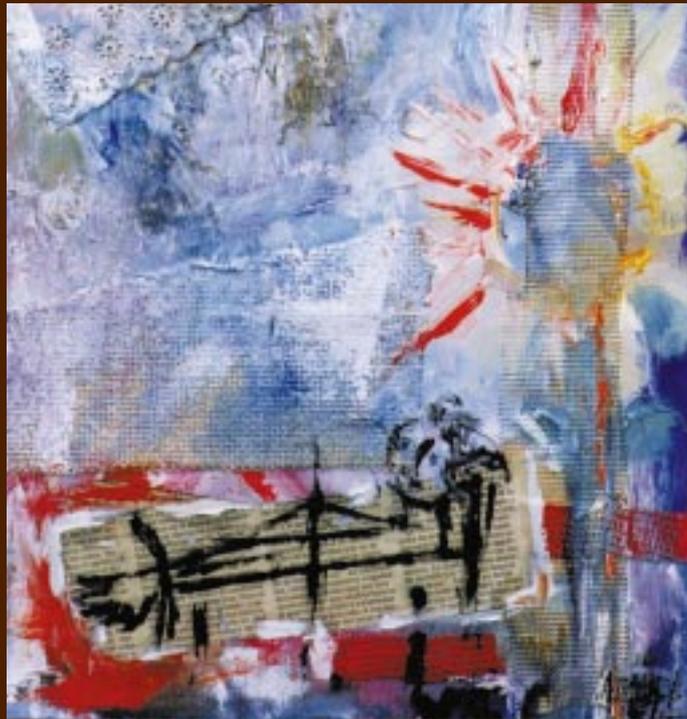


# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

## 42



### RETRASO MENTAL

*Aleman / Caballero / Damigella /  
Dominiani / González Castañón / Iddon /  
Misès / Ré / Wahlberg*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XI - Nº 42 Diciembre 2000 - Enero - Febrero 2001

**Director:**  
Juan Carlos Stagnaro  
**Director Asociado para Europa:**  
Dominique Wintrebert

**Comité Científico**

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barembli (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), F. Caroli (París), M. Cetcovich Bakmas (Bs. As.), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (S. Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. Heerlein (Sgo. de Chile), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), F. Lolás Stepke (Sgo. de Chile), H. Lôo (París), J. Mari (S. Pablo), M. A. Matterazzi (Bs. As.), J. Mendlewicz (Bruselas), A. Monchablon Espinoza (Bs. As.), R. Montenegro (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst, (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), L. Salvarezza (Bs. As.), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), T. Tremine (París), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

**Comité Editorial**

Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluck, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusevich, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Silvia Wikinski.

**Corresponsales**

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); J. Faccioli (Hosp. Italiano); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). CORDOBA: J. L. Fitó, H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. CHUBUT: J. L. Tuñón. ENTRE RIOS: J. H. Garcilaso. JUJUY: C. Rey Campero; M. Sánchez. LA PAMPA: C. Lisofsky. MENDOZA: B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. NEUQUÉN: E. Stein. RIO NEGRO: D. Jerez. SALTA: J. M. Moltrasio. SAN JUAN: M. T. Aciar. SAN LUIS: G. Bazán. SANTA FE: M. T. Colovini; J. C. Liotta. SANTIAGO DEL ESTERO R. Costilla. TUCUMAN: A. Fiorio.

**Corresponsales en el Exterior**

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. AMÉRICA CENTRAL: D. Herrera Salinas. CHILE: A. San Martín. CUBA: L. Artilés Visbal. ESCOCIA: I. McIntosh. ESPAÑA: J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. EE.UU.: G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobias (Nueva York). FRANCIA: D. Kamienny. INGLATERRA: C. Bronstein. ITALIA: M. Soboleosky. ISRAEL: L. Mauas. MÉXICO: M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. SUIZA: N. Feldman. URUGUAY: M. Viñar.

**Informes y correspondencia:**

**VERTEX**, Moreno 1785, 5° piso  
(1093), Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181  
E-mail: editorial@polemos.com.ar  
www.editorialpolemos.com.ar

**En Europa: Correspondencia  
Informes y Suscripciones**

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,  
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22  
Fax.: (33-1) 43.43.24.64  
E-mail: wintreb@easy.net.fr

Diseño  
Coordinación y Corrección  
Mabel Penette

Composición y Armado:  
Omega Laser Gráfica  
Moreno 1785, 5° piso  
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:  
Creaciones Gráficas  
Ayolas 3142 - Sarandí, Pcia. de Bs. As.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XI N° 42, DICIEMBRE 2000 - ENERO - FEBRERO 2001

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

\* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

## SUMARIO

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Experiencias traumáticas infantiles en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.**  
A. M. García de Amusquibar pág. 245
- **Mortalidad en enfermos psiquiátricos internados. Informe Epidemiológico,** P. Wieja, C. Romero y M. Melo pág. 249
- **Cuerpo, memoria emocional y biografía ¿cuál historia "recuerda" el cuerpo?,** E. Wolfberg pág. 258

### DOSSIER

#### RETRASO MENTAL

- **Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones,** D. González Castañón pág. 267
- **Trastornos psiquiátricos y de conducta en el retraso mental,** E. Wahlberg pág. 273
- **Diagnóstico neurológico integral del retraso mental,** H. E. Iddon pág. 280
- **Nutrición y retraso mental,** B. Caballero pág. 287
- **La comprensión del retraso mental exige un abordaje multidimensional,** Entrevista a Roger Misés, D. Wintrebert pág. 289
- **Trastornos de conducta en personas con retraso mental: una forma de comunicación,** N. Dominianni y L. Aleman pág. 291
- **Retraso mental: el desafío de trabajar en la diferencia,** S. Ré pág. 296

#### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Un psiquiatra alemán en la Argentina: Eduardo Enrique Krapf (1901-1963),** A. Carofile pág. 302
- **La nosología diferencial en psiquiatría,** por Eduardo Krapf pág. 305

#### CONFORNATCIONES

- **Entrevista a Leslie Sokol,** por J. Bustin y E. Keegan pág. 308
- **La invención del organismo. Notas sobre neurociencias y psicoanálisis,** F. Ansermet pág. 312

#### SEÑALES

- "Lecturas" pág. 317
- "Señales" pág. 318

*Ilustración de tapa*  
*"La ventana"*  
*Andrea Bönke, 2000*  
*Oleo sobre tela, 30 x 40 cm.*

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición trimestral, en marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año, con dos Suplementos anuales, indizada en el acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" LILACS y Medline.

## EDITORIAL

**A**

pesar de la función habitual de ocultamiento y modelado de la opinión que tienen los medios de comunicación masiva, en algunas ocasiones se filtran en sus producciones imágenes y palabras que desmontan esos propósitos. Claro está que su lectura depende de la posición desde la cual se las escucha, observa y valora. Recientemente, en un canal de televisión local, se realizó una "investigación" periodística tendiente a mostrar las vidas de las personas que se habían lanzado a cortar las rutas de acceso a Buenos Aires para hacer oír sus reclamos sociales. Entre otras muchas situaciones dramáticas se recortó una que permitió desnudar más que otras, la situación de amplios sectores de la población y que revistió un particular interés para quien debe ocuparse de la Salud Mental. Un hombre, de unos cuarenta años, de nacionalidad paraguaya, residente en Argentina desde su juventud, relataba circunstanciadamente su falta de trabajo, el hambre de sus hijos, su impotencia ante la desocupación. Podía observarse cómo, a medida que avanzaba en la evocación de su situación, los músculos de sus fuertes brazos se iban tensando hasta que atrapó con una de sus manos el micrófono que le tendía el periodista, como si tomara por las solapas a la audiencia para que no se escapara nadie de la escucha de su mensaje. En ese momento su voz se quebró y confesó, entre sollozos, que entrecortaban su discurso, que "no podía más, que tenía miedo y que todo eso le quitaba el sueño", "que sentía que sus fuerzas lo abandonaban", "que hasta aquí llegaba" y que "quizás era mejor la muerte" que esa forma de vivir en la desesperanza y la miseria.

Más allá del pregnante efecto emocional que despertaba la escena, la misma permitió un ejercicio clínico para ilustrar lo que se menciona hasta el hartazgo en las recomendaciones y alertas de los organismos internacionales de Salud Mental acerca de la depresión y sus vinculaciones con las condiciones sociales contemporáneas. Allí estaba expuesta, descarnadamente presente, la situación de los miles de conciudadanos que luego –si tienen la suerte de acceder a ellos– recibimos en los hospitales y centros de salud. Al apreciar las consecuencias, con efectos psicopatológicos, del caso, cabía preguntarse sobre el revoltijo de neurotransmisores y la vorágine neuroendócrina que asediaban a ese hombre en su atormentado cuerpo, y meditar sobre cómo valorar los elementos diagnósticos y pensar la "terapéutica". ¿Bastarían los medicamentos, las interpretaciones psicodinámicas y las recomendaciones conductuales, para ayudar a alguien que atraviesa un drama como el del personaje que habita la célebre tela de nuestro Museo de Bellas Artes, "Sin pan y sin trabajo"? ¿Cuánto tiene que subir la marea de la exclusión social como para alcanzar el umbral de la vulnerabilidad de los que todavía resisten? Estas son, hoy, preguntas ineludibles para un especialista que enmarca su acción médica en su responsabilidad ciudadana y su preocupación por la prevención y la Salud Pública ■

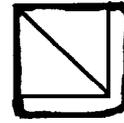
J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

## **REGLAMENTO DE PUBLICACIONES**

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**. Moreno 1785, 5° piso (1039) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, Y de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:  
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).  
Bibliografía: 1. Adams, J., ...  
                  4. De López, P., ...
  - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
  - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) Los artículos para la sección "Cartas de lectores y comunicaciones breves" consistirán en presentaciones de caso/s, efectos poco frecuentes de drogas, comentarios sobre artículos ya publicados o sobre temas de interés de la especialidad, etc. Deberán ser breves y concisos, evitando información complementaria. Con una extensión máxima de 2 páginas, con las características de edición del punto 2) y una breve bibliografía complementaria, según el punto 3). Salvo extrema necesidad y a criterio del Comité Editorial se podrán incluir tablas o ilustraciones.
- 7) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 8) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 9) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 10) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# Experiencias traumáticas infantiles en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Ana María García de Amusquibar

*Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría.*

*Coordinadora psiquiátrica del Centro de Trastornos de la Alimentación del Hosp. Italiano de Buenos Aires.*

*Pje. M. Padilla 4065 (1430) Buenos Aires. Tel.: 4551-5386*

## Introducción

Durante la década del '90 se multiplicaron los trabajos de investigación sobre el rol desempeñado por las experiencias traumáticas infantiles (especialmente abuso sexual y violencia familiar) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (T.A.).

Tanto abuso sexual infantil (A.S.I.) como violencia familiar (V.E) producen en el niño efectos biológicos, psicológicos y de desempeño social a corto y largo plazo. Los antecedentes de A.S.I., y de V.F. fueron re-

lacionados con diferentes patologías: trastornos por estrés post-traumático, depresión, abuso de sustancias, trastornos disociativos, trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria(4).

La prevalencia del antecedente de A.S.I. en pacientes con T.A. oscila según los autores, entre 7 y 80%(13). W Rader (1993) refiere que el 80% de su muestra de pacientes con T.A. tenían antecedentes de A.S.I. Oppenheimer y col. (1985) reportaron A.S.I. en el 70% de pacientes con T.A. Keamey-Cooke (1988) hallaron que, en una muestra de 75 pacientes bulímicas, el 58% tenía historia de A.S.I. Rooty Fallon

---

## Resumen

**Objetivo** Abuso sexual infantil (A.S.I.) y Violencia familiar (V.E) producen efectos biológicos, psicológicos y sociales a corto y largo plazo. Se investigó la frecuencia de ambos en pacientes que consultaron en un centro de Trastornos de la Alimentación (T.A.).

**Método** 16 pacientes fueron entrevistadas y diagnosticadas según DMS-IV. **Resultado**: 101 pacientes (grupo 0 reunían criterios de inclusión para un T. A. (DSM-IV). El 13. 8% tenían antecedentes de A.S.I, éste era más frecuente en bulímicas (29.6%). El 28.7% tenía antecedentes de V.F. Los restantes 15 pacientes (grupo 1) presentaban otros trastornos psiquiátricos. La frecuencia de A.S.I y V. F. fue del 6.7% para ambos. **Conclusiones** las experiencias traumáticas infantiles (especialmente A.S.I. y V.F. pueden incrementar la vulnerabilidad a padecer un trastorno de la conducta alimentaria especialmente bulimia nerviosa.

**Palabras clave:** Trastornos de la Alimentación - Abuso sexual infantil - Violencia Familiar - Experiencias traumáticas infantiles.

## INFANTILE TRAUMATIC EXPERIENCES IN PATIENT WITH EATING DISORDERS

### Summary

**Objective** Childhood sexual abuse (C.S.A.) and familiar violence (F.V.) produce biological, psychological and social short and long term effects. The frequency of both was investigated in patients that consulted in an *Eating Disorders Center of our country*. **Methods**: 116 patients were interviewed and diagnosed (DSM-IV). **Results**: 101 patients (group 1) met diagnostic criterion to be included into an Eating Disorder the 13.8% had a history of childhood sexual abuse. It was more frequent in bulimic patients (29.6%). The 28. 7% had a history of familiar violence. The other 15 patients (group to meet criterion for other psychiatric disorders). The frequency of C.S.A. and F. V. in this group was of 6.71% for both of them. **Conclusions** Childhood traumatic experiences (C.S.A. and F.V.) may increase the vulnerability to suffer from an Eating Disorder, specially bulimia nervosa.

**Key Words:** Eating disorders - Infantile sexual abuse - Family violence - Infantile traumatic experiences.

(1988) encontraron que en un grupo de 172 pacientes con T.A., el 65% había sido víctima de abuso físico, el 23% de violación, el 28% de abuso sexual y 23% era objeto de maltrato en sus relaciones actuales. Hay y col. (1989) reportaron 40% de A.S.I. en un grupo de 158 pacientes con T.A. Un trabajo de Lacey (1990) que incluye 112 pacientes bulímicas de peso normal informa un 7% de antecedentes de abuso sexual que involucra contacto físico. Cathy Reto(9) examinó la relación entre abuso físico, disociación, síntomas bulímicos y descontrol impulsivo hallando el antecedente de abuso físico en el 32% de la muestra. Las notables diferencias entre los diferentes estudios pueden deberse a discrepancias en la definición de abuso, a diversas metodologías en la recolección de datos, o en la selección de la muestra.

El secreto que habitualmente rodea al abuso hace difícil corroborarlo. De todas maneras, es un dato a tener en cuenta que el 74% de los pacientes sobrevivientes a incesto de la muestra de Herman y Schatzow's(7) pudieron obtener confirmación externa del mismo.

El A.S.I. produce cambios anatómicos y funcionales en el cerebro. A través de estudios de resonancia magnética se evidenció un 12% de disminución en el volumen del hipocampo izquierdo y alteraciones electroencefalográficas en niñas que fueron víctimas de abuso(3). Al parecer el impacto de la experiencia puede alterar el funcionamiento y desarrollo cerebral.

Las experiencias traumáticas infantiles pueden tener efectos significativos sobre la constitución de la imagen corporal, de la identidad, de la autoestima, del control de impulsos y del funcionamiento interpersonal(10).

La posibilidad de la existencia de secuelas y la intensidad de las mismas en pacientes abusados depende de:

1. Funcionamiento anterior (edad en el momento del hecho, vulnerabilidad).
2. Dinámica familiar.
3. Naturaleza, severidad y extensión del trauma.
4. Respuesta al trauma (del niño y su familia).
5. Reacciones a largo plazo (eventos disparadores)(13).

El antecedente de A.S.I. es más frecuente en pacientes que padecen bulimia nerviosa (B.N.) comparadas con las anoréxicas restrictivas (A.R.) o comedoras compulsivas (C.C.).

En un estudio(5) realizado a nivel nacional en EE.UU que relacionaba victimización y síndrome de estrés post-traumático con bulimia nerviosa (n: 3006 mujeres) se observó que el antecedente de A.S.I. se detectaba en el 13.3% de las mujeres sin trastornos de la alimentación; en el 11,5% de las comedoras compulsivas y en el 26.6% de las que reunían criterio diagnóstico de bulimia nerviosa.

El antecedente de A.S.I. en B.N. aumenta la comorbilidad con(12): depresión, alcoholismo, cleptomanía, promiscuidad, automutilación, síntomas disociativos severos (trastornos de identidad, despersonalización, amnesia).

A su vez, se pudo observar que(11) pacientes con antecedentes de A.S.I. tienen scores elevados en el E.D.I. (Eating Disorders Inventory Test) especialmente en los síntomas de búsqueda de delgadez, descon-

fianza en los vínculos interpersonales, conciencia de interioridad, perfeccionismo.

Baldo(2) postula que la mayor frecuencia de trastornos de la alimentación en su muestra de 190 mujeres universitarias se relaciona con A.S.I. intrafamiliar

Actualmente se considera que A.S.I. es factor de riesgo para B.N. y que entre 116 y 113 de los casos severos de B.N. pueden relacionarse con este antecedente(16).

Algunos pacientes con antecedentes traumáticos severos pueden tener amnesia del episodio. Otros lo recuerdan pero no lo comunican por vergüenza, sentimiento de culpa, o temor a no ser comprendidos, al rechazo, a enloquecer, etc. Algunos experimentaron reacciones adversas de aquellas personas a quienes refirieron el hecho (incredulidad, humillación, culpabilización, etc.).

En una encuesta nacional, Finkelhor(6) halló que sólo el 33% de los sucesos de A.S.I. habían sido develados a alguien con anterioridad a la misma

Con referencia a pacientes con T.A., Abrarison y Lucido(1) hallaron que ninguna de las pacientes bulímicas de su estudio había hablado previamente del hecho traumático, en comparación con controles no clínicos que sí lo habían comentado.

El objetivo de nuestro trabajo fue determinar la frecuencia del antecedente de A.S.I. y de V.F. en una población que consulta en un Centro especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria en nuestro país. Hasta donde sabemos, éste es el primer estudio al respecto.

## Material y métodos

Se incluyen 116 pacientes que consultaron en el Centro de Trastornos de la Alimentación entre los meses de enero y setiembre de 1998 y que fueron entrevistados por la autora del trabajo.

Los pacientes realizaron un mínimo de 2 entrevistas personales, 2 entrevistas con el grupo familiar, estudio psicodiagnóstico, evaluación nutricional y endocrinoginecológica. Las entrevistas personales fueron inicialmente abiertas y finalizaban con una serie de preguntas pautadas (si los datos no habían surgido espontáneamente). Entre éstas figuraban los antecedentes A.S.I. y V.F.

Se consideró A.S.I. a toda experiencia de índole sexual que incluía abuso físico perpetrado a un menor (se excluyó voyeurismo, exhibicionismo, abuso sexual encubierto).

Se consideró V.E al abuso físico (directo o arrojar objetos) perpetrado al menor o a algún otro miembro de la familia (la madre por ejemplo) en presencia del niño (se excluyó el abuso psicológico).

De los 116 pacientes entrevistados, 101 (99 mujeres y 2 varones) reunían criterio de inclusión para un T.A. Constituyen el grupo 1.

Los 15 pacientes restantes (13 mujeres y 2 varones) padecían otras patologías (3, trastorno depresivo; 4, trastorno adaptativo; 2, esquizofrenia; 3, trastorno de personalidad; 3, dietantes). Constituyen el grupo 11.

**Datos**

Grupo I.- Edad media en el momento de la consulta: 21 años. El 69.3% había realizado consultas previas en otros centros.

Grupo II. Edad media: 21 años. El 13.3% había realizado consultas previas. En el grupo 1 los diagnósticos (según DSM-V) fueron: Anorexia nerviosa (A.N.): 19.8%. Bulimia nerviosa: 26.7%. Trastornos de la conducta alimentaria no específicos (T.A.N.E.): 53.5% (Ver tabla I).

