



# CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL  
PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 4 N° 14 Septiembre de 2008  
DISTRIBUCION GRATUITA

Obsesiones y rituales en neurosis y psicosis / Entre las "neurosis"  
y los "trastornos de ansiedad". Aportes epistemológicos /  
Lo indomesticable del sujeto: La pulsión / Interacción de fluoxetina  
con el neuroesteroide alopregnanolona: implicaciones en su efecto  
antidepresivo / El uso terapéutico de los fitoestrógenos en el  
climaterio y en la menopausia: estudios clínicos y experimentales

## 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 M<sup>a</sup> 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 SMID

**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 VOULLAT

**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 COSTORE

**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

**REHABILITACIÓN - REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS.**  
PRESIDENTE: CLAUDIA RODRÍGUEZ



## CONTENIDO

5

*Norberto Mazzuca, Graziela Napolitano,  
Claudio Godoy*  
Obsesiones y rituales en neurosis y  
psicosis

11

*Juan Carlos Fantín*  
Entre las "neurosis" y  
los "trastornos de ansiedad".  
Aportes epistemológicos

15

*Oscar Zack*  
Lo indomesticable  
del sujeto: La pulsión

18

*Juan Francisco Rodriguez Landa  
Rosa Isela García Ríos*  
Interacción de fluoxetina con el  
neuroesteroide alopregnanolona:  
implicaciones en su efecto  
antidepresivo

23

*Juan Francisco Rodriguez Landa  
Jesús David Hernández Figueroa*  
El uso terapéutico de los  
fitoestrógenos en el climaterio y  
en la menopausia: estudios clínicos  
y experimentales



**Imagen de Tapa**  
*"Venus, Cupido,  
la Locura y  
el Tiempo"*  
Angiolo Bronzino  
Oleo sobre tela  
1540/50

PUBLICACION DE  
LA ASOCIACION ARGENTINA  
DE SALUD MENTAL  
Año 4 • N° 14 • Septiembre de 2008

### 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*



adhiera: 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](http://www.aasm.org.ar)  
[administracion@aasm.org.ar](mailto:administracion@aasm.org.ar)

# Obsesiones y rituales en neurosis y psicosis

Roberto Mazzuca \*,  
Graziela Napolitano,  
Claudio Godoy

Este artículo fue pensado en relación a la pregunta que pone en cuestión el estatuto clínico de los síntomas obsesivos, considerados por algunos autores como atravesando la frontera neurosis-psicosis, y por otros como específicos de la denominada por Freud “neurosis obsesiva”. Tal vez es necesario a su vez recordar, en primer lugar, que el binario que diferencia las neurosis y las psicosis como estructuras clínicas específicas surge en el siglo XX, a partir de los desarrollos freudianos, y repercute en diferentes orientaciones de la Psicopatología, no sin encontrar hasta en la actualidad una serie de objeciones que discuten tal oposición discontinua. Entre tales objeciones, resulta de importancia aquella señalada por G. Lanteri-Laura, referida al riesgo de una generalización abusiva de “la” psicosis, generalización que hace perder de vista la variedad clínica que ésta puede presentar, y que conduce en general a un pesimismo terapéutico.

Hasta ahora hemos delimitado de esta manera dos cuestiones: la primera referida al problema de la especificidad de los síntomas obsesivos, y la segunda, concerniente al valor de la oposición neurosis-psicosis. Si atendemos a la primera, recordemos que Freud, aunque inicialmente se vale de las descripciones clásicas, desarrolla una semiología muy original de la neurosis obsesiva. En relación con el síntoma obsesivo, atendiendo a su envoltura formal, logra extraer el rasgo que lo caracteriza: el Zwang o compulsión. Este proceder le permite formular la pregunta original que conducirá al análisis del proceso de formación de síntomas, situando a la neurosis obsesiva como dialecto de la histeria. Progresivamente, y sobre todo en los años 20 y 30, adquieren relevancia los problemas concernientes a la infiltración del síntoma en el yo, abordados en la segunda tópica y que conllevan una relativización del valor clínico de la compulsión como nota característica de los fenómenos obsesivos. No es entonces el síntoma el que mantiene su privilegio sino las consecuencias que se constatan en las graves perturbaciones de un yo que ha naufragado bajo los imperativos feroces de un superyó. Se trata, nos dice Freud, de la paralización del yo por el predominio de la satisfacción en la renuncia, aquella que opera en contra del individuo mismo planteando problemas de difícil abordaje para la cura analítica.

Si la compulsión, como fuerza que impone una idea a la conciencia sin que la voluntad pueda hacer algo para suprimirla, puede estar ausente de la presentación clínica, como lo pone de manifiesto por otro lado lo que Freud llamó “delirio obsesivo”, en el caso del Hombre de las Ratas, ¿cómo diferenciarlo de ciertos fenómenos que se presentan en las paranoias como “idea fija”, o en lo que

*\*Profesor consulto, UBA.  
Asesor de la Comisión Académica de la Maestría en Psicoanálisis, UBA.  
Ex profesor titular de la segunda cátedra de Psicopatología, UBA.  
Director del proyecto UBACyT (2008-10)  
Miembro A.M.E. de la Escuela de la Orientación Lacaniana. Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.  
Supervisor en el Hospital de día (turno tarde) del Hospital Álvarez.*

Tellenbach ha denominado el “tipo melancólico”, caracterizado por la necesidad de orden y organización ritualizada de la vida en los intervalos intercríticos de la melancolía? ¿Qué significado clínico otorgar a las obsesiones que se presentan en los comienzos de la esquizofrenia, caracterizadas por preocupaciones hipocóndricas o por temas sexuales? Algunos autores, como por ejemplo A. Green, han llamado “esquizofrenia de forma obsesiva” aquellas en las que predomina un componente psicasténico, con fatigabilidad y depresión, centrándose en los síntomas primarios que Janet distinguía de las obsesiones y fobias, manifestaciones secundarias de acuerdo a su concepción de las perturbaciones de la tensión psicológica en el cuadro.

Si volvemos a la paranoia, ¿cómo no recordar el franqueamiento de los límites neurosis-psicosis que introduce Kretschmer con su descripción de la paranoia sensitiva de autorreferencia, que toma justamente como modelo de la causalidad psíquica del delirio lo que Freud había establecido como proceso de formación del síntoma obsesivo?

De lo anterior se desprende que la mera aproximación fenomenológica centrada en el síntoma o en ciertos rasgos estables del funcionamiento de la personalidad no alcanza para decidir el diagnóstico, así como favorece los argumentos de aquellos que consideran transiciones posibles entre las neurosis y las psicosis o de otros autores que resuelven el problema con el concepto de “estados límites” o estructuras borderline.

Si consideramos ahora la enseñanza de Lacan en Psicoanálisis, podemos señalar, en una rápida simplificación, que en su primera clínica privilegia la oposición neurosis-psicosis, no sin dejar de advertir que no hay nada que se parezca más a una neurosis que los momentos previos al desencadenamiento de una psicosis. En su última enseñanza, aquella que se sirve del nudo borromeo para abordar la estructura del sujeto, es la clínica de las suplencias de las psicosis la que permite ofrecer novedades de importancia, en la medida en que introduce un criterio diferencial del funcionamiento de las psicosis desencadenadas, las estabilizaciones y, por último, las suplencias que evitan la emergencia de la psicosis. ¿Cómo inscribir en

esta dirección aquellos síntomas que tanto se parecen a los rituales y las obsesiones en las estructuras psicóticas, cuál es su función, y qué instrumentos conceptuales nuevos nos ofrece para una reformulación de la misma envoltura formal que los caracteriza?

En conclusión, no debe considerarse obsesivo un síntoma solamente por su abordaje descriptivo ya que, en este sentido y como Freud lo advertía, puede encontrarse en numerosas formas clínicas diferentes.

#### PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A partir de esta conclusión, hemos intentado tipificar los principales problemas de diagnóstico diferencial que se plantean en relación con la obsesión.

El primer grupo que presenta habitualmente dificultades es el de las paranoias reivindicativas. Este problema proviene en mayor medida de la deficiente formación del clínico que de un obstáculo objetivo para establecer la distinción. Un practicante con un conocimiento adecuado de la paranoia, y en especial de sus diferentes variedades, es poco probable que confunda una paranoia reivindicativa con una neurosis obsesiva. Sin embargo, cuando predomina en la formación del clínico el sistema de los DSM es sumamente frecuente que éste no sepa distinguirlos. El hecho de que las paranoias reivindicativas, a diferencia de las formas interpretativas, no construyan delirios extravagantes sino con ideas que no se diferencian del pensamiento normal, y que éstos se limiten al foco pasional dejando libre e intacto el resto de las funciones psíquicas, conduce frecuentemente a desconocer el diagnóstico de psicosis basándose en una supuesta conservación del criterio de realidad. A esto se agrega que, muchas veces, el pensamiento ordenado y lúcido del reivindicativo y su sistematicidad son equivocadamente adjudicados a una personalidad obsesiva.

El segundo grupo remite a las paranoias sensitivas de Kretschmer mencionadas más arriba. Como el genial psiquiatra mostró, los sensitivos son muy reactivos a situaciones específicas en cuya ausencia permanecen estables y sin alteraciones. En estos intervalos de estabilidad, que según las circunstancias pueden ser pro-



longados, los sensitivos suelen ser confundidos con obsesivos. En este caso, no por sus síntomas sino cuando el diagnóstico se hace por los rasgos de carácter. Hemos verificado que aun analistas experimentados creyeron inicialmente estar trabajando con un paciente obsesivo y sólo advirtieron la estructura psicótica por la desviación que presentaban las respuestas a la interpretación, o cuando una situación determinada desencadenaba perturbaciones típicas del delirio de relación.

Finalmente, debe considerarse también frecuente la dificultad originada por la presencia de rituales aparentemente obsesivos, y aun de pensamientos, en las psicosis esquizofrénicas, especialmente fuera de sus fases de crisis productivas.

**SUPLENCIAS "OBSESIVAS" EN LAS PSICOSIS**

En 1998 J. A. Miller propuso la denominación de "psicosis ordinarias" para abordar una serie de problemas clínicos que giran, fundamentalmente, en torno a cómo reconocer la estructura psicótica cuando ésta no es evidente: "psicóticos más modestos, quienes reservan sorpresas, pero que pueden, se lo ve, fundirse en una suerte de media: la psicosis compensada, la psicosis suplementada, la psicosis no desencadenada, la psicosis medicada, la psicosis en terapia, la psicosis en análisis, la psicosis que evoluciona, la psicosis *sinthomada*... La psicosis joyceana es discreta a diferencia de la obra de Joyce".

