (no supresión DST, hipercortisolismo, etc.)

De este modo, el Test de Supresión con Dexametasona utilizando bajas dosis permitiría diferenciar al TEPT del Trastorno Depresivo Mayor.

Debe además, tenerse en cuenta que la estadística internacional no ha podido correlacionar los resultados numéricos del test, con la mayor o menor sintomatología, pero si lo ha hecho con la tendencia a la hipersupresión.

Por otra parte, y de acuerdo con los estudios que relacionan la escala de Eysenck (valoración del neuroticismo) con las alteraciones en la respuesta del Cortisol con el Test de Dexametasona-CRF (se inhibe el eje con dexametasona, luego se lo activa con CRF y se determina la respuesta de cortisol; los que puntúan en el percentil más alto de neuroticismo, muestran una menor respuesta de cortisol), podría argumentarse sobre la posibilidad de detectar con medios biológicos a aquellos sujetos con mayor tendencia a desarrollar enfermedades por estrés.

Debemos destacar que no todos nuestros casos estudiados cumplían en principio todos los criterios diagnósticos descriptos por el DSM IV siendo todo el personal militar derivado tanto para tratamiento como para su evaluación por Junta de Reconocimientos Médicos para la percepción de diversos beneficios o cambios en sus situaciones de revista.

Sin embargo todos los pacientes incluidos mostraban diversos antecedentes traumáticos con variadas repercusiones psicopatológicas; lo que una vez más nos lleva a la conclusión que el TEPT F 43.1 según DSM IV - OMS no es la única manera de enfermar y de sufrir por las experiencias adversas. Así mismo cabe destacar que el intervalo entre la experiencia traumática y los estudios diagnósticos ha sido en extremo variable; abarcando en algunos casos hasta 20 años.

Entonces, teniendo en cuenta lo hasta ahora expuesto, podemos concluir que el estudio del Eje Córtico - Límbico - Hipotálamo - Hipófiso-Adrenal mediante el Test de Supresión con Dexametasona con bajas dosis, es una importante herramienta de valoración objetiva, que ayuda a diferenciar diversos trastornos relacionados al Trastorno por Estrés Post Traumático, entre ellos, los Trastornos Facticios y la Simulación.

1. Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozendaal, B., Schelling, G., Papassotiropoulos, A., Nitsch, R. M., Schnyder, U., de Quervain, D. J.-F. Low-Dose Cortisol for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. Am. J. Psychiatry 2004;161: 1488-1490

2. Anisman H, Griffiths J, Matheson K, Ravindran AV, Merali Z. Posttraumatic stress symptoms and salivary cortisol levels. Am J Psychiatry 2001;158:1509-1511.

3. Beretta P, Puricelli M: "Trastorno por Estrés Postraumático: Una revisión bibliográfica y experiencial respecto de su nosología, nosografía y terapéutica". Revista de la Asociación Argentina de Profesionales de la Salud Mental de las Fuerzas Armadas y de Seguridad. 1999. Año 2, número 2

4. Beretta Pablo D, Puricelli Martín A.: " Trastorno por Estrés Postraumático" En Cuadernos de actualización en diagnostico y tratamiento en psiquiatría. Editado por Asociación Argentina de Psiquiatras y laboratorios Roche

5. Beretta Pablo D, Puricelli Martín A.:" Marcadores biológicos y Trastornos por Estrés Postraumático" Rev. Salud Ocupacional. XIX, n° 81, Buenos Aires, septiembre - diciembre 2001.

6. Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder, exposure to combat, and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: findings and clinical implications. J Consult Clin Psychol 1996;64:191-201.

7. Bryant RA.Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: can they co-exist? Clin Psychol Rev 2001 Aug;21(6):931-48

8. D'Agnone O: "Endorfinas en Estrés Post Traumático" Revista Neuropsicofarmacológica Clínica 2000; 38: 5-11.

9. Delahanty D, Raimonde A, Spoonster E: "Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent Posttraumatic Stress Disorder sympyoms in motor vehicle accident victims". Biol Psychiatry 2000, 48: 940-947.

10. Friedman M, Charney D, Deutch A: Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to Posttraumatic Stress Disorder. Philadelphia. Lippincott-Raven, 1995.

11. Goenjian AK, Yehuda R, Pynoos RS, et al. Basal cortisol, dexamethasone suppression of cortisol and MHPG in adolescents after the 1988 earthquake in Armenia. Am J Psychiatry 1996;153:929-934.

12. Grigsby J, Kaye K. Incidence and correlates of depersonalization following head trauma. Brain Inj 1993 Nov-Dec;7(6):507-13

13. Horton, A.M., Jr. Post-traumatic Stress Disorder Mild Head Trauma: Follow-up of a case study. Perceptual and Motors Skills, 76, 243-246, 1993.

14. Kagan B, Leskin G, Haas B, Wilkins J, Foy D: "Elevated lipid levels in Vietnam veterans with chronic Posttraumatic Stress Disorder". Biol Psychiatry 1999; 45: 374-377.

