



CONEXIONES

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

Año 9 N° 28 Agosto de 2013
DISTRIBUCION GRATUITA



Los antidepresivos y el efecto placebo • Una oferta de espacio-tiempo
• El destino limítrofe de la personalidad borderline en la psiquiatría actual
• Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo
• Neuroimagen funcional en catatonía • Trastorno mental y maternidad.
Reflexiones desde la Bioética • La (atención de la) crisis en la formación

COMISION DIRECTIVA

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

COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: Beatriz Kennel

VOCAL TITULAR: Jerónimo Grondona

VOCAL SUPLENTE: Fabio Celnikier

Miembros de Honor

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

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,
 Marachian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena,
 Calónico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron M. Belen, Bibotta Roberto, Busquets Macarena,
 Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Díaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario,
 Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ersilia, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario,
 García Mª Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutiérrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines,
 Morazzani Ivan D., Naddeo Silvana E., Nisembaum Adriana, Olivera Patricia B., Pontiggia Susana,
 Rodríguez O Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo B.,
 Saucedo Rose M., Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana,
 Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene R., Villa Nora, Zirulnik Jorge*

Delegación Mendoza

PRESIDENTA: Miriam Aparicio

VICEPRESIDENTA: Nancy Caballero

SECRETARIA: Jimena Aguirre

Área Administrativa

Jorgelina Catenacci (coordinación)

Capítulos**PRESIDENTES DE CAPÍTULOS**

COORDINACIÓN GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: JUAN CARLOS FANTIN

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS

BIOÉTICA

PRESIDENTE: SANTIAGO MAFFIA BIZZOZERO

CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y PROBLEMÁTICAS ACTUALES

PRESIDENTE: ALBERTO TRIMBOLI

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: ANAHÍ REBAGLIATI

CONFLICTO VINCULAR: ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: GABRIEL CASTELLO

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN

PRESIDENTE: HÉCTOR CASAL

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

PRESIDENTE: GUSTAVO F. BERTRAN

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

ESPECIALIDADES MÉDICAS: INTERCONSULTA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALFREDO ESPINOSA

FAMILIA, PAREJA Y GRUPO

PRESIDENTE: SILVIA SINGER

INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: NORMA FANTINI

LOS SÍNTOMAS Y LA ÉPOCA

PRESIDENTE: MÓNICA CHAMA

MEDICINA, SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: FRANCISCO ALEJANDRO SAYDMAN

MOOBING Y SOCIEDAD

PRESIDENTE: ADRIANA BRESLIN

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: SUSANA E. QUIROGA

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVANA NADDEO

PSICOANÁLISIS Y CINE: REFERENCIAS APLICADAS DEL PSICOANÁLISIS AL SÉPTIMO ARTE

PRESIDENTE: CARLOS GUSTAVO MOTTA

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOONCOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA CHAB

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: GUSTAVO NAHMUD

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: DIEGO FEDER

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

REHABILITACIÓN - REINSECCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

PRESIDENTE: CLAUDIA RODRIGUEZ

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

SALUD MENTAL COMUNITARIA Y DIVERSIDAD CULTURAL

PRESIDENTE: JULIÁN ZAPATEL

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: NOIDA GALLAGHER

SALUD MENTAL Y ESPIRITUALIDAD

PRESIDENTE: RAQUEL BIANCHI

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENÉ UGARTE

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

SUICIDIO: PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS, CLÍNICAS Y SOCIALES

PRESIDENTE: DIANA ALTAVILLA

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD

PRESIDENTE: MÁXIMO RAVENNA

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS

VIOLENCIA

PRESIDENTE: SUSANA PONTIGGIA

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Ariel Falcoff

COMITE EDITORIAL

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

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschán (†)

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

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

Ayacucho 234 (1025)

Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Teléfono: (54 11) 4952-1923

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

 **diseño carlos de pasquale**
 4697-4934

Contenido

- 5** Los antidepresivos y el efecto placebo
 Miguel Márquez
- 9** Una oferta de espacio-tiempo
 Gustavo Fernando Bertran
- 12** El destino limítrofe de la personalidad borderline en la psiquiatría actual
 Gerardo Spatola
- 19** Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo
 Anabel Arias, Emilia Oroño, José Clementi
- 24** Neuroimagen funcional en catatonía
 María Cecilia Colombo, Leandro Nicolás Grendas, Demián Emanuel Rodante
- 30** Trastorno mental y maternidad. Reflexiones desde la Bioética
 Rocío Sánchez Castillo, Maitén Toledo, Nilva Vidal
- 34** La (atención de la) crisis en la formación
 Victoria Mancini, Luciano Rodríguez Costa



**"La voix du sang",
 1948 (50 x 60 cm,
 óleo sobre lienzo)**

AASM | Asociación Argentina
de Salud Mental



WORLD FEDERATION
FOR MENTAL HEALTH



8° CONGRESO ARGENTINO DE SALUD MENTAL

BUENOS AIRES. 27, 28 y 29 de agosto de 2014

PANAMERICANO HOTEL & RESORT

Los antidepresivos y el efecto placebo

Miguel Márquez*

*“The passions of the mind
had a wonderful and powerful influence upon
the state and disorder of the body”.*
(Haygart - 1801)

El efecto placebo

Los psicofármacos son herramientas de probada eficacia terapéutica y sus efectos son el resultado de la acción de distintos ingredientes, algunos específicos y otros inespecíficos. Los mejores resultados se obtienen cuando un fármaco eficaz se administra en un entorno caracterizado por el desarrollo de una adecuada interacción terapéutica, en la que el paciente tenga la posibilidad de transmitir sus pensamientos y sentimientos al profesional al que, por otra parte, perciba como competente. Es sabido que ***cuando estos ingredientes terapéuticos no específicos que tradicionalmente se consideran como placebos faltan, los fármacos son menos efectivos.***

Entre el 5% y el 65% de los pacientes de ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA) tienen mejorías clínicamente significativas asociadas al efecto placebo, y ello es especialmente notable en los protocolos con fármacos antidepresivos. El hecho de que las tasas de respuesta al placebo en grupos de pacientes con trastornos depresivos mayores varían del 25% al 60% constituye un verdadero problema cuando se intenta determinar la eficacia de una nueva droga. Esta realidad se ha pretendido explicar por la presencia de sesgos cognitivo/emocionales en el pa-

ciente y por los efectos de la historia natural de la enfermedad, la que puede remitir espontáneamente o cursar con severidad variable sin intervención médica, pero esas explicaciones no parecen ser suficientes. Y ***el incremento de “malos resultados” en los ensayos clínicos con antidepresivos, en los que los efectos de la droga activa no se diferencian significativamente de los del placebo, ha conducido a la afirmación de que los antidepresivos no tienen beneficios clínicos significativos.*** ¿Será esto cierto? Y si no lo es, ¿por qué ha disminuido la diferencia entre antidepresivos y placebo en los ensayos clínicos durante las últimas tres décadas?

Esas preguntas aún no tienen respuestas, tal vez debido al reduccionismo biológico del que muchas veces pecan las neurociencias como consecuencia de la exportación del marco conceptual neurobiológico a la clínica, sin la inclusión de los componentes psicosociales que las explicaciones requieren en la Psiquiatría.

La historia del efecto placebo

Para muchos la historia del placebo comenzó con Henry Beecher, un médico anestesiólogo de las tropas aliadas en Italia durante la Segunda Guerra

* Médico Psiquiatra (UBA)
Director de ADINEU (Asistencia, Docencia e Investigación en Neurociencia)

Mundial. Por ese tiempo los recursos escaseaban y Beecher, no sin sorpresa, advirtió que una inyección de solución fisiológica que, piadosamente, la enfermera aplicaba a los soldados heridos y doloridos cuando se acababa la morfina no sólo aliviaba su agonía sino que, lo más importante, prevenía la aparición del shock por dolor.

Al regresar a los Estados Unidos e inspirado por las acciones curativas de la enfermera, realizó experiencias con nuevos medicamentos, comparando a los sujetos experimentales con un grupo que recibió un placebo. En un artículo de 1955 titulado "El Poderoso Placebo", publicado en el *Journal of American Medical Association*, Beecher describió cómo el efecto placebo había influido en los resultados de más de una docena de ensayos, provocando mejorías que se atribuían erróneamente a los fármacos que se estaban probando. Él demostró, además, que los voluntarios del ensayo que recibieron medicación real también estaban sujetos a los efectos del placebo, y que sólo restando la mejora de un grupo de control con placebo se puede calcular el valor real de la droga.

El artículo causó sensación y en 1962, luego de la tragedia ocasionada por la talidomida, el Congreso de los Estados Unidos enmendó la Ley de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos. Una de esas enmiendas incorporó pruebas para dar una mayor seguridad a los fármacos que pasaban a la etapa de comercialización; otra estableció la obligatoriedad de los grupos de control con placebo en los ensayos clínicos de nuevas drogas.

Los voluntarios se asignaban al azar para recibir ya sea el medicamento o una píldora inerte; ni el médico ni el paciente conocerían la diferencia hasta que el ensayo hubiera terminado. El RCT (ensayo clínico aleatorizado, ECA, doble ciego de Beecher, placebo-controlado) fue consagrado como el estándar de oro de la emergente industria farmacéutica. Aunque en su afán de promover su plantilla para los ensayos clínicos Beecher se extralimitó y describió el efecto placebo en la curación de enfermedades tales como el resfrío común (esos que curan en una semana con mé-

dico y en siete días sin médico), el hecho cierto de que cápsulas ficticias puedan poner en marcha el motor de la recuperación del cuerpo se convirtió en un problema para la industria farmacéutica, *especialmente en el caso de trastornos que están íntimamente relacionados con las funciones cerebrales superiores.*

Otro comienzo

Sin embargo, para muchos, el estudio científico del efecto placebo se inició en 1978, cuando se demostró que la analgesia placebo podría ser bloqueada por la naloxona. La naloxona es un antagonista puro de los opiáceos, sin ninguna actividad agonista, que inhibe competitivamente la acción de la morfina en los sitios receptores mu, delta y kappa, y revierte la analgesia producida por opiáceos. Ese hallazgo fue revolucionario, ya que indicaba *la participación del sistema opioide endógeno, el mismo que genera analgesia farmacológica "real", en la producción de los efectos analgésicos inducidos por el placebo.* En la primera experiencia se administraron morfina, naloxona y placebo a pacientes quirúrgicos con la expectativa de que el dolor mejorara o empeorara. Como era obvio, la morfina generó analgesia mientras la naloxona se asoció con hiperalgesia, demostrando que el estrés y/o el dolor asociado con el procedimiento quirúrgico inducían la liberación de opioides endógenos por sí mismos. La administración de placebo, por su parte, produjo una significativa reducción del nivel del dolor en el 39% de los sujetos. Pero lo más llamativo es que *el efecto placebo fue completamente antagonizado por la naloxona.*

Fármaco y placebo: ¿proceso único o procesos independientes?

Algunos autores propusieron que los cambios funcionales del cerebro que ocurren en el curso del tratamiento se podrían relacionar con procesos cognitivos de expectativa, ligados a las esperan-

zas del paciente en la respuesta clínica posterior, diferentes a los procesos inducidos por los psicofármacos.

Pero otros investigadores comprobaron que en grupos de pacientes respondedores a la droga activa o al placebo (pero no los no respondedores) tenían incrementos metabólicos precoces en el estriado ventral y en la corteza prefrontal orbitaria los que, llamativamente, generaron modificaciones neurobiológicas parecidas tanto en quienes respondían a la droga activa como en los que respondían al placebo.

Estas cuestiones son más complejas de lo que inicialmente parecían, y plantean el interrogante de si las respuestas a la droga y al placebo son del mismo tipo o independientes. Si son independientes, ambas podrían ocurrir en el mismo paciente y el inicio de la mejoría podría atribuirse al placebo, mientras que la posterior sería debida a un efecto neurofisiológico de la “verdadera droga” que sostiene la respuesta. Incluso si el fármaco y el efecto placebo son independientes, una cierta mejora dependiente del fármaco puede ser atribuible a los efectos del placebo.

Pero más allá de eso la pregunta esencial es otra: habiéndose probado una neurobiología del efecto placebo, ¿cómo es que ésta se ha construido? *¿Cómo ha hecho nuestro cerebro para que sus mecanismos neurobiológicos sean respondedores a pastillas de azúcar o inyecciones de agua con sal?*

Las cogniciones de expectativa

Son conocidos desde hace mucho tiempo distintos sesgos cognitivos que generan “efectos placebo”. Estos procesos, que se asocian con las expectativas de la eficacia del tratamiento y la obtención de una recuperación, se asocian con la movilización de mecanismos internos que pueden provocar una respuesta fisiológica objetivamente observable, y son hoy la explicación más aceptada que se da al efecto placebo. Uno de ellos es el **efecto halo**, que hace referencia a un sesgo cognitivo por el cual la percepción de un ras-

go particular es influenciada por la percepción de rasgos anteriores en una secuencia de interpretaciones.

Por otra parte, el **efecto Hawthorne** describe los cambios que genera una variable cuando se manipula *con conocimiento* de los actores. Los sujetos cambian automáticamente su comportamiento *al ser conscientes de que están bajo observación y cuando se sienten importantes al ser considerados*. Pero es evidente que estos, y otros, sesgos cognitivos no son suficientes como para explicar la génesis del efecto placebo y, sobre todo, su progresivo incremento a través del tiempo.

Una alternativa de explicación: el estado social

El ser humano actual es un organismo cuyo comportamiento se transmite socialmente, lo que explica que pueda cambiarlo muy rápidamente. Esta modalidad de cambio ha suplantado prácticamente la evolución de caracteres genéticamente determinada, típica de la selección natural. La *transmisión cultural* es clave y la humanidad ensaya y adopta todo el tiempo formas de comportamiento de transmisión no genética.

En animales de vida corta los ensayos de aprendizaje de este tipo son francamente peligrosos y tienen poco peso en su bagaje conductual. Pero para un organismo como el humano, que puede permitirse por un lado largos procesos de aprender y por el otro la transmisión social de esos aprendizajes, la capacidad de modificar culturalmente las pautas comportamentales le da una posibilidad de evolucionar que es cualitativamente diferente.