En la experiencia, muchas veces, se comprueba que en estos casos la psicosis puede ser desconocida, se suele pensar que si no hay fenómenos psicóticos evidentes se trata de una neurosis o, peor aún, se introducen categorías -tal como veremos- como la de *borderline* que terminan de empantanar al practicante. Resulta evidente que aquí nos espera un trabajo intenso por realizar y en donde la última enseñanza de Lacan puede brindarnos una orientación. Si nos detenemos en la serie que propone J. A. Miller bajo el nombre de *psicosis ordinaria* podemos observar que está compuesta por lo que podríamos llamar estados o formas de las psicosis que, si bien tienen en común no ser "extraordinarias", muy llamativas o evidentes en sus manifestaciones, presentan, sin embar-

go, características heterogéneas entre sí que merecen ser abordadas en sus particularidades. Así, por ejemplo, no es lo mismo la atenuación de la sintomatología psicótica producida por la sola acción del fármaco (psicosis medicada) que la estabilización alcanzada en un tratamiento con un psicoanalista. Por su parte, vale la pena pensar las relaciones entre la compensación imaginaria del Edipo ausente propuesta en los años cincuenta y la suplencia producida a través de un anudamiento *sinthomático* introducida por Lacan en los años setenta. Cada uno de estos problemas clínicos tiene una especificidad que merece ser interrogada. De todos modos, reunir lo heterogéneo permite poner el acento en que la concepción lacaniana de la psicosis es mucho más amplia y compleja que la perspectiva deficitaria psiquiátrica o los atolladeros en los que cayó, como veremos, el psicoanálisis posfreudiano.

Recientemente, J. A. Miller destacó que "hay psicosis que tienen una fuerte armadura obsesiva como suplencia del agujero psicótico, en este caso hablaríamos de una *psicosis con una suplencia obsesiva*" o también que en ciertos casos "la *sintomatología obsesiva*... está determinada por su *psicosis*". Como puede apreciarse en esta cita, la posibilidad diagnóstica en el caso discutido en dicha conversación gira en torno a qué estatuto otorgarle a los síntomas obsesivos, interrogar su función nodal antes que hacer una rápida asimilación entre el síntoma fenomenológicamente obsesivo y la neurosis obsesiva, en su sentido estructural.

En la misma línea, Agnès Aflalo propone una relectura del historial freudiano del Hombre de los lobos desde la perspectiva de considerar la



**CENTRO DE SALUD MENTAL  
COOPERATIVA DE TRABAJO**  
Sistema Nomencoop  
(Nomenclador cooperativo)

**PRESTACIONES**

<p><b>AREA CLINICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia ambulatoria</li> <li>• Psicofarmacología</li> <li>• Psicoprofilaxis quirúrgica</li> <li>• Psicodiagnóstico</li> </ul>	<p><b>DOCENCIA E INVESTIGACION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisiones</li> <li>• Grupos de investigación</li> <li>• Ateneos Clínicos</li> <li>• Psicoanálisis Implicado y la intervención clínica</li> </ul>
--	--

**Teodoro García 2574/78 - Tel. 4553-3800**



serie de síntomas fóbicos, histéricos y obsesivos de este sujeto como distintas suplencias -podríamos llamarlas pseudoneuróticas- en su psicosis. Por su parte, J. C. Maleval ha propuesto el estudio de lo que dio en llamar "suplencias perversas en las psicosis" para diversos casos -entre los que sitúa a algunos asesinos seriales- en los que ciertas prácticas sadomasoquistas extremas no se correlacionan con una estructura perversa sino que operan una estabilización en una estructura psicótica. Puede apreciarse una orientación común, en este caso destinada al diagnóstico diferencial entre perversión y psicosis.

También, dentro del trabajo que permite la noción de *psicosis ordinarias*, M. Recalcati indaga casos de obesidad y algunas anorexias como modos de suplencia en la psicosis. El pensa-

miento constante de mantener el cuerpo en un determinado umbral de peso, determina una identidad del sujeto que opera una función de suplencia y anudamiento: "El número -señala Recalcati, en un caso de obesidad- funciona en este caso, verdaderamente, como una segunda piel para el sujeto que cose, por así decirlo, el cuerpo a su imagen". Por lo tanto, esa existencia obsesivizada no necesariamente remite entonces a una neurosis obsesiva sino que se deriva, para el sujeto psicótico, de la función del peso como cifra que permite la fijación de un nombre propio y de una identidad imaginaria. Las relaciones entre obsesión y cuerpo están muy acentuadas en la clínica contemporánea (en anorexias y bulimias, pero también las "obsesiones" por el gimnasio, las cirugías plásticas o, incluso, los cambios de sexo, etc.), a



Inscripciones 2009

Saber, Hacer, Creer, Crecer

## Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental

Acreditada por la CONEAU Resolución 411/04 | Aprobada por Resolución 499/02 MECyT

**Director: Dr. Hugo Barrionuevo**

## Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Acreditada por la CONEAU Resolución N° 88/02 | Aprobada por Resolución 275/00 del ME

**Directora: Mag. Silvia Gascón**

## Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad

Acreditada por la CONEAU Resolución 474/06

**Directora: Mag. María de los Ángeles Domínguez**

**5239-4000**

Dec. 1914/2007 P.E.N.

[www.isalud.edu.ar](http://www.isalud.edu.ar)

Venezuela 931 / 758 - Ciudad Autónoma de Bs. As. - [informes@isalud.edu.ar](mailto:informes@isalud.edu.ar)



punto tal que los cognitivos han introducido lo que llaman "obsesiones corporales" para dar cuenta del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), trastorno basado en la creencia falsa o distorsionada sobre la propia fealdad sostenida en una dispersepción corporal. Nuevamente aquí se torna sumamente importante debatir qué función y qué estatuto presentan estas "obsesiones" tanto en casos de neurosis como en casos de psicosis, como así también sus relaciones con la actualidad y el discurso capitalista. Podemos destacar una diferencia fundamental con el modo en que lo ha concebido el psicoanálisis anglosajón al usar la lógica del "tapón" o la "cicatriz": Superponen las "defensas" neuróticas y psicóticas, con lo cual tienden a un progresivo borramiento de la distinción entre neurosis y psicosis que hizo desembocar este debate en la consolidación de la noción de *border*. Por el contrario, a partir de la enseñanza de Lacan y, en particular, de lo desplegado en el último tramo de la misma a través de su formalización nodal, se puede comenzar a deducir una clínica de las suplencias. Mientras que la neurosis queda definida por los tres registros en una relación de ex-sistencia entre ellos y son anudados borromeamente por un cuarto hilo, en la psicosis se trata de la interpenetración o continuidad entre los registros, quedando algún redondel de cuerda suelto, o en la particular continuidad que realiza, por ejemplo, la solución paranoia. La función de cuarto redondel, si bien es homóloga en ambos casos en tanto permite mantener a RSI juntos, difiere en su efectución y consecuencias. Esto permite mantener la distinción neurosis/psicosis pero, al mismo tiempo, brinda una posibilidad para pensar los modos singulares en que puede sostenerse un anudamiento de los tres

registros. Las *suplencias pseudo-neuróticas* pueden asemejarse fenoménicamente a los síntomas neuróticos, pero su valor clínico difiere, tanto si se las piensa en relación con un "lapsus" del anudamiento de los registros como si se las concibe en respuesta al agujero psicótico. Se deriva de allí, además de una elucidación diagnóstica nueva y más precisa, una perspectiva que permite en la dirección de la cura no sólo limitarse a un criterio restrictivo -al modo de P. Federn- sino captar y poder acompañar los modos en que el sujeto ha "sabido hacer" con su síntoma, las "soluciones" con que ha parcializado los efectos de la forclusión o los ha modulado en una invención que le es absolutamente singular.

#### BIBLIOGRAFIA

*Abraham, K.* "Psicoanálisis Clínico", Hormé, Buenos Aires, 1980.  
*Aflalo, A.* "Réévaluation du cas de l'homme aux loups" en *La Cause freudienne. Revue de psychanalyse*, N° 43, Ed. L'École de la Cause freudienne-ACF, París, octubre 1999, p. 85.  
*Beache, A. y Bergeret, J.* "Obsessions et Psychose". En *Confrontations psychiatrique n° 20*, París, 1981.  
*Becache B. et Bergeret, J.* "Obsessions et psychose" en *Les obsessions, Confrontations psychiatriques*, No. 20, 1981, pp. 203-226.  
*Bouvet, M.* "El Yo en la neurosis obsesiva. Relación de objeto y mecanismo de defensa". En *Las Obsesiones, Nueva Visión*, Buenos Aires, 1985.

**publicidad**

**Para publicitar en esta revista comunicarse con  
Marina Homse (Representante Comercial)  
Tel 4952-8930 - revistaconexiones@hotmail.com**

**Clérambault, G.** "Les psychoses passionnelles", en *Oeuvre psychiatrique*, PUF, París, 1942, parte IV, cap. 2, apartado 4: Discussion, pp. 341-6.

**Federn, P.** "La psicología del yo y las psicosis", Amorrortu, Buenos Aires, 1984.

**Freud, S.** (1907) "Análisis de un caso de neurosis obsesiva" en *Obras Completas, Volumen II*, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, pp. 624-661.

**Freud, S.** (1907) "Acciones obsesivas y prácticas religiosas". En *Obras completas*, Amorrortu, Buenos Aires, vol. IX.

**Freud, S.** (1925) "Inhibición, síntoma y angustia", en *Obras Completas, Volumen I*, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1948, pp. 1213-1253.

**Godoy, C.** "La paranoia en la enseñanza de Jacques Lacan", en *Lecciones inaugurales, N°3*, Ed. Cid-Bogotá, Bogotá, 2004.

**Green, A.** "Obsesiones y psiconeurosis obsesivas", en *Imago 10, Letra Viva*, Buenos Aires, 1981.

**Hoch, P. y Polatin, P.** "Pseudoneurotic forms of schizophrenia". En *Psychoanalytic Quarterly*, 23:248-276, New York, 1949.

**Janet, P.** "De la angustia al éxtasis", FCE, México, 1991.

**Knight, R.** "Estados fronterizos". En *Psiquiatría psicoanalítica*, Hormé, Buenos Aires, 1960.

**Kretschmer, E.** (1918) "El delirio sensitivo de referencia (Contribución al problema de la paranoia y a la teoría psiquiátrica del carácter)", Triacastela, Madrid, 2000.

**Lacan, J.** (1955-56) *Le Séminaire Livre 3 "Les psychoses"*, Seuil, París, 1981.

**Lacan, J.** (1975-76) *Le Séminaire Livre 23 "Le sinthome"*, Seuil, París, 2005.

**Lanteri-Laura, G.** "Psychiatrie et Connaissance". Centre National des Lettres. GRHEM. Université Paris XII, Créteil, 1991.

**Maleval, J. C.** "Suppléance perverse chez un sujet psychotique", en *La Cause freudienne. Revue de psychanalyse*, N° 3,1. Ed. L'École de la Cause freudienne-ACF, París, octubre 1995, p. 109.

**Mazzuca, R. y cols.** "La teoría kretschmeriana del carácter sensitivo aplicada al diagnóstico diferencial paranoia-neurosis obsesiva". En *Memorias de las X Jornadas de Investigación "Salud, educación, justicia y trabajo"* (Aportes de la investigación en psicología), Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires, 2003, Tomo II, pp. 318 a 321.

**Mazzuca, R., Schejtman, F. y Zlotnik, M.** "Las dos clínicas de Lacan. Introducción a la clínica de los nudos", Tres Haches, Buenos Aires, 2000.

**Miller, J. A.** "Seis fragmentos clínicos de psicosis", Tres Haches, Buenos Aires, 2000.

**Miller, J. A. y otros.** "La psicosis ordinaria", ICBA-Paidós, Buenos Aires, 2003.

**Pardal, R.** "Apuntes sobre la paranoia". En *Alcmeon*, Vol. 2, N° 2, 1992.

**Paz, C. y otros.** "Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos", Vol.1, "Historia y conceptualización", Nueva Visión, Buenos Aires, 1976.