**Resultados**

**Tabla I  
Grupo I**

DSM-IV	Frecuencia	Porcentaje	CUM
A.N. purgativa	8	7.9%	7.9
A.N. restrictiva	12	11.9%	19.8
Bulimia	27	26.7%	46.5
T.A.N.E.	54	53.5%	100
Total	101	100%	

**Tabla I  
Grupo I - Abuso sexual**

A.S.	Frecuencia	Porcentaje
No	87	86.2
Sí	14	13.8
Total	101	100

**Tabla III  
Abuso sexual según tipo de TA.**

DSM-IV	Frecuencia	Porcentaje
A.N.	0 a 20	0
B.N.	8 en 27	29.6
T.A.N.E.	6 en 54	11.1
Total	101	100

**Tabla IV  
Grupo I - Violencia familiar**

VF	Frecuencia	Porcentaje
No	72	71.3
Sí	29	28.7
Total	101	100

**Tabla V  
Violencia familiar según tipo de patología**

D.S.M.	Frecuencia	Porcentaje
A. N.	1 en 20	5
Bulimia	7 en 27	25.9
IA.N.E.	21 en 54	38.8
Total	101	100

**Tabla VI  
Grupo II - Abuso sexual**

A.S.	Frecuencia	Porcentaje
No	14	93.3
Sí	1	6.7
Total	15	100

**Tabla VII  
Grupo II - Violencia familiar**

V.F.	Frecuencia	Porcentaje
No	14	93.3
Sí	1	6.7
Total	15	100

**Conclusiones**

Al poco tiempo de comenzar a trabajar preponderantemente con pacientes que padecían trastornos de la conducta alimentaria llamó mi atención la relativamente elevada frecuencia del antecedente de A.S.I. y V.F. que surgía espontáneamente a lo largo de las entrevistas en comparación con pacientes que presentaban otras patologías. Al buscar bibliografía comprobé que T.A. antecedente de victimización es una asociación comprobada por diferentes equipos que trabajan en EE.UU., Canadá y Gran Bretaña. Así surgió la idea de investigar sistemáticamente el antecedente de A.S.I. y V.F. en un grupo de pacientes que consultan en un Centro de T.A. en nuestro país.

Un 13.8% de nuestros pacientes reportaron A.S.I y 28.7% V.F. La frecuencia de A.S.I. en nuestra muestra es inferior a la hallada en varios trabajos realizados en EE.UU. Ello puede deberse, entre otras razones, a diferencias metodológicas en cuanto a criterios de inclusión en A.S.I. en las diferentes muestras. Coincidiendo con otros trabajos americanos y europeos los pacientes con bulimia son los que presentan con mayor frecuencia el antecedente de A.S.I. (29.6%).

La edad en que se perpetró el A.S.I osciló entre los 6 y los 12 años. En su mayoría el abuso fue intrafamiliar (abuelos, tíos, allegados a la familia o líderes

religiosos). No tuvimos casos de abuso realizados por extraños al medio habitual donde vivía el niño.

La mayoría de nuestros pacientes no reportaban espontáneamente el hecho. Por el contrario, a pesar de haber realizado otras consultas y tratamientos psicológicos previos, el dato del abuso había permanecido como un "secreto" vergonzante y difícil de comunicar verbalmente. Cuando, según el clima de la entrevista, considerábamos oportuno preguntar sobre estos antecedentes, la primera reacción de las pacientes victimizadas era en general de sorpresa, desconcierto y silencio: su rostro se contracturaba, la mirada se tornaba huidiza para luego dar lugar al llanto y relato de los hechos. La mayoría refería luego que había sido su primera oportunidad de poder hablar sobre estos temas y lo consideraban positivo. En cambio, los pacientes que no registraban el antecedente reaccionaban ante la pregunta con la misma naturalidad que ante las restantes. Se realizaron trabajos que demuestran que los antecedentes de victimización son reportados con más frecuencia a lo largo de entrevistas que a través de cuestionarios de autollenado(8).

Si bien A.S.I. y V.F. no son antecedentes necesarios ni suficientes para la aparición de un T.A., su investigación es importante para la comprensión de la compleja génesis de los mismos y para facilitar su tratamiento. También puede ser útil para la prevención dado que, según diversos trabajos(10), entre un 33 y

un 44% de pacientes que fueron victimizadas durante su infancia vuelven a ser abusadas física y/o sexualmente durante la adultez.

Considero necesario que los profesionales de la Salud Mental tomemos conciencia de la naturaleza, extensión y consecuencias de este importante problema social como es la victimización de la infancia, para así poder tomar adecuadas medidas preventivas y terapéuticas ■



#### Referencias bibliográficas

1. Abramson E. Lucido G., Childhood sexual experience and bulimia. *Addictive Behaviour* 1991, 16 (529-532).
2. Baldo T. D., Walface S. E., Effects of intrafamiliar sexual assault on eating behaviours. *Psychol. Rep.* 1996. Oct.
3. Bremner D., *Annual meeting* A.P.A. 1998.
4. Casper R., Individual Psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictors of a bulimic eating pattern. *Int. J. Eat. Disord.* Vol. 21. N° 3. April 1997, (pág. 229-236).
5. Dansky B. S., The National Women's study. Relationship of victimization and Posttraumatic Stress Disorder to Bulimia Nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* Vol. 22 N° 3, April 1997, (pág. 213-228).
6. Finkelhor D., Hotaling G., Lewis I., Sexual Abuse in a National Survey of Adult men and women. Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse and Neglect* 1990, 14 (19 a 8).
7. Herman J., Schatzow E., Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Journal of Orthopsychiatry* 1987 (pág. 56-137 a 141).
8. Miller K., Prevalence and Process of Disclosure of Childhood Sexual Abuse Among Eating. Disordered Women. In: *Sexual Abuse and Eating Disorders* Cap. 111. Bristol. Edited by Mark Schwartz and Leigh Cohn. Brunner, Mazel, 1996,
9. Reto C., Datenberg Constance. Dissociation and Physical Abuse as predictors of Bulimic Symptomatology and Impulse dysregulation. In: *Sexual Abuse and Eating Disorders* Cap. IV. Edited by Mark Schwatiz and Leigh Cohn. Bristol. Brunner, Mazel. 1996.
10. Schwartz M. and Cohn L., *Sexual Abuse and Eating Disorders*. Bristol. Brunner, Mazel. 1996.
11. Smofak t Levine M., Are child sexual experiences related to eating disorders attitudes and behaviours in a college sample? *International Journal of Eating Disorders* 1990, (pág. 9167a 178).
12. Vanderlinden J., Vandereycken W., Dissociative experiences and Trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1993. 13 (187a194).
13. Vandeflinden J. Vandereycken W., Is sexual abuse a risk factor for developing an Eating Disorders? In: *Sexual Abuse and Eating Disorders* Cap. 1. Bristol. Brunner, Mazel Ed. 1996.
14. Walier G., Perceived Control in Eating Disorders. Relationship with reported sexual abuse. *Int. J. Eat. Disord* Vol. 23. N° 2. March 1998, (pág. 213 a 216).
15. Weiner K., Overt and coveri sexual abuse: Relationship to body image and eating disturbance. *Int. J. Eat. Disord* Vol. 22. N° 3. Nov. 1997, (pág. 275-284).
16. Wondertich S. A., Wilmack R., Childhood Sexual Abuse and Bulimic behaviour in a Nationally representative sample. *American Journal of Public Health* Aug. 1996.

# Mortalidad en enfermos psiquiátricos internados

## Informe Epidemiológico

Pedro Wieja, Cristina Romero y Mónica Melo

Médicos de la Carrera de Post-Grado de Especialistas en Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP)  
(1917) Verónica, Pcia. de Buenos Aires. Tel.: (02221) 480485

### Introducción

El interés por conocer datos referidos a la mortalidad de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos está fundamentado en su importancia para evaluar las causas de muerte y aportar elementos que complementen las estrategias para la atención integral de los enfermos.

El análisis de las causas de muerte de los enfermos mentales ha sido un tema de investigación desde la primera mitad del siglo XIX, y en las últimas décadas varios trabajos examinaron la mortalidad en estos pacientes respecto de la población general y analizaron los factores de riesgo de muerte. Se ha destacado la importancia de los estudios y el interés por este tipo de investigación continúa(3, 12, 9).

La tasa de mortalidad en pacientes psiquiátricos es más elevada que en la población general(9, 4). Hay evidencias de ello en estudios realizados con pacientes hospitalizados y también con pacientes ambulatorios. Se describe un posible efecto beneficioso de la desinstitucionalización sobre la mortalidad por enfermedades infecciosas como la neumonía, pero se menciona también que, fuera de la institución, aumenta la incidencia de suicidios(12).

Un estudio realizado en Suecia (1962-68) mostró que la mortalidad más alta en los pacientes psiquiátricos se debía principalmente al mayor número de suicidios, accidentes y enfermedades del sistema nervioso y circulatorio en los hombres, y suicidio y cáncer en las mujeres(8).

Además surge la pregunta ¿Es más alta la mortalidad por causas naturales en los pacientes psiquiátricos que en la población general? Respondiendo a este interrogante se señala que las muertes por causas naturales habrían disminuido y las muertes por causas no naturales, como el suicidio, estarían aumentando. La disminución del riesgo de muerte por causas naturales se debería en gran parte al mejoramiento tanto de la atención médica general como la psiquiátrica. Antiguamente los enfermos debían sufrir las enfermedades debidas a la institucionalización, los cuidados médicos por debajo del standard y el progresivo deterioro mental que determinaban un aumento del riesgo de muerte. Actualmente son raras las internaciones prolongadas, y un tratamiento psiquiátrico efectivo permite un rápido control de los síntomas psiquiátricos. Además, la atención médica general ha mejorado, de manera que es poco probable que un problema médico intercurrente sea tratado inadecuadamente(1).

En el Hospital Braulio Moyano de Buenos Aires (1550 internadas), en el año 1997 fallecieron 56 mujeres. Las causas cardíacas fueron las más frecuentes (41%), luego las respiratorias (11%) y sin especificar (11%). No se produjeron suicidios ni otras muertes violentas según registros de Estadística. Estas cifras no incluyen a las pacientes que, por complicaciones médicas, fueron derivadas y fallecieron en el hospital general(10).

---

### Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo con el objetivo de conocer las causas de muerte en el Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, La Plata, Argentina, para aportar elementos que complementen las estrategias para la atención integral de los enfermos. La mortalidad global fue más alta que en la población general. Se propone trabajar en la prevención de la misma, evaluar los beneficios de la desinstitucionalización y también unificar criterios de registro utilizando el modelo internacional de certificado médico de defunción.

**Palabras clave:** Mortalidad en hospital psiquiátrico – Comorbilidad y psiquiatría – Enfermedades somáticas en psiquiatría.

### MORTALITY IN PSYCHIATRIC INPATIENTS - EPIDEMIOLOGICAL SURVEY

#### Summary

A retrospective study was carried out with the goal of knowing the causes of mortality in psychiatric patients in Melchor Romero Hospital, Alejandro Korn, La Plata city, Argentina. This work has also the aim to provide elements that supplement the strategies for the integral attention of patients. The mortality rate was higher than in the general population. The proposal is to work in the prevention and to evaluate the benefits of the deinstitutionalization. It is suggested to unify registration criteria, using the international pattern of medical certificate of death.

**Key Words:** Mortality in psychiatric hospital – Comorbidity and psychiatry – Somatic diseases and psychiatry.

---

**Cuadro 1****Las 10 clases mayores de trastornos mentales y conductuales (CIE10)**

F0. Trastornos mentales orgánicos y sintomáticos.  
 F1. Trastornos mentales y conductuales por uso de sustancias psicoactivas.  
 F2. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes.  
 F3. Trastornos anímicos (afectivos).  
 F4. Trastornos neuróticos, por estrés y somatoformes.  
 F5. Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.  
 F6. Trastornos de la personalidad y conductuales del adulto  
 F7. Retraso mental.  
 F8. Trastornos del desarrollo psicológico.  
 F9. Trastornos emocionales y conductuales que comienzan en la niñez y adolescencia.

**Cuadro 2****Categorías de causas de muerte (CIE 10)**

Enfermedades del sistema circulatorio  
 Enfermedades del sistema digestivo  
 Enfermedades del sistema genito-urinario  
 Enfermedades del sistema nervioso  
 Enfermedades del sistema respiratorio  
 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
 Tumores malignos  
 Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo  
 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas  
 Síntomas y signos no clasificados en otra parte  
 Trastornos mentales y conductuales  
 Causa desconocida

**Objetivo**

Conocer las causas de muerte de los enfermos psiquiátricos del Hospital Alejandro Korn.

**Material y Métodos**

Se realizó el estudio retrospectivo del Libro de Registro de Defunciones y de las Historias Clínicas de los fallecidos, proporcionados por el Área de Estadística del Hospital Alejandro Korn, período 01/07/97 al 30/06/98.

Los datos evaluados son los siguientes: procedencia, género, edad, fecha de la última internación, número de internaciones en este hospital, año de la primera internación, tiempo total de internación, sala de psiquiatría en donde estaba internado previo a su deceso, último diagnóstico psiquiátrico, sala dónde murió, causa de muerte y datos de la necropsia.

Las cifras de la población del hospital son las que corresponden al final del período estudiado. Se han tomado el género, las edades de los internados, el tiempo de internación de cada uno y la población de cada sala. Estos datos, al igual que el número ingresos en el período estudiado, fueron suministrados por el Área de Estadística.

Los diagnósticos psiquiátricos y las causas de muerte se agruparon de acuerdo a la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)(5, 6) (Cuadros 1 y 2).

Los pacientes mentales ingresan al Hospital por el Servicio de Atención en Crisis (SAC). En el período en estudio ingresaron 1125: 818 hombres (73%) y 307 mujeres (27%).

El Hospital, al final del período estudiado, tenía en total 1429 enfermos mentales internados, 796 hombres (56%), y 633 mujeres (44%).

El 82% de los internados correspondía al Servicio

de Rehabilitación y el resto a los Servicios de Subagudos (10%) y Agudos (8%).

La edad promedio de los internados fue 54 años. Predominaron las edades entre los 50 y 59 años tanto para los hombres como para las mujeres, pero se observó que por debajo de los 60 años el 61% eran varones, y por arriba de los 60 el 58% eran mujeres.

El tiempo de internación de los pacientes fue muy variable: los que llevaban menos de 10 años de internación eran 750 enfermos, el 52% del total. De 10 a 19 años eran 275 (19%), de 20 a 29 eran 245 (17%) y los que tenían 30 y más años de internación eran 153 (12%). 360 pacientes (25%) tenían menos de un año de hospitalización, 390 (27%) tenían de uno a 10 años y 679 (48%) llevaban 10 y más años de internación.

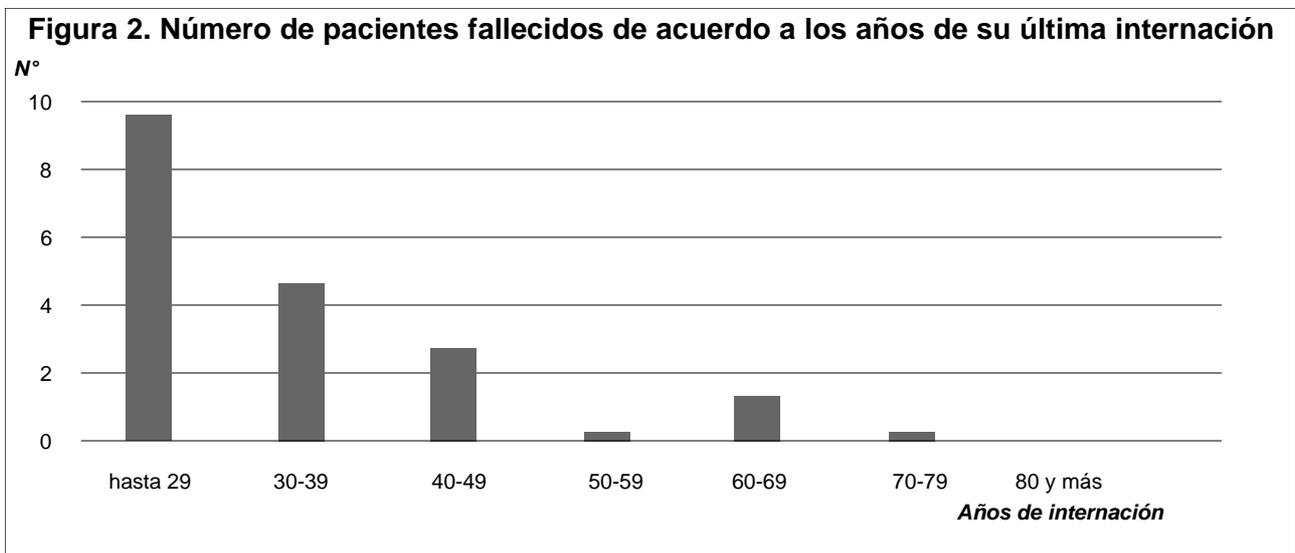
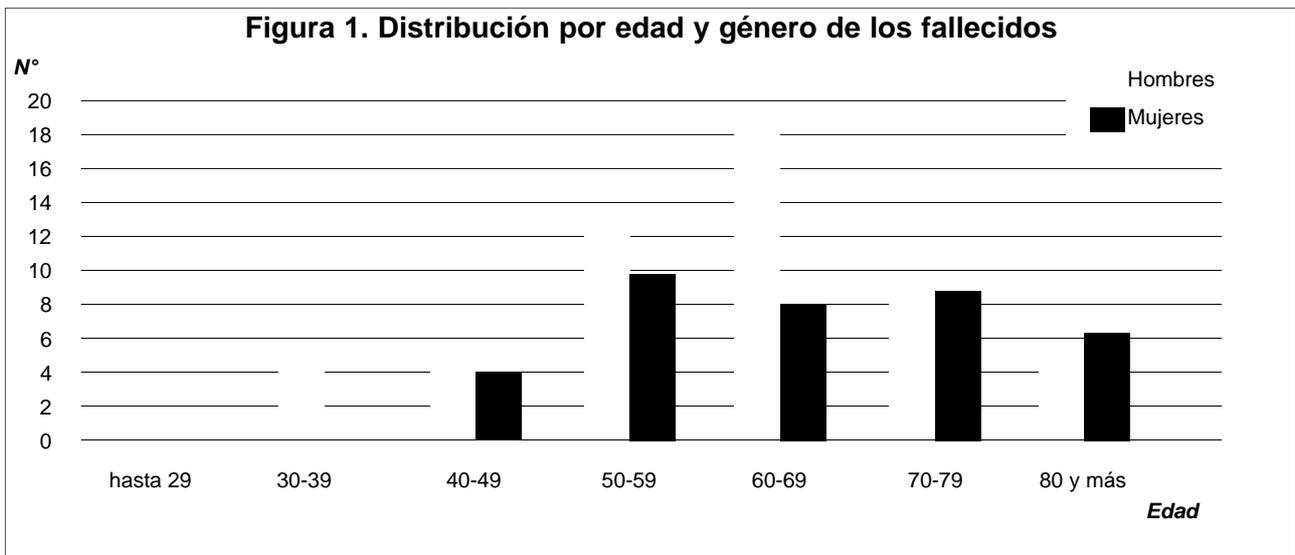
Considerando el género de los pacientes en relación al tiempo de internación notamos que con menos de 1 año de internación había más hombres que mujeres, relación 2 a 1, de 1 año a 10 años también predominaban los hombres, pero con más de 10 años de hospitalización predominaban las mujeres.

Partiendo del libro de registro de defunciones del hospital, se confeccionó la lista de fallecidos. Las causas de muerte de 92 pacientes estaban especificadas en la Historia Clínica y así se transcribieron, las causas de los otros 6 se obtuvieron mediante entrevistas a médicos y personal de enfermería que conocían el caso, complementando así los registros de la Historia Clínica. Para nuestro informe no se ha tomado en cuenta la causa "paro cardio respiratorio no traumático".