La transmisión social se apoya en procesos de *innovación e imitación*, y eso permite que los cambios se produzcan en el corto lapso de una sola generación. Para esto es necesario el poderoso desarrollo y el uso intensivo de las funciones de *simulación*, que es lo que parece generar las propiedades únicas del cerebro humano; el alto desarrollo de esta facultad en el hombre es el resultado de la evolución de *su enorme capacidad*

de representación y del logro de previsiones exactas, las que luego son confirmadas por la experiencia. Como un instrumento de anticipación, enriqueciéndose sin cesar con los resultados de sus propias experiencias, la simulación es el instrumento del descubrimiento, de la creación y de la revelación.

Los individuos son capaces de tener una necesidad nueva, de adoptar un comportamiento nuevo o de incorporar una creencia nueva. Estas innovaciones actúan complementariamente con la imitación y generan *un estado social*, que hace que el hombre social cuente casi siempre con ideas y comportamientos socialmente sugeridos, aunque los crea propios y espontáneos.

Un estado social particular: el efecto placebo

Desde la época de las sociedades primitivas los actos médicos, con sus ingredientes específicos e inespecíficos, generaban efectos beneficiosos a las personas sufrientes. Eso construyó un *estado social* que permitió la instalación, en el sistema nervioso central de todos los seres humanos, de mecanismos que generaron lo que podría llamarse un efecto de curación subjetiva, el que se fue confirmando a medida que el tiempo demostraba la eficacia de los actos médicos y sus distintos ingredientes: esto es, el efecto placebo. Por lo tanto *el efecto placebo y sus mecanismos neurobiológicos serían muy anteriores a la aparición de los primeros fármacos eficaces y tendrían su origen en un estado social* en el que participaron la simulación, la innovación y la imitación. En la modernidad ambos, el efecto placebo y sus mecanismos neurobiológicos, se integraron a los efectos químicos “verdaderos” de los medicamentos eficaces, *especialmente a aquellos que actúan mediados por procesos que se desarrollan en el sistema nervioso central* (analgésicos, psicofármacos...).

Desde su aparición, a mediados del siglo XX, los psicofármacos revolucionaron a la sociedad. Las enfermedades psiquiátricas que generaban un

monto insoportable de sufrimiento a millones de seres humanos tenían, por primera vez, un tratamiento farmacológico efectivo, entre cuyos mecanismos de acción se incluyeron los del efecto placebo, existente desde tiempos inmemoriales pero “descubierto” para la ciencia a partir de mediados del siglo pasado.

Conclusiones

De la misma manera que *“...el misterio de la fe es el misterio de la transmisión social de la fe”*, el misterio del efecto placebo es el misterio de la transmisión social de los beneficios del acto médico desde tiempos inmemoriales, al que se incorporó, cuando la farmacología empezó a aportar drogas efectivas, el del efecto biológico específico de los medicamentos.

No es que el efecto placebo apareció con la farmacoterapia (del tipo que sea) y se adicionó a los efectos que produjeron los antidepresivos, sino que los mecanismos de acción de los psicofármacos (o los analgésicos o, me animaría a decir, de todas las drogas que suponen la participación del sistema nervioso central) incluyeron, desde un comienzo, los procesos neurobiológicos que se encontraban por debajo de los “efectos placebo”. Estos son fruto de un *estado social* que los generó y que preexistía a la existencia misma de los medicamentos. Esto significa afirmar que los mecanismos “placebo” cerebrales, opioides en la analgesia o de hiperactivación cortical junto con hipoactivación límbica-paralímbica en la depresión, preexistieron a la morfina y a los antidepresivos, respectivamente.

Lejos de indicar la ineffectividad de los antidepresivos, el efecto placebo que representa anticipadamente una mejoría, que la predice primero y la confirma después, y que, insisto, es muy anterior a la existencia y al efecto de los fármacos sobre el sistema nervioso central, sólo pudo haberse sostenido y aun aumentado considerablemente como lo ha hecho en los últimos tiempos, *sobre la base de la confirmación de su eficacia tera-*

péutica, es decir, sobre la base de un efecto clínico significativo sobre la enfermedad depresiva.

De esa manera es posible entender cómo los antidepressivos construyeron, socialmente, su pro-

pio fantasma (un efecto placebo cada vez más notable) y generaron un desafío para la investigación de nuevas moléculas, las que deberán ser cada vez más efectivas.

Bibliografía

- Levine, J. D., Gordon, N. C., & Fields, H. (1978). *The mechanism of placebo analgesia*. *Lancet*, 2, 654-657.
 - Levine, J. D., & Gordon, N. C. (1984). *Influence of the method of drug administration on analgesic response*. *Nature*, 312, 755-756.
 - Levine, J. D., Gordon, N. C., Smith, R., et al. (1981). *Analgesic responses to morphine and placebo in individuals with postoperative pain*. *Pain*, 10, 379-389.
 - Rickels, K., Case, W. G., Werblowsky, J., Casanalsi, I., Schless, A., Weise, C. C.: *Amoxapine and imipramine in the treatment of depressed outpatients: a controlled study*. *Am. J. Psychiatry* 1981; 138:20-24.
 - Tarde, G. (1921). *Les lois de l'imitation*. Alcan. Paris.
-

Una oferta de espacio-tiempo¹

Gustavo Fernando Bertran *

Somos sujetos del espacio-tiempo.

A quien no es matemático lo sobrecoge un misterioso escalofrío cuando oye hablar de objetos "cuatridimensionales" como si se tratara de conceptos ocultos. Y, sin embargo, no hay afirmación más trivial que decir que nuestro mundo es un espacio-tiempo continuo cuatridimensional.

A. EINSTEIN

Introducción

El presente trabajo se podrá entender como un continuo borromeano con el trabajo publicado

en el primer libro de hospital de día² *"Geometría, lógica y estructura del cronograma de actividades en el dispositivo de hospital de día vespertino"*. Para situar cómo el dispositivo de hospital de día pue-

1 Título propuesto en el capítulo *"Dispositivo de hospital de día en salud mental, temporalidad de la psicosis"*. Asociación Argentina de Salud Mental.

2 *"Hospital de Día, particularidades de la clínica, temas y dilemas"*. Editorial Minerva. Año 2004. Pág. 233.

* *Psicoanalista. Psicólogo Clínico. Lic. en Psicología (UBA). Fundador y Coordinador del Hospital de Día Vespertino, División de Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos "Dr. T. Álvarez". Miembro fundador, comisión directiva y Secretario Científico de la Asociación Argentina de Salud Mental. Presidente del Capítulo "Hospital de Día: Temporalidad en la Psicosis" AASM. Jefe de Trabajos Prácticos, Práctica Hospitalaria: Hospital de Día y Problemáticas Clínicas Contemporáneas, Facultad de Psicología, UBA. Fundador de la Editorial Minerva y compilador de la serie "Hospital de Día". Presidente de la Asociación de Profesionales Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Álvarez (GCBA). Co-fundador y coordinador de la primera Unidad Docente Hospitalaria (UDH), Hospital Gral. de Agudos "Dr. T. Álvarez" y la Facultad de Psicología (UBA).*

de ser una oferta de espacio-tiempo, tendremos que acudir a la física contemporánea (el psicoanálisis ha tomado de otros saberes para dar una explicación del aparato psíquico). En este caso tomaremos la física de Albert Einstein, *teoría de la relatividad*, e Ilya Prigoyine, con *la teoría del caos*. Para nosotros, el psicoanálisis y la física es una vía regia para conceptualizar la importancia de la construcción del espacio-tiempo que el sujeto necesita para existir. Y la psicosis nos muestra de manera radical las rupturas de estas coordenadas, con su consecuente padecimiento. Por último, y sin pensar que existe una “clínica del espacio-tiempo”, intentaremos dar cuenta de los efectos en nuestra praxis, en el dispositivo hospital de día vespertino, de esta conceptualización, que su flecha apunta a ofertar un tiempo-espacio en donde no lo hay. En donde hace falta tiempo.

(...)

El espacio-tiempo del psicoanálisis

Tempranamente el psicoanálisis se ocupó de la cuestión del tiempo-espacio. Los conceptos de compulsión de repetición, síntoma, olvido, atemporalidad del inconsciente, tiempo del sueño, entre otros, sitúan la problemática del tiempo en la teoría psicoanalítica, así como en su práctica: la duración de las entrevistas preliminares, la duración de cada sesión, el tiempo de un análisis, el tiempo de una interpretación y una elaboración. Tiempos de análisis, tiempos secuenciales de la apertura y cierre del inconsciente, en cuya pulsación se contornea el objeto por medio del acto analítico. La escansión, el silencio, el corte, son algunos de los instrumentos de una medición que nada tiene en común con la cronología sino que, al articularse al saber textual, saber inconsciente, hacen al acto analítico.

La clínica de la psicosis nos muestra el padecer producido por **las tempestades temporo-es-**

paciales³ a la que estos sujetos, en un momento agudo de su enfermedad, se encuentran arrojados. Permitámonos sostener que existe una conceptualización de la clínica de la psicosis equivocada al tomar el padecer de estos sujetos como permanentemente agudo. En una misma clínica hay, por lo menos, tres momentos: el momento agudo, el momento de la construcción de la estabilización y el momento de la compensación. La clínica no es la misma en estos tres momentos. El analista escuchará, intervendrá según la particularidad de cada caso y cada momento del devenir psicótico. El primero, intervención desde la urgencia subjetiva⁴; el segundo, el de acompañar el trabajo que hace el sujeto psicótico; y el tercero, el de sostener la compensación, sabiendo hacer, sabiendo por dónde no transitar, para no descompensarse.

(...)

El dispositivo Hospital de Día

Vivir, *por momentos*, en la **atemporalidad** y la **aespacialidad** es una de las características del esquizofrénico; para el sujeto, los fenómenos no están en el tiempo, no porque estén en una externalidad sino porque se han sustraído del tiempo cronológico y, en consecuencia, atrapado en el *presente continuo*. El trabajo apuntará a lograr el antes y el después. Para el esquizofrénico, el fenómeno tiene una atemporalidad constitutiva, a tal punto que, para él, recordar algo es reproducirlo de inmediato. Cuando uno recuerda algo lo trae a presencia, pero como ausente; en cambio, el esquizofrénico, cuando recuerda sus alucinaciones, las trae como presencia; por eso muchas veces no quiere hablar de ellas. En un momento agudo estos sujetos se muestran sin una biografía; viven una vida que dura lo que duran los fenómenos que perciben.

3 Todos los fenómenos que el sujeto padece al romperse las coordenadas de tiempo-espacio.

4 “La urgencia subjetiva”, trabajo publicado en “Hospital de Día, particularidades de la clínica, temas y dilemas”. Editorial Minerva. Año 2004. Pág. 157.

En el trabajo *“Geometría, lógica y estructura...”*⁵ situamos que el cronograma de actividades es la primera intervención calculada, un marco para la estabilización de los pacientes, un constructor de escenas, de tiempo y de espacio, donde el paciente hará su propio recorrido, su propio borde, su propia marca, con la intención de alojar y acompañar el trabajo de la psicosis. Ahora bien, podemos decir que es el dispositivo, y no sólo el cronograma de actividades, una oferta de espacio-tiempo. Nuestro dispositivo cuenta con múltiples actividades, grupales e individuales, y cada uno de estos espacios genera una coordenada, una oferta en donde el decir psicótico se pueda desplegar sin ser segregado. Con el fin de construir un semblante de historia, una cronología, aunque sea de su propio recorrido por el

dispositivo. La lógica colectiva que enmarcan los grupos opera contra el efecto de masa y el valor de goce que ella sostiene. Soporta un universal, para todos, que permite la inscripción de la singularidad del sujeto y su particularidad de goce. Entonces, cada grupo tiene su especificidad, tanto por la tarea terapéutica, como su ubicación espacial y temporal en el dispositivo, como la particularidad que le imprimen sus coordinadores. Estos grupos tienen la dirección de construir escenas en donde el lazo pueda ser posible. Nuestro dispositivo es una oferta, un don, de espacio-tiempo, determinado por un aquí y ahora, que permita acotar las tempestades temporo-espaciales, que permita romper con un presente continuo. Esta oferta sólo podrá existir en el caso por caso y allí donde el sujeto psicótico esté dispuesto a tomarla.

5 *“Geometría, lógica y estructura del cronograma de actividades en el dispositivo de Hospital de Día vespertino”.* *“Hospital de Día, particularidades de la clínica, temas y dilemas”.* Editorial Minerva. Año 2004. Pág. 233.

(...)

Conclusiones

Con Einstein, esta no-linealidad del tiempo del sujeto, o del goce y del deseo, no puede expresarse en la geometría euclideana de tres dimensiones. Y seguramente se expresa mejor en el concepto einsteniano, el espacio de cuatro dimensiones y en el devenir simultáneo hacia el pasado y hacia el futuro. Para situar completamente un suceso nos hacen falta las cuatro dimensiones, tres espaciales más el tiempo.

Como vimos, tempranamente el psicoanálisis retoma y hace suya la pregunta por el espacio-tiempo. Seguramente porque el aparato psíquico puede asemejarse a una máquina del tiempo. El tema del viaje a través del tiempo es uno de los temas que más me inquieta, aunque no lo desarrollaré en este trabajo. En realidad, todos somos obligados viajeros del tiempo si aceptamos, en primera instancia o en un tiempo consciente cronológico, que nuestra manera de viajar en él está limitada a ir siempre hacia adelante a la velocidad de un segundo por segundo, en el sentido de la *flecha del tiempo*. Pero, los psicoanalistas sabemos que no



sólo viajamos el tiempo-espacio secuencial. Viajamos en el espacio-tiempo del sueño, en la atemporalidad y aespacialidad del inconsciente, aunque situarlo de esta manera sólo sea una paradoja. Si somos viajeros a través del tiempo-espacio, nuestra herramienta se llama aparato psíquico.

Sin este aparato no podríamos deslizarnos en un presente efímero, hacia el futuro, hacia el pasado. Sostenemos que en un análisis se necesita tiempo, sea en la psicosis, neurosis o perversión. Como mínimo, el tiempo que transcurre entre el encuentro con el analista y el final de la separación. Freud, en el punto H de la Interpretación de los sueños, nos dona algo que demuestra la clínica de las psicosis: que delirio y sueño comparten una dimensión temporo-espacial, permitiéndonos entender y experimentar diariamente el tiempo del delirio en nuestros sueños.

(...)