**Pious, W.** "Obsessive-compulsive symptoms in an incipient schizophrenic". En *Psychoanalytic Quarterly*, T. XIX, 327-351, New York, 1950.

**Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires** (1995): Cámara de apelación en lo criminal y correccional, Sentencia en la causa n° 84.446, La Plata, 14 de agosto de 1995.

**Recalcati, M.** "Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis", Ed. Síntesis, Madrid, 2003.

**Sérieux, P. y Capgras, J.** "Les folies raisonnantes", Alcan, París, 1909.

**Tellenbach, H.** (1965) "La melancolie", PUF, París, 1979.

**Yaryura Tobías, J. A. y otros.** "Obsesiones Corporales", Ed, Pólemos, Buenos Aires, 2004.

**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 2009**

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

# Entre las “neurosis” y los “trastornos de ansiedad”. Aportes epistemológicos

Juan Carlos Fantin

En una canción de fuerte lirismo su autor -Silvio Rodríguez- dice: “se hablará tanto de las estrellas como de cicatrices”; yo tengo la impresión de que cada vez que enfrentamos el tema de los trastornos de ansiedad -y aquellos ligados a éstos- con las neurosis de la clínica clásica y psicoanalítica, unos hablan de las estrellas -del progreso científico- y otros de cicatrices, la desujetivización y mecanización del ser humano (convertido en stock de supermercado).

Pero en esto no habría que engañarse, exceptuando aquellos que sólo tienen interés en sus propios intereses; los que abogan por las estrellas -la ciencia y su estricto método de validación- lo hacen creyendo que esto puede curar las cicatrices; y los que abogan por evitar las cicatrices -devolviendo al sujeto y su palabra la preeminencia frente a cualquier materialismo a ultranza- lo hacen intentando restablecer el viejo ideal con el cual nace la ciencia moderna, expresado muy tempranamente por Bacon: “mejorar la suerte del hombre en la tierra”. En lo que sigue, haremos un planteo clínico-epistemológico de la problemática actual de los trastornos del espectro neurosis-trastornos de ansiedad.

Desde una visión histórico-epistemológica, la clínica psiquiátrica ha atravesado por lo menos tres etapas completas, etapas que Lanteri-Laura eleva al rango de “paradigmas”, siguiendo el concepto kuhniano. Lo que es necesario retener de este modo de concebir las etapas de la clínica de lo mental, es que cada pasaje a una nueva etapa supone que, en algún sentido, la etapa o paradigma que sobreviene tiene la capacidad de responder a problemas que se han generado en la etapa anterior.

El primero sobreviene cuando la medicina por fin concibe a la locura y al loco como algo de su total incumbencia, y no como un problema religioso, legal-criminal o social. Comienza entonces con Pinel, rompiendo las cadenas de los enfermos mentales tratados como criminales peligrosos para la sociedad y asume que se trata de enfermos (alrededor del 1800). Pinel, inaugurando el “paradigma de la alineación” y estableciendo el tratamiento moral como alternativa a la reclusión y a los tormentos, da cuenta del problema, surgido clínicamente, de que estos “locos encadenados” respondían muy bien a un trato humanizado y reeducativo por parte de sus cuidadores. Se

Psiquiatra – Psicoanalista  
Secretario Científico AASM  
Miembro Cap.  
Epistemología e Historia de  
la Psiquiatría APSA

[jcfantin@ciudad.com.ar](mailto:jcfantin@ciudad.com.ar)  
[jfantin@intramed.net](mailto:jfantin@intramed.net)

comienza a tratar “la locura” en lugares especializados y con un tratamiento propio para ésta, por médicos llamados “alienistas”; hay una concepción de la locura como evento “único” que persiste en la pregunta: ¿está alienado o no está alienado? En este período, el escocés Cullen acuña el término “neurosis” englobando un gran grupo, indiferenciado, de enfermedades llamadas “nerviosas”.

Pero, alrededor de 1850, comienza a sentirse como problema que, mientras el resto de la medicina avanza vertiginosamente diferenciando las “entidades morbosas”, descubriendo para cada una de ellas una etiología, evolución, pronóstico y tratamiento particular, los alienistas han quedado rezagados, al no intentar circunscribir su propio objeto. Es el período en que se describe la catatonía, la hebefrenia-bases de la “demencia precoz” de Kraepelin-, la locura de doble forma y la circular, luego psicosis maníaco-depresiva; Lanteri-Laura llama a este paradigma “de las enfermedades menta-

les”, porque precisamente se constituyen las “entidades clínicas”. Es el período en que el psicoanálisis define las entidades propias del grupo llamado neurosis, del cual se habían desgajado aquellas enfermedades con una base anátomo-patológica, y sólo restaban las consideradas “funcionales”.

Esta operatoria de Freud, quien para establecer el campo de las neurosis apela a una concepción fuertemente teórico-clínica (una modelización, en términos epistemológicos) y no puramente observacional, tiene una consecuencia epistemológica clave para la psiquiatría toda, premonitoria de las críticas que sufrirá la concepción inductivista sustentada por el positivismo lógico, en las ciencias duras.

Sintéticamente podemos referirla del modo siguiente: las críticas que despierta la nosografía elaborada por Kraepelin en relación a la “demencia precoz”, acerca de la falla del criterio evolutivo así como del estadio final para definir el diagnóstico (es decir, ni tan demencia ni tan precoz), tienen su principal exponente en Bleuler; el psiquiatra suizo, apoyándose decisivamente en las ideas freudianas, elabora un “articulador”, un criterio psicopatológico (teórico-clínico), para comprender y delimitar el cuadro de la demencia precoz: la *spaltung*, la división de la mente, sirve a Bleuler como punto de partida axiomático para ordenar el cuadro psicopatológico. El problema del lugar de la teoría (y del lenguaje) ya estaba planteado en la psiquiatría; luego de 1930 lo estará en la epistemología toda, con las críticas de Popper y de Wittgenstein al positivismo lógico. Es necesario agregar también que el planteo freudiano, que nace y se consolida en el campo de las neurosis, ofrece la posibilidad de escuchar y tratar los males cotidianos y aquellos propios de cada historia vital, que tanto se acentuaron con las guerras.

La tendencia que sigue después de las guerras recoge el guante lanzado por la teoría de la forma, donde un elemento no puede comprenderse adecuadamente si no es considerando la estructura en la cual se halla; nacía *el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas*, donde se recupera algo de la consistencia estructurante de la concepción única de la locura, pero sin volver a ella. De modo que darle estructura interna al campo clínico pasa a ser relevante. Es

Referente indiscutido en Salud Mental desde hace 50 años

ANIVERSARIO 50

**Abrines**

CLINICA PRIVADA INTERNACION  
CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL DE DIA  
CONSULTORIOS EXTERNOS  
TERAPIA INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILAR  
PSICOMOTRICIDAD Y VIDEOCINE  
EQUIPO DE ADMISION, SEGUIMIENTO Y SUPERVISION

[www.abrines.com.ar](http://www.abrines.com.ar)  
Benito Pérez Galdós 2647 . Quilmes Oeste  
Tel.: 4250-1061 (L. Rot.) . info@abrines.com.ar



el período donde múltiples teorías intentan explicar el “fenómeno psicopatológico” desde diversas perspectivas teóricas; y aun a esa parte del espectro que no queda claramente incluida en las categorías “de estructura neurótica o psicótica” (fuera también de la freudolacianiana de perversión) se la intenta concebir como estructura (el caso de la estructura fronteriza de algunos autores).

A partir de la década del 80, comienzan a gravitar en nuestro medio los DSMs, que ya iban por su tercera versión revisada. Y es a partir de esta edición que se adopta, por consenso, una actitud de “ateoricismo” acérrimo, que borra toda huella conceptual de las llamadas neurosis -incluida la depresión neurótica-, provocando diversas consecuencias en la clínica y en los clínicos, toda vez que por consentimiento u obligación deben valerse del manual de origen norteamericano.

Al momento actual se muestra sostenido sobre dos pilares -en principio- quiméricos: el de falla cerebral única y el de una respuesta farmacológica particular para cada trastorno, todo ello validado en un futuro posible; y estamos sustentados en un ateoricismo que puede resultar anacrónico y no actualizado -desde el punto de vista científico- y en un consenso multiteórico relativo; sin una validación estadística suficientemente significativa; todo ello no obsta para un manual estadístico volcado a la investigación (sobre todo epidemiológica), pero debería alertarnos en relación a la elaboración de una clínica psicopatológica, especialmente respecto del gran espectro de las neurosis.

Con esto no se pretende aceptar que la clínica psiquiátrica clásica pueda restablecer, de un modo totalmente convincente, nuestra comprensión de las manifestaciones del padecimiento que nuestros pacientes nos presentan a diario; pero tampoco parece que lo hará una clínica basada en una división en trastornos consensuados (donde, además, el consenso es ciertamente limitado), basada en una propuesta de ateoricismo que encubre un multiteorismo, y un pragmatismo desestructurante que obliga, cada vez más, a reunir los cuadros bajo el acápite de comorbilidad, conjunción que, a su vez, implica una fragmentación.

Una propuesta que se halla en vigencia es la de enriquecer la clínica psiquiátrica con las propo-

siciones y la experiencia clínico-terapéutica del psicoanálisis (Miller, pero también Kandel, a su modo), propuesta atractiva, en tanto no desvirtúa casi un siglo de experiencia terapéutica en psicopatología (enorme tiempo para la psiquiatría), tanto más en las llamadas neurosis (que el mismo psicoanálisis terminó de conformar como categoría clínica); interesante, además, si ello promueve una reinserción de la historia particular de cada sujeto de manera activa, es decir, como evento estructurante del padecimiento a tratar y, por lo tanto, absolutamente pertinente en su cura (y no como mera información). Así también, las categorías psicoanalíticas nos han permitido y permiten pensar la estructura neurótica desplegada en el contexto histórico-social en el cual se desarrollan (muy claro en la histeria, actualmente fragmentada en las clasificaciones estadísticas). Pero, ¿cómo es posible alguna suerte de integración entre un conocimiento objetivado que debe valer para cualquiera y ser enunciado por cualquiera, y uno que eleva precisamente ese cualquiera al rango de sujeto, de evento único e irrepetible, tanto en el paciente como en quien lo trata?

Las llamadas “patologías actuales”, por la dimensión y las características clínicas con que se manifiestan en nuestra época (ataque de pánico, TOC, adicciones, anorexia-bulimia), han recrudecido la polémica acerca del modo en que deben ser comprendidas y tratadas.

¿Cuál es la relación entre las mencionadas y las neurosis fóbica, obsesiva e histérica, si la hay?

¿Es pensable que se trate de las mismas entidades pero con una fenomenología pertinente a una época en donde los grandes meta-relatos no sostienen y articulan nuestros miedos, nuestras obsesiones o nuestras disociaciones?

Lo cierto es que el cuerpo se hace mucho más presente en estas entidades, a punto de que requieren la intervención necesaria de múltiples especialidades médicas.

Cierta proposición nos dice que ya no hay ningún problema, no se plantea la cuestión en términos de oposición sino de coexistencia fructífera, y que el problema de una contradicción originaria, es decir en sus fundamentos, de distintas posiciones, no existe como tal, es **secundario** a nuestras preocupaciones y no origen de las mismas (nosotros creamos el problema); propuesta ciertamente tentadora y aliviante,

pero que requiere ciertas reflexiones que dificultan su aceptación.