**Resultados**

Los enfermos fallecidos en el período establecido en el Hospital Alejandro Korn fueron 98 (60 hombres y 38 mujeres).

La edad promedio de los fallecidos fue 63 años. La

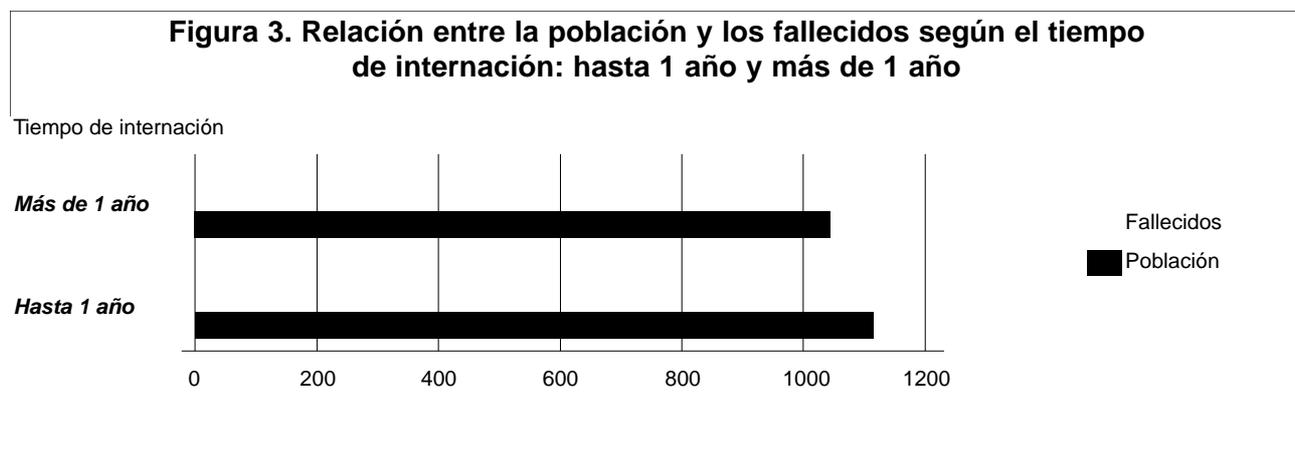


distribución por grupo de edad y género se representa en la Fig. 1. El grupo mayoritario está entre los 60 y 69 años. La probabilidad de que un internado muera en ese rango de edad es de 0,01 (Fig. 1).

Según el tiempo de su última internación, por década, se han distribuido los 98 casos en la figura 2. El

50% de los fallecidos llevaba más de 10 años de internado. Antes de un año de hospitalización murieron 29 (30%).

La relación entre la población y el número de defunciones según el tiempo de internación se presenta en la Fig. 3.



Las tasas de mortalidad por género para los fallecidos con hasta un año de internación son las que se observan en la Tabla 1.

Género	Población	Fallecidos	Tasa de mortalidad%
Total	1125	29	2,6
Hombres	818	21	2,6
Mujeres	307	8	2,6

Las tasas de mortalidad fueron más altas para los fallecidos con más de un año de internación (Tabla 2).

Género	Población	Fallecidos	Tasa de mortalidad%
Total	1069	69	6,4
Hombres	544	39	7,1
Mujeres	525	30	5,7

La población total en estudio fue de 2194 pacientes y los fallecidos en el período estudiado fueron 98, por lo que la tasa de mortalidad global fue de 4,5%.

La cantidad de internaciones que tuvieron en este hospital los fallecidos se resume en la Tabla 3. El 69% había tenido una sola internación.

N° de internaciones	N° de Pacientes	%
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>
1	67	69
2	15	15
3	5	5
4	3	3
5	5	5
6	1	1
7	1	1
8	1	1

Unidad de Internación	N°	%
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>
Clínica Médica de Mentales	45	46
En la Sala	26	27
Unidad Terapia Intensiva	16	16
Guardia	5	5
Traumatología	2	2
Fuera del Hospital	2	2
Clínica Médica	1	1
Terapia Intermedia	1	1

La Unidad de Internación en la que se produjo el óbito se presenta en la Tabla 4.

En la Tabla 5 observamos que hay 15 hombres con alcoholismo, mientras que hay una sola mujer con el mismo diagnóstico. La probabilidad de que un hombre que muere, tenga ese diagnóstico psiquiátrico es 0,3

La necropsia se realizó en 34 casos (35%). En los 98 fallecidos se registraron un total de 149 causas de muerte: 49 pacientes tenían dos causas y uno tenía tres. Para nuestro informe tomamos solo la primera causa (Tabla 6).

En los meses fríos (abril-setiembre) ocurrió el 64% de las defunciones (Fig. 4).

Tabla 5

## Número de internaciones de los fallecidos

Diagnóstico CIE 10	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>60</b>	<b>38</b>
T. Orgánicos (F0)	19	13	6
Alcoholismo (F1)	16	15	1
Esquizofrenia (F2)	28	12	16
T. Afectivos (F3)	5	2	3
T. Neuróticos (F4)	1	1	0
T de Personalidad (F6)	2	2	0
Retraso Mental (F7)	26	14	12
Sin Especificar	1	1	0

FO= Trastornos mentales orgánicos y sintomáticos,

F1= Trastornos mentales y conductuales por uso de sustancias psicoactivas,

F2= Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes, F3= Trastornos anímicos (afectivos),

F4= Trastornos neuróticos, por estrés y somatoformes, F6= Trastornos de la personalidad y conductuales del adulto,

F7= Retraso mental.

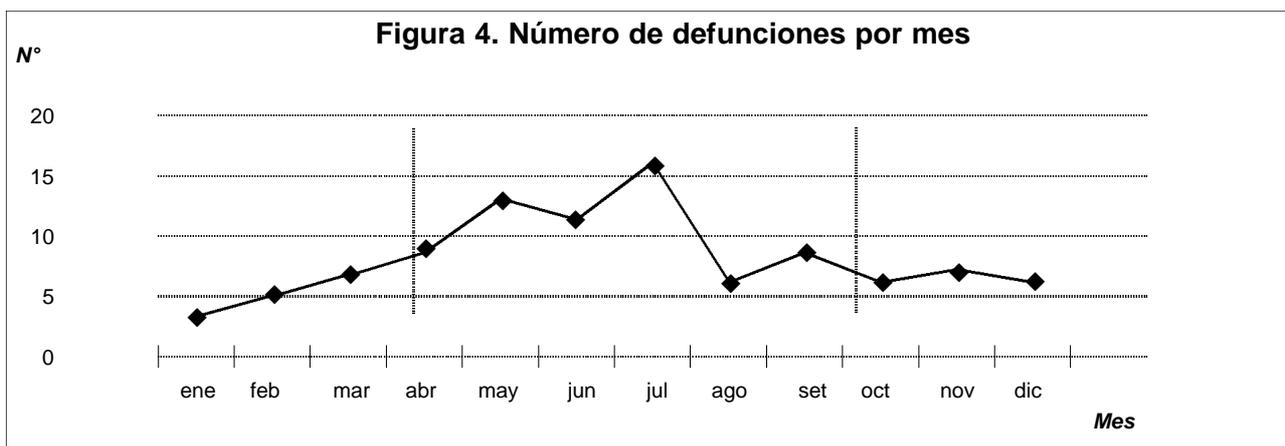
Tabla 6

**Causas de muerte. Diagnósticos agrupados en categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10** (Las categorías aparecen en negrita)

Categoría y diagnóstico	1a causa	2a y 3a causa	Total
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>51</b>	<b>149</b>
<b>Enfermedades del sistema circulatorio</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>30</b>
Accidente cerebro-vascular	1	3	4
Edema agudo de pulmón	5		5
Embolia pulmonar	1		1
Hematoma subdural		1	1
Hepatopatía congestiva	1		1
Hipertensión arterial	1	1	2
Infarto agudo de miocardio	4		4
Insuficiencia cardíaca	5	3	8
Insuficiencia vascular	1		1
Isquemia cerebral	1		1
Miocardioesclerosis		1	1
Trombosis mesentérica	1		1
<b>Enfermedades del sistema digestivo</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Colitis hemorrágica			
Insuficiencia hepática			
Obstrucción intestinal			
<b>Enfermedades del sistema genito-urinario</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Insuficiencia renal	1		1
Insuficiencia urinaria	1		1
Pielonefritis			
<b>Enfermedades del sistema nervioso</b>	<b>2</b>		<b>3</b>
Epilepsia	2	2	4

(sigue)

(continuación)			
<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	<b>33</b>	<b>7</b>	<b>40</b>
Absceso pulmonar	1		1
Bronconeumonía	11	3	14
Bronquitis		1	1
Bullas pulmonares	1		1
Empiema pulmonar		1	1
Insuficiencia respiratoria	8	1	9
Neumonía	7	1	8
Neumopatía	4		4
Pleuresía	1		1
<b>Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>11</b>
Cetoacidosis diabética	1		1
Deshidratación	4	1	5
Diabetes		5	5
<b>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
Meningitis		1	1
Micosis pulmonar		1	1
Sepsis	4		4
Septicemia		1	1
Tuberculosis		3	3
<b>Tumores malignos</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>14</b>
Cáncer de cuello uterino	1		1
Cáncer de esófago	1		1
Cáncer de laringe	1		1
Cáncer de mama	1	1	2
Cáncer de pulmón	3	1	4
Cáncer de riñón		1	1
Fractura patológica de cadera		1	1
Leucemia	1		1
Metástasis		1	1
Metástasis múltiples	1		1
<b>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
Escaras		1	1
<b>Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>11</b>
Broncoaspiración	1		1
Intoxicación alcohólica aguda	2		2
Fractura de cadera	1	4	5
Fractura de fémur		1	1
Traumatismo de cráneo por agresión	1		1
Traumatismo de tobillo		1	1
<b>Síntomas y signos no clasificados en otra parte</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>20</b>
Caquexia	4	7	11
Coma	1		1
Desnutrición	1		1
Síndrome de repercusión general	5	2	7
<b>Trastornos mentales y conductuales</b>		<b>3</b>	<b>3</b>
Alcoholismo		3	3
<b>Causa desconocida</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
XX	1		1

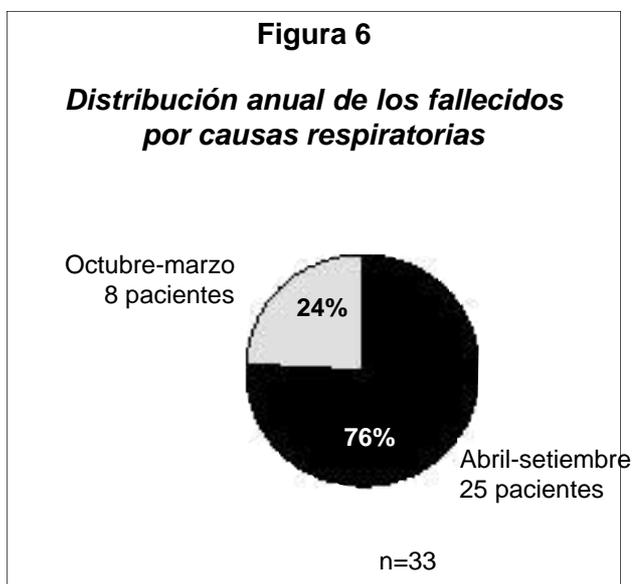
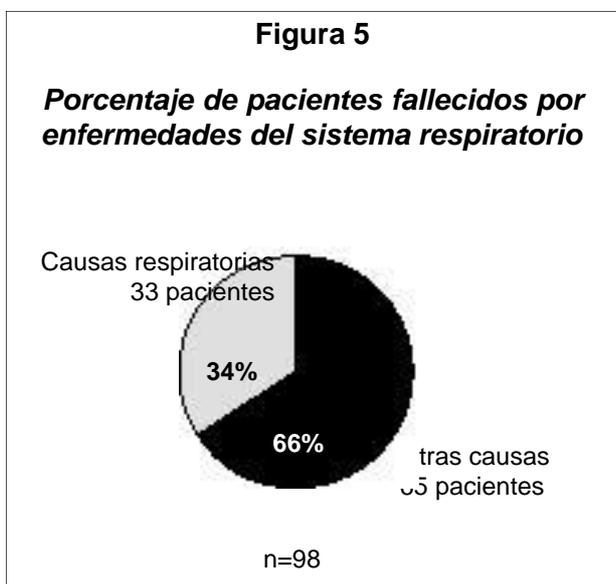


Los diagnósticos de causa de muerte más frecuentes se presentan según género en la Tabla 7. Los tres diagnósticos más frecuentes corresponden a enfermedades del sistema respiratorio (Tabla 7).

**Tabla 7**  
**Porcentaje de las causas de muerte más frecuentes según género**

Causas	Frecuencia % (n=98)		
	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total de fallecidos</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>39</b>
Bronconeumonía	11	6	5
Insuficiencia Respiratoria	8	5	3
Neumonía	7	6	1
Síndrome de Repercusión General	5	1	4
Edema Agudo de Pulmón	5	3	2
Insuficiencia Cardíaca	5	5	0
Caquexia	4	3	1
Deshidratación	4	1	3
IAM	4	3	1
Neumopatía	4	2	2
Sepsis	4	2	2
Otras causas	39	24	15

Los pacientes fallecidos por enfermedades del sistema respiratorio fueron en total 33 (Fig. 5). El 76% de los óbitos por causa respiratoria se produjo en los meses fríos: abril-setiembre (Fig. 6).



**Tabla 8*****Frecuencia de muerte por causa respiratoria según tiempo de internación***

Tiempo de internación	Total de fallecidos	Frecuencia para causas respiratorias	
		No	%
< 10 años	49	13	27
= 6 > 10 años	49	20	41

La causa respiratoria de muerte en relación al tiempo de internación se presenta en la Tabla 8. El 41% de los fallecidos con diez o más años de internación murió por causa del Sistema Respiratorio.

De los 20 pacientes que fallecieron por causa respiratoria con ó 10 años de internación, 11 eran retrasados mentales y 10 de éstos murieron en el período Abril-Setiembre.

**Tabla 9*****Distribución anual de las causas de muerte***

	Total		Sistema Respiratorio		Sistema Circulatorio		Signos y Síntomas		Otros	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Total -98	100	33	100	2-1	100	10	100	34	100	
Abril-Setiembre	63	64	25	76	15	71**	7	70	16	47
Octubre-Marzo	35	36	8	24	6	29	3	30	18	53

\* Signos y Síntomas no clasificados en otra parte: Síndrome de repercusión general y caquexia.

\*\* Si bien el 71 % de las muertes por causa del Sistema Circulatorio se produjeron en los meses abril a setiembre, 3 de las 4 defunciones por infarto agudo de miocardio ocurrieron en los meses diciembre, enero, febrero.

Las causas de muerte en las patologías psiquiátricas más frecuentes se observan en la Tabla 10.

**Tabla 10*****Distribución anual de las causas de muerte***

Categoría de causa de muerte	Frecuencia%				
	(n=1 9)	T. M. Orgánico (n=1 6)	Alcoholismo (n=28)	Esquizofrenia	Retraso Mental (n=26)
<b>Total de fallecidos</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Sistema Respiratorio	32		24	38	45
Sistema Circulatorio	26		13	26	19
Signos y Síntomas*	21		0	11	8
Tumores Malignos	0		25	11	0
Infecciosas y Parasitarias	5		19	7	4
Endócrinas Nutricionales y Metabólicas	11		0	7	0
Causas Externas**	5		6	0	4
Sistema Digestivo	0		13	0	0
Sistema Urinario	0		0	0	8
Sistema Nervioso	0		0	0	8
Causa Desconocida	0		0	0	4

\* Signos y Síntomas no clasificados en otra parte: Síndrome de repercusión general y caquexia.

\*\* Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas.

## Discusión

Son varios los factores que, con el transcurso del tiempo, dificultan la comparación de los resultados de los distintos estudios sobre la mortalidad en los pacientes psiquiátricos. No obstante ello, se coincide en que la tasa de mortalidad de estos pacientes supera en más del doble a la de la población general(4, 2, 13, 14).

La primera causa de muerte en el Hospital A. Korn son las enfermedades del sistema respiratorio (34%). El 45% de retrasados mentales que fallecieron lo fue por dicha causa. Se debería encontrar una explicación a esa alta mortalidad comenzando por revisar los criterios de registro de las causas de las defunciones. Un trabajo publicado en 1997, referido a hospitales psiquiátricos del centro de Italia, indica que la primera causa de muerte son las enfermedades circulatorias (53%), en segundo lugar están las causas no definidas (14%) y en tercer lugar las causas respiratorias (10%)(12).

Otras causas para ser investigadas son la caquexia y el síndrome de repercusión general que, en conjunto, tienen una frecuencia del 21% de los fallecidos con trastornos mentales orgánicos y que no se mencionan en los dos trabajos consultados(8, 12).

Ninguno de los pacientes con retraso mental tuvo como causa de muerte un tumor maligno, pero el 25% de los alcoholistas fallecidos presentó esa causa. La relación entre trastornos psiquiátricos y muerte por cáncer ha sido estudiada. Algunos autores encuentran un pequeño aumento respecto a la población general; otros no encuentran diferencia; mientras que otros señalan una disminución de la frecuencia de cáncer en pacientes psiquiátricos y sugieren una posible función protectora de la enfermedad mental contra el cáncer. Las enfermedades mentales podrían reducir la influencia negativa del estrés de la vida diaria, que estaría relacionado con el cáncer(12).

Un hallazgo fue que tres de las 4 muertes por infarto agudo de miocardio se produjeron en verano siendo que en la población general la mayor frecuencia se da en invierno(11).

No se registraron suicidios en el período estudiado. La mortalidad por traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas fue inferior a la de otros informes(8, 12).

¿Cuál es la causa básica de muerte de un fallecido? En la Clasificación Internacional de Enfermedades, la causa básica de defunción ha sido definida como "a. la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o b. las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal"(7).

Unificar los criterios de registro es fundamental porque las estadísticas de mortalidad son una de las principales fuentes de información sobre la salud, y en muchos países constituyen el dato de salud más confiable para implementar programas con el objetivo de prevenir la causa que da origen a todos los demás trastornos o afecciones que conducen a la muerte.

## Conclusiones

Sobre la base de lo expuesto se propone:

1. Desarrollar un trabajo en equipo interdisciplinario (incluyendo a todos los sectores de la institución), para prevenir las enfermedades de mayor letalidad y hacer luego un estudio comparativo para medir su impacto.
2. Evaluar los probables beneficios de la desinstitutionalización.
3. Implementar el modelo internacional de certificado médico de causa de defunción y seguir las reglas y orientaciones de la OMS para la codificación ■

## Referencias bibliográficas

1. Black D W, Winokur G and Nasrallah A., Is Death from Natural Causes Still Excessive in Psychiatric Patients? *The Journal of Nervous and Mental Disease* USA, 175 (11): 674-680, 1980.
2. Ernster V., *El Impacto de los Factores Sociales en la Enfermedad*. Harrison, Principios de Medicina Interna de Kurt J. Isselbacher, 13 a Ed: 12-16, Madrid, 1994.
3. Esquirol J E., *Desmalties Mentales*. J. V. Bailliere Ed., Paris, 1838.
4. Felker B, Yazel J. J. y Short D., *Mortalidad y Comorbilidad Médica en Pacientes Psiquiátricos* Colección de Trabajos Distinguidos, Serie Psiquiatría. Sociedad Ibero Americana de Información Científica, Buenos Aires, 1(5): 137-138, 1997. S.
5. Mezzich J., *Perspectivas Internacionales Sobre Diagnóstico Psiquiátrico*. Kaplan-Sadock, Tratado de Psiquiatría/VI: 650657, Buenos Aires, 1997.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10ª Revisión. Vol. 1. OPS, Washington DC, 1995.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10ª Revisión. Vol. 2. OPS, Washington DC, 1995.
8. Rorsman B., Mortality Among Psychiatric Patients. *Acta Psychiát. Scand.*, Sweden, SO: 354-375, 1974.
9. Salazar-Fraile J., Gomez-Bencito M., Perez-Hoyos S., y Hurtado-Navarro L., Mortality Among Psychiatric Patients Referred to the Mental Health Services Valencia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* Germany, 33(5): 224-229, 1998.
10. Servicio de Estadística, Hospital B. Moyano. Buenos Aires, 1999.
11. Spencer F A, Goldberg R J, Becker R C and Gore J M. -Seasonal Distribution of Myocardial Infarction in the Second National Registry of Myocardial Infarction. *J. Am. Coll. Cardiol.*, USA, 31 (6): 1226-33, 1998.
12. Valenti M., Necozione S., Giampiero B., Borrelli G., Lepore A. R., Madonna R., Altobelli E., Mattei A., Torchio P., Corrao G. y Di Orio F., Mortality in Psychiatric Hospital Patients: A Cohort Analysis of Prognostic Factors. *International Journal of Epidemiology. International Epidemiological Association*, 26 (6) 1227-1235, 1997.
13. World Health Organization. *Life in the 21st Century. A Vision for All*. Report of the Director-General. WHO, Geneva, 1998.
14. World Health Organization. *World Health Statistics Annual*. WHO, Geneva, 1996.