Sostenemos que las psicosis no pueden ser entendidas y cristalizadas en un momento de desencadenamiento permanente. Existe una pre-psicosis, un desanudamiento, un momento delirante o rearmado y, por último, un momento de la compensación (precaria o no), entendiendo que en el no-equilibrio está la coherencia. Porque el equilibrio ideal es equivalente a la muerte subjetiva. *En este sentido, el dispositivo de hospital de día puede asemejarse a un sistema disipativo o en no-equilibrio, lo cual implica no tratar de volverlo a un equilibrio supuestamente ideal o normal, sino entender y operar en la dinámica del no-equilibrio.*

Y, para finalizar, la vida es el tiempo que se inscribe en la materia⁶.

6 Ilya Prigogine. "¿Tan solo una ilusión? Una exploración del caos al orden". Tusquets Editores. Matatemas. Barcelona. Segunda Edición. Diciembre 1988.

El destino limítrofe de la personalidad borderline en la psiquiatría actual

Gerardo Spatola *

El descubrimiento psicoanalítico de la personalidad borderline fue bien clínico y no producto de teorías aisladas de la atención de pacientes. Par-

tiendo del fracaso del dispositivo terapéutico tradicional para las neurosis se descubren estos casos atípicos e inclasificables. Y mientras la téc-

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

nica psicoanalítica clásica estaba contraindicada para las psicosis por prescripción de Freud, todavía sorprendían más estos pacientes “ni neuróticos ni psicóticos” en el consultorio. Helene Deutsch, con las “personalidades como si” y Adolf Stern, con las “personalidades borderlines” propiamente dichas, fueron los primeros psicoanalistas que se animaron a publicar estas apreciaciones clínicas. Por otro lado la psiquiatría clásica de entonces, que se mostraba ambivalente a la innovación de la revolución freudiana en su transición hacia la psiquiatría dinámica, denominaba “esquizofrenia latente” a estos cuadros por la influencia de Eugen Bleuler. Así la “esquizofrenia ambulatoria” de Zilboorg como la “esquizofrenia pseudoneurótica” de Hoch y Polatin, siguieron relacionando a estos pacientes intratables con la psicosis esquizofrénica. Esta suerte de “esquizofrenización nosológica” generó una confusión clínica a la hora de diagnosticar a estos difíciles pacientes con episodios psicóticos transitorios y aparentes neurosis inestables. Si los pacientes borderlines no eran “ni neuróticos ni psicóticos” para algunos autores, se contradecía con quienes rescataban esta denominación de esquizofrenia “ambulatoria o pseudoneurótica”. Así transcurrieron las décadas del '30 y del '40 del siglo XX, sin terminar de definir por consenso a la personalidad borderline. Luego serían Knight y Grinker, en las décadas del '50 y del '60, con Gunderson y Kernberg en la década del '70, quienes formalizaron científicamente a esta caracteropatía fronteriza que desembocó en su inclusión en el DSM III de 1980. Mientras tanto se agudizaba el problema clínico de la “esquizofrenización del diagnóstico” en EEUU, donde se incluyeron a pacientes borderlines sub-diagnosticados por este “error epistemológico bleuleriano”. Después la personalidad borderline fue reconocida por la psiquiatría oficial a pesar de estas tensiones.

Otto Kernberg logró sistematizar la “organización borderline de la personalidad” mediante: 1) El “análisis descriptivo de los elementos del diagnóstico presuntivo”, basado en la presencia de la “ansiedad flotante, crónica y difusa” (bastan-

te similar al ánimo disfórico); la “neurosis polisintomática” (atípica y cambiante en su presentación); las “tendencias sexuales perverso-polimorfias” (promiscuidad hetero/homosexual); las “neurosis impulsivas y adicciones” (tendencia al acting-out y al abuso de sustancias); las “clásicas estructuras de la personalidad prepsicótica” (paranoide, esquizoide, ciclotímica, hipomaníaca); los “desórdenes caracterológicos de nivel inferior” (relacionados con las personalidades infantil, histérica, antisocial, narcisista). 2) La presencia de “mecanismos defensivos primitivos” del Yo como la escisión o disociación o splitting; la identificación proyectiva; la negación; la omnipotencia; la idealización y la devaluación. 3) La presencia de “difusión de la identidad” por importantes fallas en la cohesión yoica y en su diferenciación objetal, sin caer en la psicosis estructural pero sin estabilizarse en una neurosis típica. 4) La conservación de la “prueba de realidad” en la personalidad borderline al igual que en las neurosis y a pesar de presentar los mismos mecanismos defensivos de las psicosis, en las cuales se pierde la prueba de realidad.

Cabe citar ahora a una de las voces elocuentes de la psiquiatría argentina, el Prof. Dr. Guillermo Vidal, quien todavía en 1992 manifestaba su oposición a la aceptación nosológica de la personalidad borderline en nombre de la psiquiatría clásica más anti-psicoanalítica: “El fronterizo parece ser un indeciso, un fruto verde que todavía no puede caer en la canasta de los neuróticos, psicóticos, psicópatas o hipocondríacos. ¿Constituyen acaso embriones fósiles de la psicopatología, restos o rastros de una deficiente estructuración yoica, cuadros ‘in statu nascendi’ de personas que están sufriendo percances diversos en su proceso de individuación?” / “De resultas, los psicoanalistas, antes de aceptar la insuficiencia de su costoso instrumento psicoterapéutico, optan por descubrir un creciente número de pacientes intratables (por una deficiente integración yoica o por lo que fuere).” / “En suma, el concepto actual de borderline o limítrofe resume nuestra ignorancia en materia de nosografía psiquiátrica clí-

nica (que es bastante mayor de lo que estamos dispuestos a conceder, tanto psicoanalistas como psicólogos y psiquiatras). Calificar de border o limítrofe a un paciente equivale a decir que no es ni esto ni aquello, que está en los bordes, en los ‘limes’ de una estructura mal definida. El diagnóstico de borderline o limítrofe parece ser plural, equívoco, innecesario. Lo mismo alude a una transición de neurosis a psicosis que a una mezcla de neurosis, psicosis y psicopatía.” / “Lo que ha dado en llamarse trastorno borderline o limítrofe de la personalidad (...) o síndrome limítrofe, no constituiría, hoy por hoy, una categoría nosológica más discretamente diferenciable -como pretenden muchos psicoanalistas-, sino un conjunto informe y universal de síntomas psicopatológicos primarios que trasuntan una relativa inmadurez emocional, fruto directo, tal vez, de la mayor exigencia individuante de la humanidad.” A partir de la década del ’80 se produjo el viraje epistemológico hacia la psiquiatría neurobiológica, rescatándose a Emil Kraepelin en una novedosa versión organicista de las neurociencias dedicadas a la investigación moderna del cerebro. Y mientras la psiquiatría dinámica entraba en su ocaso, sin desaparecer completamente, surgía la figura de Hagop Akiskal que, en nombre de la psiquiatría neurobiológica, postulaba el nacimiento clínico-nosológico del “espectro bipolar” con gran resonancia internacional. Ya en la década del ’90, Akiskal popularizó la ampliación de la bipolaridad a través de una mayor diferenciación clínico-evolutiva-terapéutica de pacientes bipolares tipo I, II, III, IV, V, etc., llegando a postular los “temperamentos afectivos” endógenos que complejizarían más este “espectro bipolar” muy extendido. Así este autor clasifica a los temperamentos en “hipertímico, ciclotímico, distímico, irascible y ansioso generalizado”, considerando a la personalidad borderline como una “ciclotimia irritable” que resulta de la combinación temperamental ciclotímica-irascible y una “patología afectiva de ciclación ultrarrápida”. Akiskal criticó siempre el “sobrediagnóstico de trastornos de personalidad” promovido por los DSM des-

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

Llegado a este punto del debate científico actual, conviene diferenciar rápidamente entre el temperamento, definido como la disposición constitucional determinada genéticamente con un sustrato biológico a determinados patrones de reactividad emocional -oscilaciones afectivas-, niveles de sensibilidad a estímulos; y la personalidad, definida como el carácter producto del aprendizaje y el modelado social temprano. Entonces, Hirschfeld y Shea propusieron cuatro hipótesis de interacción entre personalidad-temperamen-

to-trastornos afectivos: 1) Predisposición a los trastornos afectivos (modelo de la vulnerabilidad) según los rasgos de la personalidad previa que predisponen a la aparición de determinados trastornos del humor. 2) Expresión de los trastornos afectivos (modelo del espectro bipolar) donde hay rasgos de personalidad que son sutiles manifestaciones de trastornos del humor. 3) Modificación de los trastornos afectivos (modelo patoplástico) donde los rasgos de personalidad influyen en la expresión clínica de los trastornos del humor y también en la respuesta terapéutica. 4) Alteración por los trastornos afectivos (modelo de la complicación) donde se alteran los rasgos de la personalidad por los trastornos del humor. Así los límites conceptuales taxativos y excluyentes entre temperamento y personalidad, no son tan claros como en las definiciones previas a la hora de hacer combinaciones entre ambos más la influencia de los trastornos afectivos en esa compleja interacción. Entonces el modelo de la vulnerabilidad y el modelo patoplástico dan mayor relevancia a los trastornos de personalidad sobre los trastornos del ánimo; mientras que el modelo del espectro bipolar y el modelo de la complicación dan mayor relevancia a los trastornos del humor sobre las caracteropatías. Es evidente que “hay para todos los gustos”, según el paradigma de la psiquiatría que se sostenga en cualquier investigación “orientada a priori”.

Yendo hacia el diagnóstico diferencial entre la personalidad borderline y la esquizofrenia u otras psicosis estructurales crónicas, el DSM es claro al puntualizar la presencia característica de “ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves” en los pacientes límites, asegurándose la previa exclusión categorial de sintomatología psicótica asociada a la intoxicación y/o abstinencia de sustancias. Tanto los síntomas disociativos (despersonalización y desrealización) como los síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones) son de duración limitada (en general horas o días), reversibles con restitución ad-integrum (o sea sin deterioro funcional posterior ni transformación permanente de la personalidad

previa) y están asociados a la presencia de un estresor precipitante (por ejemplo, a intensas vivencias de abandono vincular). Kernberg los denomina “episodios micro-psicóticos” para diferenciarlos de las descompensaciones psicóticas de la esquizofrenia y la paranoia. Se puede afirmar que los investigadores de la personalidad borderline hoy han arribado a conclusiones más precisas en relación a este diagnóstico diferencial con las psicosis estructurales.

Sin embargo, pareciera que se complica más el diagnóstico diferencial entre la personalidad borderline y los trastornos del espectro bipolar, porque hoy no parece haber tanto consenso entre los investigadores. Igualmente, vale la pena citar a Zanarini, Paris y Gunderson, que vienen investigando sistemáticamente esta cuestión y ya han aportado algunas conclusiones provisionarias comparando la inestabilidad afectiva, la etiología y la respuesta psicofarmacológica de los pacientes borderlines y de los pacientes bipolares: 1) La inestabilidad afectiva en los casos borderlines estudiados se caracteriza por reactividad del humor, dependencia del entorno, responde más a la psicoterapia, tendencia a la distimia, brusca variación anímica, presencia de automutilaciones y autoagresiones, suicidabilidad crónica. En cambio, la inestabilidad anímica en los casos bipolares estudiados se caracteriza por la presencia de fases anímicas, independencia del entorno, responde más a la psicofarmacología, tendencia a la hipomanía, variación anímica más lenta, sin presencia necesaria de automutilaciones y autoagresiones, suicidabilidad fásica. 2) La impulsividad en los casos borderlines estudiados se caracteriza por una tendencia que va de la eutimia al enojo, cambio de estado en horas o días, patrón permanente, presencia de temperamento distímico, realización de reiterados intentos de suicidio, transgresiones conductuales, temor al abandono, mayor comorbilidad adictiva, antecedente de conflictiva familiar, existencia de alexitimia. En cambio, la impulsividad en los casos bipolares estudiados se caracteriza por una tendencia que va de la depresión a la euforia, cambio de estado en semanas,

patrón congruente con la fase anímica en curso, presencia de temperamento hipertímico, menor comorbilidad adictiva, no presentando necesariamente intentos de suicidio, desinhibición conductual, temor al abandono, conflictiva familiar, ni alexitimia. 3) La etiología de la personalidad borderline incluye eventos traumáticos perpetrados por familiares de confianza, estados de disociación defensiva del trauma, tendencia al acting-out. En cambio, la etiología de la bipolaridad no incluye ninguno de estos factores. 4) La respuesta psicofarmacológica en los casos borderlines estudiados se caracteriza por no presentar switch maníaco/hipomaníaco con el uso de antidepresivos; se indica la administración de antidepresivos como anti-impulsivos, también la administración de antirrecurrentes como anti-impulsivos y la administración de bajas dosis de antipsicóticos; no hay latencia de respuesta psicofarmacológica y no se necesita el dosaje de psicofármacos. En cambio, la respuesta psicofarmacológica en los casos bipolares estudiados se caracteriza por presentar switch maníaco/hipomaníaco con el uso de antidepresivos; la administración de antidepresivos produce ciclación rápida; se indica la administración de antirrecurrentes como estabilizadores del ánimo y también la administración de dosis altas de antipsicóticos; hay latencia de respuesta psicofarmacológica y se necesita el dosaje de psicofármacos. Llegando al abordaje psicofarmacológico de la personalidad borderline, se cita al Dr. Hugo Cohen, argentino, quien resume las pautas de tratamiento consensuado para esta caracteropatía. Así propone tres algoritmos diferenciados según las dimensiones psicopatológicas consideradas: A) Para la dimensión de la desregulación afectiva (labilidad del humor, sensibilidad al rechazo, enojo inapropiado e intenso, “arranques de mal humor”, síntomas depresivos): 1° administrar antidepresivo IRSS u otro relacionado; 2° si no hay respuesta cambiar a otro IRSS u otro antidepresivo relacionado; 3° si persiste la ira agregar dosis bajas de antipsicóticos; si persiste la ansiedad agregar clonacepam; 4° si aún no hay respues-

ta, cambiar a antidepresivo IMAO; 5° si todavía no hay respuesta agregar o cambiar a litio, carbamazepina o divalproato. B) Para la dimensión de la impulsión-agresión (automutilación o conductas de autodaño como promiscuidad sexual, abuso de sustancias, compras compulsivas, exhibición de impulsividad-agresividad): 1° administrar antidepresivo IRSS; 2° si no hay respuesta agregar o cambiar a dosis bajas de antipsicóticos; 3° si aún no hay respuesta agregar o cambiar a litio, IMAO, carbamazepina o divalproato; 4° agregar antipsicóticos atípicos como última opción terapéutica. C) Para la dimensión cognitiva-perceptual (susplicia, pensamiento referencial, ideación paranoide, ilusiones, desrealización, síntomas alucinatorios): 1° administrar bajas dosis de anti-psicóticos típicos o atípicos; 2° si no hay respuesta incrementar dosis de antipsicóticos previos; 3° si aún no hay respuesta con síntomas afectivos prominentes agregar IRSS o IMAO; o si aún no hay respuesta con pocos síntomas afectivos cambiar a clozapina. Si se comparan estos algoritmos dimensionales para el abordaje psicofarmacológico de la personalidad borderline con los algoritmos consensuados para el tratamiento de la bipolaridad, se consiguen varias diferencias importantes: a) la prescripción prioritaria de antidepresivos para la desregulación afectiva y la impulsión-agresión en los pacientes borderlines, mientras que en la bipolaridad es prioritaria la prescripción de estabilizadores del ánimo o antirrecurrentes; b) la administración de anti-psicóticos es prioritaria para la dimensión cognitiva-perceptual alterada de la personalidad borderline, mientras es considerada una prescripción de segunda línea terapéutica en la bipolaridad; c) el peligro del “switch maníaco/hipomaníaco” no existe en los pacientes borderlines medicados con antidepresivos, mientras sí está presente el riesgo del viraje anímico por los antidepresivos en la bipolaridad que puede desembocar en una ciclación rápida incontrolable. Y con respecto al abordaje psicoterapéutico de la personalidad borderline, hay dos corrientes principales con bastante evidencia cien-

tífica acumulada: 1) la psicoterapia de orientación psicoanalítica de Otto Kernberg, llamada psicoterapia focalizada en la transferencia; 2) la psicoterapia de orientación cognitiva-integrativa de Marsha Linehan, llamada terapia dialéctico-comportamental, siendo la psicofarmacología secundaria al abordaje psicoterapéutico. En cambio, el abordaje integral del trastorno bipolar exige una intensa psicoeducación del paciente y los familiares, más un insustituible tratamiento psicofarmacológico continuo y de cada caso.