En primer lugar, los que esto dicen se ven llevados a un reduccionismo que tiende a excluir otras propuestas vistas como antagónicas; algunas veces es un reduccionismo corporativista, pero en muchas ocasiones parece ligado a una incompatibilidad conceptual, proposicional (en las leyes que las rigen) y/o pragmática (por ejemplo, en la elección de una "forma oficial de psicoterapia" o en los requerimientos de la organización de los servicios de salud -públicos y privados-), lo que hace suponer que "la discusión epistemológica que pretendemos ignorar, goza de buena salud".

Por otra parte, es necesario reconsiderar ciertos puntos de discusión, aún vigentes, que determinan diferentes conductas con consecuencias decisivas para la salud y la vida del paciente.

1º) Si cuadros que pretenden dar cuenta de un padecimiento con francas e intrincadas relación con el mundo humano, donde la cultura y sus símbolos tienen tan manifiesta repercusión en la delimitación misma, pueden ser ateóricos, exentos de principios psicopatológicos, cuando las mismas epistemologías de las ciencias "duras", desde hace ya mucho tiempo, reintroducen la teoría y el contexto histórico-social (Método hipotético-deductivo, paradigmas).

2º) Si aquello que llamamos "síntoma" en psicopatología, más aún en el espectro que nos ocupa, es un signo emergente de una falla cerebral delimitada, es la articulación de un conflicto de sentidos que involucra al todo de la experiencia en cada acto de su manifestación, o es un "constructo, un hecho de lenguaje", "un campo donde las prácticas sociales y el lenguaje formatean las experiencias sin formas conscientes producidas por estímulos generados sobre un cerebro consciente", como sostiene la escuela de Cambridge.

3º) Si puede analogarse "angustia" a "ansiedad" o "miedo" o es la angustia un síntoma particular que involucra una multideterminación o un despliegue sostenido terapéuticamente y no una lisis farmacológica total (como pretende la relación ansiedad/ansiolíticos).

4º) Si pueden considerarse los cuadros neuróticos como enfermedades al estilo del cuerpo extraño que debe extirparse, o debemos reconocer en ellos la expresión de un modo particular del ser de cada sujeto con la intrincada trama de perjuicios y beneficios que ello conlleva, por el cual curar no es análogo a sacar de la condición de enfermo.

## CONCLUSIONES

---

Las posiciones que sobrevengan a los puntos esbozados afectan en grado significativo el devenir vital de nuestros pacientes diagnosticados y tratados dentro del espectro que nos ocupa.

Existe una suerte de opacidad en poder establecer el paradigma actual en este terreno, que podríamos describir como qué nuevas integraciones o desintegraciones deben darse entre el conocimiento neurobiológico y farmacológico actual y las concepciones donde el sujeto y el síntoma refieren al lenguaje como estructurante del padecimiento.

Parece pertinente plantear una diferencia entre el neurocientífico y el clínico, donde el síntoma es **síntoma-sujeto**, es decir, surge de un evento singular y se sostiene en la relación con el paciente, a la vez que la sostiene.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Ipar, Juan José, *Ciencia y Sujeto en la Modernidad*, Ed. Salerno, Buenos Aires, 1997.
2. Fantín, Juan Carlos, *Una perspectiva histórico-epistemológica del problema ontológico del positivismo*, Revista Vertex, Vol. XVI, N° 64, Nov-Dic 2005.
3. Fantín, Juan Carlos, Fridman, Pablo, *El Diagnóstico en psiquiatría*, Revista Alcmeón, Vol. N° 40, 2003.
4. Kaplan H. y Sadock B., *Sinopsis de Psiquiatría*, Ed. Panamericana, Buenos Aires.
5. Klimovsky, Gregorio, *Las Desventuras del Conocimiento Científico*, 2ª Edición, Ed. A-Z, Buenos Aires, 1995.
6. Lanteri-Laura, Georges, "Una perspectiva histórica y crítica de los problemas epistemológicos en psiquiatría"; Revista Textos de psiquiatría francesa, 2000, Volumen 3, 13-26.

# Lo indomesticable del sujeto: La pulsión

Oscar Zack

*A.M.E. de la Escuela  
de la Orientación Lacaniana  
(EOL)*

Hacer comparecer el concepto de pulsión en el espacio de un Congreso de Salud Mental, que se propone rendir una suerte de homenaje a Freud, es encontrarse en la buena orientación ya que indica que se ha captado y reconocido que este es un concepto princeps en la doctrina psicoanalítica, y que posee la virtud, entre otras, de ser resistente a los intentos de la modernidad de domesticar al psicoanálisis reduciéndolo a ser solamente una psicoterapia.

A partir del mismo podemos ir bordeando algunas reflexiones que arrojen algo de luz a las problemáticas, tanto de las patologías del sujeto como del malestar en la civilización actual.

La pulsión es uno de los conceptos que hace que sea imposible y estéril el intento de las neurociencias y de las terapias conductivas comportamentales de reducir la cura del sujeto, de sus síntomas, de sus inhibiciones, de sus angustias, de sus compulsiones, de sus adicciones, etc. a una mera disciplina terapéutica adaptativa y reeducacional, como así también establece un punto de inflexión, a partir del cual se impide pensar al sujeto humano, al sujeto hablante, bajo las coordenadas epistémicas de cualquier disciplina pseudocientífica que intente equiparar o sacar conclusiones partiendo de extrapolar algunos estudios en etología para luego suponer que así se despejan ciertos enigmas del comportamiento humano.

Es a partir del descubrimiento freudiano de la pulsión, más específicamente de la pulsión de muerte, que se constata que en la estructuración del sujeto anida no sólo el germen que lo empuja a la búsqueda de una satisfacción que va más allá del principio del placer, sino que también permite ubicar algunas de las causas de aquellos sentimientos que cuestionan cualquier pensamiento ingenuamente humanista.

Desde esta orientación se puede concebir cómo el odio y la crueldad del hombre con sus congéneres es un resto estructural articulado a la pulsión de muerte, que no puede ser eliminado por ningún ordenamiento simbólico.

En esta perspectiva podemos leer cómo Freud desarrolla en su texto "La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna" (1908) su concepción acerca del antagonismo entre la exigencia que nos impone la cultura (de renuncia al goce), y lo perentorio del empuje pulsional. De esta forma la cultura se va edificando sobre la sofocación de las pulsiones.

En la tensión que se produce entre cultura y pulsión se encuentra la causa del malestar generalizado al que nos somete la vida, tanto en épocas pasadas como en la modernidad.

Es interesante e ilustrativa la carta que Freud le dirige al Doctor Frederik van Eeden (psicopatólogo holandés más conocido en su época como literato, que a pesar de no compartir las concepciones freudianas mantenía una larga amistad con Freud) fechada el 28 de diciembre de 1914, es decir a pocos meses del estallido de la Primera Guerra Mundial. En la misma Freud le escribe que a partir de la guerra le va a recordar dos tesis psicoanalíticas que contribuyeron indudablemente a su impopularidad.

En la primera sostiene que los impulsos primitivos, salvajes y malignos de la humanidad, es decir la dimensión pulsional, no han desaparecido en ninguno de sus individuos sino que persisten en calidad de reprimidos, en el inconsciente, y esperan la ocasión propicia para entrar en actividad.

Por otra parte, sostiene cómo a partir de la investigación psicoanalítica se ha descubierto la debilidad del intelecto, condición que lo hace instrumento de las inclinaciones pulsionales. De esta forma, Freud nos provee de los argumentos que permiten elucidar las causas de las crueldades e injusticias causadas por las naciones más civilizadas.

A cien años de esta tesis, la misma posee una actualidad sorprendente.

No es un intento de explicar la guerra a partir de causas psicológicas sino de arrojar alguna luz a las condiciones de la subjetividad que se alejan notablemente de los ideales del bien.

Dicho de otro modo, mientras el amor se articula a la función simbólica, el odio cumple una función vinculada a lo real; de esta forma encuentra su articulación a la pulsión de muerte.

La pulsión de muerte, paradigma de la pulsión, es el nombre de lo imposible de la satisfacción.

A partir de su existencia y de su insistencia es posible captar una indudable condición humana. Para sostener con mayor firmeza dicha afirmación podemos orientarnos en la enseñanza de Lacan, quien supo definir, en el Seminario XXIII (Joyce El Sinthome), a partir de una polémica con los filósofos (de los cuales afirma que no creen en el efecto de la palabra), lo siguiente: "no saben que las pulsiones son el eco en el cuerpo del hecho de que hay un decir, pero que este decir, para que resuene... es necesario que el cuerpo sea allí sensible. Es un hecho que lo es".

Así podemos deducir cómo el efecto de la palabra sobre el cuerpo hace que el sujeto humano se constituya como un animal parlante que ha enfermado para siempre, ya sea de neurosis, psicosis o perversión por efecto del lenguaje.

Ahora bien, cabe la pregunta, ¿con qué recursos la cultura se protege de este aspecto tan poco amigable que habita en el ser parlante?

Para orientarnos en la respuesta podemos referirnos al capítulo VII del Malestar en la Cultura. Allí Freud conceptualiza la fuerte articulación entre la pulsión de muerte y el super-yo, instituyendo los vasos comunicantes entre ambos conceptos de tal forma que el super-yo es de alguna forma una versión de la pulsión de muerte.

Es indudable que el super-yo posee una función inhibitoria que intenta volver algo inofensiva a la pulsión, siendo el medio más eficaz que permite sostener un lazo vivible entre los seres parlantes. Aun así no hay que perder de vista que el mismo se nutre de la misma pulsión que intenta sofocar.

Dicho de otra forma: Es cierto que el super-yo tiene la función de restringir la satisfacción inmediata de la pulsión, pero su estructura es fundamentalmente pulsional.

Considerar que el super-yo representa solamente las instancias morales más elevadas es olvidar (como lo presenta Freud) que se trata del operador que resulta de la redirección de la pulsión de muerte.

Fue Lacan quien captó la verdadera dimensión de esta lógica al proponer el anudamiento entre Kant y Sade; así se puede revelar que dentro del estatuto moral del super-yo se encuentra la pulsión de muerte.

Es el mismo Freud quien nos instruye acerca de cómo la cultura está al servicio de la pulsión de muerte, existiendo una confluencia estructural entre el Eros libidinal y la pulsión; a esta confluencia Lacan la denominó goce, introduciendo de esta forma un nuevo concepto en la literatura psicoanalítica.

El goce es la satisfacción pulsional que el sujeto encuentra más allá de la homeostasis propuesta por el principio del placer.

Es a partir del goce pulsional que los sujetos se oponen a su adaptación y a su domesticación, pudiéndose ubicar en esta dirección lo enigmático del empuje imperativo de la repetición.



El organismo sometido a los efectos del lenguaje, a los efectos de lo simbólico sobre lo real, se constituye en cuerpo pulsional, perdiendo para siempre su condición natural.

Dicho de otra forma: gozar supone un organismo afectado por el lenguaje, un organismo que ha devenido cuerpo libidinizado.