# Cuerpo, memoria emocional y biografía

## ¿cual historia "recuerda" el cuerpo?

**Elsa Wolfberg**

*Médica Psiquiatra y Psicoanalista. Docente del Curso Superior de Médico Psiquiatra de la Fac. de Medicina (UBA). Miembro Titular Didacta de la Asoc. Psicoanalítica Argentina. Presidente del Capítulo de Psiquiatría Preventiva de la Asoc. de Psiquiatras Argentinos (APSA). Integrante del Equipo Interdisciplinario de Autoinmunidad del Hospital Fernández. Miembro de la Comisión Directiva del Club de Autoinmunidad. Lafinur 2991-13 C- Capital Federal (1425) Tel: 4804-5701 E-mail: psico@feedback.net.ar*

"... Dad palabras al dolor, la pena que no habla cuchichea al corazón demasiado cargado y le invita a romperse..."

*Shakespeare, Macbeth IV. 3*

dad alojada en los tejidos musculares, articulares, laberinto, etc., que intervienen en la regulación de la postura, la posición en el espacio, etc.), lo sensorial (órganos de los sentidos) y lo visceral (vísceras y órganos) en la emoción y la memoria emocional, desde las neurociencias.

2. Los trabajos de Hofer acerca de las regulaciones de las funciones corporales en vínculos de apego. Lo propioceptivo, lo sensorial y lo visceral conduce y produce regulaciones intercorporales en la díada Madre-hijo y luego se transforma en buena parte (no del todo) en regulación intrapsíquica vía representación del objeto regulador en la vida adulta.

3. Ejemplos de la necesidad de continuidad de contacto sensorial y propioceptivo en la vida posterior.

4. El valor de agregar abordajes no verbales para facilitar la concentración en el cuerpo y sus sensaciones, a efectos de poder construir o recuperar un mejor estar en sí, no sólo emocional sino también biológico.

### Introducción

Diversas investigaciones y trabajos (18, 19), se refieren a la intersección entre los procesos biológicos y la biografía, tratando de salvar el abismo categorial entre lo psíquico y lo somático. Tratamos de evitar esos cuerpos sin alma o esas almas incorpóreas que flotan en la nada, producto del tabicamiento entre las disciplinas. El camino de frontera es apasionante, allí se intersectan la fisiología y la biografía, dando seres e historias psicósomáticas singulares. Esta presentación constará de 4 partes:

1. La importancia de lo propioceptivo (sensibili-

---

### Resumen

En los comienzos de la vida, las emociones que se expresan a través de la sensibilidad visceral, propioceptiva y sensorial, proveen de regulación intercorporal en el apego madre-hijo. Este vínculo de apego se continúa en parte en el psiquismo del adulto al interiorizarse la representación del objeto regulador. Sin embargo, la necesidad de contacto sensorial y propioceptivo es inextinguible puesto que es portador de sutiles regulaciones que activan o inhiben funciones fisiológicas en improntas corporales no conscientes que recorren los mismos circuitos que las emociones. Esto provee cierta respuesta de por qué una pérdida puede desencadenar disregulaciones somáticas. Cuando ese apego no fue satisfactorio, el sujeto queda librado a la repetición mecánica de sensaciones que lo calman, pero no lo satisfacen. Se propone la observación y utilización de las sensaciones corporales tanto del paciente como del terapeuta, indicando trabajo corporal con los primeros, en el caso de que estuvieran de duelo, a efectos de re-unir lo sensoriomotor con lo biográfico.

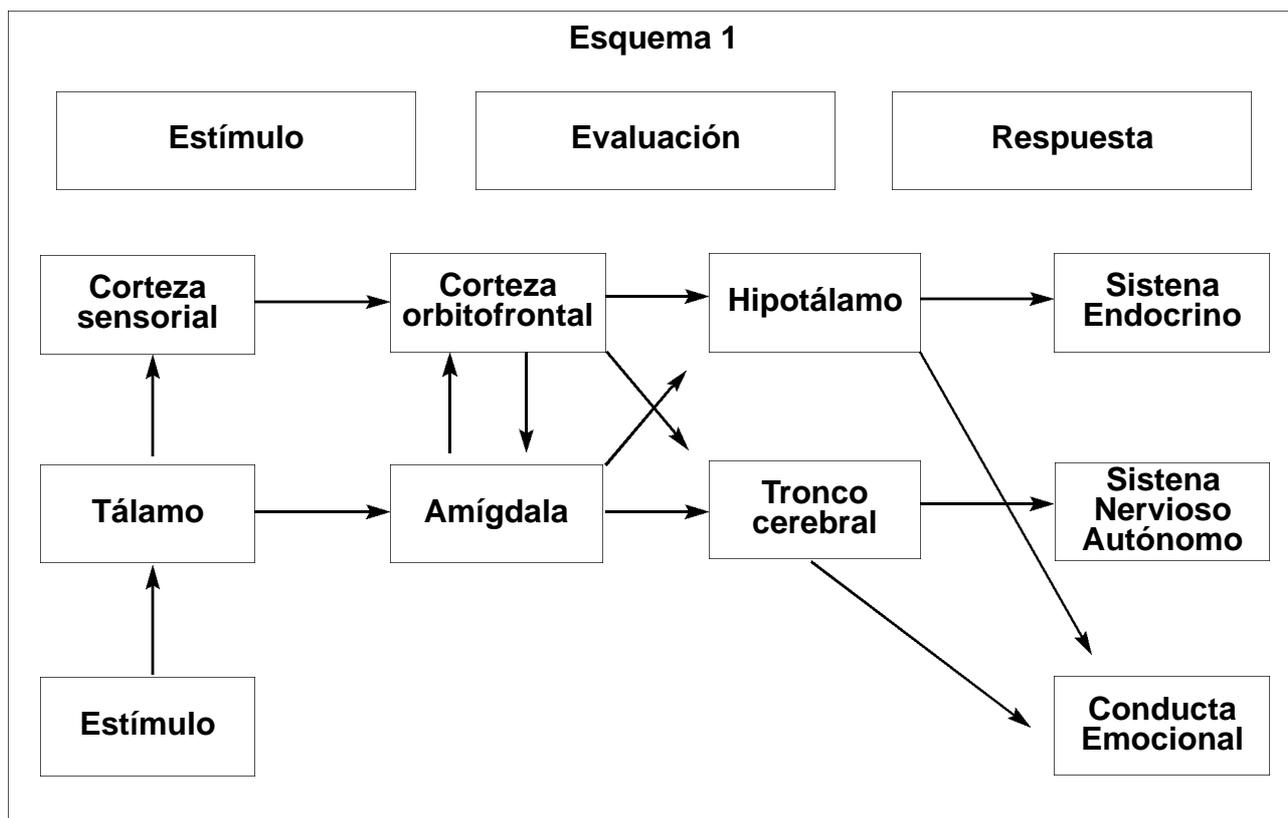
**Palabras clave:** Emociones – Apego – Memorias – Regulaciones intercorporales – Procedimientos autocalmantes.

### HISTORICAL ORIGINS OF "GENDER" IN WESTERN CULTURE

#### Summary

In the beginnings of life, the emotions expressed through the visceral, proprioceptive and sensorial sensibility, provide with regulation to the corporal relationship in the attachment mother-son. This bond of attachment is partly continued in the psychic character of the adult, when he/she assimilates the representation of the regulating object. Nevertheless, the necessity of sensorial and proprioceptive contact is inextinguishable, since it carries subtle regulations that either activate or inhibit physiological functions in nonconscious corporal marks, that move along the same circuits as the emotions do. This explains partly why a loss may trigger off somatic misregulations. When such attachment was not satisfying, the individual falls in a continuous and mechanical repetition of those sensations that calm him down, but that do not satisfy him/her totally. The present work proposes the observation and the use of corporal sensations by the patient, as well as by the therapist, prescribing corporal work with the first ones (in the case of mourning), therefore seeking to reunite their sensitive-motor areas with their biographical ones.

**Key Words:** Emotions – Attachment – Memories – Intercorporal regulations – Autocalmative procedures.



### Lo propioceptivo, lo sensorial y lo visceral en la memoria emocional

La mente y el cuerpo aparecen comprometidos en la emoción, que pareciera coordinar ambas. La emoción organiza la percepción, los pensamientos, la memoria, la fisiología, la conducta y la interacción social. Si una persona tiene miedo, es más fácil que codifique los estímulos como temibles o tranquilizantes, que asocie el recuerdo de situaciones peligrosas, que tenga pensamientos intimidantes y que tenga reacciones fisiológicas de alerta. En el sentido más elemental, las emociones organizan respuestas a estímulos gratificantes o adversos. Por ejemplo, ante una separación un niño organiza una conducta que desencadena una respuesta confortante de la figura cuidadora. En 1926(7) Freud subraya que la forma de la descarga psicomotora en el niño (expresión de las emociones), sirve para una función comunicativa, que al comienzo no es intencional, pero que tiene como efecto despertar en el adulto la acción específica para satisfacer la necesidad, deviniendo intencional después.

La emoción es procesada independientemente del pensamiento conciente, es no conciente en el sentido neurológico y también puede serlo en el sentido psicoanalítico.

En 1911 el neurólogo Claparede(4) hizo la siguiente experiencia con una paciente que tenía lesionado el hipocampo, sede de la memoria explícita (conciente). Cada vez que veía a la paciente, tenía que volver a presentarse, puesto que ella no tenía registro de conocerlo. Un día puso un pinche en la palma de su mano y al saludar a la paciente, ésta

retiró la mano por el dolor. A la vez siguiente tuvo que volver a presentarse puesto que ella no lo conocía, pero en el momento de darse la mano, ella la retiró! Esto significa que aunque ella no lo recordaba concientemente (hipocampo lesionado), tenía una memoria corporal impresa en alguna parte, inconciente y eficaz.

La memoria emocional(5, 11) se procesa sobre todo en la amígdala y en la corteza orbitofrontal, aunque hay otros centros de evaluación de estímulos con los que están interconectados.

Esquemáticamente (Esquema 1), hay dos circuitos por los que los estímulos emocionales pueden transitar tras su evaluación en la amígdala: pasar o no por la corteza orbitofrontal y el hipocampo. Si toman este circuito serán concientes, si no, serán no concientes. Ambos envían mensajes al hipotálamo y a la base del cerebro, que a su vez activan los cambios corporales de la emoción: respuestas endocrinas, autónomas y conductas musculoesqueléticas. Estos cambios a su vez vuelven al cerebro y quedan representados como parte de la experiencia. No se sabe aún qué estímulos van por una vía o por otra. El hipocampo no sólo ejerce un rol en la memoria conciente, también regula la activación emocional. Todas estas respuestas hacen al circuito emocional que incluye tanto las respuestas reflejas como los matices de la memoria emocional.

Los cambios corporales que acompañan la emoción, son los que le dan a la emoción su particular calidad. El cerebro los percibe como sensaciones.

Lo propioceptivo está en las conductas músculo esqueléticas, la expresión facial, las entonaciones de la voz.

La memoria no declarativa, implícita(12) es la memoria para aquellos aspectos de la experiencia que no son conscientemente procesados. Es decir que pueden ser almacenadas experiencias que el sujeto no sabe que ha tenido (circuito no consciente) –por ej. plégar a modos familiares donde "la vida es así" o imprints de experiencias corporales antes de la maduración del hipocampo–.

Incluye:

- *Memoria de preparación: (priming memory)* para recordar palabras, sonidos, formas y tamaño, a partir de fragmentos; son centros perceptuales presemánticos en la corteza perceptual. Lo visual, lo auditivo, lo táctil, etc. operan en áreas distintas y por separado. Estos primeros efectos de la preparación (priming), pueden ser muy duraderos en el tiempo aunque hubieran ocurrido una sola vez. Es una de las sedes de registro de experiencias corporales.

- *Memoria emocional* es el aprendizaje condicionado de repuestas emocionales, mediadas por la amígdala. La activación de la amígdala provoca cambios en el Sistema Nervioso Autónomo, tales como frecuencia cardíaca, motilidad gástrica y vasodilatación, que acompañan toda emoción. Le Doux(11) describe que los cambios de estas reacciones quedan almacenados en otra parte que los detalles fácticos del evento. Otro autor, Schacter(14), sugiere que la memoria implícita, determina la elaboración artística y cita a una pintora que tras un incendio en su casa, continuó pintando por muchos años luego, aún no conectándolo conscientemente con su experiencia.

- *Memoria de procedimientos* destrezas, hábitos y rutinas. Es para las habilidades y hábitos motores, perceptuales, y cognitivos. Reside en los ganglios de la base. En pacientes amnésicos, esta memoria permanece...

Cada memoria es procesada en un circuito cerebral diferente, y pueden estar desconectadas entre sí.

En los primeros tiempos del desarrollo, la memoria explícita es escasa por la inmadurez de las conexiones corticales del hipocampo, mientras que la memoria implícita está bien desarrollada porque los ganglios de la base y la amígdala lo están(9). Esto sostiene la existencia de la memoria implícita de las experiencias infantiles inconscientes, miedos, síntomas somáticos, patrones de interacción de la relación materno-infantil.

Un ejemplo es lo que pasa en situaciones traumáticas: lo explícito se recuerda incompletamente en el Síndrome Post Traumático, pero quedan retenidas las sensaciones físicas y las emociones asociadas. Por ejemplo violación en la infancia: activación posterior por alguna asociación indirecta del recuerdo de lo ocurrido y por otro lado, y en distintos momentos, sensaciones somáticas y altas angustias, como si ocurriera algo grave en ese momento, que no relaciona con aquel: disociación.

O sea que se imprimen en el cuerpo "recuerdos" de experiencias corporales sin correlato semántico por no haber podido ser consolidadas en un hipocampo insuficientemente conectado a la corteza, inmadura ésta también, o por estar disociados de ésta.

Un ejemplo desconcertante de la memoria implícita es la situación del miembro fantasma, que por

lo intenso de su inscripción en el esquema corporal, causa dolor en ausencia y además esto es necesario para que esa persona pueda usar una prótesis, o sea tener esa memoria sensible para poder ejercer la función.

### **Regulación de las funciones corporales en vínculo de apego**

¿Qué pasa en los vínculos de apego(2) con las emociones?

En el apego priman las conductas no verbales; lo gestual, la mímica, la prosodia vocal, o sea el tono, la cualidad, el ritmo del habla, la postura; es decir los elementos músculo esqueléticos y viscerales de la emoción. Entonces, el apego no es sólo un mecanismo psicológico, es también un fenómeno biológico.

Lo interactivo se traduce en patrones sensoriales. Según los estudios de Hofer(8), el apego acarrea respuestas fisiológicas de estrés a la separación, de confort en el encuentro y resulta del entonamiento materno a las necesidades afectivas y biológicas del bebé. Hay una homeostasis supraindividual porque madre y bebé se regulan recíprocamente. Los factores maternos específicos, que regulan funciones del bebé son la leche –que regula la frecuencia cardíaca– el contacto táctil (lamer, pegar) –que regula la temperatura y el nivel de actividad– y la estimulación vestibular a través del acunamiento –que regula la conducta motriz normal y la adaptación emocional–. También se regulan el crecimiento y el sueño.

En la separación, la termoregulación, la frecuencia cardíaca y el nivel de actividad en el bebé disminuyen (1996)(8). También las madres se disregulan en la separación: Brazelton y Cramer(1991)(3) mostraron que madres que retomaron sus trabajos dentro del año de haber nacido su bebé, tuvieron niveles más altos de disfunciones fisiológicas que las madres que podían quedarse con sus bebés. Además los hijos de las primeras tenían una más alta incidencia de infecciones en su infancia.

Se unen el apego con las regulaciones biológicas de la relación madre-hijo dando un modelo psicobiológico de la relación cuerpo-mente-entorno.

Hofer cree que en las diadas adultas hay también una regulación recíproca de funciones. Cuando un consorte muere, además de la tristeza en la postura y rostro puede haber disregulación de sistemas biológicos tales como el cardiovascular, inmune y endocrino, dejando al otro consorte más susceptible de enfermarse o morir. O sea, habría interacciones corporales que se cortan y desencadenan fenómenos no sólo afectivos sino también corporales. La separación está mediada, entre otros elementos, por los receptores a la BDZ (benzodiacepina) en la amígdala, y las endorfinas median los efectos del encuentro y apego, pero es de suponer que la memoria emocional implícita opera como testigo de lo que no hay y exacerbando la falta. La privación de contacto corporal, aún en el adulto, tiene efectos corporales como los arriba mencionados, cuyas vías se están estudiando intensamente. Un ejemplo son los estudios del *Touch Research Institute* Miami, EE.UU., que prueban que las caricias activan el sis-

tema inmunológico, que como es sabido por la PNIE (psiconeuroinmunoendocrinología)(1), tiene conexiones con el Sistema Nervioso y el Sistema Endocrino vía neurotransmisores, citoquinas y hormonas entrecruzadas en red.

Hoy en día estas nociones se usan terapéuticamente en el tratamiento en bebés con retrasos de crecimiento. Se ha visto que acariciando a menudo a los bebés(10), éstos tienen un 50% más de crecimiento corporal y de diámetro craneal, que un grupo control de bebés con cuidados estándar. También para el tratamiento del estrés se ha visto que es un coadyuvante en tanto reconectar al sujeto con su cuerpo como un bien y no como una máquina anónima.

No sólo a través del contacto directo los cuerpos generan efectos eficaces; también está el entonamiento empático que pasa por la equiparación espontánea de las expresiones faciales, del tono y de las conductas. Algunos experimentos muestran que los adultos igualan espontáneamente una serie de códigos posturales de ritmo y tono de voz (que tienen que ver con lo propioceptivo) con lo cual reproducen dentro de sí estados semejantes (entonamiento empático del cuerpo y sus posturas) y se procesan en la misma zona del cerebro –corteza orbitofrontal y amígdala– que la memoria emocional y la memoria de preparación.

Los hallazgos neurocientíficos de Damasio(5) aportan que la comunicación no verbal puede jugar un papel tan importante como la comunicación verbal, influyéndose mutuamente a través de claves no verbales de emoción, en sensaciones corporales, imágenes, pensamientos, conductas: expresiones faciales, gestos, posturas, y cambios autónomos (como rubor, boca seca, palpitaciones, etc.). Pensemos en los lectores de caras, esos descifradores de códigos potentes donde una ceja levantada o un rictus, provocan en el sujeto una respuesta de miedo o de cólera, con acidez gástrica por ejemplo, según el significado que tenga ese vínculo. Por otra parte están los escuchas de los matices de voz: basta una entonación un poco más fuerte, o más rápida o más grave aunque el contenido no se correlacione, para que un hijo pueda saber que su padre está violento y tener taquicardia.