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

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

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

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

I CONCURSO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

Informamos que los trabajos ganadores son los siguientes:

“Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo”

Autores: Anabel Arias (Lic. en Terapia Ocupacional), Emilia Oroño (Psicóloga), José Clementi (Médico)

(Residentes de R.I.S.A.M. de Paraná, Entre Ríos / Argentina)

“Neuroimagen funcional en Catatonia”

Autores: María Cecilia Colombo (Psicóloga), Leandro Nicolás Grendas (Médico), Demián Emanuel Rodante (Médico)

(Residentes de los hospitales “Ignacio Pirovano”, “Teodoro Álvarez”, “Braulio A. Moyano”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires / Argentina)

“Trastorno mental y maternidad. Reflexiones desde la Bioética”

Autores: Rocío Sánchez Castillo (Socióloga), Maitén Toledo (Psicóloga), Nilva Vidal (Psicóloga)

(Residentes de Salud Mental Comunitaria del Hospital A. Isola, Puerto Madryn / Chubut /

Argentina)

“La (atención de la) crisis en la formación”

Autores: Victoria Mancini (Médica), Luciano Rodríguez Costa (Psicólogo)

(Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria / Santa Fe)

El premio que le corresponde a cada uno se conocerá en el Congreso Mundial de Salud Mental, en una mesa especial creada a tal efecto. La mesa se desarrollará el lunes 26 de agosto de 2013, de 17 a 18 hs, en el Salón Los Lagos del Hotel Panamericano.

Además, damos a conocer la nómina de los otros cuatro trabajos finalistas; fueron los siguientes:

“Ajedrez y salud mental. Una propuesta de integración comunitaria”

Autores: Micaela Jazmín Blanco, María Laura Izzo, Diego Hernán Represa

(Residentes de PRIM [Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias], Área Programática Hospital “Mi Pueblo”. Región Sanitaria VI, Partido de Florencio Varela / Provincia de Buenos Aires)

“La ciudad donde lo imposible se hizo posible”

Autor: Lic. Marcos Ghea

(Residente de Salud Mental de 4º año del Hospital Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

“Intervenciones basadas en Mindfulness en niños y adolescentes con trastornos mentales: una revisión bibliográfica”

Autores: Lic. Nadia Glombovsky, Dra. Beatriz Cáceres

(Residentes del Hospital Infanto Juvenil “Dra. C. Tobar García”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

“La creatividad en la interdisciplina: un caso de psicosis compartida”

Autores: Dr. Demián Emanuel Rodante, Lic. Daniela Belén Sánchez

(Residentes del Hospital Moyano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Felicitemos a los finalistas y a todos los equipos profesionales que enviaron sus trabajos, evidenciando el gran nivel científico demostrado por los profesionales de varias provincias de nuestro país, y poniendo de manifiesto el grado de compromiso asumido por los profesionales en formación en el trabajo interdisciplinario cotidiano.

Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo

Anabel Arias*, Emilia Oroño **, José Clementi ***

Introducción

Presentar un caso clínico indefectiblemente nos obliga a presentar un recorte de la clínica de un sujeto. Como la mayoría de nuestros actos, la elección de transmitir el caso de “Juan” no es azarosa. Lo elegimos no sólo por la riqueza semiológica que nos permite seguir construyendo algunas ideas en el campo de la psicosis, sino porque permite poner de relieve un accionar interdisciplinario en un contexto de transformación

institucional, donde entendemos que es desde la apuesta común de un equipo interdisciplinario que se han hecho visibles movimientos en la subjetividad de este paciente. Procuraremos que este recorte de situaciones atraviese aspectos institucionales, que sin lugar a dudas afectan de uno u otro modo el devenir en la Salud Mental del sujeto, haciendo principal hincapié en dos cuestiones: por un lado, lo institucional, y por otro lado, el malestar por el cual consulta el sujeto.

* Lic. en Terapia Ocupacional, Residente de 3er año - R.I.S.A.M. de Paraná, Entre Ríos

** Psicóloga, Residente de 4to año - R.I.S.A.M. de Paraná, Entre Ríos

*** Médico psiquiatra - Ex Residente de R.I.S.A.M.

Cartografías sobre lo institucional

Desde hace un tiempo a esta parte, nuestro campo clínico viene siendo interpelado por otras formas de pensar el malestar; nuevas aristas se abren, quizás nunca antes abordadas. Así es que necesariamente hemos ido interrogándonos sobre los modos de abordaje, ya sea desde la atención ambulatoria o, como el caso que nos reúne, desde la atención en internación. La llegada de “Juan” al Hospital Escuela de Salud Mental, se desarrolla en un marco institucional que intenta sostener algún quiebre de paradigma. Casualmente inició su internación desde el mismo mes de vigencia de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Simultáneamente se desarrolla en un momento particular de las salas de internación para hombres, en el cual aún regía una división organizativa de la misma, impulsada por nosotros, y consistente en separar los espacios físicos: planta alta o “sala D” y planta baja o “sala C”. Era el sentimiento mutuo de algunos profesionales y residentes en formación, que formábamos parte de la “sala C”, un espíritu de defensa, aplicación y fomento de esta Ley, a partir de la cual pudimos transformar algunas prácticas instituidas e instituir otras, que lógicamente atravesaron a Juan y de lo cual brevemente queremos dar cuenta:

- Procuramos que las entrevistas de admisión se realizaran, siempre que fuese posible, de forma interdisciplinaria, instancia en la que se busca establecer un diagnóstico presuntivo, evaluar la necesidad imperiosa de internación, y esbozar un plan de abordaje posible para cada situación.
- Desde el primer momento procuramos el trabajo con la familia y/o referentes sociales para la contención y acompañamiento durante la internación y luego del alta. Asimismo buscamos la coordinación interinstitucional e interprofesional para el seguimiento de quienes fueran de zonas alejadas de la ciudad y para los casos con problemáticas de adicciones.
- Se instauró un día de “reunión de sala” en el cual poder discutir propuestas de abordajes, evolución de los pacientes, estrategias de alta y/o derivación.

- Se produjo una profunda reevaluación de las historias clínicas de pacientes internados durante más de un año, contemplando diagnósticos, intervenciones, presencia o ausencia de lazos sociales y otras particularidades inherentes a la clínica, en un intento de redireccionar esos tratamientos. Se gestó un equipo interdisciplinario para el abordaje grupal de pacientes “institucionalizados” cuya subjetividad fuera arrasada con años de internación. Estas pocas acciones tuvieron resultados clínicos e institucionales, visibilizados en cuestiones concretas¹. En este contexto de transformaciones es que recibimos a Juan y sobre el cual pasaremos a profundizar.

Límites en las geografías subjetivas. La llegada de Juan al hospital

Juan tenía 39 años cuando llegó a la guardia donde se resolvió su internación. Al día siguiente realizamos la entrevista de admisión a la sala una Residente Médica y una Residente Terapista Ocupacional (de ahora en más T.O.). Hasta ese momento vivió junto a su madre, de 82 años, en una ciudad que dista 300 km de Paraná. La situación de aislamiento se había agravado y hacía casi dos años que no salía de su habitación, encerrándose y durmiendo durante el día y saliendo a la noche. En su casa no realizaba ninguna actividad de lo cotidiano. Durante esta entrevista se mostró desconfiado, retraído; su aspecto personal daba cuenta de un gran abandono y deterioro. Co-

1 Algunos ejemplos de esto fueron: la disminución del giro cama promedio, de 45 a 10 días para pacientes agudos; la externación sostenida con continuidad de abordaje ambulatorio de al menos 12 pacientes, con historia de más de 18 meses internados; el retiro e inhabilitación de 5 camas de pacientes crónicos; la disminución sensible del consumo y comercio de drogas dentro de la institución; la disminución del promedio de ocupación total de camas en la sala, de 20 a 9 camas, significando la posibilidad permanente de disposición de alojamiento para nuevos ingresos.

menzó a desplegar una serie de interpretaciones delirantes en relación a su cuerpo. Su hermano, quien lo acompañó, refirió que Juan realizó tratamiento psiquiátrico sin poder sostener la medicación, y que vivió un tiempo con él pero luego se fue debido a que interpretaba que le envenenaba los alimentos. Luego de esta entrevista de admisión continuó con entrevistas psiquiátricas, y una semana después se trabajó la posibilidad de que comience a tener entrevistas psicológicas y tratamiento en T.O.

Ampliando geografías: otros territorios hospitalarios

En las primeras entrevistas psicológicas se mostró molesto, reticente, y cuestionaba su internación, aludiendo que su problema *“no es psicológico sino físico”* y argumentando *“no tener nada que hacer en este lugar”*. Se intentó trabajar desde una posición de acompañamiento de su delirio, de aquello no inscripto a nivel simbólico que retornaba desde lo real y que aparecía en forma absoluta. *“Tengo retorcimiento de las vértebras cervicales y rotación de las dorsales”... “en mi columna se produce un movimiento de las vértebras que me provoca dislocación en el cuello con un estrangulamiento en la glotis”*. El cuerpo aparecía autónomo, desubjetivado, independiente. Este lenguaje hipocóndrico o lenguaje de órgano daba cuenta de ciertas vivencias de fragmentación corporal.

En la entrevista de admisión a T.O., si bien enseguida retomaba sus interpretaciones delirantes para explicar algunos hechos, pudo hablar acerca de algunos trabajos que tuvo, de su familia y hasta de lo que en algún momento soñó; en sus palabras: *“trabajar, tener una esposa, hijos, lo que sueñan todos, pero yo ya no lo sueño más”*. Pudo ubicar el comienzo de su malestar corporal cuando perdió su empleo y al tiempo su novia. En un primer momento se evaluó la posibilidad de un tratamiento individual, por cómo habían transcurrido sus primeros días de internación y por su constante referencia al malestar en las cervicales, di-

ciendo que *“de hacer actividades sería en la cama”*. Sin embargo, avizoramos que “lo grupal” podría acotar algo de esto, y en función de esto ofrecimos distintos talleres. Eligió sumarse al Taller de Cocina, previo acuerdo de que cuando se sintiese mal podría retirarse a recostarse con su “almohadita” o traerla al taller. Se ofreció esto en función de sostener la posibilidad de un hacer con otros, intervención que tenía que ver con la consigna de “acompañar el delirio”, con alojar ese malestar manifestándose en la experiencia de un cuerpo que “se mueve”, que “se rota”, “que no está”. Tratando de “dar acogida a lo que no entendemos, de ser hospitalarios con lo que ignoramos, de saber no impedir que otro entre y salga por sitios impensados”, al decir de Percia (pág. 212). El equipo se posicionó respetando el delirio, sin buscar su desaparición, entendiendo que allí residían sus intentos de ordenamiento. El delirio pensado como restitución, como intento de curación, como metáfora delirante, que siempre funciona dando ser y sentido (Fernández, E.), a modo de anclaje. Desde aquí el trabajo consistió en la construcción de nuevos modos de estar con otros, a partir de lo que Juan podía traer: *“problema físico”*, proponiendo que lo que se intentaría sería reducir un poco su sufrimiento, apuntando a que pudiera ocupar un lugar de discurso posible, en tanto entendemos que muchas veces el sujeto psicótico queda por fuera del lazo social, por fuera del discurso. Planteado desde allí, aceptó trabajar con el equipo tratante. Algo de la transferencia pudo instalarse.

En el Taller de Cocina fue planteando a la terapeuta distintos obstáculos que se le presentaban con la actividad. La principal dificultad se hallaba en salir a vender, ofrecer lo que hacía, dar circulación a algo propio. En ocasiones refería: *“sufro horrores por mi timidez, no puedo salir a vender los productos”*. A medida que iba instalando algo de la transferencia, las descripciones sobre su malestar se iban complejizando: *“tengo vergüenza porque no tengo músculos, algunos desaparecieron, otros se achicaron, mirá lo que son estos brazos... esto me pasa porque me llevaron engañado a una secta y*

me dieron un químico para tomar. A partir de allí sucede todo esto". Ante esto se ofrecían alternativas que buscaban alojar esto que Juan ubicaba como lo que aún no podía y que le provocaba malestar. Alternativas que en general tomaba, más allá de que sus primeras intenciones eran siempre abandonar, y sobre las cuales se intentaba recuperar esta posibilidad de afrontar de alguna manera las dificultades: llegar hasta el espacio, plantear la dificultad, valorar alternativas brindadas por otro, y en función de esto tomar una decisión. Juan participaba con interés, atento a los procedimientos, aunque después le resultaba complejo retomar eso para poder hacer. Cuando sentía dolores en el cuerpo no se retiraba, y encontró un modo de soportar esto, sentándose a descansar de a ratos. También planteaba en su espacio psicoterapéutico estas situaciones y dificultades, y al tiempo comenzó a avizorar que podía trabajar sin verse imposibilitado por su dolencia física.