Desde esta perspectiva debemos recordar que el psicoanálisis fue la primera disciplina que instrumentó una práctica que se interesó por los cuerpos que desobedecen al llamado saber natural, y cuya enfermedad se ubica en una tensión entre lo simbólico y lo real, transformando a ese cuerpo en un terreno apropiado para que en el mismo se despliegue una suerte de guerra pulsional.

Entre el registro de lo simbólico y su articulación al registro de lo real, Lacan propone a la pulsión en una función mediadora.

Dicho de otra forma: el cuerpo tiene la capacidad de ser el soporte de la satisfacción pulsional que lo transforma en un gozarse; este goce es lo que excede al saber del cuerpo.

A modo de conclusión: La pulsión es la expresión de una subversión que se produce en la naturaleza humana por la acción de lo simbólico sobre lo real, por la acción del lenguaje sobre el organismo, es el resultado de la acción del significativo sobre el cuerpo.

A partir del concepto de pulsión es posible dar cuenta de la vida humana más allá de la funcionalidad anatómica de los órganos.

Si pulsión es el nombre con que en Freud nombra a la vida, Lacan lo rebautiza a partir del concepto de goce.

En el Malestar en la Cultura (Amorrortu XXI, pág. 79) podemos leer de la pluma de Freud que "El sentimiento de dicha provocado por la satisfacción de una pulsión silvestre, no domada por el yo, es incomparablemente más intenso que el obtenido a raíz de la saciedad de una pulsión enfrenada.

Aquí encuentra una explicación económica el carácter incoercible de los impulsos perversos, y acaso también el atractivo de lo prohibido como tal".

Así podemos captar cómo la satisfacción de la pulsión, es decir el goce, sólo se manifiesta ahí donde hay un organismo afectado por el lenguaje, y cabe recordar que la misma es lo indócil, lo indomesticable del sujeto.

**AASM** Asociación Ar de Salud Men

Ayacucho 234

Tel 4952-8930

E-mail:

administracion@aasaludmental.org

www.aasm.org.ar



Instituto argentino de terapeutas relacionales www.familiasyparejas.com.ar

BERUTI 4583 6º PISO - CP 1425 - CAPITAL - TEL/FAX: 4777-3719 / 4777-3251

info@familiasyparejas.com.ar / familiasyparejas@ciudad.com.ar

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

# Interacción de fluoxetina con el neuroesteroide alopregnanolona: implicaciones en su efecto antidepresivo

Juan Francisco Rodríguez Landa [A]

Rosa Isela García Ríos [B]

[A] Licenciado en Biología, Maestro en Neuroetología y Doctor en Psicología (Neurociencias de la conducta). Investigador del Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología, y catedrático de la Facultad de Química Farmacéutica Biológica y del postgrado en Neuroetología de la Universidad Veracruzana. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores. Veracruz, México. [jfrlanda@prodigy.net.mx](mailto:jfrlanda@prodigy.net.mx), [jfrlanda@yahoo.com](mailto:jfrlanda@yahoo.com)

[B] Químico Farmacéutico Biólogo, estudiante de la Maestría en Neuroetología, Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología, Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.

## INTRODUCCION

La fluoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) y uno de los antidepresivos que se prescriben con mayor frecuencia debido a su eficacia terapéutica y a sus escasos efectos colaterales. Por otro lado, la alopregnanolona es un metabolito areducido de la progesterona que puede ser sintetizado en el SNC y modificar la función neuronal a través del receptor GABAA<sup>5</sup>. En la investigación básica, utilizando a la rata como sujeto experimental, hemos encontrado que la administración de fluoxetina o alopregnanolona incrementa la tasa de disparo de las neuronas del septum lateral, una estructura límbica relacionada con la regulación del afecto y las emociones, lo cual coincide con el aumento de la motivación del animal a nivel experimental<sup>1,8</sup>. De manera interesante, cuando a las ratas se les administra fluoxetina incrementa la concentración cerebral de alopregnanolona, al igual que en los pacientes con depresión mayor tratados con fluoxetina. En los pacientes deprimidos, la administración de fluoxetina durante 8 a 10 semanas, incrementa la concentración de alopregnanolona en el líquido cefalorraquídeo, lo cual coincide con la reducción del puntaje de depresión en la escala de Hamilton<sup>18</sup>. En el presente trabajo revisaremos algunos de los datos que señalan que el incremento de alopregnanolona producido por la fluoxetina a nivel cerebral, podría jugar un papel importante en el efecto terapéutico de este fármaco en algunos trastornos del estado de ánimo asociados a los cambios hormonales en la mujer.

## INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA: FLUOXETINA

Entre los ISRS encontramos a la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina y el citalopram, que aunque pertenecen a familias



químicamente distintas tienen la capacidad de inhibir selectivamente la recaptura de serotonina (5HT). Las acciones de los ISRS se establecen a dos niveles, uno a nivel presináptico asociado con su efecto terapéutico, y otro a nivel postsináptico que al parecer participa en sus efectos secundarios a largo plazo<sup>15</sup>. De los ISRS, la fluoxetina es uno de los más utilizados en el tratamiento de la depresión, pero también de otros trastornos mentales como el obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, las conductas impulsivas agresivas, la fobia social, el desorden por estrés postraumático y el trastorno ansioso-depresivo<sup>6</sup>. Últimamente, también se utiliza en el tratamiento de las alteraciones emocionales que se presentan durante el síndrome premenstrual<sup>20</sup>.

En el paciente deprimido existe una deficiencia

relativa de 5HT y una hipersensibilidad de los receptores serotoninérgico a nivel pre y postsináptico. Los ISRS bloquean rápidamente la recaptura de 5HT, incrementando inicialmente la concentración extracelular de 5HT a nivel somatodendrítico. Estos cambios a largo plazo (2 a 3 semanas), desensibilizan a los autorreceptores serotoninérgicos somatodendríticos 5-HT<sub>1A</sub>, lo que permite la liberación de 5HT hacia la terminal axónica, aumentando su concentración en el espacio sináptico. Este mecanismo a largo plazo reestablece el funcionamiento serotoninérgico en el paciente deprimido, lo que explica la larga latencia para la aparición de los efectos terapéuticos de los ISRS y probablemente de los fármacos antidepressivos en general<sup>16</sup>.

Como mencionamos anteriormente, el meca-



**Psicólogos y Psiquiatras de Buenos Aires**  
-Asociación Civil-

**Psicoanálisis: Pasantías Rentadas 2008**  
**Iniciación a la Práctica Clínica**

- Derivación de pacientes
- Supervisiones
- Formación teórica
- Convenciones Clínicas
- Ateneos Clínicos
- Tutorías
- (Freud - Lacan)
- Cursos intensivos de verano

**Directores:**  
Alicia Díaz Farina - Hugo Pisanelli - Evangelina Grapas

**SEMINARIOS 2008**

- **"Comienzos y Finales de Análisis"**  
Lic. Vilma Cabrera
- **"Lo Inconciente como texto: la escritura"**  
Lic. Daniel Kordon
- **"Fundamentos de la Clínica"**  
Lic. Graciela Steinberg
- **"Clínica de las Patologías del Acto: las impulsiones"**  
Lic. Tova Shvartzman  
Lic. Perla Szturmak
- **"Los Duelos en la Clínica Psicoanalítica"**  
Lic. Beatriz Zaidenknop
- **"Transferencia y deseo del analista"**  
Lic. Clara Zylberstajn
- **"Síntoma y Fantasma"**  
Lic. Jorge Aisicoff
- **"Lo inconciente como texto: la escritura II"**  
Lic. Daniel Kordon
- **"La Dirección de la Cura"**  
Lic. Vilma Cabrera
- **"Introducción al psicoanálisis"**  
Lic. Marta Maiorano
- **"Grupo de estudio: Seminario 20"**  
Dr. Pablo Fridman
- **"De la demanda del Otro a la constitución del sujeto. Articulaciones Clínicas"**  
Lic. Ana Lia Schreiber
- **"Curso de Formación de Acompañamiento Terapéutico"**  
Lic. Sandra Pazos
- **"Variantes Clínicas del discurso Psicoanalítico"**  
Prof. Horacio Manfredi
- **"La Angustia y la Clínica Lacaniana"**  
Lic. Vilma Cabrera
- **"Psicoanálisis aplicado a la terapéutica"**  
Lic. Ursula Seibert
- **Dos "Soluciones": Fantasía y Síntoma"**  
Lic. Jorge Balmaceda
- **"Clínica con Niños"**  
Lic. Jorge Aisicoff
- **"Transferencia"**  
Lic. Silvia García Espil
- **"La Actualidad de la Angustia"**  
Lic. Marta Toppelberg
- **"Pulsión/Transferencia"**  
Lic. Daniel Kordon
- **"El deseo y su interpretación"**  
Lic. Marta Maiorano

**Condiciones de ingreso:** Graduados con título universitario Psicólogos o Médicos / Estudiantes avanzados con libreta universitaria / Entrevista de admisión

**INFORMES E INSCRIPCION:** [info@ppba.org.ar](mailto:info@ppba.org.ar) / 4826-9614 / [www.ppba.org.ar](http://www.ppba.org.ar)

nismo de acción de la fluoxetina se establece a largo plazo por acciones directas sobre el sistema serotoninérgico; sin embargo, en forma paralela y a largo plazo activa a otros sistemas de neurotransmisión como el dopaminérgico<sup>9,11</sup>, además de estimular la neuroesteroidogénesis en el SNC, donde incrementa la concentración cerebral de neuroesteroides como la pregnenolona y la alopregnanolona, que al parecer participa en el efecto terapéutico de la fluoxetina y otros ISRS<sup>7</sup>.

#### GENERALIDADES DEL NEUROESTEROIDE ALOPREGNANOLONA

La alopregnanolona es un metabolito reducido de la progesterona y es considerado uno de los neuroesteroides más potentes en el SNC. Ejerce sus acciones al modificar la función del sistema GABAérgico, a través del receptor GABAA. La alopregnanolona ejerce efectos antiestrés, anticonvulsivantes, ansiolíticos y antidepresivos a nivel experimental<sup>10,20</sup>. En este sentido, la administración de alopregnanolona en la rata y en el ratón produce un efecto semejante al de los antidepresivos clínicamente eficaces, como la fluoxetina, en la prueba de nado forzado, un modelo experimental para el estudio de la depresión y de las acciones de los antidepresivos<sup>3,8</sup>. Por otro lado, en el paciente deprimido tratado con ISRS aumenta la concentración de alopregnanolona en el líquido cefalorraquídeo, lo cual al parecer contribuye al efecto antidepresivo de este tipo de fármacos<sup>7</sup>.