Ni hablemos del silencio. Esto también ocurre en la relación analista paciente y como diría Searles(13), que se dedicó a observar sus sensaciones corporales y las de sus pacientes, estos son datos de vital importancia y las neurociencias nos aportan el conocimiento del papel desempeñado por el cuerpo en la interacción.

Las preguntas centrales son: ¿cómo las sensaciones de contacto corporal y de regulación de funciones de las épocas tempranas, devienen *memoria corporal* y luego se incorporan en forma de representaciones mentales (aquello del objeto que se inscribe en sistemas mnésicos y se hacen pensables)? ¿La representación de palabra es el resultado de la asociación de una imagen verbal y una imagen mnésica que gracias a eso puede adquirir la cualidad específica de conciencia [Freud(7)] que determina las respuestas adultas? ¿Cómo el mapa corporal con sus sensaciones y respuestas fisiológicas se transforma en un partícipe de la biografía?

Por otra parte, ¿es completa la transformación de la necesidad de contacto corporal con todos los desencadenamientos sutiles e inadvertidos de efectos fisiológicos, en representaciones? ¿O debemos legalizar que *siempre necesitamos el aporte del contacto con un otro*? Son las representaciones la cumbre de la evolución psíquica o esa cumbre debe ser compartida con la capacidad de procurarse cercanía con otros seres?

Una respuesta que intenta Hofer es hablar de la memoria de las primeras interacciones que luego cambian de nivel en la regulación: desde el nivel de lo sensoriomotor a un nivel cognitivo superior de respuestas adquiridas, predisposiciones, expectativas y trazas mnésicas cercanas al modelo del mundo representacional. Aquí pareciera que ambas memorias se articulan y aparecen los contenidos semánticos de la memoria explícita. Esto se adquiere por aprendizajes asociativos entre las interacciones reguladoras tales como la alimentación, el calor, y los *patterns* olfativos, auditivos, y visuales que se convierten en señales que evocan a la madre y despiertan la expectativa de encontrar ciertas interacciones conductuales posteriores y sus consecuencias neurobiológicas semejantes. Con la experiencia, estas expectativas se convierten en esperanzas y memorias, que resultan en apego a representaciones de objeto.

El hecho de que ante la pérdida de objeto haya respuestas no sólo afectivas y fisiológicas (cambios en el apetito, la menstruación, el sueño), sino que



CENTRO DE PSICOTERAPIAS INTEGRADAS

*C.P.I. con motivo de celebrar  
sus 15 años de asistancia  
en la recuperación de la persona  
con sufrimiento psíquico,  
hace llegar los buenos augurios  
a los profesionales de la Salud Mental  
para el año 2001.*

*Marta Augé de Depino* PRESIDENTE

*Mauricio Ruiz* VICEPRESIDENTE

HOSTAL – HOSPITAL DE DÍA

Amenábar 887/3 (1426) Buenos Aires – Argentina  
Tel/Fax: 4783-1902 / 4783-8007  
e-mail: cpi-fund@tutopia.com

también puede derivar en afecciones inmunológicas, cardiovasculares o endocrinas, da idea de la relación entre la regulación biológica y la representación del objeto perdido y de que esa transformación no fue completa, quedó la literalidad del contacto como algo imprescindible sin lo cual en el duelo hay un escape en más y en menos de las regulaciones; algunas funciones se inhiben, otras se disparan.

### **Necesidad de continuidad del contacto sensorial y propioceptivo en la vida adulta**

El ejemplo de la necesidad de contacto lo da el objeto transicional, cuya materialidad sensorial Winnicott(17) no dejó de subrayar, aunque describe un tránsito desde el objeto regulador concreto hasta su incorporación como función psíquica. Lo que sucede es que no solamente queda reemplazado por el juego y luego por los otros elementos transicionales; el contacto corporal continúa de distintas maneras y el sujeto regula de otros modos también su angustia de separación, pero siempre contacto mediante. Otros ejemplos son la espontánea adhesión de muchas personas a vivir con animales, hecho que también se usa terapéuticamente. Otras personas –en especial las que viven solas– concurren a la peluquería, a masajes, necesitan que alguien las toque. Quiero decir, no sólo son pulsiones narcisistas o erógenas las que se satisfacen, también las de autoconservación están imbricadas(7). Las pulsiones de autoconservación quedaron incluidas en las pulsiones libidinales y no debiéramos desintrincarlas en nuestras concepciones teóricas. Los analistas nos olvidamos a veces de las prosaicas pulsiones de autoconservación, que en nuestros tiempos hablan el lenguaje de la PNIE(1) en el sentido de la regulación interactiva de los sistemas y funciones vitales. El cuerpo, que somos nosotros, también satisface en lo erógeno sus funciones vitales.

Un ejemplo de fallas en este camino de transformar el contacto primario en otros caminos, son los procedimientos autocalmantes (PAC)(15, 16), búsqueda de movimientos (sensibilidad propioceptiva), activida-

des y percepciones sensoriales a modo de autoacunamiento que la memoria emocional conservó y repite en situaciones de desvalimiento y/o angustia.

Lo sensorial y lo propioceptivo que dan noticia al sujeto de su estar en sí, son la base del sentimiento yoico del *Ser*: ¿Qué pasa cuando experiencias primarias quedan impresas de tal modo en el nivel propioceptivo y sensorial que no cuajan en un sentimiento de sí? ¿Qué pasa cuando el otro humano no imprime en ese período primero su impronta cálida y satisfaciente y lo hace de un modo mecánico y hostil? Fain(6) lo describe bien en las experiencias de acunamiento satisfaciente que si son amorosas y empáticas, proporcionan la base profunda para el sujeto de sentirse a cubierto de vivencias de desamparo y desborde, y si son distantes y mecánicas y calmantes dejan al sujeto en estado de eterno buscador de estímulos para proveerse de algo que no sabe que busca y que le es imprescindible para su sentimiento de sí. El acunamiento estimula la función vestibular y junto con la sensibilidad propioceptiva contribuye al equilibrio y al sentimiento de sí.

Calmar no es satisfacer; son dos sintonías distintas y abren dos caminos también distintos: la respuesta satisfaciente conduce a incorporar una representación vincular de sostén; la respuesta calmante conduce a movimientos mecánicos de descarga. Esos son los PAC: caminar hasta el cansancio, manejar rápido, escuchar música hasta el aturdimiento, aporrear el piano en vez de hacer música... Todos tenemos PAC: garabatear durante una conversación telefónica, hacer gimnasia para aliviar algún pesar, etc.

Con los PAC el sujeto muestra que no puede apelar a registros simbólicos y afectivos de vínculos con otras personas, vuelve a la cita de ese mecimiento y esa prosodia sin afecto ni semantización que se ancló en sus primeros archivos, esa memoria de preparación. Smadja y Schwec lo describen como movimientos de defensa repetitivos, motores o perceptivo-sensoriales frente a vivencias traumáticas, de desvalimiento, que denotan el fracaso de representarse psíquicamente la presencia de un objeto con-

solador y auxiliador. Yo diría que el fracaso también está en no poder buscar un objeto real que ayude, consuele y abrace.

Fracaso de una función materna que no pudo auspiciar en ese niño la instauración del juego del carretel, ese juego por el cual el niño puede reproducir la ausencia-presencia sin comprometer su equipamiento corporal para salir del infierno de la ausencia.

Ese bebé desamparado que fue, sigue estando atemporalmente en el cuerpo del adulto, alojado en alguna parcela de la memoria emocional inconciente, con el recurso de lo motriz que no pudo transformar en juego y contacto.

### Abordajes no verbales: ¿Cómo llegar a esta memoria que no tiene palabras?

Vía empatía, contratransferencia, comunicación no verbal sensible y auspiciando, tanto paciente como terapeuta, la captación sensitiva de las sensaciones corporales. Estando atentos a captar en un sueño alguna huella, para conjuntamente dar significado a las fallas impresas en la sensibilidad profunda y posibilitar de esta manera la integración de lo sensorio-motor con la biografía que le corresponde, sobre todo si se descubren experiencias traumáticas de alguna naturaleza. En personas con pérdidas y depresión, esto estaría especialmente indicado, además de propiciar el no aislamiento y el que esta persona pudiera apelar a sus seres próximos para sostener un contacto corporal afectivo y consolador, no sólo verbal.

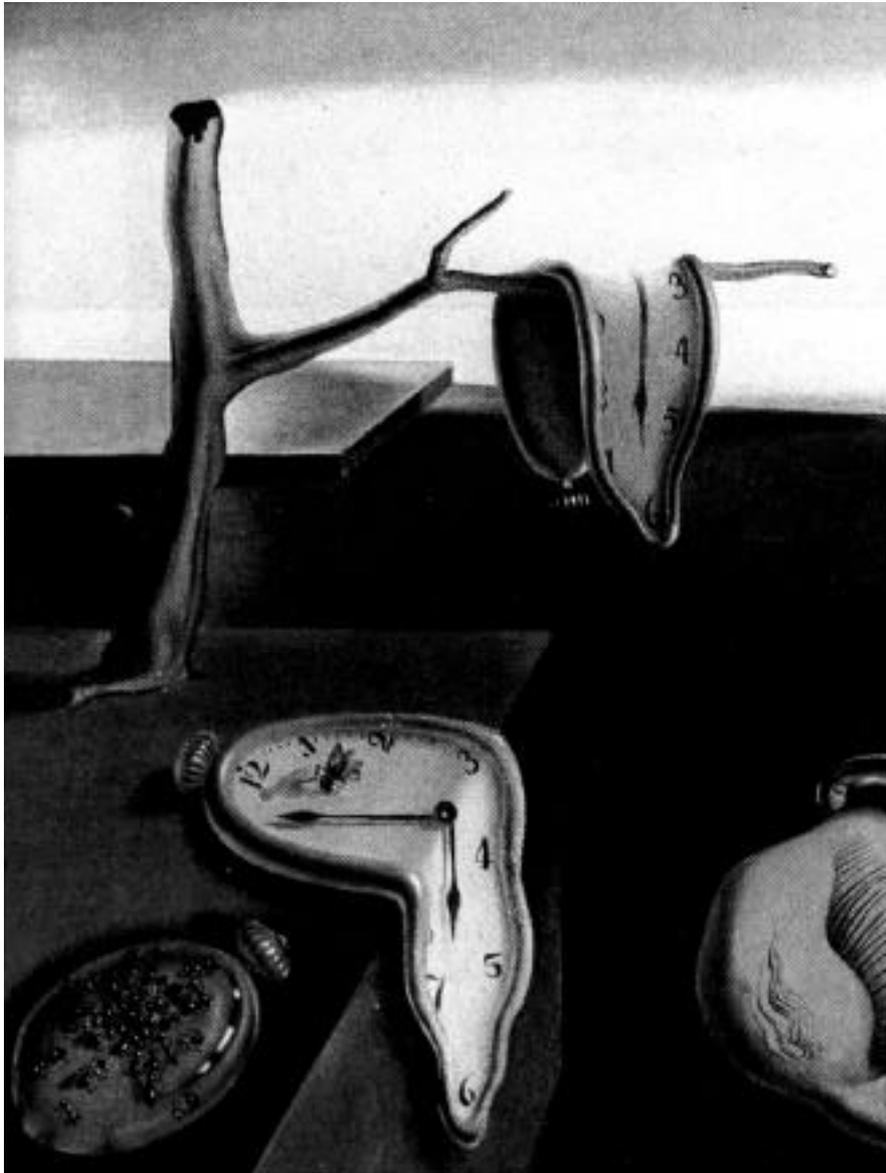
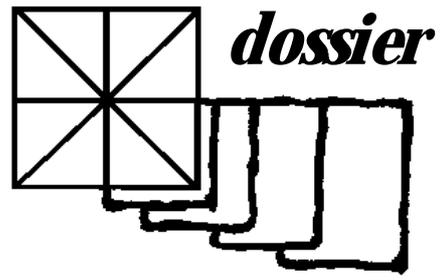
Consecuentemente con lo expuesto, el abordaje corporal directo sería un aporte necesario, articulado en una tarea de interdisciplina y conexión "satisfaciente", no "calmante". Esto alude a una interacción

profesional específica con un eutonista que también maneje técnicas de Feldenkraitz, de gimnasia conciente y tenga la habilidad de estimular la improvisación y la creatividad corporal. Sería un modelo de encuadre no habitual, donde la información de lo vivido en la actividad corporal sería integrada en el procesamiento global de las experiencias del paciente. El modelo sería recorrer el camino nuevamente, desde lo motor a lo biográfico, procesamiento emocional mediante ■



### Bibliografía

1. Bonet J. L., Lucchina C., Dossier "Psiconeuroinmunoendocrinología" *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*, 1995, N° 21, Vol. VI, pág. 176-227
2. Bowlby J., *La pérdida afectiva* Bs. Aires, Ed. Paidós, 1990
3. Brazelton T., Cramer B., *The earliest relationship* London, Karnak, 1991
4. Claparede E., "Recognition and menes" en *Organization and Pathology of Thought* N. Y. Columbia University Press: 58-75, 1911.
5. Damasio A. R., *Descartes Error* N. Y. Putnam, 1994
6. Fain M., Trelude a la vie fantasmaticu *C. Revue Française de Psychoanalyse*, 2-3, 1971, Paris, PUE
7. Freud S., *Obras Completas*, Standard Edition, London, The Hogarth Press.
8. Hofer M., "On the nature of carly loss" *Psychosomatic Medicine*, 1996, Vol. 58, N° 6, 570-581
9. Josepli, R., Neuropsychiatry, *Neuropsychology and Clinical Neuroscience* Baltimore. Willianis and Wilkins, 1996.
10. Kulin C. M., Schanberg S. M., "Stimulation in infancy and brain developmen" en *Psychopath. and the brain* New York, Raven, 1991
11. Le Doux J. *The emotional brain* N. Y., Simon & Schuster, 1998.
12. Nadel L. "Multiple Memory Systems: what and why", 1992, *J. Cog. Neurosci*,: 179-188.
13. Searles H., *Mi trabajo con Pacientes Borderline* cap. 12, Jason Aronson, Inc. London, 1986
14. Schacter D. Tryming and multiple memory systems: perceptual mechanisms of implicit memory" *J. Cog. Neurosci*: 224-256.
15. Smadja C., "A propos des procedés autocalmants du moi", *Revue Française de Psychosomatique* 1993, N° 4, 9-26.
16. Szvec G., "La utilización autocalmante del peligro y del terror?", *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 1995, N- 22, 167-187.
17. Winnicott D., *Realidad y juego* Ed. Gedisa, 1975
18. Wolfberg E., Yufera P., Remondino G., Allievi A.: "Conceptualización psicósomática de un grupo de trabajo con enfermos autoinmune? Premio Bleger, 1992, *Claves en Psicoanálisis y Medicina*, 1993, N° 5, 88-103.
19. Wolfberg E., "Piconeuroinmunología y campo psicósomático", *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría* 1996, N° 26, Vol. VII.



# Retraso mental

**Coordinación:  
Ernesto Walhberg**

**S**ometidos a la simple custodia y el entrenamiento, las personas con un equipamiento cognitivo insuficiente sufrieron, a lo largo del tiempo, un relegamiento en la atención que se les brinda, cuando no un proceso de exclusión que llegó, en algunos casos, a su misma eliminación física. Este fenómeno es un ejemplo doloroso de la potencia que tiene la intolerancia a la diferencia, aún hoy día, en una cultura progresivamente impregnada por la competitividad, el rendimiento y la productividad independizadas de la dimensión humana en su diversidad. Sin embargo, en la actualidad asistimos a un proceso de cambio, respecto de los conceptos clásicos, que tiende a instalar una terapia psicopedagógica y una habilitación social racionales.

En efecto, la categoría de personas a las que denominamos con retraso mental (RM) no son cualitativamente distintas, ni el RM es una condición única sino que, como señala el especialista en este tema, Verdugo Alonso, se trata, en realidad, de individuos que "tienen en común una pobre ejecución en los test de inteligencia y en los aprendizajes escolares, y que muestran incompetencia para manejar en su vida sus propios asuntos, con independencia"(1).

Por otro lado, una cuestión, a menudo en debate, es la de realizar un diagnóstico que corre el riesgo de "rotular" a esas personas con la "etiqueta" de RM por el estigma, la discriminación y la visión negativa que conllevan. Sin embargo, estamos forzados a reconocer que no hacerlo dejaría a quienes lo presentan sin el apoyo y las oportunidades que necesitan para desarrollarse. La American Association on Mental Retardation (AAMR) en su propio Manual de

Definiciones(2) asume el problema pero reconoce que mantiene la denominación por no encontrar una mejor, y que tenga suficiente consenso. En consecuencia, en este Dossier se utiliza el término RM, como se lo halla en la literatura especializada corrientemente, pero el lector debe tener en cuenta las observaciones anteriores, para acotar los alcances del mismo y despojarlo de connotaciones peyorativas para quienes lo presentan.

Los sujetos con RM también crecen, maduran y envejecen. Aunque parezca obvio es pertinente insistir en esta verdad, ya que se observa en el imaginario popular, y aún en el pensamiento del personal de salud, una identificación entre el RM y la infancia o, a lo sumo, la adolescencia –lo cual se ve reflejado hasta en la abundancia de instituciones dedicadas al RM en esas etapas vitales– obturando la atención que se debe prestar a la vida adulta y la vejez de quienes lo presentan. Este fenómeno acarrea el desconocimiento de los recursos y el manejo de temas tan importantes como los de la sexualidad, la recreación, el trabajo y la seguridad de las personas con RM a lo largo de sus vidas, actualmente longevas. Las familias –padres que se angustian por el destino de sus hijos retrasados luego de su muerte, hermanos con responsabilidades familiares y recursos inelásticos que se ven con la responsabilidad de hacerse cargo de alguien con RM en la fratria, etc.– quieren, también, apoyos y orientación para evitar graves consecuencias psíquicas en todos ellos.

En la apertura de la serie de artículos que presentamos a continuación, Diego González Castañón profundiza la cuestión de los paradigmas vigentes en el

campo del RM y sus implicancias en los niveles institucionales, familiares y subjetivos, al tiempo que los apoyos y la organización de recursos que se desprenden de ellos en torno a una planificación centrada en la persona y presenta los criterios diagnósticos en uso.

Roger Misés enfatiza, en la entrevista llevada a cabo por Dominique Wintrebert, la necesidad de utilizar un abordaje diagnóstico multidimensional, alertando contra las limitaciones que genera el basarse exclusivamente en el nivel del Cociente Intelectual que debe quedar limitado a un dato más, al tiempo que llama la atención sobre los excesos mediáticos producidos por los descubrimientos genéticos contemporáneos en relación a sus efectos sobre la comprensión del RM.

Ernesto Walhberg y Luis Damigella se adentran en un tópico de gran interés para la clínica psiquiátrica: el diagnóstico diferencial y la comorbilidad de diversos trastornos mentales atravesados por el prisma del RM, y, al final de su artículo, ofrecen una revisión de gran utilidad práctica en relación al uso racional de psicofármacos en personas con RM.

La medicina, y en especial la Neurología, tiene un rol importante en el momento diagnóstico de un RM, en efecto, la valoración diagnóstica diferencial, es de un valor fundamental, para delinear una estrategia de tratamiento ajustada a la etiología en causa. Héctor Iddon aporta en su artículo una guía de gran valor para orientar la reflexión en ese sentido.

Noemí Dominianni y Laura Aleman hacen hincapié en la necesidad de entender las conductas problemáticas, conflictivas, de las personas con RM intenso como una forma de comunicación, configurando conductas cuyo desciframiento es indispensable para permitir una mayor integración de esos sujetos a la comunidad.