Estas interpretaciones durante los primeros tres meses lejos de remitir se fueron complejizando, con múltiples núcleos que involucraron a la ESMA, a los desaparecidos, al nacimiento de un Mesías en su ciudad que coincidía con la fecha de su nacimiento. En este sentido, dimos un lugar para esa palabra que se hacía oír, que generaba malestar, que dolía, aunque sabíamos que esa joroba no existía, que sus vértebras no rotaban, aunque sí viéramos sus músculos. Nuestra intensión no fue acallar esas teorías que armaba para volver a creer en el mundo, para dar cierta coherencia ante el desarme de sentido, sino acompañarlo en la búsqueda de algún modo para que no quedara por fuera del mundo consensuado con otros. En función del cierre del Taller de Cocina por las vacaciones, Juan consultó a la terapeuta qué actividades hacer hasta retomarlas, pues *"el tiempo no se pasa acá adentro"*. Juan empezó a avizorar y a interpelar la vivencia del tiempo en la institución. Tiempo detenido, vacío, que pareciera volverse presente, marcar temporalidad, discontinuidad, sólo cuando suena el timbre para ir a comer. Así es que pensamos que la *actividad* ofrecida en el marco de un posible tratamiento al malestar, busca poder fraccionar algo de este tiempo eterno que la arquitectura y las rutinas del hospicio proponen. Ordenar un espacio, planificar compras, organizar tareas para generar un producto, registrar y atender los tiempos de elaboración, son instancias que procuran una ruptura de ese tiempo vacío. El taller fue cerrado durante un mes, en el que se intentó sostener encuentros individuales en los que no fue posible realizar actividades, puesto que en ellos sólo desplegaba quejas. Algo de lo grupal era evidente que acotaba estos despliegues. Propusimos entonces realizar almuerzos con otros pacientes, de los que participó, proponiendo algo distinto a los otros, hablando de sus comidas preferidas.

Nuevas coordenadas en este mapa

Luego de un tiempo ya de internación, en el que se restableció la medicación que se había indicado

CE SA MEN DE

Primer Centro de Especialistas en Salud Mental de Villa Devoto

ASISTENCIA Y FORMACIÓN EN PSICOANÁLISIS

AREAS ASISTENCIALES:
ADULTOS - ADOLESCENTES
NIÑOS - PAREJA - FAMILIA

Atención Ambulatoria
y a Domicilio

Directora y Fundadora:

Lic. Silvia Justo

STAFF

Lic. Ana Mariotti

Lic. Marcelo NEBOSSINI

Lic. Liliana Campagna

Lic. Gabriela Goriz

Lic. Graciela Ruyg

Secretaría:

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

info@cesamende.com www.cesamende.com

en tratamientos previos, y luego de llegar a la dosis terapéutica máxima (Risperidona 6 mg), se propuso una rotación a Clozapina. En función de que por ese tiempo no se lograban mejorías sustantivas, no sostenía con continuidad sus espacios y aunque su delirio en algún punto era reconstitutivo, también traía dificultades importantes, por ejemplo, para alimentarse (*“no como porque la glotis me obtura el paso de alimentos”*)². Además, comenzó a volver a su hogar los fines de semana. Otros recursos subjetivos empezaron a movilizarse. Se interesó por las recetas y pidió tenerlas para cocinar en su casa. Algo de ese hacer con el que se había re-encontrado quería llevarse con él. Se lo acompañó en esta iniciativa, construyendo su propio recetario. En el taller comenzó a mejorar su participación, con más compromiso, organizado en la actividad, y socializando e intercambiando ya no sólo con los coordinadores, sino con algunos de sus compañeros. Comenzó a preocuparse por su aspecto, pidió que se lo acompañara al dentista, y empezó a pensar a dónde le gustaría vivir. Luego del alta concurrió por consultorio externo a entrevistas donde lo esperaba su equipo. Aunque persistían sus interpretaciones delirantes, éstas no afectaban seriamente en su cotidianidad, y había podido sostener su medicación y ciertas actividades del hogar. Además encontró placer en la escritura y en la lectura. En el último encuentro propuso continuar tratamiento psiquiátrico en su ciudad y entrevistas mensuales en el hospital con la psicóloga. Se tomó este

pedido, que lo posicionaba desde otro lugar. Algo de la espera y del alojamiento produjo movimientos subjetivantes. Retomamos esto con él, recuperando allí una diferencia.

Conclusiones

El trabajo de este equipo apuntó a la reconstrucción del lazo social, propuso un tiempo de espera para que nuevos modos de relacionarse con los demás y con las actividades acontecieran, limitando la desorganización del imaginario con actividades cotidianas que sirvieran como anclaje en lo cotidiano. Se ofreció un espacio de soporte de ese malestar, basado en la palabra, en la escucha, en el hacer, dando lugar a la emergencia del sujeto. En este sentido, fue fundamental la constitución de un equipo que hiciera unidad ante la fragmentación del sujeto psicótico, proponiendo ciertas coordenadas, cierta organización.

Apostamos a una posición ética que procurara ante el sujeto que llega limitado en sus propias geografías, la construcción de mapas singulares para que nuevos recorridos se hagan posibles, para que algunos territorios se vayan ocupando, estableciendo puntos en el mapa, donde como terapeutas nos ofrecemos a acompañar ese tránsito, brindando coordenadas, referencias, y en ocasiones algunos atajos, recursos que operen a modo de brújula para cada sujeto.

2 Con el transcurso del tiempo se evaluaron notables mejorías. En entrevistas psicológicas traía los cambios que él observaba: *“tengo más voluntad, funciona como antidepresivo, me curó una gran tristeza. De a poco me voy acordando de los nombres de algunos de mis compañeros de cocina”*.

BIBLIOGRAFÍA

- Apollon, W.; Bergeron, D.; Catin, L. (1997). *Tratar la Psicosis*. Ed. Polemos. Bs. As. Argentina.
- Fernández, E. (2005). *Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis*. Ed. Letra Viva. Bs. As. Argentina.
- Freud, S. *Neurosis y Psicosis. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIX*. Bs. As. & Madrid. Ed. Amorrortu.
- Percia, M. (2004). *Deliberar las Psicosis*. Lugar Editorial. Bs. As. Argentina.

Neuroimagen funcional en catatonía

María Cecilia Colombo*, Leandro Nicolás Grendas **, Demián Emanuel Rodante ***

Introducción

Las manifestaciones motoras de las enfermedades mentales son uno de los trastornos más enigmáticos del campo de la psiquiatría [32]. Existe una gran confusión en torno al concepto de catatonía; las manifestaciones motoras son sólo una parte del complejo sindromático, junto con las manifestaciones somáticas y neurovegetativas. Por otra parte, la catatonía ha sido considerada como una entidad clínica independiente, como subtipo de esquizofrenia y como un síndrome psiquiátrico inespecífico. Kahlbaum, en su monografía titulada *“Die Katatonie oder das Spannungsirresein”* [21], la define desde una perspectiva longitudinal como “una enfermedad con un curso cíclico alternante, en la que los síntomas mentales son, consecutivamente, melancolía, manía, estupor, confusión y eventualmente demencia”. Para él, los síntomas afectivos podrían considerarse primarios y los motores característicos, estando estos últimos indisolublemente unidos a los primeros [32]. Tanto Kraepelin como Breuler consideraron que los síntomas catatónicos estaban estrechamente relacionados y formaban parte de la demencia precoz [6, 24]. La influencia de estos autores en la nosología internacional ha sido de tan intenso impacto que

la presencia de un síndrome catatónico significa, para la mayoría de los profesionales, la existencia de un subtipo de la esquizofrenia [8, 32]; sin embargo, los actuales sistemas clasificatorios aceptan que el componente motor puede estar presente en otras entidades [2, 44].

Los síntomas catatónicos son muy prevalentes; sin embargo, son inespecíficos desde el punto de vista clínico [32], por lo debería ser considerado, según algunos autores, un trastorno independiente que requiere un abordaje terapéutico específico [12, 32].

Del estudio de este cuadro surgen innumerables cuestionamientos: ¿Es la catatonía el final común de muchas patologías? ¿Por qué múltiples afectaciones del cerebro conducen a este cuadro? ¿Por qué algunos pacientes con trastornos psiquiátricos evolucionan a la catatonía y otros no? ¿Es la catatonía una respuesta del cerebro frente a diversas noxas, incluida la esquizofrenia? ¿Existe algún proceso neurobiológico en común involucrado en este cuadro? Numerosas teorías e hipótesis han sido arrojadas por parte de muchos autores, con el objetivo de determinar el correlato neuroanatómico: desde lesiones puntuales en el lóbulo frontal (LF), los ganglios basales (GB), hasta lesiones a nivel de las conexiones entre el cerebelo y el circuito frontal [18, 19].

* Psicóloga, Residente 4to año Hospital Pirovano

** Médico, Residente 4to año Hospital Álvarez

*** Médico, Residente 3er año Hospital “Braulio A. Moyano”

A partir de la realización de una revisión sistemática, tomando como punto de partida un caso clínico, el presente trabajo intenta dilucidar e identificar algún correlato neuroanatómico en común a través de neuroimágenes funcionales, que permita alcanzar una mayor comprensión neurobiológica de este llamativo cuadro.

Material y métodos

Utilizando como disparador un caso clínico, se realizó una revisión sistemática sobre los trabajos publicados en relación a la imagenología funcional de la catatonía. Se incluyeron trabajos publicados entre los años 1989 y 2011 en la base de datos de *Medline* y *Lilacs*. La estrategia de búsqueda se realizó a través de los buscadores *Pubmed* y *BVS*. Los términos empleados en la búsqueda fueron:

- *Catatonic Schizophrenia* [Mesh] OR *Catatonic symptoms* [Mesh] OR *Catatonía* [Mesh]; AND
- *Tomography, Emission-Computed, Single-Photon* [Mesh] OR *Positron-Emission Tomography and Computed Tomography* [Mesh]

La totalidad de los resultados fueron examinados por todos los integrantes de la investigación. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Literatura publicada en inglés (*Medline*) y español (*Lilacs*).
- Estudios de caso-control, cohortes o estudios prospectivos.
- Pacientes diagnosticados con esquizofrenia (subtipo catatónico), pacientes con síndrome catatónico secundario a cualquier causa.
- Estudios que incluyan imágenes funcionales del Sistema Nervioso Central (SPECT o PET).

La extracción de información se basó en:

- Años del estudio.
- Tipo de población.
- Diagnóstico psiquiátrico y/o clínico.
- Tipo de estudio y hallazgo.

Extracción de datos: Sobre la calidad de trabajos sólo se encontraron trabajos de tipo casos-con-

troles retrospectivos, y reportes de caso. Se encontraron 22 artículos en *Medline* y 1 en *LILAC*. De los 23 artículos se descartaron 9 por no cumplir con los criterios de inclusión. Un total de 14 artículos se identificaron como relevantes, cumpliendo con criterios.

Caso clínico

IF es una mujer de 55 años que ingresa al servicio de guardia de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires derivada por su médico particular con diagnóstico presuntivo de “catatonía”, para evaluación de la posibilidad de realizar Terapia Electroconvulsiva (TEC). Al momento del ingreso la paciente se hallaba vigil, aliñada, orientada globalmente, colaboradora pasiva a la entrevista. Se encontraba bradipsíquica, con latencia en sus respuestas e iteración de la palabra. En cuanto al contenido de su pensamiento, presentaba ideación rígida apocalíptica, de fin de mundo (“todos nos vamos a morir”). No refería ni impresionaba padecer fenómenos sensorceptivos. En cuanto a la esfera motriz se encontraba hipomímica e hipocinética, con disminución de los movimientos reactivos, flexibilidad cérica y catalepsia. Los signos vitales y resultados de laboratorio (rutina de sangre, orina y perfil tiroideo) se encontraban dentro de los parámetros normales. Poseía una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) sin particularidades. Se encontraba medicada con Lorazepan 5mg/d y Risperidona 2 mg/d. Según refiere su hijo, la paciente se encontraba medicada desde hacía 20 años con los más diversos tratamientos farmacológicos, con un desempeño regular en su vida cotidiana. Refiere que hace 15 años, estando en España, debido a un cuadro de similares características, y a la falta de respuesta a la medicación, le realizaron TEC con buena respuesta y resolución sintomatológica. Refiere además que hace dos meses la paciente abandona el tratamiento. Se realizó el diagnóstico de “Esquizofrenia subtipo catatónico”, según DSM IV-TR.

La conducta a seguir fue la suspensión de la Risperidona, continuando con la administración de Lorazepam 5 mg/d. Se solicitó SPECT cuyo resultado fue el siguiente: “Hipoperfusión en región frontomedial superior, en Corteza Cingulada Anterior, en ambos temporales, y en región temporo-hipocámpica. Dilatación ventricular”. En la actualidad se encuentra medicada con Lorazepam 5mg/d y Tioridazina 100 mg/d con respuesta parcial a la misma. Se solicitó la autorización vía judicial para la realización de TEC.

Resultados

El rango de edad de los pacientes reportados a lo largo de los 14 estudios fue de 17 a 76 años, con una media de 37.33 años y una mediana de 28 años. La edad de los pacientes no fue aportada en 3 estudios, pero la media fue calculada con los datos disponibles. El promedio de los participantes masculinos fue de 62%; sin embargo, 3 estudios no aportaron datos de género.

El número de las muestras fue variable en todos los estudios, con un rango entre 1 y 10 pacientes, con una media de 3,42 pacientes por estudio. En 10 de los estudios reportaron entre 1 y 5 pacientes con diagnóstico de catatonía en cada uno de ellos, mientras que en los restantes 4 estudios se utilizaron entre 6 y 10 pacientes con diagnóstico de catatonía.

Del total de 14 artículos utilizados en esta revisión, el 57,14% (ocho) utilizó pacientes con diagnóstico de catatonía en el contexto de Esquizofrenia, 7 según criterios DSM IV-TR [2], y 1 según otras clasificaciones. De todos estos, 3 (un 21,4%) detectaron hipoflujo a nivel del LF; contradictoriamente 1 (7,14%) detectó hipermetabolismo frontal. Un total de 5 (35,7%) estudios detectaron hipometabolismo a nivel temporal, y 2 (14,28%) hipometabolismo a nivel parietal. Un solo estudio (7,14%) demostró hipometabolismo marcado en ganglios basales (Tálamo y estriado) y otro a nivel hipotalámico.