#### INTERACCION ENTRE FLUOXETINA Y ALOPREGNANOLONA: ESTUDIOS EN EL SER HUMANO Y EN ANIMALES DE EXPERIMENTACION

En pacientes con depresión mayor se ha encontrado una reducción de la concentración de alopregnanolona en el líquido cefalorraquídeo (15 fmol/ml), con respecto a los valores de sujetos sin depresión (40 fmol/ml). De manera interesante, en los pacientes que recibieron un tratamiento con fluoxetina o fluvoxamina durante 8 a 10 semanas, se detecta un incremento de alopregnanolona en el líquido cefalorraquídeo lle-

gando a valores de normalidad, lo cual coincide con la reducción del puntaje de depresión en la escala de Hamilton<sup>14,18</sup>. Cabe señalar que en la rata, la administración de dosis inefectivas en el tratamiento de la depresión, pero que son utilizadas en el manejo del síndrome disfórico premenstrual, aumenta la concentración de alopregnanolona sin modificar la cantidad de 5HT extracelular<sup>7</sup>. De esta manera, el incremento de alopregnanolona en el líquido cefalorraquídeo bajo el tratamiento con fluoxetina, es suficiente para mediar las acciones ansiolíticas y antidisfóricas de los ISRS, probablemente a través de su modulación positiva del receptor GABAA<sup>5</sup>. Lo anterior explica de alguna manera el uso clínico de la fluoxetina en el tratamiento del síndrome disfórico premenstrual y de otros trastornos afectivos dependientes de hormonas<sup>10</sup>, puesto que en esos padecimientos existe una regulación a la baja del receptor GABAA como consecuencia de la falta de alopregnanolona a nivel cerebral. Por lo tanto, si los ISRS reestablecen la disponibilidad de alopregnanolona también reestablecerían la neurotransmisión GABAérgica a través de los receptores GABAA, reduciendo algunos de los síntomas de la ansiedad y la depresión. En efecto, la administración de fluoxetina o fluvoxamina, incrementa la densidad de los receptores GABAA en el cerebro de las ratas, en los cuales la progesterona y la alopregnanolona ejercen sus acciones<sup>15</sup>. La unión de alopregnanolona con el receptor GABAA aumenta la frecuencia y tiempo de apertura del canal iónico permitiendo un mayor flujo de iones Cl hacia el interior de la célula, lo que provoca la hiperpolarización de las neuronas postsinápticas y de esta manera se ejerce un efecto inhibitorio sobre la actividad neuronal<sup>5</sup>. Dicha acción de la alopregnanolona sobre el receptor GABAA permite su efecto ansiolítico y antidepresivo a nivel experimental<sup>12</sup>.

En apoyo a los hallazgos en el ser humano, en animales de experimentación la administración de ISRS incrementa la concentración de pregnenolona y alopregnanolona en plasma y en el líquido cefalorraquídeo<sup>7</sup>. Uzunov y colaboradores (1996)<sup>17</sup> demostraron que la administración aguda de fluoxetina (20 mg/kg) incrementa significativamente el contenido de



alopregnanolona en el cerebro de ratas macho adrenalectomizadas y castradas. Un dato que llama la atención es que el aumento de la alopregnanolona, producido por la administración de fluoxetina, se observa principalmente en estructuras límbicas como hipocampo, el cual tiene un alto contenido de receptores GABAA<sup>4</sup>, y en el que la microinyección de alopregnanolona ejerce un efecto parecido al de los antidepressivos a nivel experimental mediante acciones sobre el receptor GABAA<sup>13</sup>. En contraparte, en las ratas con bulbectomía olfatoria, un modelo validado para el estudio experimental de la depresión, se detecta una reducción significativa de alopregnanolona en la corteza cerebral, lo cual es revertido por el tratamiento durante tres semanas con fluoxetina, sertralina o velafaxina<sup>19</sup>. Lo relevante de este estudio es que el incremento de alopregnanolona a nivel cerebral coincide con la desaparición de los indicadores de un estado de desesperanza en el animal, en un tiempo equivalente al requerido para que los antidepressivos clínicamente eficaces ejerzan su efecto terapéutico en el ser humano<sup>19</sup>.

#### COMENTARIOS FINALES Y CONCLUSION

A pesar de que el mecanismo por el cual la fluoxetina incrementa la concentración de alopregnanolona no ha sido del todo establecido, existen algunos estudios que señalan que se establece a través de mecanismos sobre la síntesis de los neuroesteroides y no como un efecto secundario al incremento de la disponibilidad de 5HT a nivel cerebral. En este sentido, en animales tratados conjuntamente con fluoxetina y paraclorofenilalanina (un inhibidor de la síntesis de 5HT), no impide el incremento de alopregnanolona a nivel cerebral, a pesar de reducir la cantidad de 5HT extracelular<sup>17</sup>, lo que hace suponer que el aumento del neuroesteroide es causa de un efecto directo sobre los mecanismos de síntesis. En este sentido, las ratas con bulbectomía olfatoria tienen disminuida en un 50% la actividad de la enzima 5α-reductasa, que es la encargada de biotransformar a la progesterona en alopregnanolona, mientras que el tratamiento con fluoxetina

reestablece la función de esa enzima<sup>2</sup>. Algunos autores argumentan que el incremento de alopregnanolona y otros neuroesteroides, bajo el tratamiento con ISRS, se debe a la estimulación de la enzima 5α-reductasa, lo cual favorece la síntesis de alopregnanolona y por lo tanto su incremento a nivel cerebral<sup>7</sup>. Bajo estas consideraciones se sugiere que el término de ISRS podría ser sustituido por el de "estimulantes selectivos de la esteroidogénesis cerebral"<sup>7</sup>. Finalmente, concluimos que a pesar de que los mecanismos moleculares que rigen el incremento de las concentraciones de alopregnanolona bajo el tratamiento con fluoxetina y otros ISRS no son del todo conocidos, sí es consistente el hecho de que estos fármacos antidepressivos facilitan la síntesis de neuroesteroides como la alopregnanolona, lo que al parecer juega un papel importante en sus efectos antidepressivos. Lo anterior abre nuevos campos de investigación en el área de la psicofarmacología con la finalidad de desarrollar nuevas



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



## ESCUELA DE ESPECIALIZACIÓN Y POSGRADO

- ✦ CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON ADULTOS
- ✦ CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES
- ✦ CLÍNICA SISTÉMICA: PAREJA Y FAMILIA
- ✦ PSICOLOGÍA JURÍDICA
- ✦ PSICOLOGÍA EDUCACIONAL

**PSICOLOGÍA JURÍDICA:**  
**SEMINARIO OCTUBRE-  
NOVIEMBRE:**  
"Evaluación Psicodiagnóstica"  
Lic. Marisa S. Calabrese  
8 encuentros. Jueves de 18 a 21  
hs. Comienza 9 de octubre.

**Autoridades y Docentes:** María Teresa Almada -  
Claudia Bilotta - María Rosa D' Angelo - Esther De Castro -  
Viviana Espósito - Graciela Jolodenco-Susana Lentino -  
Ana María Lestón - Alicia López - Liliana Mauas -  
Marta Mosner - Marta Ríos - Lía Ruiz - Paula Sánchez Ayala -  
Gloria Seijo - Diego Timpanaro - Raquel Vargas -  
Susana Vivas.

**VIII JORNADA DE PERITOS  
VI JORNADA INTERDISCIPLINARIA**  
"Adolescencia hoy, cara y ceca de una época"  
Sábado 18 de octubre. 9.30 hs. Organiza Comisión Forense.

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

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

### INFORMES:

Tel Fax: 4257-3641 o Tel: 4224-2831  
.E-mail: [ecespecd12@speedy.com.ar](mailto:ecespecd12@speedy.com.ar)  
WEB: [www.districto12.colpsiba.org.ar](http://www.districto12.colpsiba.org.ar)

**JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS**  
"Familia y Discapacidad"  
Sábado 18 de octubre 9 hs.  
Organiza Comisión de Psicología de la Discapacidad.

alternativas terapéuticas para el manejo de la ansiedad y la depresión modulada por los neuroesteroides.

**Reconocimiento:** El presente trabajo fue realizado con apoyos otorgados, al primer autor, por la Secretaría de Educación Pública a través del PROMEP, Proyecto: 103.5/05/1955, UVER-PTC155. El segundo autor (RIGR) recibió una beca para estudios de postgrado por parte del CONACyT (Reg. 203280).

## BIBLIOGRAFIA

1. Contreras CM, Rodríguez Landa JF, Gutiérrez García AG, Bernal Morales B. The lowest effective dose of fluoxetine in the forced swim test significantly affects the firing rate of lateral septal neurons in the rat. *J Psychopharmacol* 2001; 15:231236.
2. Dong E, Matsumoto K, Uzunova V, Sugaya I, Takahata H, Nomura H, Watanabe H, Costa E, Guidotti A. Brain 5 $\alpha$ -dihydroprogesterone and allopregnanolone synthesis in a mouse model of protracted social isolation. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 98:2849–2854.
3. Khisti RT, Chopde CT, Janis SP. Antidepressantlike effect of the neurosteroid 3 $\alpha$ -hydroxy-5 $\alpha$ -pregnan-20-one in mice forced swim test. *Pharmacol Biochem Behav* 2000; 67:137143.
4. Marx CE, Shampine LJ, Khisti RT, Trost WT, Bradford DW, Grobin AC, Massing MW, Madison RD, Butterfield MI, Lieberman JA, Morrow L. Olanzapine and fluoxetine administration and coadministration increase rat hippocampal pregnenolone, allopregnanolone and peripheral deoxycorticosterone: implications for therapeutic actions. *Pharmacol Biochem Behav* 2006; 84(4):609617.
5. McEwen BS. Non genomic and genomic effects of steroids on neuronal activity. *TIPS* 1991; 12:141147.
6. Panzer MJ. Are SSRIs really more effective for anxious depression?. *Ann Clin Psychiat* 2005; 17(1):2329.
7. Pinna G, Costa E, Guidotti A. Fluoxetine and norfluoxetine stereospecifically and selectively increase brain neurosteroid content at doses that are inactive on 5HT reuptake. *Psychopharmacology* 2006; 186:362372.
8. Rodríguez Landa JF, Contreras CM, Bernal Morales B, Gutiérrez García AG, Saavedra M. Allopregnanolone reduces the immobility in the forced swimming test and increases firing rate of lateral septal neurons through actions on GABAA receptor in the rat. *J Psychopharmacol* 2007; 21(1):7684.
9. Rodríguez Landa JF, Contreras CM, Gutiérrez García AG, Bernal Morales B. Chronic, but not acute, clomipramine or fluoxetine treatment reduces firing rate of mesoaccumbens neurons of the rat. *Neuropsychobiology* 2003; 48(3):116123.
10. Rodríguez Landa JF, Contreras CM. Aportaciones de la investigación básica al estudio de la participación de los neuroesteroides en la depresión. En: Trimboli A, Fantin JC, Raggi S, Friedman P (Eds) *Encrucijadas Actuales en Salud Mental*. Buenos Aires: Akadia Editorial 2006:103106.
11. Rodríguez Landa JF, Gutiérrez García AG, Contreras CM. Implicación del núcleo accumbens y del sistema dopaminérgico en las acciones neurofarmacológicas de las terapias antidepressivas. *Psicología y Salud* 2001; 11(1):175186.
12. Rodríguez Landa JF. Implicación de los neuroesteroides en la ansiedad y la depresión: Estudios clínicos y experimentales. Libro conmemorativo del II Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. La Habana: SIP 2006:4453.
13. Rodríguez Landa JF, Contreras CM, Bautista Martínez FE, Saavedra M, Bernal Morales B, Lozano Hernández R. Antidepressantlike effect of a microinjection of allopregnanolone in the dorsal hippocampus and lateral septal nucleus in the rat: involvement of GABAA receptor. *Behav Pharmacol* 2005; 16 (Suppl 1):S45.
14. Romeo E, Strohle A, Spalletta G, di Michele F, Hermann B, Holsboer F, Pasini A, Rupprecht R. Effects of antidepressant treatment on neuroactive steroids in major depression. *Am J Psychiat* 1998; 155(7):910913.
15. Rupprecht R, Holsboer F. Neuropsychopharmacological properties of neuroactive steroids. *Steroids* 1999; 64(12):8391.
16. Stahl SM, Entsuah R, Rudolph RL. Comparative efficacy between venlafaxine and SSRIs: a pooled analysis of patients with depression. *Biol Psychiat* 2002; 52(12):11661174.
17. Uzunov DP, Cooper TB, Costa E, Guidotti A. Fluoxetineelicited changes in brain neurosteroid content measured by negative ion mass fragmentography. *Proc Natl Acad Sci USA* 1996; 93:599604.
18. Uzunova V, Sheline Y, Davis JM, Rasmusson A, Uzunov DP, Costa E, Guidotti A. Increase in the cerebrospinal fluid content of neurosteroids in patients with unipolar major. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998; 95(6):32393244.
19. Uzunova V, Wrynn AS, Kinnunen A, Ceci M, Kohler C, Uzunov DP. Chronic antidepressant reverse cerebrocortical allopregnanolone decline in olfactorybulbectomized rat. *Eur J Pharmacol* 2004; 486:3134.
20. van Broekhoven F, Verkes RJ. Neurosteroids in depression: a review. *Psychopharmacology (Berl)* 2003; 165(2):97110.