Frecuentemente el diagnóstico de RM oficia como una pantalla que oculta la valoración de los elementos subjetivos en juego. Susana Ré explora, desde una perspectiva psicoanalítica, aspectos ligados a

ese problema, señalando la necesidad de una clínica del uno a uno en el abordaje de cada caso en su irreductible singularidad, para trazar perspectivas terapéuticas y orientar las tareas de aprendizaje.

Entendemos que es en la prevención del RM adonde se deben enfocar los mayores esfuerzos, y no estamos hablando de los costosísimos desarrollos en ingeniería genética para evitar que las alteraciones cromosómicas se expresen como RM, sino de los millones de personas que quedan y quedarán limitadas en sus recursos intelectuales por déficit en el desarrollo de su SNC debidas a desnutrición y la falta de estimulación en los primeros años de la vida, que la pobreza y la marginación generan ante la indiferencia creciente de los Estados que se retiran de su rol en el mantenimiento de la equidad. La prevención en salud, no debe centrarse en un mayor gasto en tecnología médica como prioridad principal, sino que consiste en crear y sostener condiciones de vida más justas para todos los ciudadanos. La autorizada opinión vertida en el artículo de Benjamín Caballero abona estas aseveraciones. En nuestro país, dados los índices de pauperización, déficits en la atención materno-infantil, condiciones de nutrición y deserción escolar, entre otras carencias que afectan a amplios sectores de la población, la preocupación por este problema debería conducir a categorizarlo como una verdadera urgencia social.

Los apoyos y la asistencia en sus necesidades especiales son una obligación de la sociedad para con las personas con RM y este Dossier pretende ser un aporte para que los profesionales de la Salud Mental se comprometan más y mejor en este área ■

1. Verdugo Alonso M. *Personas con discapacidad*. Madrid. Siglo XXI, 1998.

2. American Association on Mental Retardation. *Retraso Mental, Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid, Alianza Editorial, 1997.

# Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones

**Diego González Castañón**

*Psiquiatra y psicoanalista. Miembro del International Activities Committee de la American Association on Mental Retardation.*

*Coord. de "ITINERIS - Talleres de capacitación institucional en discapacidad".*

*Prof. adjunto (a cargo) de la cátedra de Psicología de la Visión, Fac. de Medicina, Universidad del Salvador*

*Juan Francisco de la Robla 936. Buenos Aires (5411) 4611-4140. E-mail. diegogc@satlink.com*

## El paradigma del déficit y el paradigma de la diferencia

Un paradigma es un sistema de conceptos interrelacionados que guían cómo se percibe la realidad y cómo se actúa sobre ella. Un paradigma impregna la actividad científica de los siguientes modos:

- a. Cambia la significación de los conceptos establecidos.
- b. Determina los problemas ofrecidos a la investigación.
- c. Decide acerca de cuáles son los problemas pertinentes y las soluciones legítimas.
- d. Introduce nuevas formas de práctica y modifica la experiencia.

La producción de conocimiento sobre el Retraso Mental (RM), no es neutral, como no la es en ningún campo del conocimiento. Es por ello que, analizar las líneas de fuerza subyacentes a las prácticas y las teorías en vigencia, adquiere relevancia. Reconozco dos paradigmas vigentes en el campo de la discapacidad.

El paradigma del déficit, de lo que falta, engendra intervenciones tendientes a completar, a suplir ese déficit. Las personas deficientes pasan a estar identificadas socialmente con lo que les falta y la función de los otros queda ligada a hacer por ellos lo que ellos no pueden.

La clasificación y la perspectiva deficitarias esta-

blecen el pronóstico independientemente de cualquier intervención, como un techo por encima del cual estas personas no van a poder desarrollarse. Cuando establecemos un límite a priori, o las familias y las instituciones dejan de esperar el crecimiento personal, hablamos de plafonamiento. La estigmatización, la alienación, la simbiotización, el aislamiento, son mecanismos usuales de plafonamiento. El déficit es una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. En este caso, el objeto es la persona con RM y la magnitud con la cual se la compara es el cociente intelectual (C1).

La diferencia, (del latín di-ferens: dos caminos), es una condición cualitativa de un sujeto que va por otro camino. Pensar a la discapacidad –en especial al RM– como una condición subjetiva y transdisciplinaria requiere un esfuerzo especial tanto en el campo científico como en el socio-político. Pensar la diferencia como una entidad en sí no es una tarea fácil. Mecánicamente pensamos a la discapacidad como un decremento cuantitativo y objetivo, tan evidente, que no podemos cuestionar su supuesta concreción y verificabilidad (14, 15).

## **Definición de la American Association On Mental Retardation (AAMR)**

La AAMR es una institución, con casi 130 años de

---

### Resumen

Se realiza el análisis de los paradigmas vigentes en el campo del retraso mental. El paradigma del déficit engendra intervenciones tendientes a suplir. El paradigma de los apoyos permite la organización de los recursos en torno a la planificación centrada en la persona. Se describen los criterios de diagnóstico y clasificación de la American Association on Mental Retardation, su utilidad y la implicancia de los paradigmas dentro de las instituciones del área, las familias con un miembro con retraso mental y la vida subjetiva de los mismos.

**Palabras clave:** Retraso mental – Discapacidad mental – AAMR – Paradigma – Déficit – Apoyo.

### BIOLOGICAL MARKERS IN PSYCHIATRY: MYTHS AND REALITIES

#### Summary

An analysis of the effective paradigms in the field of the mental retardation is carried out. The paradigm of deficit engenders interventions aiming to supply. The paradigm of support leads to the organization of the resources around the planning focused in the person. The diagnosis approaches and classification of the American Association on Mental Retardation, their utility and the meaning of paradigms inside the institutions of the area, the families with a member with mental retardation and the subjective life of them are described.

**Key Words:** Mental retardation - Mental disability – AAMR – Paradigm – Deficit – Support.

---

existencia, que mantiene en constante revisión la terminología, la definición y la clasificación del RM.

La novena versión de la definición incluye tres criterios básicos para su diagnóstico, coincidentes con los del DSM-IV(3). Sin embargo, la AAMR sostiene que el RM es producto de la interrelación entre las capacidades del individuo, la estructura y las expectativas del medio ambiente y el funcionamiento que tiene en los diversos ámbitos(1, 2).

El primer paso diagnóstico propuesto por la AAMR (4) explicita:

**A. Edad de comienzo previa a los 18 años.**

Este criterio permite diferenciarlo de procesos psiquiátricos o de patologías orgánicas degenerativas que aparecen en la vida adulta. El RM comienza durante la infancia.

**B. Cociente, intelectual significativamente inferior al promedio.**

El CI se distribuye en la población general de un modo que, en estadística, se llama normal: la mayor parte de los casos se concentra en torno a un valor central y decrece en ambos sentidos. Un 2% de la población tiene un CI menor que 70. Sólo una parte de ese segmento poblacional tendrá RM, si cumple con el criterio C.

**C. Disminución concurrente de la capacidad adaptativa en, al menos, dos áreas de la vida cotidiana**

Las áreas tenidas en cuenta varían mínimamente de acuerdo con el instrumento que se utilice para ponderarlas, pero, por lo común, son diez: *salud y seguridad, uso de la comunidad, autodeterminación* (posibilidad de decidir por sí mismo sobre la propia vida), *habilidades académicas funcionales* (los conocimientos escolares que tienen incidencia en el funcionamiento cotidiano), *autosuficiencia personal* (para el cuidado de la higiene, la vestimenta, la movilidad), *habilidades sociales, capacidades comunicativas, trabajo* (remunerado o no) y *uso del tiempo libre* (que lejos de ser un ítem menor, resulta sumamente revelador de quién es y cómo vive la persona en cuestión). La comparación debe hacerse con respecto a los pares en edad y procedencia sociocultural.

Cumplidos estos criterios, el DSM subclasifica a los pacientes de acuerdo con un único parámetro, el CI, que puede tomar 4 valores: leve, moderado, grave, y severo o profundo.

Para la AAMR, los 3 criterios son tan solo el primer paso del proceso diagnóstico. En el segundo, se describen las dificultades y las capacidades de la persona en cada una de las áreas. El tercer paso del diagnóstico toma en cuenta las diez áreas adaptativas mencionadas y, de cada una de ellas, determina el nivel de apoyo (*intermitente, limitado, extenso y generalizado*) que la persona requiere. El paciente es descrito con diez ítems, cada uno de los cuales puede tomar uno de entre 4 valores, lo que permite una discriminación clínica más sutil, con cientos de posibles perfiles(14).

El CI no permite presuponer qué niveles de apoyo va a requerir una persona; el caso más habitual es que las limitaciones coexistan en forma heterogénea, con capacidades reales y concretas (que, desde una hipótesis causalista solemos llamar "capacidades remanentes", lo que le quedó después del retraso). Dos niños con el mismo CI pueden diferir en sus capacidades comunicativas; uno puede tener conductas so-

ciales desafiantes, y requerir una intensidad de apoyo extensa en esa área, a la vez que se desempeña con total autonomía en la vía pública, sin requerir ningún apoyo especial. Otro puede ser agradable, amistoso y cortés y su familia puede despreocuparse de cuidar su comportamiento, pero incapaz de cruzar la calle o utilizar un teléfono público, por lo cual requeriría apoyos limitados, hasta que pudiera hacerlo con autonomía. Ambos sujetos pueden tener estas características y saber, o no saber, contar; leer deletreando o globalmente. Las limitaciones y las capacidades, junto con los requerimientos de apoyo, no son homogéneos ni fijos.

**Conceptualización y uso clínico de los apoyos**

*Apoyos* un recurso y/o estrategia que cumple con *tres funciones*(12):

- a. promueve los intereses y metas de las personas con o sin discapacidades;
- b. posibilita el acceso a recursos, información y relaciones propias de ambientes de trabajo y de vivienda integrados;
- c. da lugar a un incremento de su independencia, su productividad laboral, su integración comunitaria y su satisfacción subjetiva.

En primera instancia, los apoyos deben provenir de la familia y los amigos, (los apoyos naturales); luego, de los servicios generales y gratuitos; y, en última instancia, de los servicios especializados. Sin embargo, lo que comúnmente vemos es que, una vez identificada la persona con RM, los apoyos se centran en los servicios especializados; colateralmente se recurre a los servicios genéricos y se desperdician los apoyos naturales.

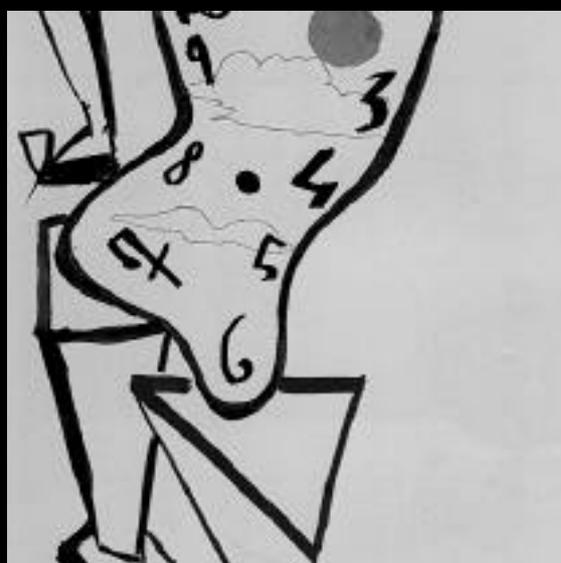
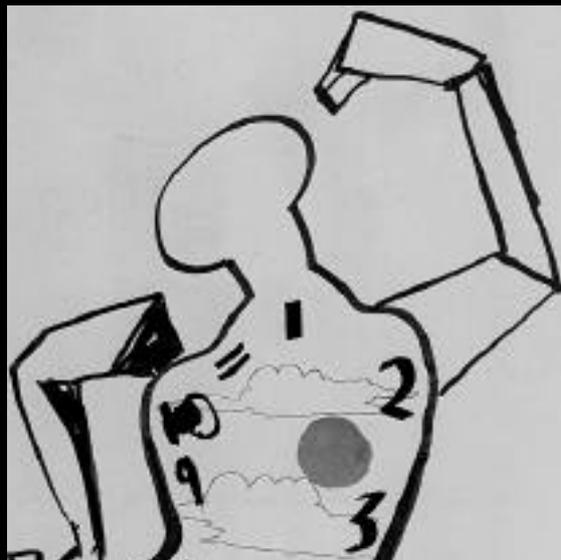
Las cuatro *intensidades de los apoyos* son:

- *Intermitente*: provisión esporádica, a corto plazo, a demanda de la persona o ante imprevistos, de baja complejidad técnica.
- *Limitada*: provisión de apoyos con regularidad, durante breves periodos o con escasa frecuencia, que requieren bajo costo en dinero y en recursos humanos y una capacitación simple.
- *Extensa*: apoyos que duran años, de frecuencia semanal, que requieren participación profesional directa o su supervisión frecuente, que suelen exceder las posibilidades de las fuentes naturales.
- *Generalizada*: apoyos de por, vida, que requieren un alto grado de entrenamiento específico, que requieren altos costos o una cantidad importante de personal altamente capacitado.

En el grupo del cual soy director psiquiátrico, estamos utilizando una categoría más (*No requiere apoyos especiales*) para indicar que en ese área, la persona no se diferencia de los convencionales en sus requerimientos de apoyo.

La determinación de los niveles de apoyo requiere un juicio clínico que tome en cuenta factores como la duración, la complejidad, la frecuencia y la intrusividad del apoyo requerido. En la actualidad, existe un equipo en Estados Unidos y otro en Argentina, dirigido por mí, que desarrollaron métodos para la determinación sistemática de los niveles de apoyo(12).

Los apoyos no deben ser retirados bruscamente: para que su eficacia sea evidente, su instalación, su



desarrollo y su suspensión requieren tiempo. Su naturaleza y su origen deben variar en sintonía con los diferentes momentos vitales de la persona, lo cual implica que deben revisarse y replantearse periódicamente.

Desde el paradigma del déficit, las intervenciones en el campo del RM se organizan en torno a *planificaciones centradas en instituciones o en programas gubernamentales*, en los cuales se homogeneiza a la población destinataria. Se diseñan las actividades o los recursos, que, se supone, deben tener (de eso padecen, de lo-que-les-falta), y las personas se incluyen en la institución, sin que se tengan en cuenta sus intereses o se distingan los apoyos requeridos; se destinan recursos de acuerdo a un patrón universalizado. Por estar originadas en la perspectiva del déficit, estos diseños se eternizan y no tienen logros satisfactorios, pues generan mayor dependencia.

El *paradigma de la diferencia y los apoyos* permite brindar las ayudas que necesitan para tener las vidas que ellos quieren tener y puedan sostener. Pensar en apoyos nos permite considerar a estas personas no sólo dentro de aquello de lo que carecen sino con lo que pueden, pudieron y podrán, (sin juzgarlas, cuantitativamente, y rotularlas: "deficientes"). Se procura no intervenir para suplir una falta, sino para brindar desde el entorno, las ayudas que para vivir, como sucede en la vida de los convencionales. Las personas con discapacidades cognitivas requieren algunas ayudas en algunos campos por algún tiempo. Una determinada patología puede durar toda la vida; la discapacidad no tiene porqué durar tanto.

El paradigma de los apoyos permite la organización de los recursos en torno a *la planificación centrada en la persona*. Los recursos institucionales se gestionan en torno al proyecto de vida de la persona, habida cuenta que se cumplan condiciones básicas de salud, seguridad y bienestar económico. De este modo, las personas no se transforman en una carga eterna para el Estado y/o para sus familias. Si un sujeto no ha tenido la oportunidad ni los aprendizajes necesarios para poder elaborar un proyecto vital, se destinan recursos e intervenciones que le permitan recuperar el timón de su vida y poder imaginar una vida propia, digna y realizable. De cada una de las 10 áreas adaptativas se determinan la intensidad, la fuente y la planificación de las actividades y recursos que constituirán el apoyo.

Retomemos los casos hipotéticos del punto anterior. La planificación centrada en las instituciones los incluiría en el mismo programa porque tienen el mismo CI, con, presumiblemente, los siguientes resultados. Las conductas desafiantes del primer caso perturbarán el desarrollo de la tarea ocupacional, la persona se sentirá molesta por el exceso de supervisión, porque lo tratan *como un tonta*; incrementará la intensidad de las mismas conductas. Se le limitará posibilidad de circular libremente por la calle, porque no se registró su capacidad junto con su discapacidad, lo que aumentará su frustración y, nuevamente, la intensidad de sus desafíos. Cuando su perturbación sea extrema, será medicado o expulsado del programa.

El segundo sujeto se incluirá en las actividades institucionales sin problemas, aprenderá las praxias

necesarias, quizás aprenda a leer, y será llevado por sus padres durante años a la institución. El éxito o el fracaso de ambas inclusiones está sustentado en el paradigma del déficit y en la falta de registro de las diferencias individuales. El servicio se brinda como una totalidad, un talle único.

En una planificación centrada en la persona, el equipo asistencial organizará sus recursos y los estilos de intervención de acuerdo con los requerimientos de apoyo. Le darán autonomía y responsabilidades en los talleres, al primer sujeto, a la vez que supervisarán su conducta en los espacios informales y ese será un objetivo privilegiado de su devenir institucional. El segundo sujeto será incluido en un programa, individual o grupal pero de duración limitada, de autonomía en la vía pública y su complacencia social no llevará al engaño de una buena evolución. La institución se hace cargo de problematizar la inclusión de cada uno de los participantes en función de sus capacidades y sus dificultades; no se pretende que todos hagan lo mismo y sean iguales, sino que sean distintos. En última instancia, este tipo de planificación no está completo hasta que no se desarrolle un proyecto de vida que sea significativo para cada sujeto y su familia.

La reevaluación de las planificaciones centradas en la persona puede hacerse cada dos años o cada dos meses, de acuerdo con la complejidad del caso y la expectativa de cambio y de logro de los objetivos. Lo que no es admisible es que una persona participe durante 15 años de las actividades de una institución sin que su particularidad sea considerada más que como excepción o, solamente, al presentar "descompensaciones".

## **Incidencias en la clínica y en el modo de abordaje del RM**

### **a. Perspectiva institucional**

El representante arquetípico de la persona con RM, el caso paradigmático, es un sujeto con Síndrome de Down, aunque las causas genéticas de RM no constituyan más que un 15% del total de los casos. Este modelo, en el imaginario social y científico, genera la concepción del RM como una condición fija, manifiesta desde el nacimiento, inmodificable por cualquier tipo de intervención y esencializada en los genes; una condición que la historia, la familia, los vínculos, no pueden modificar; un modelo tendiente al plafonamiento.

En casi el 50% de los casos de RM, la etiología es absolutamente desconocida, ignorancia que los profesionales ocultan conjeturando causas genéticas aún no diagnosticables, o la existencia de "algo" neurológico o un vago antecedente de hipoxia neonatal. A mi juicio, el caso arquetípico de RM, en la mayoría de los países del mundo, es el de una persona pobre, subalimentada, hipoestimulada, con dificultades de acceso a las instituciones públicas. Ese es el perfil que debería preferirse al diseñar una estrategia de prevención del retraso mental.

Señalé al comienzo que el paradigma determina los problemas ofrecidos a la investigación y decide

acerca de cuáles son los problemas pertinentes y las soluciones legítimas. El paradigma del déficit y el arquetipo de la causación lineal genética o neurológica, determina, por anticipado, estrategias de intervención supletorias de *lo que faltay* minimiza, por accesorias, por no esenciales, las intervenciones ambientales y sociales, y el lugar de las mismas en los diseños de investigación. Hay una preponderancia del conocimiento de los profesionales por sobre el de los implicados, (porque, aunque no sepamos cómo, su causa es genética, o cerebral), y de los padres por sobre el de sus hijos, (que no logran que sus motivaciones y deseos sean escuchados y honrados).

El paradigma de la diferencia habilita y pone en el centro de la investigación en el campo, objetos de estudio más complejos y dinámicos que los genes o las secuelas, (como los deseos, los proyectos, la vida familiar y social) y propicia el develamiento de procesos de producción multifactorial del retraso mental, antes que el descubrimiento de las causas últimas, inmutables, (que, en definitiva, paralizan y descorazonan aunque brinden certezas numéricas y nominales).