En uno de los reportes encontrados se realizó el

diagnóstico de síndrome catatónico primario, ya que no cumplió criterios para esquizofrenia, trastorno afectivo o trastorno catatónico secundario a enfermedad médica según DSM [2], pero sí coincide con un subtipo de catatonía descrito por otros sistemas de clasificación [3]. En dicho reporte se pudo detectar una disminución del flujo sanguíneo cerebral en los ganglios de la base. Sólo 2 (14,28%) de los artículos consideraron pacientes con trastornos afectivos según DSM IV-TR [2]. Ambos estudios coinciden en el hallazgo de hipometabolismo a nivel frontal, parietal, temporal, y sólo uno de ellos disminución del flujo cerebral occipital. En este último se ha visto que el flujo cerebral ha mejorado luego del tratamiento electroconvulsivo en el lóbulo temporal, parietal y occipital, no mostrando este resultado a nivel de la corteza frontal.

Cuatro de los 14 artículos seleccionados utilizaron pacientes con diagnóstico de trastorno catatónico debido a enfermedad médica [2]; demencia por cuerpos de Lewy (DCL), encefalitis aséptica, encefalitis paraneoplásica secundaria a Seminoma (EP), y retraso mental (RM). Los hallazgos encontrados en DCL fueron hipoperfusión occipital e hiperperfusión frontal; en el caso de EP se detectó hipoflujo a nivel frontotemporal, y en el caso del RM, alteraciones inespecíficas a nivel de los GB [11, 16, 20, 29].

Discusión

Tanto la psicopatología como la fisiopatología de la catatonía no han sido determinadas aún. Numerosos estudios funcionales encuentran lesiones en el LF y GB [18]. A su vez, tanto lesiones en la conexión del circuito fronto-cerebeloso [19] como lesiones en el área motora suplementaria dominante, han sido asociadas [5, 7, 22]. Estudios neuropatológicos identificaron un rol central para los GB en la catatonía, encontrando pérdida de células en el globo pálido, la sustancia inominada, en el núcleo *accumbens* y en el estriado. A causa de la heterogeneidad diagnóstica de es-

tos pacientes, las conclusiones probablemente reflejan un factor de riesgo para catatonía más que una fisiopatología específica; de esta manera la catatonía sería el resultado de una interrupción en el trazado del circuito entre el LF y los GB más que una lesión directa en dichos núcleos [1, 37]. Esta hipótesis se correlaciona con la ejecución automática de programas motores aprendidos en el LF que se expresarían en este cuadro [37, 38]. Otro autor encontró atrofia cerebelosa en el 20% de pacientes catatónico-esquizofrénicos comparados con el 8% de aquellos con otro tipo de esquizofrenia, 5% de pacientes maniaco-depresivos, y ninguno en pacientes control [36].

Numerosos estudios neurometabólicos apoyan la asociación entre catatonía y la disfunción de sistema de motor. Ebert et al. (1992), Tsujino et al. (1991), Atre-Vaidya et al. (2000), encontraron hipometabolismo en los GB (a predominio derecho) que se normalizó con la resolución de la catatonía. La corteza derecha temporo-parietal también mostró un bajo metabolismo [3, 9, 41]. Northoff et al. (1999) realiza un estudio retrospectivo comparando dos grupos de pacientes y un grupo de controles sanos encontrando, con valor estadísticamente significativo ($p < 0,001$), que el grupo de pacientes esquizofrénicos, comparado con el grupo de pacientes psiquiátricos con otro diagnóstico y el grupo de controles sanos, presentan una disminución de la unión de iomazenil en la corteza frontal superior (sensoriomotora) [30]. Ebert et al. (1992), Galynker et al. (1997), Escobar et al. (2000), Lauer et al. (2001), y Kaestner et al. (2008), muestran en sus respectivos estudios hipometabolismo bitemporal [9, 10, 13, 20, 27]. A su vez, Satoh et al. (1993), Galinker et al. (1997), Northoff et al. (2000) y Escobar et al. (2000), demostraron hipometabolismo prefrontal y parietal [10, 13, 31, 34, 35].

Quizás no sorprenda la heterogeneidad de los hallazgos en los diferentes estudios, debido a que la catatonía es estudiada en contextos de múltiples cuadros. De todas formas queda claro que la mayoría de los estudios encuentran un mal funcionamiento predominantemente en LF, y en me-

nor medida en GB y lóbulo temporal. Dejando de lado los diagnósticos que no incluyan pacientes esquizofrénicos, nuestro caso clínico ilustra similitudes en cuanto a las regiones cerebrales afectadas. En el SPECT de la paciente IF se evidenció hipometabolismo a nivel de ambos LF, como así también de ambos LT, en contexto de Esquizofrenia subtipo catatónico [2]. Sin embargo, se encontraron pacientes con cuadros catatónico no esquizofrénicos, que comparten parcialmente los resultados de la imagen funcional del caso IF. Debido a las similitudes en las imágenes independientemente del diagnóstico, es adecuado aportar la hipótesis de Wilcox, quien sugiere que la sintomatología motora es el correlato de una disfunción del circuito motor más que de una disfunción en áreas específicas. La asociación de la disfunción del circuito de conexión de los LF con los GB no sorprende debido al rol de este circuito en las diversas funciones superiores como lo son la atención, la expresión emocional, la expresión motora y el *arousal*, todas ellas comprometidas en la catatonía [33, 43].

Dentro de los resultados de esta revisión, tanto Northoff et al. (2000) como Iseki et al. (2009) plantean la hipótesis de una disfunción gabaérgica como sustrato neuroquímico del cuadro catatónico [11, 16, 31]. Esta hipótesis está basada en que la neurotransmisión gabaérgica se encuentra afectada en varias regiones del cerebro, como lo son la corteza del cíngulo anterior y la corteza motora primaria [15]; además, la síntesis de GABA se encuentra reducida a nivel de estructuras que conforman el sistema motor del núcleo caudado, tálamo anterior y cíngulo anterior [40].

Conclusión

Los datos actuales indican que los síntomas catatónicos son descriptos y asociados con numerosas enfermedades del SNC, suceso que apoya la teoría de la catatonía como una entidad inespecífica [12]. Todavía no existe un consenso acerca de qué síntomas y signos constituyen un

síndrome catatónico [12]. En lo que respecta a la catatonía no han surgido, de los diferentes estudios, anormalidades estructurales patognomónicas [42]. Entre los cuadros motores desarrollados en el contexto de un proceso esquizofrénico, las áreas afectadas son diversas; de hecho, estos cuadros comparten la afectación de áreas comunes a cuadros catatónicos secundarios a una patología orgánica.

Al realizar esta revisión, nos encontramos con numerosas dificultades. Por un lado, los criterios utilizados para realizar los diagnósticos no fueron los mismos en todos los artículos publicados; tampoco utilizaron muestras homogéneas, ni crite-

rios de inclusión y exclusión específicos. Por otro lado, la gran mayoría fueron reportes de caso.

Consideramos que la realización de estudios prospectivos de neuroimágenes con diseños longitudinales es necesaria para aclarar aún más las deficiencias en los circuitos motores en la esquizofrenia en diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad.

Creemos que el objetivo y metodología de este trabajo sirven como punto de partida para un análisis más minucioso en lo que respecta a la posible fisiopatología del cuadro catatónico, sus diferentes etiologías y un adecuado tratamiento específico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alexander GE, DeLong MR & Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex, 1986. *Ann Rev Neuroscience* 9: 357–381.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. Atre-Vaidya, N., Significance of abnormal brain perfusion in catatonia: a case report. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 2000. 13(2): p. 136-9.
4. Blanc, F. et al., Inaugural psychotic events in multiple sclerosis? *Rev. Neurol (Paris)*, 2010. 166(1): p. 39-48.
5. Bond, ED. Epidemic encephalitis and katatonic symptoms, 1920. *Am J Insanity* 76: 261–264.
6. Breuler, E. *Demencia Praecox o el grupo de las esquizofrenias - 1ª. Ed.* - Buenos Aires: Polemos, 2011.
7. Cheyette SR & Cummings JL. Encephalitis lethargica: Lessons for contemporary neuropsychiatry, (1995) *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 7: 125–134.
8. Goldar, JC. El concepto de catatonía. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, 1994, vol. V:7-14.
9. Ebert, D., H. Feistel and W. Kaschka, Left temporal hypoperfusion in catatonic syndromes: a SPECT study. *Psychiatry Res*, 1992. 45(4): p. 239-41.
10. Escobar, R. et al., Clinical and cerebral blood flow changes in catatonic patients treated with ECT. *J Psychosom Res*, 2000. 49(6): p. 423-9.
11. Fink, M., Shorter, E., Taylor, MA. Catatonia Is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. *Schizophrenia Bulletin* 2010; 36 (2): 314–20.
12. Galynker, I. et al., ECT treatment and cerebral perfusion in Catatonia. *J Nucl. Med.*, 1997. 38(2): p. 251-4.
13. Grover, S. et al., Mania as a first presentation in mitochondrial myopathy. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2006. 60(6): p. 774-5.
14. Hashimoto, T., Bazmi, H., Mirnics, K., Wu Q, Sampson, AR, Lewis, DA: Conserved regional patterns of GABA-related transcript expression in the neocortex of subjects with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2008; 165:479–489.
15. Iseki, K. et al., Impairment of the cortical GABAergic inhibitory system in catatonic stupor: a case report with neuroimaging. *Epileptic Disord*, 2009. 11(2): p. 126-31.
16. Ito, F. et al., Catatonia induced by idiopathic hypertrophic pachymeningitis. *Gen Hosp. Psychiatry*, 2010. 32(4): p. 447 e7-447 e10.
17. Joseph, AB, Anderson, WA & O'Leary, DH. Brainstem and vermis atrophy in catatonia, 1991. *Am J Psychiatry* 29: 730–734.

18. Joseph, R., *Frontal lobe psychopathology: mania, depression, confabulation, catatonia, perseveration, obsessive compulsions, and schizophrenia*. *Psychiatry*, 1999. 62(2): p. 138-72.
19. Kaestner, F. et al., *Therapeutic strategies for catatonia in paraneoplastic encephalitis*. *World J Biol Psychiatry*, 2008. 9(3): p. 236-40.
20. Kahlbaum, KL. *La catatonia -1ª ed.* - Buenos Aires: Polemos, 1996.
21. Kirby, GH & Davis, TK. *Psychiatric aspects of epidemic encephalitis, 1921*. *Arch Neurol Psychiatry* 5: 491-551.
22. Kopala, L.C. and C. Caudle, *Acute and longer-term effects of risperidone in a case of first-episode catatonic schizophrenia*. *J Psychopharmacol*, 1998. 12(3): p. 314-7.
23. Kraepelin, E. *Demencia precoz - 2da ed.* - Buenos Aires: Polemos, 2008.
24. Kuo, Y.L. et al., *Anti-NMDA receptor encephalitis with the initial presentation of psychotic mania*. *J Clin Neurosci*, 2012. 19(6): p. 896-8.
25. Larisch, R. and A. Klimke, [Clinical impact of cerebral dopamine-D2 receptor scintigraphy]. *Nuklearmedizin*, 1998. 37(7): p. 245-50.
26. Lauer, M. et al., *Disturbed neural circuits in a subtype of chronic catatonic schizophrenia demonstrated by F-18-FDG-PET and F-18-DOPA-PET*. *J Neural Transm*, 2001. 108(6): p. 661-70.
27. Liddle, P.F., *Inner connections within domain of dementia praecox: role of supervisory mental processes in schizophrenia*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1995. 245(4-5): p. 210-5.
28. Maeda, K. and N. Ogawa, *Amitriptyline and lorazepam improved catatonia and occipital hypoperfusion in a patient with DLB*. *Intern Med*, 2011. 50(4): p. 363-6.
29. Northoff, G. et al., *Decreased density of GABA-A receptors in the left sensorimotor cortex in akinetic catatonia: investigation of in vivo benzodiazepine receptor binding*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1999. 67(4): p. 445-50.
30. Northoff, G. et al., *Right lower prefronto-parietal cortical dysfunction in akinetic catatonia: a combined study of neuropsychology and regional cerebral blood flow*. *Psychol Med*, 2000. 30(3): p. 583-96.
31. Peralta, V., Cuesta, JM, Serrano, JF, Mata, I. *Catatonia: de Kahlbaum al DSM-IV*. *Archivos de Neurobiología* 1995; 58(4):351-61.
32. Roberts, DR. *Catatonia in the brain: A localization study, 1965*. *Int J Neuropsychiatry* 1: 395-403.
33. Satoh, K. et al., *Functional brain imaging of a catatonic type of schizophrenia: PET and SPECT studies*. *Jpn J Psychiatry Neurol*, 1993. 47(4): p. 881-5.
34. Satoh, K. et al., *Regional cerebral blood flow in catatonic schizophrenia*. *Psychiatry Res*, 1993. 50(4): p. 203-16.
35. Sencer, RN, Alper, H, Yunten, N & Dundar, C. *Bilateral acute thalamic infarcts causing thalamic dementia, 1993*. *AJR* 161: 678-679.
36. Taylor, MA. *Catatonia: A review of a behavioral neurologic syndrome, 1990*. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 3: 48-72.
37. Taylor, MA. *Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review, 1992*. *Am J Psychiatry* 149: 22-32.
38. Taylor, MA. *The Fundamentals of Clinical Neuropsychiatry, 1999*. New York: Oxford University Press.
39. Thompson, M., Weickert, CS, Wyatt, E., Webster, MJ: *Decreased glutamic acid decarboxylase (67) mRNA expression in multiple brain areas of patients with schizophrenia and mood disorders*. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 970-977.
40. Tsujino, N. et al., *Cerebral blood flow changes in very-late-onset schizophrenia-like psychosis with catatonia before and after successful treatment*. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2011. 65(6): p. 600-3.
41. Wilcox, A. *Perinatal distress and infectious disease as risk factors for catatonia, 1986*. *Psychopathology* 19: 196-199.
42. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva, 1992.

Trastorno mental y maternidad. Reflexiones desde la Bioética

Rocío Sánchez Castillo*, Maitén Toledo**, Nilva Vidal***

Introducción

Clara tiene 33 años, vive en pareja y trabaja. Tanto ella como su compañero tienen diagnóstico de esquizofrenia; se encuentran en tratamiento y estabilizados. Luego de una intervención quirúrgica Eduardo cree que ha quedado estéril y, por lo tanto, dejan de utilizar métodos anticonceptivos, y así se produce un embarazo. Él considera que ese niño/a no es suyo, y producto de la situación ambos se descompensan en su cuadro de base.