15. Kaplan H, Sadock B: Comprehensive Text Book of Psychiatry/VI. Baltimore. Williams & Wilkins, 1995

16. Katz L, Fleisher W: "A Review of the Psychobiology and Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder". Can J Psychiatry. 1996. 41: 233-238

17. Kellner M, Yehuda R: "Do Panic Disorder and Posttraumatic Stress Disorder share a common psychoneuroendocrinology ?" Psychoneuroendocrinology 1999; 24: 485-504.

18. Layton, B. S. And Wardi-Zonna, K. L., Post-traumatic Stress Disorder with Neurogenic Amnesia for the Traumatic Event. The Clinical Neuropsycologist, 9, 2-10, 1995.

19. López Mato A y cols.: Psiconeuroinmunoendocrinología: Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Editorial Polemos, Buenos Aires 2002.

20. Malt U: "The long-term psychiatric consequences of accidental injury. A longitudinal study of 107 adults". British Journal of Psychiatry 1988; 153: 810-818.
21. Mc Cleery J, Goodwin G: "High and low neuroticism predict different cortisol responses to the combines dexamethasone-CRF test". Biol Psychiatry 2001; 49: 410-415.
22. Modell S, Yassouridis A, Huber J, Holsboer F. Corticosteroid receptor function is decreased in depressed patients. Neuroendocrinology 1997;65:216-222.
23. Nemeroff C, Newport D: "Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder". Current opinion in neurobiology 2000, 10: 211-218.
24. Othmer E, Othmer S: DSM IV. La Entrevista Clínica. Tomo II. El Paciente Difícil. Barcelona. Masson, 1995
25. Otte, C., Yassouridis, A., Jahn, H., Maass, P., Stober, N., Wiedemann, K., Kellner, M. Mineralocorticoid Receptor-Mediated Inhibition of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Aged Humans. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003; 58: 900-905
26. Raison, C. L., Miller, A. H.. When Not Enough Is Too Much: The Role of Insufficient Glucocorticoid Signaling in the Pathophysiology of Stress-Related Disorders. Am. J. Psychiatry 2003;160: 1554-1565
27. Schneider, K: Patopsicología Clínica. Cuarta edición. Madrid. Paz Montalvo, 1975
28. Simon R I: Psttraumatic Stress Disorder in Litigation. Guidelines for Forensic Assessment. Washington DC. American Psychiatric Press, inc. 1995
29. Smith M, Davidson J, Ritchie J, Nemeroff C: "The CRF Test in patients with Posttraumatic Stress Disorder". Biol Psychiatry 1989; 26: 349-355.
30. Southwick SM, Krystal JH, Morgan CA, et al. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 1993;50:266-274.
31. Stein M, Yehuda R, Koverola C, Hanna C: "Enhanced dexamethasone supression of plasma cortisol in adult women traumatized by childhood sexual abuse"Biol Psychiatry 1997; 42: 680-686.
32. Sutherland G, Mc Naughton B: "Memory trace reactivation in hippocampal and neocortical neuronal ensembles". Current opinion in neurobiology 2000, 10: 180-186.
33. Thierer D: "Plasticidad neuronal y psicofarmacología". Vertex 1997; 8: 115-117.
34. Van der Kolk B, Herron N, Hostetler A: "The History of Trauma in Psychiatry". Psychiatric Clinics of North America. volume 17, number 3. September 1994
35. Van der Kolk B, van der Hart O: "Pierre Janet and Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma". American Journal Psychiatry. 1989. 146: 1.530-1.540
36. Vidal G, Alarcón R, Lolas Stepke F: Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Volúmen I. Buenos Aires. Panamericana, 1995
37. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. N Engl J Med 2002;346:108-114.
38. Yehuda R, Bierer L, Scmeidler J, Breslau I: "Low cortisol and risk for Posttraumatic Stress Disorder in adult offspring of holocaust survivors". Am J Psychiatry 2000; 157: 1252-1259.
39. Yehuda R, Boisoneau D, Lowy M: "Dose-response changes in plasma cortisol and lymphocyte glucocorticoid receptors following dexamethasone administration in combat veterans with and without Posttraumatic Stress Disorder". Arh Gen Psychiatry 1995; 52: 583-593.
40. Yehuda R, Kahana B, Binder-Brynes K: "Low urinary cortisol excretion in Holocaust Survivors with Posttraumatic Stress Disorder". Am J Psychiatry 1995; 152: 982-986.

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

Hípnótico no benzodiacepínico de rápida absorción

NUEVO

8horas®

Eszopiclona

Desde ahora tratar exitosamente el insomnio ya no es más un sueño imposible

El sueño posible

- **8horas** Mejora la conciliación del sueño y disminuye el número de despertares.
- **8horas** Excelente tolerabilidad y mínimo perfil de efectos adversos.
- **8horas** Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.

Presentaciones:

8horas 1 mg y 3 mg:	8horas 2 mg:
Envases conteniendo 30 comp. recubiertos	Envases conteniendo 10 y 30 comp. recubiertos

Para mayor información llámenos al: **0800 999 2495**
o visite nuestro sitio web:
www.elea.com

VALE+ SALUD

Recetario Solidario

ELEA DIVISION NEUROPSIQUIATRIA