No deja de llamarme la atención –luego de escuchar cientos de relatos vitales– que en muchos casos, la detección de las dificultades sea realizada en la escuela o, a lo sumo, en el jardín de infantes. No es extraño escuchar a padres que tuvieron que luchar para convencer a los pediatras de que algo pasaba con su hijo, algo que el pediatra se empeña en negar o minimizar. La enorme mayoría de las causas de limitación funcional cognitiva acontecen, o son evidenciables, antes de la edad escolar, por lo cual, una detección a los 6 años constituye un diagnóstico tardío, desaprovechando un tiempo precioso de intervenciones tempranas con el niño y con su familia.

Con las poblaciones pauperizadas en la mira y la capacitación de todos los miembros del equipo interdisciplinario que asiste a la población infantil (los pediatras, las enfermeras, las trabajadoras sociales, los maestros), podría construirse una política pública de prevención del retraso mental en los países latinoamericanos. Quiero ser claro y explícito, porque mi intención no es la producción de un discurso altisonante.

Digo pauperizadas y no sólo pobres, lo que amplía el número, de por sí enorme, de la población que recibiría los esfuerzos nuevos. Y el objetivo de este programa debe ser diferente de las políticas de promoción social específicas de su condición de pobres; tratar de limitar el desarrollo de RM en esa población, un objetivo mensurable por otros parámetros que los de la evolución de los indicadores de pobreza.

Cuando digo capacitación no me refiero a dar conferencias. Capacitar no es donar, o depositar, conocimientos. Es desarrollar *agentes autónomos* a través de un proceso supervisado y controlado, la capacitación aumenta la capacidad, no los contenidos.

Y digo política pública, (en inglés, el sentido es menos ambiguo: *public policy*) con la esperanza de que se diferencie la actividad de los funcionarios mientras ejecutan un mandato de la población, de sus estrategias políticas, el clientelismo o la dádiva oportunista (14).

Destiné algunos párrafos a esta perspectiva, sola

mente dentro de un artículo médico, porque el RM no es materia médica, o educativa. Como todas las discapacidades, es materia e interés de una sociedad que, como tal, produce discapacidad por mecanismos diferentes a los de la enfermedad en sí (15, 18, 22).

Quiero remarcar que este marco teórico es fácilmente comprensible por todos los miembros del equipo, sea cual fuere su formación profesional. Pero su facilidad de comprensión puede llevar a engaño con respecto a la facilidad de su implementación. *Incorporar este marco referencial en la práctica cotidiana y modificar los procedimientos y estructuras de una institución singular (ya sea una familia o un establecimiento asistencial), es, necesariamente, un proceso que lleva años y que es necesario supervisar, revisar y acompañar* Por ejemplo, requiere el desarrollo de un equipo. Para construir un campo de análisis e intervención se necesitan *muchos profesionales pensando* durante mucho tiempo, junto con las familias y el implicado directo. Aunque en una institución haya muchos profesionales, familiares y pacientes; aunque haya reuniones entre ellos, un equipo se construye, no es algo dado. En forma análoga, el cambio cultural, en las familias y la sociedad, desde el paradigma del déficit al paradigma de la diferencia, debe construirse, no declararse.

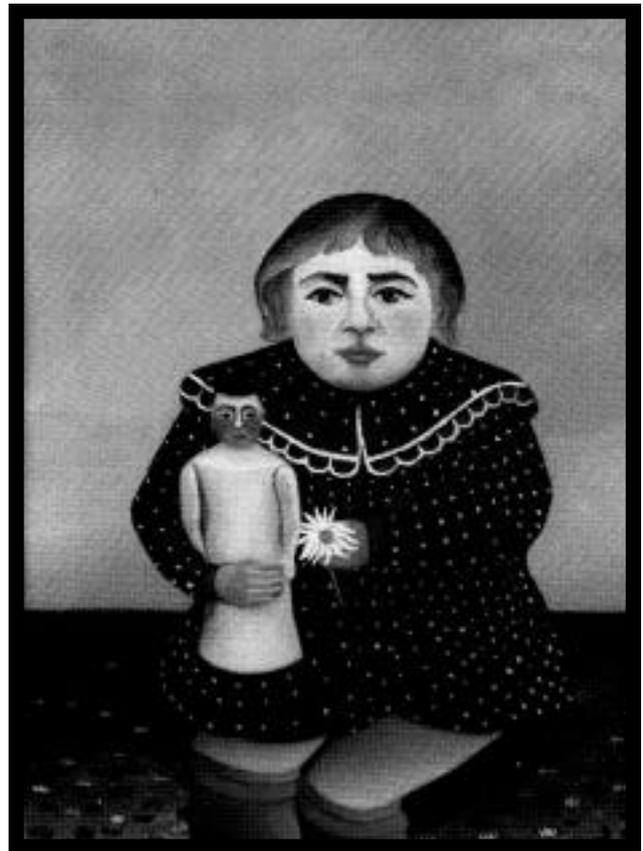
### **b. Perspectiva familiar**

Si se realiza un abordaje desde el nacimiento, la distancia que los padres perciben y sufren entre el hijo que desearon y su hijo real, puede ser trabajada en forma temprana, evitando la estructuración de modos familiares de intercambio que propendan la depositación institucional del hijo, la aparición de patología conductual o el desarrollo de una dependencia alienada, agotadora de la familia y su entorno.

Al disminuir el uso del lenguaje verbal como instrumento de contacto y mediación de los intercambios, (principalmente con sus familiares), las personas con RM pueden exhibir conductas agresivas o desadaptativas. No hay nada que determine biológicamente la agresividad o los trastornos de conducta de una persona con RM. Critico seriamente la existencia de supuestos fenotipos conductuales, que pululan en los últimos 4 años en la literatura (9, 10). Esa perspectiva anula la existencia y la función determinante del medio en la constitución del psiquismo y postula, en forma invisible, que la conducta está determinada en los genes.

Otra vez, el arquetipo genético y el paradigma deficitario anulan la percepción de la realidad. Sin duda, algún trastorno genético, de incidencia bajísima, tiene alguna manifestación conductual estereotipada. ¿Será apropiado llamar conducta a un reflejo desubjetivado? Pero no hay motivo para elevar esa excepción a la categoría de regla. Por otro lado, la mayor parte de las conductas desadaptadas se manifiestan dentro del hogar y con integrantes de la familia; ni en espacios comunitarios ni con desconocidos. La agresividad, los berrinches, son conductas sociales, (no descargas neurológicas), modificables al capturarlas como hechos comunicativos.

Podemos pensar en una hipótesis orgánica cuan-



do la conducta es constante, rítmica, sin direccionalidad ni significación posible. Pero si tiene valor significativo, si ocurre sólo en algunos ámbitos y en otros no, si calma o varía en respuesta a algún evento, esto tiene un valor de producción subjetiva a la que debo escuchar como tal, y, en caso de indicar una medicación, será para permitir otros modos de intervención. La inhibición medicamentosa de la conducta es un recurso útil, pero que debería instrumentarse a la vez que se implementan las intervenciones basadas en el desarrollo del lenguaje y las habilidades sociales (21).

La mayoría de los "síntomas psicopatológicos" de las personas con RM pueden abordarse, capacitando al medio social para que les permita desplegar interacciones significativas (20). Los interlocutores deben ser, en primera instancia, los miembros de su red social de pertenencia y no los profesionales. El objetivo es brindar un espacio humanizador y no una burbuja aconflictiva. ¿Porqué deberíamos implementar, para alguien con una discapacidad intelectual, un ambiente que no existe para los convencionales? ¿Quién ha vivido al margen de exabruptos, imprevistos, decepciones y dolores? En una segunda instancia, las personas con RM pueden beneficiarse también de una psicoterapia (16).

### **C. Perspectiva subjetiva**

Las personas con RM pueden depender de un otro significativo, por lo general algún miembro de la familia, más allá del término de la infancia (sí, para las personas con RM, la infancia termina, atraviesan la adolescencia y llegan a la adultez). *La prolongación de la relación paterno-filial, los posicionamientos infantiles,*

la relación simbiótica entre madre e hijo, aluden a una dependencia ligada con el paradigma del déficit. Se hallan en un estado de alienación (5): enajenados en otro, requieren de otro para validar sus pensamientos, sus deseos, sus gustos, y no pueden prescindir de este otro para hacerlo autónomamente. Si juntamos la posición subjetiva alienada con el paradigma deficitario, el resultado es "hacer-por" estas personas (19): hacerlos hacer lo que hacen los convencionales, sin rescatar la particularidad de cada uno (sus deseos y aversiones, por ejemplo), sin permitirles la posibilidad de equivocarse (y de aprender de sus errores). El horror de los padres y educadores es que sus hijos y alumnos tengan vidas deficitarias; horror comprensible, que se aliviaría si pudieran imaginar que sus hijos y alumnos tendrán vidas diferentes.

El estado de alienación es modificable. El desarrollo de la autonomía personal puede completarse si es que se opera con la persona y su entorno en la forma adecuada. Las intervenciones van dirigidas a separar a la persona con RM de su otro significativo, pero, a la vez, a mantener el vínculo de un modo tal que éste no se sustente en el contacto cuerpo a cuerpo, sino que sea mediado por el lenguaje, para permitir la discriminación entre los deseos de uno y de otro, entre las palabras de uno y de otro (castración simbólica) (8).

Ese estado de alienación adquiere relevancia en el

trabajo psiquiátrico, ya que supone que las demandas sobre un determinado paciente con RM van a estar mediadas por otros significativos que hablan en nombre del paciente. Incluso el propio paciente está acostumbrado a no demandar en nombre propio, sino a llamar a un interlocutor para que hable en nombre de él. Para el psiquiatra, la consideración de los síntomas y las cuestiones planteadas en la consulta pueden resultar oscuras, ya que quizás no sepa, a ciencia cierta, si los síntomas que le relatan son características estables del paciente, una apreciación del otro significativo, o expresión de una situación vincular entre ambos.

El psiquiatra debe postergar su intervención hasta tanto pueda esclarecer la naturaleza de los mismos. Es probable que con una entrevista mensual de IS minutos, se prolongue el estado de alienación de las personas con RM y se responda casi automáticamente a lo que refiere el otro significativo, sea éste un familiar o una institución. El mismo tipo de reflexión debe anteceder a la certificación de discapacidad ante las autoridades estatales, que puede cercenar más posibilidades que los cuidados que habilita, o a la emisión de peritajes judiciales en los cuales la estructura vincular del estado de alienación pasa a estar sustentada por el dictamen de una curatela judicialmente avalada ■

## Bibliografía

1. American Association on Mental Retardation; Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports. 9th edition. Washington; American Association on Mental Retardation; 1992
2. American Association On Mental Retardation; Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid; Alianza Psicología; 1997
3. American Psychiatric Association; DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona; Masson S.A.; 1995
4. Asociación Americana de Retardación Mental; Retardación Mental. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo. Manual Práctico. Washington; American Association On Mental Retardation; 1994
5. Aulagnier, P., *Los destinos del placer*. Petrel, Barcelona, 1979
6. Cole, K. N., Dale, P. S. & Thal, D. J.; *Assessment of Communication and Language*. Baltimore; Paul H. Brookes Publishing Co., 1996
7. Cole, P., "Developmental Versus Difference Approaches to Mental Retardation: A Theoretical Extension to the Present Debate"; *American Journal on Mental Retardation* 1998, Vol 102 (4); 379-391
8. Dolto, F., *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós, Buenos Aires, 1986
9. Dykens E. M. y Rosner, B. A., "Refining Behavioral Phenotypes: Personality-Motivation in Williams and Prader-Willi Syndromes"; *American Journal on Mental Retardation* 1999, Vol 104 (2); 158-169
10. Dykens, W. M., Cassidy, S. B. Y King, B.H., "Maladaptive Behavior differences in Prader-Willi Syndrome Due to Paternal Deletion Versus Maternal Uniparental Disomy"; *American Journal on Mental Retardation* 1999, Vol. 104 (1); 67-77
11. González Bujan, M. y González Castañón, D., "Los derechos civiles y la inclusión social", *La página del Retraso Mental en Español*, webs.satlink.com/usuarios/d/ diegogc/rm.htm
12. "La determinación de los niveles de apoyo" *La página del Retraso Mental en Español*, webs.satlink.com/usuarios/d/ diegogc/rm.htm
13. Políticas Organizacionales en Discapacidad: instituciones y Organizaciones no Gubernamentales" *La página del Retraso Mental en Español*; webs.satlink.com/usuarios/d/ diegogc/rm.htm
14. *Retraso Mental: guía básica para comenzar un siglo*. Adicéon 30, Buenos Aires, 1999
15. "Déficit, diferencia y discapacidad" *Topía Revista* (en prensa), Buenos Aires, 2000
16. González-Puell, S., Consideraciones psicoterapéuticas en la educación de personas discapacitadas? *La página del Retraso Mental en Español*; webs.satlink.com/usuarios/d/ diegogc/rm.htm
17. Guralnick, M. J., "Effectiveness of Early Intervention for Vulnerable Children: A Developmental Perspective"; *American Journal on Mental Retardation* 1998, Vol 102 (4); 319-345
18. Lunsy, Y. Y Haverkamp, S. M., "Distinguishing Low Levels of Social Support and Social Strain: Implications for Dual Diagnosis"; *American Journal on Mental Retardation* 1999, Vol. 104 (2); 200-204
19. Salomone, G., "El desafío de integrar las necesidades singulares en un abordaje grupal: una tarea cotidiana" *La página del Retraso Mental en Español*; webs.satlink.com/usuarios/d/ diegogc/rm.htm
20. Slone, M. et al., "Association Between the Diagnosis of Mental Retardation and Socioeconomic Factors"; *American Journal on Mental Retardation* 1998, Vol. 102 (6); 535-546
21. Spreat, S., Conroy, J. W. y Jones, J. C., "Use of Psychotropic Medication in Oklahoma: A statewide Survey"; *American Journal on Mental Retardation* 1997, Vol. 102 (1); 80-85

# Trastornos psiquiátricos y de conducta en el retraso mental

**Ernesto Wahlberg**

*Médico psiquiatra infante juvenil (UBA). Jefe de División Salud Mental, Hosp. Español, Buenos Aires. Centro de Día "Françoise Dolto", Ramos Mejía. Jefe de trabajos prácticos, Depto. de Salud Mental, Fac. de Medicina (UBA). Neuquén 2655 Buenos Aires(1406) E-mail: ewahlberg@janssen.com.ar*

**Luis Damigella**

*Médico psiquiatra (UBA). Jefe de trabajos prácticos, Depto. de Salud Mental, Fac. de Medicina (UBA). Médico Coordinador en Salud Mental del P. Cottolengo Don Orione. Claypole. Bcaze 3963 Claypole (1850) Tel.: 4268-0740*

La dedicación de los psiquiatras a las personas con retraso mental (RM) ha sido escasa, a pesar de figurar en el campo de la especialidad, como lo certifican nosográficamente la CIE-10(15) y el DSM-1V(2), los capítulos en los tratados de psiquiatría y la responsabilidad legal de determinar su presencia y el grado de discapacidad que pueden presentar, de allí el apropiado calificativo de Potter(16)"el retraso mental es la cenicienta de la psiquiatría".

Un cambio significativo que da la oportunidad de ubicar el tema en una mejor perspectiva, es el modelo conceptual para definir el RM que adoptó la Asociación Americana sobre el RM (AARM)(1). "es un modelo médico" aunque éste pueda a veces describir la etiología, tampoco "es un modelo psicopatológico" aunque éste describa trastornos o conductas que aparecen en algunas de las personas con RM, sino que "es un modelo funcional".

La intervención del psiquiatra en el campo del RM es más precisa, ya que la mayoría de las personas con RM no presentan trastornos mentales, y más compleja dadas las dificultades de evaluación y tratamiento.

## Evaluación

La coexistencia de RM y enfermedad mental hace de la evaluación un verdadero desafío por la incidencia de varios factores:

1. El fenómeno de "Eclipse diagnóstico" (17), o preeminencia de la deficiencia cognitiva que lleva a atribuir a ésta las alteraciones conductuales que en otras personas sin RM consideraríamos una alteración psiquiátrica.

2. La dificultad de comunicación y de introspección de estas personas, que limita la capacidad para informar o describir sus síntomas, así como la de comprender conceptos abstractos como ansiedad o tristeza. Esto hace de la observación en situaciones cotidianas, además de la entrevista tradicional, un elemento importante.

3. La mayor vulnerabilidad ante situaciones cotidianas que pueden ser estresantes y producir una desorganización cognitiva –que suele interpretarse erróneamente– lleva a que relevemos atentamente las circunstancias ambientales e interpersonales en que surgieron las dificultades conductuales.

4. La habitual necesidad de intermediación, de que otros hablen por ellos, obliga a discriminar cla-

---

## Resumen

Las personas con retraso mental (RM) han recibido poca atención por parte de los psiquiatras, por la falta de reconocimiento de la presencia de trastornos mentales en los mismos, atribuyendo todas las conductas a la condición de retrasado mental. Los objetivos son: revisar las dificultades de evaluación como el "Eclipse Diagnóstico", las fallas de la comunicación y la mayor vulnerabilidad; escribir las características que presentan los cuadros compatibles con un diagnóstico D.S.M., así como el enfoque en síntomas target (blanco) y desarrollar los criterios del uso de los psicofármacos como parte de un plan integral de tratamiento. Un diagnóstico más preciso permitirá un tratamiento más específico y eficaz.

**Palabras clave:** Retraso Mental – Retraso Mental y Trastornos Mentales – Retraso Mental y Psicofármacos.

## PSYCHIATRIC AND BEHAVIORAL DISORDERS IN MENTAL RETARDATION

### Summary

People with mental retardation have received little attention on the part of the psychiatrists, for the lack of recognition of the presence of mental disorders, attributing all the behaviors to their condition of mental retarded. The objectives are: to revise the evaluation difficulties like the "Diagnostic Eclipse", the failure in the communication and the highest vulnerability; to describe the characteristics that fulfill the DSM criteria of diagnosis, as well as the focus in symptoms target and to develop the criteria for the use of psychopharmacos as part of an integral plan of treatment. A more precise diagnosis will allow a more specific and more effective treatment

**Key Words:** Mental retardation – Mental retardation and mental disorders – Mental retardation and psychopharmacological treatment.

---

ramente las necesidades del paciente y las apreciaciones de los familiares o los intereses institucionales.

5. La difícil inclusión nosográfica de los trastornos ha llevado muchas veces a diagnósticos difusos con tratamientos difusos o iguales para todos. Hace conveniente contar con dos alternativas:

- a. El tradicional DSM de mayor aplicación en los retrasos leves.
- b. Un enfoque en trastornos de conducta, síntomas target (blanco) más conveniente en los retrasos intensos.

### **Trastornos psiquiátricos DSM-IV**

Muchas de las personas con RM pueden encontrarse sin trastornos psiquiátricos y carentes de problemas comportamentales significativos. Se considera que entre un 20 a 40% de estas personas puede ser diagnosticadas con RM/Trastorno mental(1, 10, 21).

Consideraremos primero aquellos cuadros más frecuentes donde es posible realizar un diagnóstico DSM y veremos las manifestaciones particulares a tener en cuenta en pacientes con RM.

### **RM y Autismo**

Los niños con RM muestran habitualmente signos del trastorno autista (TA) como conductas estereotipadas o autoagresión, si bien sólo un 4 a 8% desarrollan un cuadro completo de los criterios para su diagnóstico(22).

La mayoría de los pacientes con autismo (70%), (10) presenta algún grado de RM por lo cual frente a tal superposición es necesario el diagnóstico diferencial o determinar la comorbilidad, ya que las estrategias terapéuticas son diferentes, debiendo priorizarse el diagnóstico de autismo.