Durante el embarazo ella no quiere tomar la medicación por miedo a dañar al bebé/a; así llega al parto descompensada, tiene a su hijo y queda internada en un servicio de salud mental que no pertenece a su ciudad. El bebé queda a cargo de la abuela materna, quien convence a Clara de que ella no será capaz de brindarle los cuidados que el niño necesita; así cede la tutela del pequeño.

Posterior al alta, Clara, al no tener ingresos, tramita el certificado de discapacidad. A su vez se establece la paternidad de Eduardo y él reconoce al niño.

En la actualidad viven en pareja, ambos se encuentran compensados; el niño tiene 5 años y está a cargo de su abuela, pese a que sus padres quisieran poder criarlo.

El anterior es el relato de una situación actual de dos usuarios del sistema de salud mental de la provincia del Chubut; el mismo es sólo un caso de los muchos que atraviesan otros integrantes del colectivo de personas con trastornos mentales. Consideramos que éste constituye un caso pa-

radigmático que nos permite abrir la discusión bioética en torno a la situación de maternidad en mujeres con trastorno mental.

Las mujeres con trastorno mental, ¿en todos los casos son incapaces de hacerse cargo de la crianza de sus hijo/as? Las limitaciones del trastorno mental, ¿imposibilitan el desarrollo de la maternidad? ¿En qué criterios se basan las decisiones judiciales para sacar la tutela a las madres con trastorno mental? ¿Cuál es el fundamento de dichos criterios? ¿Qué pasa con la protección de los derechos de estos niños y niñas? ¿En todos los casos podemos hablar de que en esta decisión se trata de velar por el interés superior del niño/a? El dilema expuesto en estas preguntas pareciera ser el enfrentamiento entre el derecho de autonomía e igualdad de oportunidades de todas las mujeres sin importar su condición, frente a la defensa del interés superior de los niños y niñas a su cargo.

Según el Código Civil, en su artículo 141, “se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes”. Así también establece, en su artículo 480, “el curador de un incapaz que tenga hijos menores es también tutor de éstos”. El objetivo de esta legislación consistiría en velar por la seguridad y el cuidado de los niños y niñas, así como de la sociedad en su conjunto. Lo que se evidencia como trasfondo ideológico es más bien un ideal moral de lo que

* Psicóloga, Residente 4to año Hospital Pirovano

** Médico, Residente 4to año Hospital Álvarez

*** Médico, Residente 3er año Hospital “Braulio A. Moyano”

debería ser una familia, un hombre, una mujer, un padre, una madre, y de lo que podría suponer un atentado contra dicho ideal; este es el paradigma que se sostiene en la ecuación “loco - peligrosidad” (Galende, 1990).

No obstante, el desarrollo de las normas actuales a nivel nacional e internacional¹ supone una revisión de las definiciones anteriores en tránsito hacia un paradigma de derechos humanos. Así, anteriormente se entendía a la incapacidad de manera absoluta, es decir, impidiendo el ejercicio de los derechos civiles por parte de la persona en cuestión. Actualmente tiende a establecerse un sistema de inhabilitaciones parciales y no permanentes, debiéndose revisarse periódicamente las mismas (cada 3 años), y estableciéndose en qué aspectos específicos de su autonomía y habilidades la persona necesitaría apoyos especiales y compensatorios (Kraut, 2006).

Si bien los avances en materia jurídico-legal quedan expuestos, aún nos encontramos que en la práctica lo que persiste es la suposición de incapacidad, pero ya no entendida dentro del marco de lo jurídico exclusivamente, sino como representación social de la incapacidad de la persona con trastorno mental (reproduciendo la ecuación loco/a - peligroso/a).

Encontramos entonces que lo que parecía en principio un dilema entre dos formas que asume el derecho, léase, derecho de los y las niñas a su cuidado adecuado, y derecho de las personas con algún tipo de discapacidad a su autonomía e igualdad de oportunidades, no se sostiene, si entendemos que lo que le da sustento no es más que un entramado de representaciones sociales cuyo fundamento es por lo menos debatible.

Consideramos que en la base de estas representaciones sociales históricas y persistentes, se encuentran principalmente dos posiciones fundamentales: por un lado, la idea de que la mujer con trastorno mental es incapaz de ser madre (Peláez Narváez, 2009); y por otro, el concepto de ma-

ternidad ligado a una idealización del rol materno (Torres Dávila, 2004).

La creencia de la incapacidad de las mujeres con trastorno mental para ser madres y la idealización del rol materno

La idea de que las mujeres con trastorno mental no pueden ser madres circula de manera extendida, en el ámbito jurídico, de los profesionales de la salud, y así también entre las familias de los y las usuarios/as².

En la bibliografía sobre el tema encontramos aportes interesantes en este sentido; según Peláez Narváez (2009, pág. 63): “Hay una creencia muy extendida de que las mujeres con discapacidad no pueden ser madres, incluso ante la evidencia de que muchas de ellas lo son de manera exitosa y tienen hijos e hijas felices. Además de que hay pocos criterios claros para juzgar o determinar la competencia o incompetencia de los padres y madres, existe una tendencia a entrar en el área de las emociones y utilizar ideas subjetivas sobre lo que está bien o lo que está mal. Esta percepción prevalece, incluso, pese a que las investigaciones al respecto no señalan una relación clara entre el nivel de formación o inteligencia de los padres y madres y ser buenos en el ejercicio de la paternidad o maternidad”.

Pero, ¿qué es lo que subyace a estas creencias? Pensamos que las mismas se sustentan en la existencia de ideales morales acerca de cómo debería ser un sujeto que se supone “normal”, normalidad que se construye cultural, social e históricamente. Todas las sociedades construyen sus sujetos normales y deseables, y aquellos que no lo son; la mayoría de las veces es en este espacio en el que se ubica a las personas con alguna discapacidad o trastorno mental grave. Este entramado de representaciones se complejiza aún

1 *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Ley Nacional de Salud Mental 26.657.*

2 *Nos referimos a usuarias y usuarios de los distintos Servicios de Salud Mental.*

más cuando hablamos de la maternidad, ya que el campo de la maternidad cuenta con sus propias pretensiones de normalidad y mandatos. Tal como afirma Torres Dávila: "...así la madre diferente debe aceptar 'el modelo de madre' que la sociedad y la cultura le imponen, no sólo porque lo acepte como norma, sino porque se asume que la sociedad es un espacio preexistente, al que las personas se suman, negando la posibilidad de construirlo en la interacción" (Torres Dávila, 2004). El no reconocimiento de la maternidad como espacio de construcción repercute en la reproducción de un modelo ideal de ser madre sostenido en ciertos mandatos o creencias, entre las que se encuentran la asociación con el sacrificio, la entrega absoluta, el cuidado asignado de manera exclusiva, la naturalización en base a un supuesto "instinto materno", que debería indicarle de manera espontánea cómo proceder de forma "adecuada"; todo ello relacionado con la realización de su "ser mujer" en dicho proceso. Como dijimos anteriormente, estos supuestos circulan por diferentes espacios, tanto del orden público como privado. Para ejemplificar retomamos el caso de Clara, y es así que nos preguntamos: ¿cuál es camino recorrido por esta mujer hasta llegar a tomar la decisión de que ella no es capaz de criar a su hijo? ¿De qué manera y en qué ámbitos circulan las representaciones que operan sobre dicha decisión?

En principio cabe recordar que no es la justicia, en este caso, como en muchos otros, quien decide que Clara no es capaz de cuidar de su hijo, sino que es ella quien cede la tutela del niño, asumiéndose como efectivamente incapaz de criarlo bajo los atributos de lo "adecuado". En palabras de Peláez Narváez (2009, pág. 13): "El entorno, lo que se espera de

ellas y el sentirse punto de mira de cuantos las rodean, van conformando y mediatizando su auto-percepción y comportamiento hacia sus hijos o hijas". En este sentido, la familia cumple un rol fundamental al reproducir las creencias antes enunciadas. A su vez, muchas veces existe una especie de acomodación mutua en la cual la familia suele, en relación a múltiples aspectos de la vida diaria, asumir el rol de tomar decisiones y funciones de cuidados; así la maternidad de las mujeres con trastorno mental es un campo más donde esta práctica se extiende con un grado de conflicto menor al que podría darse en otras circunstancias, ya que estas mujeres han vivenciado no poder desarrollar su autonomía con respecto a otros ámbitos, por lo cual experimentan una sólida auto-percepción de incapacidad.

Como comentábamos anteriormente, estas representaciones circulan en todo el ámbito de lo social y no exclusivamente en el orden privado; dentro del ámbito público el propio Estado funciona reproduciendo estas prácticas y discursos, a través de distintas instituciones como ser la justicia, el sistema de salud y de protección social. En este punto cabría preguntarnos por las responsabilidades de los servicios de salud mental, siendo que a los mismos les compete de manera específica todo lo vinculado al bienestar de este colectivo. Las autoras Páez, Núñez et al. (2012), en su trabajo acerca de las concepciones de los equipos de salud mental respecto de la maternidad en los casos de discapacidad mental, realizan un aporte interesante a la discusión en tanto evidencian cómo en el interior de los propios equipos de profesionales de la salud mental subyacen creencias sobre la incapacidad de estas mujeres para hacerse cargo de sus hijos³.

3 "En relación al protocolo de investigación aplicado el 62% de las personas no agentes de salud mental, consideraron que la frase 'Las mujeres con discapacidad mental tienen dificultades para criar a sus hijos de una manera adecuada' es verdadera y el 39% la indicó como falsa (...). Poniendo el foco en los agentes de salud mental, por el contrario, un 66% de la muestra consideró la afirmación falsa, un 29% verdadera y un 5% se abstuvo de responder". Páez, M.; Núñez, C.; Azperren, M.E.; Rivero, C.; Mattioni, M. y Bruni, M. (2012). *La discapacidad mental y la maternidad son realidades incompatibles. ¿Mito o realidad?* Margen, 66, pág. 5.

Consideramos que es importante una reflexión hacia el interior de los equipos de salud mental implicados en el cuidado y defensa de los derechos de los/las usuarios/as, en tanto que muchas veces se encuentran reproduciendo estos esquemas en lugar de tender a la deconstrucción de los mismos, con altísimos costos para la salud mental y calidad de vida de estas personas. Para finalizar, cabría preguntarnos qué es lo que aún se conserva del dilema presentado en primera instancia. A la luz de esta discusión pareciera no haber tal, en tanto que el supuesto perjuicio sobre los y las niños/as de madres con trastorno mental no permite una generalización, más allá que en el plano moral, el cual se sostiene en la circulación de mandatos normalizadores y representaciones sociales idealizadas, sin ajuste a

los distintos contextos sociales y culturales en que pueden darse las diversas formas de ser humano, en general, y ser madre en particular. Como contrapartida, se está vulnerando el derecho a la autonomía de estas mujeres, su derecho a elegir libremente lo que quieren para sí mismas y, por lo tanto, a armar un proyecto de vida que respete sus deseos e intereses. Como así también se está atentando contra el principio de justicia según el cual, desde la bioética, para tener acceso a un mismo derecho -en tanto pertenecientes a un colectivo minoritario y marginado socialmente- se debieran garantizar los apoyos correspondientes que las normas nacionales e internacionales acuerdan, para que puedan acceder en igualdad de condiciones a un ejercicio pleno de la autonomía antes mencionada.

BIBLIOGRAFÍA

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Paidós. Buenos Aires.
- Kraut, A. (2006). *Salud Mental. Tutela jurídica*. Editorial Rubinzal-Culzoni. Buenos Aires.
- *Ley Nacional de Salud Mental* 26.657.
- Peláez Narváez, A. (2009). *Maternidad y Discapacidad. Capítulo I: "El derecho a ser madre"*. Ediciones Cinca. España, pp. 13-26.
- Peláez Narváez, A. (2009). *Maternidad y Discapacidad. Capítulo V: "Esterilización forzada de niñas y mujeres con discapacidad"*. Ediciones Cinca. España, pp. 57-76.
- Páez, M.; Núñez, C.; Azperren, M.E.; Rivero, C.; Mattioni, M. y Bruni, M. (2012). *La discapacidad mental y la maternidad son realidades incompatibles. ¿Mito o realidad? Margen*, 66, pp. 4-15.
- Torres Dávila, M. S. (2004). *Género y discapacidad: Más allá del sentido de maternidad diferente*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Flacso/Sede Ecuador. Programa de estudio de género. Disponible en: http://www.flacso.org.ec/docs/genero_disca.pdf

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Karim González Ramos, A. (2010). *Capacidad jurídica de las personas con discapacidad*. México.
- Solitario, R. (2011). *Incapacidad jurídica, patria potestad y derechos humanos. El desafío jurídico de los derechos igualitario y el derecho a la diferencia*. Facultad de Psicología – UBA. Secretaría de Investigaciones. *Anuario de Investigaciones*. Vol. XVIII. pp. 291-29.


moebiusdifusión



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

www.moebiusdifusion.com / info@moebiusdifusion.com

La (atención de la) crisis en la formación

Victoria Mancini *, Luciano Rodríguez Costa **

Nuestra residencia cuenta con un dispositivo, el dispositivo de crisis, el cual en cierto modo anticipa desde hace dos décadas el énfasis actual que la ley 26.657 pone sobre los abordajes interdisciplinarios para la evaluación de la pertinencia de las internaciones. Es desde esta práctica que nos interrogamos acerca de las tendencias en las políticas en salud mental, y nos planteamos dos preguntas: una es, ¿a qué responde el fuerte énfasis en la creación y sostenimiento de dispositivos de crisis? Y por otra parte, ¿qué destino tienen los pacientes que son asistidos por estos dispositivos?

Una paradoja al interior del movimiento de la salud mental

Sabemos que históricamente los movimientos de la antipsiquiatría y de la desinstitucionalización basagliana, dan sustento a la idea de que las personas con padecimientos subjetivos puedan ser atendidas en comunidad, como movimiento contrario a la sustracción que se hacía de las mismas en la segregación manicomial. A su vez, nos permitimos conjeturar que parte del actual empuje a la constitución de equipos de atención de la crisis, se justifica en la misma lógica de evitar las internaciones innecesarias y la cronificación

a las que daban lugar. Las crisis se abordarían así en el segundo y tercer nivel de atención, para luego continuar su abordaje en el primero, dentro de la comunidad.