# El uso terapéutico de los fitoestrógenos en el climaterio y en la menopausia: estudios clínicos y experimentales

Juan Francisco  
Rodríguez Landa [A]

Jesús David Hernández  
Figueroa [B]

## INTRODUCCION

Durante el climaterio y la postmenopausia las mujeres manifiestan alteraciones en el funcionamiento de los sistemas reproductor, cardiovascular y óseo, así como cambios en el estado de ánimo que incluyen episodios de irritabilidad, depresión, ansiedad, comportamiento conflictivo, nerviosismo, alteraciones del sueño y sentimientos de inseguridad, palpitaciones excesivas, bochornos, temblor fino, sudoración y escalofríos, entre otros. Al parecer estos cambios se relacionan con las bajas concentraciones de hormonas esteroideas como el estradiol, la progesterona y sus metabolitos reducidos como la alopregnanolona (9,10). No obstante, también se han incluido factores psicosociales que en conjunto constituyen la causa de los trastornos del estado de ánimo en esta etapa del desarrollo biológico de la mujer.

Para el manejo del climaterio y la postmenopausia se utiliza la terapia de reemplazo hormonal, basada en el uso de estradiol, progesterona y algunos estrógenos sintéticos. Sin embargo, el tratamiento con estas sustancias puede producir efectos colaterales que limitan su uso prolongado, lo que lleva a la necesidad de realizar investigaciones encaminadas a encontrar sustancias que ejerzan efectos terapéuticos favorables con escasos efectos colaterales. Una alternativa podría encontrarse en las isoflavonas o fitoestrógenos, un grupo de sustancias de origen vegetal que ejercen una actividad estrogénica y que podrían ser utilizadas en el manejo de los trastornos que se presentan durante el climaterio y la postmenopausia. El objetivo de este trabajo es dar a conocer algunos de los efectos producidos por los fitoestrógenos sobre el estado de ánimo en el ser humano y en animales de experimentación que, de alguna manera, abren nuevas alternativas terapéuticas para el manejo de la ansiedad y la depresión durante el climaterio y la postmenopausia en la mujer.

[A] Licenciado en Biología, Maestro en Neuroetología y Doctor en Psicología (Neurociencias de la conducta). Investigador del Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología, y catedrático de la Facultad de Química Farmacéutica Biológica y del postgrado en Neuroetología de la Universidad Veracruzana. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores. POB 391, Xalapa 91001, Veracruz, México.  
[jfrlanda@prodigy.net.mx](mailto:jfrlanda@prodigy.net.mx),  
[jfrlanda@yahoo.com](mailto:jfrlanda@yahoo.com)

[B] Químico Farmacéutico Biólogo. Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología, Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.

## CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Los términos climaterio y menopausia se utilizan frecuentemente como sinónimos, sin embargo, la menopausia implica la última menstruación en condiciones fisiológicas normales y cuando han transcurrido al menos doce meses sin que se haya presentado sangrado vaginal; mientras que el climaterio comprende todos los cambios hormonales, fisiológicos y del estado de ánimo que se presentan alrededor de la menopausia, los cuales pueden durar varios años (Figura 1).

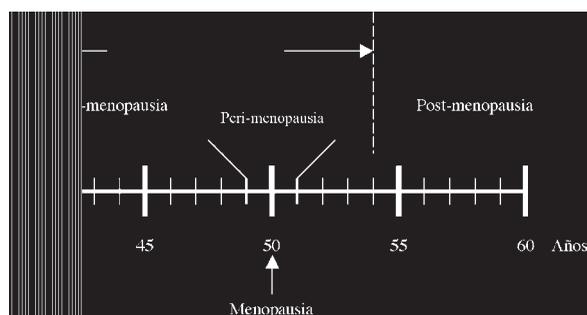


Figura 1. Esquema representativo de las fases que caracterizan a la etapa final del ciclo reproductivo en la mujer. Los años indicados son una aproximación para ejemplificar cada etapa, las cuales van a depender de diversos factores fisiológicos, sociales y ambientales de cada mujer.

Las etapas antes señaladas se caracterizan por la disfunción ovárica y la consecuente disminución prolongada de las concentraciones plasmáticas de estradiol y progesterona. En estas etapas la mujer experimenta una serie de signos y síntomas asociados a la declinación hormonal (11), que incluyen la amenorrea, los bochornos, la sudoración y la sequedad vaginal, así como una mayor incidencia de episodios de irritabilidad, ansiedad y depresión (9), además de otros padecimientos como la osteoporosis tipo I, debido a la falta de la regulación de los estrógenos sobre la remodelación ósea.

## EL REEMPLAZO HORMONAL Y LOS FITOESTROGENOS EN EL CLIMATERIO Y EN LA POSTMENOPAUSIA

En las mujeres climatéricas o con postmenopausia la terapia de reemplazo hormonal basada en el uso de estradiol, progesterona o sus metabolitos ejerce efectos positivos sobre el estado emocional; disminuye la irritabilidad, los rasgos depresivos y la ansiedad, así como los bochornos y el deterioro del sistema óseo. Al parecer estos efectos se deben al reestablecimiento de las concentraciones hormonales a nivel plasmático y cerebral (15). Sin embargo, a largo plazo pueden producir efectos colaterales que limitan su uso, lo que ha llevado a la necesidad de explorar otras sustancias, como los fitoestrógenos, como una posible alternativa para el manejo de los signos y síntomas que caracterizan estas etapas del ciclo reproductivo de la mujer.

Los fitoestrógenos son un grupo particular de flavonoides que tienen propiedades estrogénicas. Son compuestos no esteroideos, conjugados con una estructura difenólica que se encuentran en vegetales como la soja. Una característica particular es que remedan varias de las propiedades químicas y fisiológicas del estradiol. La daidzeína y la genisteína son dos fitoestrógenos que se encuentran en altas concentraciones en la soja, en un 35% al 60%, respectivamente, del total de las isoflavonas contenidas en la planta (3). Ambos fitoestrógenos han llamado la atención de la comunidad científica debido a sus efectos estrogénicos y sobre la función celular. La genisteína tiene mayor acción hormonal debido a que su anillo fenólico tiene mayor afinidad por los receptores estradiol que por los receptores (7) de una forma semejante al estradiol, lo cual sugiere que podría ejercer algunos efectos benéficos en el manejo del climaterio y la postmenopausia en la mujer.

## EFFECTOS TERAPEUTICOS DE LOS FITOESTROGENOS EN EL SER HUMANO

Algunos estudios en mujeres postmenopáusicas que consumen una dieta rica en fitoestrógenos reportan una disminución significativa



de los bochornos, sofocos, la sudoración nocturna y el nerviosismo excesivo (7), al igual que las mujeres climatéricas que complementan su dieta con harina de soja, quienes reportan una disminución de los bochornos después de 12 semanas del consumo diario (1,2). Los fitoestrógenos también tienen efecto sobre el sistema cardiovascular; el consumo de productos con alto contenido de fitoestrógenos, como la soja, disminuye el riesgo de padecer arteriosclerosis en mujeres postmenopáusicas, a través de la producción de lipoproteínas de alta densidad y la disminución de las lipoproteínas de baja densidad en el hígado, un efecto semejante al ejercido por el estradiol (12). Sin embargo, estas sustancias también pueden producir efectos adversos debido a que atraviesan la barrera hematoencefálica y existe el riesgo de desarro-

llar hipotiroidismo, bocio y adenocarcinomas tiroideos, debido a la disminución de la función de la tiroxina en el organismo (4).

#### EFFECTOS DE LOS FITOESTROGENOS EN ANIMALES DE EXPERIMENTACION

En animales de experimentación los fitoestrógenos tienen la capacidad de inhibir el crecimiento de células cancerosas, prevenir algunas alteraciones cardiovasculares, la osteoporosis, además de producir cambios en el estado ansioso del animal (7). En este último punto, en las ratas alimentadas con una dieta rica en soja, con alto contenido de genisteína y daidzeína, produce efectos ansiolíticos en modelos experimentales de ansiedad (7,8); sin embargo, otro



## ANUDAR Asociación Civil

**ACOMPañAMIENTO TERAPéUTICO ESPECIALIZADO EN PSICOPATOLOGÍA**

Asistencia, Enseñanza e Investigación en Salud Mental

Constitución 1738 – Ciudad Autónoma de Bs. As.

*Declarado de Interés Sanitario de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res. 114/2006).*



## Taller “Sábados Compartidos”

Orientado a: Participantes de todas las edades, quienes podrán compartir un sábado diferente.

Actividades: Plásticas, juegos grupales, proyección de películas, música y baile, lectura, escritura, ping pong, cerámica fría y muchas más.

Frecuencia: Quincenal

Horario: Sábados de 14 a 19 hs.

***La actividad se adecuará a la singularidad de cada participante***

#### Más información

[www.anudar-at.org.ar](http://www.anudar-at.org.ar) / [info@anudar-at.org.ar](mailto:info@anudar-at.org.ar)

Tel/fax: (011) 4305-5781

Joan Miró, “El jardín”

grupo de investigadores reportó que una dieta con alto contenido de genisteína y daidzeína, ejerce efectos ansiogénicos en la rata (6). Estas diferencias podrían deberse a las cantidades y a la combinación de los fitoestrógenos contenidos en la dieta, además de que los animales utilizados tenían sus gónadas intactas; por lo que pudo haber concentraciones anormalmente elevadas de hormonas esteroideas.

En un estudio reciente evaluamos el efecto de la genisteína en un modelo de postmenopausia quirúrgica en ratas de la cepa Wistar. En este estudio encontramos que diferentes dosis de genisteína (0.25, 0.5 y 1.0 mg/kg) incrementaron el tiempo de permanencia en el compartimiento iluminado en el modelo experimental de ansiedad BlancoNegro (Figura 2), además de incrementar el número de cruces y de asomadas al compartimiento iluminando, de una manera equiparable al diacepam, lo cual es interpretado como un efecto ansiolítico a nivel experimental. Hasta nuestro conocimiento, este es el primer hallazgo a nivel experimental de que la genisteína, administrada en ratas con "postmenopausia quirúrgica", ejerce un efecto semejante al del diacepam, un ansiolítico clínicamente eficaz.