Un nuevo mandato reemplaza al de la segregación social, y es el de la integración social, el cual instala en el ejercicio de ciudadanía y de los derechos de las personas, los recursos necesarios para producir salud, ya que la finalidad no es la cura de la enfermedad sino la prevención, y su objeto es lo colectivo. Este nuevo ideal determina que no sean necesarias las especificidades, ya que se trata de prácticas que resultan promovibles por cualquier agente de salud. Esto es consecuente con una concepción de la crisis como desajuste social, causado por pérdida de derechos, insatisfacción de necesidades y precariedad del lazo social¹.

En el documento de la Federación Mundial de Salud Mental, *“Salud mental en atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental”*, se destaca la necesidad de que ante la falta de recursos humanos y económicos se puedan utilizar los recursos ya existentes, los cuales serían matriciados por equipos especializados en SM. Si bien esta propuesta no parte de un ideal sino de un intento de responder a una deficiencia del sistema, no deja por ello de abogar en la misma línea de una pérdida de la especificidad

* Médica. Jefe de Residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Hospital Escuela Eva Perón (Granadero Baigorria - Santa Fe)

** Psicólogo. Residente 3° año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Hospital Escuela Eva Perón (Granadero Baigorria - Santa Fe)

en el campo mismo al cual se prioriza en las estrategias de sustitución de lógicas manicomiales, es decir, el primer nivel de atención, inserto en la comunidad.

Todo lo antes dicho nos lleva a pensar que la paradoja del sistema es que las crisis serían atendidas en el segundo nivel, para luego ser reenviadas a un primer nivel donde, según la tendencia que vemos delinear, se propone el abordaje de un objeto colectivo, ya no singular, y donde por tal motivo pareciera que las especificidades tendieran a disolver sus límites.

El discurso de la SM, si bien contiene esta paradoja, no se basta a sí mismo, sino que se encuentra interceptado por otras variables que inciden en las tendencias a las cuales nos estamos refiriendo. Una de dichas variables la hemos mencionado, es la dimensión económica, la cual determina que ciertas políticas en salud mental puedan apoyar más la pérdida de las especificidades y la discontinuidad de los procesos terapéuticos en favor de abordajes que sólo priorizan la urgencia, en razón de que claramente tales tendencias son menos costosas para la inversión del Estado. Otra variable que pensamos afecta las políticas actuales es el discurso médico, que equipara la crisis subjetiva a la urgencia, para cuya resolución bastaría con la estabilización, de acuerdo a parámetros médicos positivistas. Bajo este modelo puede ocurrir que un equipo movido por un ideal antimanicomial trate una crisis a modo de una urgencia médica, encubriendo incons-

cientemente un interés económico.

Ahora bien, si los dispositivos de crisis sólo funcionan como atención de urgencias, y el primer nivel no ofrece las condiciones para la continuación de su atención, podemos pensar que estos pacientes eventualmente reingresarían al sistema por una nueva crisis. En consecuencia, el mismo sistema alimenta los dispositivos de crisis y, paradójicamente, la demanda a los mismos. Con este proceso de realimentación de "crisis" se evita la cronificación, pero podríamos decir quizás que se produce una apología de las crisis. Nos preguntamos entonces, ¿hasta qué punto realmente se evita de este modo la cronificación? Un sujeto que vive en crisis, ¿no está cronificado en ellas? Pareciera que la crisis pasa a ser la única puerta de entrada al sistema de salud mental. Se dice que esto es lo que ocurre por ejemplo en sistemas de salud como Brasil, donde el modo más sencillo (o incluso el único) de ser atendido por un profesional de salud mental, es presentar una crisis o un "padecimiento grave"; las problemáticas "neuróticas" tradicionales quedan por fuera del campo público de intervención. También Pierre Noel (2000), en relación a la situación de la psiquiatría en Francia, plantea que "el desarrollo de una política de urgencia en el campo de la medicina con una señal muy fuerte en relación de los equipos psiquiátricos", determina en la actualidad "la tendencia a hacer del circuito de las urgencias la solución de todo pedido de internación o la respuesta más cómoda [...] esto des-

1 "Lo que hemos aprendido aquellos que estamos más comprometidos con esta orientación es que en el terreno de la crisis lo que ayuda a la persona a salir es precisamente atender a sus necesidades y derechos. Esa posibilidad de ayudarles a organizar su existencia cotidiana, con sus amigos, con sus vecinos, ayudar para que entre todos se pueda dar respuesta al que está sufriendo más que los demás" (*La salud mental en la provincia de Río Negro. Revista Vertex N° 3: Institucionalización, desinstitucionalización, postinstitucionalización. Mayo-Abril-Marzo de 1991, pág 46*). "La crisis es vista como el resultado de factores que involucran a terceros, sean familiares, amigos, vecinos o, incluso, desconocidos. Un momento que puede ser resultado de la disminución de la solidaridad de unos para con otros, de una situación de precariedad de recursos para poder tratar a las personas en sus domicilios; en fin, la crisis es una situación más social que puramente biológica o psicológica. Y también, por ese motivo, se trata de un proceso social" (*Amarante, P.: Locos por la vida. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, 2006, pág. 81*).

emboca en una hipertrofia del uso de las urgencias que se torna en una trampa para todos: la sala de urgencias, [...] corre el riesgo de transformarse en el modo habitual de entrada en un sistema de atención verticalista”.

Entonces nos encontramos con un sistema orientado a la crisis, donde la atención del momento crítico es asegurada pero no el tratamiento posterior. Esto tiene implicancias en todos los actores, tanto en pacientes como profesionales, y por ende a nivel de la formación.

El concepto de crisis según nuestra experiencia

Entendemos la crisis como una caída de las representaciones, y a las representaciones como aquello en virtud de lo cual un sujeto se relaciona con lo real, creando una realidad. En consecuencia, *no es posible relacionarse con la realidad, operar sobre ella, desde la realidad exterior.*

En el desarrollo psíquico, el niño comienza a inventar y a conocer el mundo a partir del encuentro con otro que le aporta los objetos que aquél cree que crea. En ese sentido, la primera realidad que desarrollamos es la psíquica, y es sólo a partir de ella que el sujeto podrá abordar la realidad exterior. Si un equipo que recepciona a una persona en crisis es incapaz de ayudarlo a re-crear esa realidad concreta, real, inaccesible, y marcada por las actuaciones, reconduciéndolo hacia aquello que de su realidad psíquica está jugado allí, o bien de aquello que de su realidad psíquica es preciso ayudar a representar, el resultado será la persistencia de la crisis.

La caída de la representación determina, además, una caída de la temporalización que ésta permite. Esto hace resultar de vital importancia, a la hora de intervenir, el crear “un tiempo” de entrevistas, lo cual saca al paciente de la urgencia del presente continuo: está allí para averiguar qué le está sucediendo, para construir una pregunta, una demanda. Es un tiempo simbólico que por su sola enunciación ya es pasible de involucrar al sujeto

y su padecimiento, en la perspectiva de una búsqueda de sentido del mismo. Esto supondrá pasar por un trabajo de implicación del sujeto en los actos de la crisis y la restitución o invención del sentido de aquello que de él ha entrado en crisis. Sólo esta posibilidad determinará la conclusión del tiempo lógico de la crisis, para pasar a un segundo tiempo en que la persona pueda continuar el despliegue de aquello que ha podido identificar como problemática. Se trata de que el sistema de salud, en el primer nivel, pueda acompañar los tiempos subjetivos de la persona y la complejidad de las intervenciones que requiera, no que la persona se acople a los tiempos y modos del sistema.

La formación en crisis

Ahora bien, en el proceso de elaborar estas ideas, al dirigir la mirada de afuera hacia adentro de nuestras propias condiciones de práctica, nos hemos sorprendido dándonos cuenta de que en modo alguno somos ajenos a estas tendencias. Pensemos en algunos cambios que ha habido en los últimos años en nuestra residencia. Anteriormente contábamos con un dispositivo de admisión, que era una vía de ingreso de pacientes para realizar tratamientos en la RISaM. Hace aproximadamente dos años, con el comienzo de las prácticas “comunitarias” (en centros de salud de la zona de referencia del hospital) se decide cerrar dicho dispositivo, debido a la sobrecarga de la demanda que recaía sobre residentes. Además, al agregar un dispositivo era necesario reformular el resto de las prácticas. Sin embargo, el modo de hacerlo no fue casual, sino acorde a las tendencias que señalamos: hoy el único modo de ingreso a realizar tratamiento en nuestra residencia es a través del dispositivo de crisis, lo cual es reconocido por los pacientes, quienes se valen del recurso de “estar en crisis” como modo de asegurarse la atención. Al mismo tiempo, muchas de las situaciones que llegan al hospital pasan a ser interpretadas, cada vez con mayor liviandad, como crisis subjetivas. Pareciera que esta es la forma que

se avala como legítima para pedir, y también es la forma legitimada desde donde deberían responder los trabajadores de la salud.

Estos modos de legitimación se hicieron bastante explícitos al incorporarnos a las prácticas en el primer nivel, cuando desde la gestión se decide que no realicemos prácticas de consultorio en el CS, y se enfatiza que en el Hospital General tampoco se debería realizar dicha práctica, lo cual daría como resultado que para el hospital quedaría el abordaje de crisis, y para los CS el trabajo centrado en actividades comunitarias.

De acuerdo a todo lo planteado hasta aquí nos preguntamos: ¿cómo nos estamos formando de este modo? Pareciera que el ideal en el que nos formamos es uno que deja al profesional de la SM desprovisto de recursos ya que, como hemos dicho, establece una ruptura entre primer y segundo nivel, estableciendo para el primero una práctica que se limita a un objeto colectivo, para el cual pareciera que no fuera preciso la diferenciación de las especificidades. En relación al segundo nivel, resulta difícil pensar en tiempos subjetivos del paciente y del proceso de atención, a favor de un abordaje de la crisis que se piensa sin tiempos o, más bien, en los tiempos de la urgencia. De algún modo esto pareciera tender hacia una re-

producción de las condiciones de la crisis en el equipo mismo, cuando el peso del *hacer* conduce a la prisa, a la “resolución” sin tiempo de representación, a la “estabilización” de un cuerpo o a la intervención sobre la situación concreta de un paciente, pero no a la implicación subjetiva del sujeto en los actos de la crisis y la restitución del sentido de aquello que de él ha entrado en crisis. Esta formación además implica una mortificación del profesional, quien se ve frustrado en sus intentos de “curar”, generándole hacia ese paciente incurable un rechazo que, en tanto enlazado al ideal de la “salud mental”, no puede más que reprimir y devolver como odio contra-transferencial actuado las más de las veces. *En este caso el tratamiento del paciente se transforma en un tratamiento de la angustia del profesional.*

Creemos que al priorizar tanto las crisis la formación misma se transforma en una crisis, cuando el sistema de formación de lo que requiere es de un profesional de la SM capaz de pensar los procesos de salud-enfermedad y, por ende, capaz de leer en la crisis algo más allá de una mera desestabilización subjetiva.

Sólo de este modo la crisis pasará a ser una rareza en vez de la moneda corriente.

BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. *Locos por la vida*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Bs. As. 2006.
- Basaglia, F. *La institución negada*. Barral Editores. Barcelona. 1970.
- Cohen, H. - Natella, G. *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1995.
- Federación Mundial de Salud Mental. *Salud mental en atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. 10 de octubre de 2009.
- Giovanello Díaz, A. - Onocko Campos, R. *La admisión en servicios sustitutivos al manicomio*. Sileno - Revista de Psicoanálisis, Rosario, Argentina, p. 69-76, 2009.
- Galende, E. *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2008.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 - 2/12/2011.
- Noël, P. *¿Corre peligro la psiquiatría pública? La situación en Francia*. Revista Vertex, Vol. XI. Ed. Polemos, Buenos Aires. 2000.
- *La salud mental en la provincia de Río Negro*. Revista Vertex Nº 3: Institucionalización, des-institucionalización, postinstitucionalización. Mayo-Abril-Marzo de 1991.
- Rodríguez Costa, L. *Ensayo “Los tres tiempos de la Salud Mental”*. Inédito. 2012.

AASM | ACTIVIDADES



DIRECCIÓN GENERAL: *Darío Galante*
DIRECCIÓN ÁREA CLÍNICA: *Patricia Schnirelman*
DIRECCIÓN ÁREA DOCENCIA: *Alicia Prefumo*

SEMINARIOS DE FORMACIÓN CON PRÁCTICA CLÍNICA RENTADA

SUPERVISIONES CLÍNICAS

Supervisiones de casos clínicos y articulación teórica, donde se trabajarán los temas surgidos de la práctica clínica y sus conceptos fundamentales. Las supervisiones están a cargo de Pablo Fridman, Emilia Martínez, Inés Sotelo, Alicia Prefumo y Nicolás Bousoño.

POSIBILIDAD DE PRÁCTICA RENTADA

Se ofrecerá la posibilidad de atención de pacientes por parte de los participantes, previa instancia de entrevistas con un coordinador, que sugerirá y acordará con el profesional el momento de acceder a la clínica, así como la cantidad conveniente de derivaciones. Existe, también, la posibilidad de práctica en instituciones públicas.

CERTIFICACIONES

Se otorgarán certificados de participación/aprobación en la Escuela una vez finalizadas las horas de concurrencia obligatorias.

CONDICIONES DE ADMISIÓN

El dispositivo está dirigido a profesionales egresados de las carreras de Psicología, Medicina, y otras profesiones del campo de la salud mental.

A su vez, se prevé la participación de estudiantes avanzados para efectuar un acercamiento a la clínica, mediante su participación en los espacios de supervisión y en los seminarios.

LA CUOTA INCLUYE:

- 1) Seguro de mala praxis en compañía de seguros de primera línea.
Este seguro cubre, además, la actividad privada fuera de la escuela.
- 2) Inclusión del alumno como socio adherente a la Asociación Argentina de Salud Mental, con todos los beneficios (descuentos en congresos y jornadas, cursos, talleres y demás actividades).

PROFESIONALES DEL INTERIOR Y ESTUDIANTES

Consultar.

AASM CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 75 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 65 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 45 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

Aclaración: 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 registrará por el estatuto de la AASM.

INFORMES

AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

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

REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

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

Los atípicos

Kemoter[®]

Quetiapina

Simina[®]

Olanzapina

Restelea[®]

Risperidona