#### EFFECTO ANSIOLOTICO DE LA GENISTEINA EN EL MODELO BLANCO NEGRO

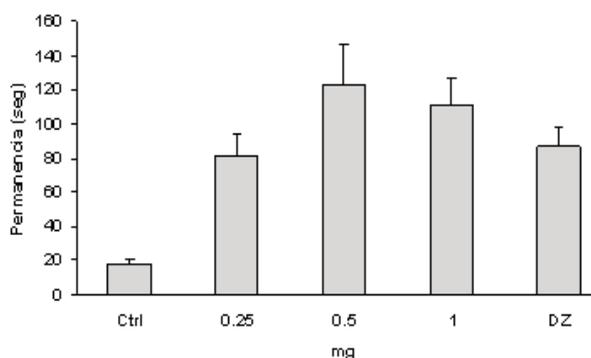


Figura 2. Tiempo de permanencia en el compartimiento iluminado en el modelo de ansiedad BlancoNegro. Las diferentes dosis de

genisteína o el diacepam incrementaron significativamente la permanencia de la rata en el compartimiento iluminado, con respecto al grupo control. \* $p < 0.05$  vs grupo control. ANOVA de una vía para grupos independientes, post hoc Dunnett. Ctrl= grupo control; DZ= grupo diacepam (1.0 mg/kg).

#### COMENTARIOS FINALES Y CONCLUSION

La genisteína y la daidzeína son dos fitoestrógenos con actividad estrogénica, por lo que se sugiere que podría ser de utilidad en el manejo de los síntomas del climaterio y la postmenopausia, sobre todo en lo relacionado con las alteraciones del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión. Sin embargo, las investigaciones enfocadas al estudio de los fitoestrógenos sobre el estado emocional del individuo son escasos y contradictorios, debido a que en animales intactos de la gónada los fitoestrógenos pueden producir efectos ansiogénicos o ansiolíticos, probablemente por un incremento anormal de las hormonas esteroideas. No obstante, nuestros estudios realizados en ratas sometidas a un modelo de postmenopausia quirúrgica (donde hay reducción de las concentraciones de hormonas esteroideas), la genisteína ejerce un efecto semejante al del diacepam en un modelo experimental de ansiedad. Lo anterior abre nuevas alternativas para el manejo terapéutico de la ansiedad y probablemente de la depresión durante el climaterio y la postmenopausia en la mujer; sin embargo, el camino aun es largo.

**Reconocimiento:** El presente trabajo fue realizado con apoyos otorgados, al primer autor, por la Secretaría de Educación Pública a través del PROMEP, Proyecto: 103.5/05/1955, UVER-PTC155. El segundo autor (JDHF) recibió una beca del programa de apoyo a alumnos de investigadores miembros del Sistema Nacional de Investigadores, por parte de la Universidad Veracruzana.

## BIBLIOGRAFIA

1. Albertazzi P, Ponsini F, Bonaccorsi G, Zanotti L, Forini E, De Aloysio D. The effect of dietary soy supplementation on hot flushes. *Obstet Gynecol* 1998; 1:611.
2. Brzezinski A, Adlercreutz H, Shaoul R. Short term effects of phytoestrogen rich diet on postmenopausal women. *Menopause* 1997; 4:8994.
3. Cassidy A, Hanley B, LamuelaRaventos RM. Isoflavones, lignans and stilbenes origins, metabolism and potential importance to human health. *J Sci food Agr* 2000; 80:10441062.
4. Flynn KM, Ferguson SA, Delclos KB, Newbold RR. Multigenerational exposure to dietary genistein has no severe effects on nursing behavior in rats. *Neurotoxicology* 2000; 21(6): 9971001.
5. Freeman EW, Purdy RH, Coutifaris C, Rickels K, Paul SM. Anxiolytic metabolites of progesterone: correlation with mood and performance measure following oral progesterone administration to healthy females volunteers. *Neuroendocrinology* 1993; 58: 47884.
6. Hartley DE, Edwards JE, Spiller CE, Alom N, Tucci S, Seth P, Forsling ML, File SE. The soya isoflavone content of rat diet can increase anxiety and stress hormone release in the male rat. *Psychopharmacology* 2003; 167:46-53.
7. Lephart ED, West TW, Weber KS, Rhees RW, Setchell KDR, Adlercreutz H, Lund TD. Neurobehavioral effects of dietary soy phytoestrogens. *Neurotoxicol Teratol* 2002; 24:516.
8. Lephart ED, Setchell KD, Handa RJ, Lund TD. Behavioral effects of endocrinedisrupting substances: phytoestrogens. *ILAR J* 2004; 45(4):443454.
9. Rodríguez Landa JF, Contreras CM. Aportación de la investigación básica al estudio de la participación de los neuroesteroides en la depresión. En: Trimboli A, Fantin JC, Raggi S, Friedman P. (eds). *Encrucijadas Actuales en Salud Mental*. Buenos Aires: Akadia editorial 2006; 103106.
10. Rodríguez Landa JF. Implicación de los neuroesteroides en la ansiedad y la depresión: Estudios clínicos y experimentales. Libro conmemorativo del II Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. La Habana: SIP 2006; 4453.
11. Semmens JP, Wagner G. Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women. *JAMA* 1982; 248:445448.
12. van der Schouw YT, de Kleijn MJ, Peeters PH, Grobbee DE. Phytoestrogen and cardiovascular disease risk. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2000; 10:15467.

# CURSOS DE LA AASM

## INFORMES E INSCRIPCION

Lugar: Ayacucho 234 -  
Ciudad de Buenos Aires  
Tel/ fax: (5411) 4952-1923 / 8930  
(lunes a viernes de 13 a 19 hs.)  
E-mail: [administracion@aasaludmental.org](mailto:administracion@aasaludmental.org)  
[www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar)



## CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 20 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 15 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 10 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

Aclaración: Para los miembros extranjeros residentes en el exterior el valor de la cuota es en dólares. Consultar por bonificaciones por pagos trimestrales, semestrales o anuales anticipados.

Los miembros de la AASM cuentan con descuentos significativos en las actividades organizadas por la asociación (cursos, congresos, jornadas).

Los miembros de la AASM aparecen en el Róster (cartilla) que se encuentra en nuestra página web con los datos profesionales de cada uno.

Además, los miembros tienen la posibilidad de incorporarse y participar del capítulo que sea de su interés.

Los miembros titulares pueden proponer la fundación de un nuevo capítulo si creen que la temática así lo justifica. La propuesta será evaluada por la Comisión Directiva. Los miembros de las diferentes zonas del Gran Buenos Aires, del interior del país o argentinos residentes en el exterior, pueden solicitar la fundación de filiales o representaciones de la AASM.

Los miembros que se desempeñen en los diferentes establecimientos públicos o privados del país, podrán solicitar la fundación de una filial y actuar como representantes de ese grupo de profesionales ante la AASM.

Para solicitar la fundación de filiales, se deberá conformar una Comisión Directiva con: un presidente, un vicepresidente, un secretario científico y por lo menos un vocal, hasta un máximo de tres. La misma se regirá por el estatuto de la AASM.

## INFORMES

### AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

E-mail: [administracion@asaludmental.org](mailto:administracion@asaludmental.org) - [www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar)



**moebius**  
difusión psi

**MOEBIUS DIFUSIÓN se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con la salud mental y la cultura en general: congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi. Contamos con la lista mas grande de e-mails de profesionales e instituciones psi Argentinas y del Mundo. Si desea difundir un evento o actividad psi, contáctese con nosotros a:**

**[info@moebiusdifusion.com](mailto:info@moebiusdifusion.com)**

# RECIBA DOS CONGRESOS EN SU DOMICILIO



Estos libros incluyen más de 600 trabajos seleccionados aceptados para participar del **II y III Congreso Argentino de Salud Mental**, realizados en el año 2007 y 2008 en el Hotel Panamericano de Buenos Aires y organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Esta obra, será sin ninguna duda, un manual de consulta indispensable en la que se incluyen los más variados temas relacionados con la Salud Mental. Los mismos son de gran nivel científico y sus autores provienen de universidades, hospitales, instituciones y organismos de varias provincias argentinas, de América Latina, España e Israel, entre otros.

**Oferta!**

**\$115.-**

**Socios AASM 10% de Descuento**

#### FORMAS DE PAGO:

Tarjeta de débito - Tarjeta de crédito  
Además, para Argentina puede pagarse con tarjeta de crédito en:

**3 CUOTAS SIN INTERÉS**

CONSULTAR POR PLANES DE 6 Y 12 PAGOS

#### INFORMES Y VENTA:

AASM. Ayacucho 234 - Tel 4952-8930 E-mail: [www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar) - [administracion@org.ar](mailto:administracion@org.ar)

**LOS PRECIOS NO INCLUYEN GASTOS DE ENVIO**

# 11

# as

JORNADAS DE  
PSICOPATOLOGIA  
Y SALUD MENTAL

## "El Estado de Crisis: Perspectivas Clínicas e Institucionales"

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE  
BUENOS AIRES

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS  
"DR. T. ALVAREZ"

DIVISION SALUD MENTAL

Comité de Docencia e Investigación  
División Salud Mental

Hospital Asociado a la Facultad  
de Psicología UBA

Hospital Asociado a la Facultad  
de Medicina UBA

**23 | 24**  
de octubre de 2008

### INFORMACION GENERAL

#### ARANCEL DE COLABORACION

Profesionales en general:	\$ 30
Profesionales concurrentes y estudiantes:	\$ 20
Durante las jornadas todos:	\$ 30

#### INSCRIPCION, INFORMES Y PRESENTACION DE TRABAJOS

Secretaria de la División Salud Mental del Hospital  
General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez

Aranguren 2701, Pabellón I, P. Baja  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

TE: 0054-11-4611-6666 Internos: 2987, 2986, 2195

#### SECRETARIAS

Sra. Lidia Filippo Sra. Ana Diamandidi



[www.psicoolvarez.org](http://www.psicoolvarez.org)  
[info@psicoolvarez.org](mailto:info@psicoolvarez.org)

Para recibir la Revista Conexiones en su domicilio o lugar de trabajo, deberá suscribirse enviando un mail a [administración@aasm.org.ar](mailto:administración@aasm.org.ar) consignando:

- Nombre y apellido
- Domicilio
- Mail
- Teléfono

(si desea que la revista llegue a su lugar de trabajo, consignar nombre de la institución)

La revista es gratuita, solo se deberá abonar un costo de envío de: \$4,50 C/U o \$18 los cuatro números del año. (Para el exterior los precios son U\$S 6 o U\$S 24)



## 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.

Hipnótico no benzodiazepínico de rápida absorción

**NUEVO**

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

# 8horas<sup>®</sup>

Eszopiclona

*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:**

Envases conteniendo  
30 comp. recubiertos

**8horas 2 mg:**

Envases conteniendo  
10 y 30 comp. recubiertos

Para mayor información  
llámenos al: 0800 999 2495  
o visite nuestro sitio web:  
[www.elea.com](http://www.elea.com)



**ELEA**  
NEUROCIENCIAS  
*Un paso adelante*