Las personas con RM no presentan las alteraciones de la interacción social propias del trastorno generalizado del desarrollo. Buscan el contacto y el apoyo de los demás, imitan las conductas de los compañeros, participan de juegos sociales con sus limitaciones –si no son rechazados– intentan comunicarse con la mirada y los gestos –si el lenguaje está limitado– muestran alegría al encontrarse con conocidos y se interesan por las situaciones sociales.

Las conductas que son comunes a ambos y pueden crear confusión son las correspondientes a los patrones restringidos de actividades o intereses, la adhesión a rutinas o rituales no funcionales y las estereotipias y manierismo motores.

Cuando más intenso es el RM más difícil es diferenciar si las limitaciones en la comunicación se deben a una u otra situación. Una posible vía semiológica es la presencia en el TA de los "islotos de rendimiento", como señalaba Kanner(6) refiriéndose a los logros de memorización; o los conceptos de "formas armónicas" o "disarmónicas", desarrollada por R. Mísés(13), que señalan la presencia en los desarrollos psicóticos (autismo) de habilidades motoras finas o el control precoz de esfínteres no congruentes con el retraso madurativo severo en las otras áreas de desempeño; de allí lo de disarmónico. En cambio en el

RM el retraso del desarrollo es más homogéneo en todas las áreas.

Otra nueva vía de abordaje para estudiar las diferencias es la investigación neuropsicológica.

Uta Frith(6), en su excelente libro sobre autismo, comenta las investigaciones de Hermelín y O'Connor donde compararon distintos rendimientos y habilidades en niños con autismo, niños normales más pequeños, y un grupo con RM.

Una innovación muy importante fue "emparejar" los grupos en su edad mental, o sea con rendimientos similares en test específicos (por ejemplo, la capacidad de recordar dígitos). Luego aplicaban una lista de palabras con coherencia y otra sin coherencia interna y encontraron que mientras que los niños sin TA, aun los que tenían RM, mejoraban sus rendimientos en las estructuras con significación, para los niños con TA eran lo mismo estímulos coherentes o incoherentes.

Entre las conclusiones de numerosas pruebas realizadas, una destacada –y que marcaba diferencias entre el TA y el RM– era la tendencia a dar coherencia a una gama de estímulos lo más amplia posible, propia del sistema cognitivo normal y el mantenimiento en el RM de esta propensión, aunque se logre a edades mayores o solo parcialmente. En cambio en el TA los sistemas de procesamiento se caracterizan por la desconexión, de allí la "habilidad" de recordar cosas sin sentido "mecánicamente" o fijar su atención en un asunto nimio como el movimiento de una cortina o una luz durante largo rato sin ninguna relación contextual.

### **Trastornos afectivos**

Considerar, en las personas con RM, la presencia de trastornos afectivos, es primordial ya que muchas fallas diagnósticas se deben al desconocimiento de esta posibilidad, tanto en las formas leves como intensas del RM.

La prevalencia en esta población de los trastornos afectivos varía entre el 5 y el 15% en comparación con el 2 al 5% de la población general(10).

### **Depresión**

La dificultad por parte de los pacientes, de poder expresar los sentimientos de tristeza, desinterés o fatiga, hace necesario prestar atención y reconocer los "signos" de la depresión: la mayor tendencia a la irritación, el llanto y el aislamiento; la aparición o incremento de conducta autolesiva, agresión y estereotipias; la pérdida de interés por actividades habituales, que pueden pasar inadvertidas por lo escasas y lábiles que éstas suelen ser en los pacientes con mayor retraso; el nivel de la actividad psicomotora, así como los patrones del sueño y la alimentación, que si se investigan, muestran variaciones más o menos significativas, son indicadores muy útiles.

En algunas pacientes con RM leve pueden aparecer ideas de culpa o temor a ser castigados por faltas supuestas. Cabe señalar que respecto de las conductas suicidas no existe casi registro de su presencia en nuestra experiencia ni en la escasa bibliografía sobre el tema. Una relación posible con el nivel cognitivo

es que en los niños menores de 10 años también las conductas suicidas son excepcionales.

Es muy importante investigar, en razón de la mayor vulnerabilidad, las modificaciones del medio familiar e institucional, que en una perspectiva real o imaginaria pueden convertirse en estresores abrumadores para las personas con RM (Ver lista 1) y determinar una alteración en el estado de ánimo.

### Manía

Si en la población general la falta de diagnóstico del trastorno bipolar o su confusión con otros cuadros se prolonga por años como lo mostrara una investigación en nuestro medio(20) cuanto más en las personas con RM.

Nuevamente serán los signos conductuales los que nos deben alertar sobre este diagnóstico:

- El incremento de la actividad motora.
- Mayores demandas de atención.
- Menor tolerancia a la espera.
- Verbosidad desinhibida y reiterativa.
- Agresividad e irritabilidad.
- Disminución de la necesidad de sueño.
- Interés o actividad sexual más intensa.

Consideramos que, al estar muchos de estos pacientes medicados por trastornos convulsivos o indicados por problemas de conducta con Carbamazepina o Acido valproico, los episodios maníacos se manifiestan pobremente enmascarando el diagnóstico de bipolaridad.

Tanto en las variantes unipolares como bipolares de los trastornos del estado de ánimo, es orientador para el diagnóstico investigar la presencia de trastornos afectivos en familiares sin RM.

### Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Este trastorno que tiene una incidencia del 3 al 5% en la población infantil general puede llegar al 1520% en los niños con RM(12).

La importancia del diagnóstico específico se debe a la tendencia de incluir la sintomatología como propia del RM.

Además de los criterios básicos del DSM-IV para su diagnóstico (desatención, hiperactividad e impulsividad), debemos tener en cuenta otros criterios: deben estar presentes en dos o más ámbitos, lo cual nos permite diferenciar este trastorno de situaciones reactivas a un medio determinado. También debe estar presente en forma habitual desde antes de los 7 años, lo cual discrimina aquellas situaciones de aparición episódica debidas a estresores ambientales.

En los niños con RM se debe establecer el diagnóstico sólo si los síntomas son excesivos para su edad mental y no por su edad cronológica. También puede suceder que la desatención y la hiperactividad se deban a que el niño se encuentra en un nivel de exigencia escolar que supera su capacidad y ritmo de aprendizaje.

El TDAH persiste en más de un 50%(7) en la adolescencia y en la vida adulta. Por lo tanto hay que considerarlo en estos grupos etarios aunque el diag-

<b>Lista 1</b>	
<b>Estresores Frecuentes en RM, hay que buscarlos activamente ya que no suelen ser comunicados espontáneamente</b> (Adaptado de AMJR Mayo 2000)	
Tipos	Ejemplos
Cambios	<p><b>a. Personales</b> Pubertad y otros cambios evolutivos. Intervenciones quirúrgicas. Dolor.</p> <p><b>b. Ambientales:</b> Cambio de Residencia. Cambio de Rutinas (viajes, ocupaciones). Pérdida de Privacidad.</p>
Agresiones Ambientales	Agresiones Físicas o Verbales. Hostilidad. Abuso Sexual. Exigencia excesiva laboral o escolar.
Insatisfacción Ambiental	Visitas o llamadas desestabilizantes. Falta de estímulos satisfactorios. Desorganización Ambiental.
Pérdidas Personales	Pérdida de los Padres, otros familiares, cuidadores o compañeros. Pérdida de Rol.
Frustración	Por no ser entendido en sus necesidades y deseos. Por no satisfacción de fantasías.

nóstico no se haya hecho en la niñez, lo cual no descarta que haya estado presente, recordando que la hiperactividad suele disminuir, persistiendo más claramente la desatención y la impulsividad.

Al igual que en individuos sin RM la presencia de esta sintomatología(19) conduce a disfunción secundaria, fracaso en sus tareas, rechazo social y desorganización, limitando sus posibilidades de integración; de allí la necesidad de detectar su presencia y establecer la terapéutica específica.

### Demencia

El síndrome demencial en las personas con RM es cada vez más frecuente, al estar directamente relacionado con el notorio aumento del promedio de edad en esta población. Este tema merecería un capítulo especial, mencionando aquí solamente que empieza a haber acuerdo en que la expectativa de vida de este grupo ha aumentado más que en el resto de la población coincidiendo paradójicamente con la temprana aparición del proceso de envejecimiento.

Como modelo descriptivo, en cuanto a sintomatología, etiología y subtipos de síndrome demencial,

se usa el DSM-IV, destacando las características a las que se debe prestar atención:

1. Los criterios A1 y A2 (deterioro de la memoria y alteraciones cognitivas) tienen dificultades en su delimitación, así como los datos del examen neurológico. La memoria, junto con la atención y el juicio, están comprometidas con gravedad variable en el RM, al punto que algunas investigaciones preconizan que este compromiso es uno de los componentes del modo cognitivo de las personas con RM. De esta manera, los elementos semiológicos a considerar en el diagnóstico de demencia, se parecen en muchos aspectos a los propios del RM, fundamentalmente si no se tienen antecedentes claros. Se acentúa entonces la importancia de otros ítems, que generalmente aparecen más en segundo plano en la búsqueda sintomatológica, criterio B (deterioro social y merma significativa del nivel previo). La disminución de las habilidades adquiridas es lo esencial del cuadro considerado.

2. Es indispensable la valoración de estos cambios con los familiares o cuidadores, aún si son de "pobreza sintomática" cuidando especialmente el evitar valorarlos como naturales en RM.

3. Hay que agotar medios para descartar causas de "pseudodemencia" o demencias reversibles: hemos encontrado casi todas las que cita el DSM-IV, recordando aquí únicamente la "demencia epiléptica" –como en el síndrome de Lennox– y los secundarios a exceso de psicotrópicos y a los traumatismos craneoencefálicos no advertidos, que son más frecuentes de lo esperado.

4. Aunque pueda parecer elemental, es necesario pensar en la existencia de este desorden en los RM en cierta edad, por la natural tendencia a ver sólo lo "infantil" en esta población, pasando por alto los datos del envejecimiento.

### **Trastorno Psicótico Breve y Trastornos Adaptativos**

Estos desórdenes aparecen claramente delimitados en las clasificaciones (Ver DSM-IV y su equivalente en el ICD10), caracterizados por:

- a. su duración acotada,
- b. su presencia ante factores precipitantes externos, esencialmente en personas con una vulnerabilidad marcada, mencionada en el eje II del DSM, y
- c. la remisión al estado anterior luego del episodio. Se diferencian así de otros desórdenes: crisis maníacas, esquizofrenia con crisis recurrentes, delirium, etc. La importancia que le damos en nuestra práctica psiquiátrica con RM, responde a que son específicamente mencionados en las descripciones sobre los problemas psiquiátricos en RM, pero no se destaca su prevalencia, mayor que otros trastornos, llegando incluso a ser una de las principales causas de consumo de antipsicóticos en este grupo, que de no diagnosticarse correctamente puede inducir la prolongación indebida del uso de psicofármacos.

### **Trastorno psicótico breve**

Su psicopatología puede entenderse desde la comprensión del modo cognitivo en el RM que hace que los estresores habituales sean valorados de una ma-

nera particular, que no debe confundirse con una interpretación delirante. La distinción del DSM entre "con desencadenante grave y sin desencadenante grave" para el caso del Trastorno psicótico breve, no parece aquí aplicable, pues estas personas pueden codificar como graves o catastróficos no sólo acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona, sino otros que no suelen ser valorados habitualmente de esa manera.

### **Trastornos adaptativos**

Lo mismo podemos decir del "estresante identificable" de los Trastornos Adaptativos, con su "malestar mayor de lo esperable al estresante". El diagnóstico debe basarse en los otros elementos descritos –duración, características, etc.– sin dejar de lado una cuidadosa búsqueda de los hechos desencadenantes, generalmente con la ayuda de los que conviven y conocen al paciente. Una evaluación completa y un plan individualizado de tratamiento requiere estar atento a estos posibles estresores, y detectarlos (ver Lista 1) y disminuirlos puede ser el principal objetivo, si no confundimos estos desórdenes con otros del DSM-IV.

### **Trastornos de conducta-síntomas blanco (target)**

Muchas veces los signos y síntomas no permiten realizar un diagnóstico DSM o ICD, sino que son perturbaciones presentes en varios trastornos y a la vez faltan elementos para configurar uno en especial.

En esas circunstancias se pueden utilizar un enfoque en síntomas blanco (*target*).

Para organizar la intervención es útil una clasificación de los problemas de conducta y una escala que evalúe la gravedad e intensidad de las mismas a los fines de tener un lenguaje y metodología común para todas las personas relacionadas con la asistencia.

Presentamos como una opción la ICAP (*Inventoy for Client and Agency Planning*) de la cual utilizamos el apartado de problemas de conducta. Está organizada en 8 áreas:

1. *Comportamiento autolesivo* hace daño en el propio cuerpo, por ejemplo golpeándose, cortándose, tirándose el cabello o mordiendo.
2. *Heteroagresividad* hace daño a otras personas o a animales, por ejemplo, golpeando, dando patadas, pellizcando.
3. *Dstrucción de objetos* intencionalmente rompe, estropea cosas por ejemplo cortando, tirando o quemando.
4. *Conducta disruptiva* interfiere en la actividad de otros por ejemplo, abrazándose en exceso, discutiendo, buscando pelea, interrumpiendo o gritando.
5. *Hábitos atípicos*: conductas poco usuales, extrañas, que se repiten una y otra vez (estereotipias), por ejemplo ir y venir por la habitación, balancearse, chuparse las manos, hablar solo, hacer muecas o ruidos extraños
6. *Conducta social ofensiva*: conductas que ofenden a otros por ejemplo insultar, mentir, amenazar, manosear a otros, mostrar los genitales u orinar en lugares no apropiados.
7. *Retraimiento o falta de atención*: problemas de fal-

ta de relación con los otros, por ejemplo mantenerse alejado, expresar temores poco corrientes, distraerse o permanecer muy inactivo.

8. *Conductas no colaboradoras* la persona no colabora activamente, por ejemplo, se niega a cumplir tareas, no respeta las reglas, roba o desafía.

La persona que evalúa debe indicar si existen o no problemas en cada una de las áreas. Si los hay en alguna de ellas, debe describir el problema principal.

Luego se debe valorar su gravedad en una escala de 0 (no es grave) a 4 (extremadamente grave) y la frecuencia de 0 (nunca), a 5 (una o más veces en una hora). La presencia de estas conductas limita la independencia del individuo, dificulta las posibilidades de adquirir y desarrollar habilidades y suele ser uno de los principales obstáculos para los programas de integración.

Es necesario para lograr su superación tratar de entender su significación. Muchas veces son alternativas comunicacionales distorsionadas\*, que merecen una estrategia psicoterapéutica especial. Otras, como las estereotipias y algunas conductas autolesivas, pueden ser propias del cuadro que generó el RM (como los traumas que afectan el SNC determinando retrasos mentales severos). Cuando su aparición es brusca cabe pensar en problemas clínicos que no logra transmitir de una forma más adecuada, cefalea, problemas odontológicos o traumatismos no registrados.

La intensidad o el potencial peligro para sí o para sus semejantes de estas conductas desadaptativas, pueden hacer necesario integrar un apoyo psicofarmacológico a la estrategia terapéutica.

Es cierto que se ha abusado de la medicación –en particular de los neurolépticos– utilizándola como único recurso, sin una evaluación integral y con la supresión como único objetivo.

Esto no es motivo para "condena" su uso y sembrar la duda y el temor en los pacientes, familiares o maestros; de allí la necesidad de brindar información clara de los beneficios y dificultades así como de los riesgos de la falta de tratamiento.

### **Tratamiento farmacológico** **Consideraciones generales**

Es frecuente encontrar en las personas con RM y trastornos mentales asociados, diagnósticos poco precisos, sin objetivos claros, tratados con polifarmacia y falta de control periódico.

La situación habitual es la de indicaciones rígidas, de duración indefinida –a veces por años– con pérdida del objetivo terapéutico inicial, donde los efectos secundarios no son considerados al tomarlos como características propias del RM.

Por esta razón es preciso:

1. Incluir la indicación farmacológica en un plan global. Con abordajes al paciente, la familia y los asistentes con las técnicas psicoterapéuticas más apropiadas.

2. Elegir el régimen de medicación más simple que

sea posible, a fin de asegurar su cumplimiento –problema no menor muchas veces– y minimizar los efectos secundarios.

3. Evaluar periódicamente las indicaciones, partiendo de un registro de la situación inicial con diagnóstico o síntomas blanco claramente precisados, que permita luego evaluar la eficacia terapéutica y el tiempo de tratamiento.

4. Evitar el uso de drogas del mismo grupo, como por ejemplo, dos neurolépticos sedativos administrados simultáneamente, ya que estrategias de ese tipo sólo se justifican excepcionalmente.

### **Indicaciones particulares**

En las propuestas de tratamiento para los distintos trastornos o síntomas decidimos resumir y comentar los aspectos más destacados de la "Guía de Consenso de Expertos en RM sobre el tratamiento con medicamentos de problemas psiquiátricos y de conducta" –serie publicada por la AAMR en su revista *American Journal On Mental Retardation* (AJMR) de Mayo de 2000(18)– por que está actualizada e intenta superar de una manera conveniente la existencia de pocos trabajos clínicos sobre estos tratamientos del RM.

Los expertos eligieron mantener las dos orientaciones diagnósticas según el DSM-IV (Tabla 1) o el enfoque en los síntomas conductuales (Tabla 2). Cabe destacar que la mayoría prefiere recurrir a síntomas precisos para el diagnóstico como Auto o Heteroagresividad que utilizar categorías inespecíficas del DSM como sería en este caso Trastorno en el Control de Impulsos no Especificado.

Las tablas son el resumen de las drogas de elección que usan mayoritariamente los 45 expertos consultados, y las alternativas a las mismas en cada una de las patologías o áreas de problemas de conducta.

### **Comentarios** **Antipsicóticos**

Los antipsicóticos tradicionales incisivos o sedativos, son de última elección no sólo por la mayor prevalencia de efectos extrapiramidales, sino por los efectos deficitarios inducidos por los neurolépticos (NIDS)(3) –como retracción emocional, pérdida de memoria o dificultades de concentración– que agravan la discapacidad. No podemos desconocer las dificultades de acceso por su costo de los nuevos antipsicóticos, pero no debemos resignarnos a que haya una medicación de ricos y otra de pobres, ya que no es lo mismo en términos de calidad de vida recibir una que otra, aunque para la supresión de algunos síntomas sean equivalentes.

### **Benzodiazepinas**

Con relación a las benzodiazepinas su uso es restringido, no sólo por los efectos adversos habituales, sobre la memoria en su uso prolongado o el desarrollo de tolerancia y dependencia, sino por ser utilizada en una población donde es más frecuente(14) que se presente el efecto paradójico con irritabilidad y agresividad.

\* N. de la R.: ver el artículo de N. Dominianni y L. Aleman en este Dossier.

Tabla 1

**Selección de Medicación para los Trastornos Psiquiátricos Clasificables en el DSM IV**  
**La Presencia de RM no modifica notoriamente la elección de la medicación apropiada, siendo las recomendaciones las similares las de los pacientes sin Retraso Mental**  
 (Adaptado de AJMR Mayo 2000)

Diagnóstico DSM IV	Medicación Preferente
Trastorno Depresivo Mayor	IRSS Venlafaxina Nafazodome
Trastorno Bipolar Episodio Depresivo	Litio o Ac. Valproico + IRSS Venlafaxina
Trastorno Bipolar Episodio Maníaco	Ac. Valproico Ca de Litio Carbamazepina
Esquizofrenia Trastorno Psicótico Breve	<b>Aceptación Oral.</b> Antipsicóticos Atípicos  <b>No Aceptación Oral.</b> Antipsicóticos de depósito
Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad	Psicoestimulantes (Metilfenidato/Pemolina) Alfa-2 Agonistas (Clonidina) Bupropión
Trastorno Obsesivo Compulsivo	IRSS Clorimipramina
Trastorno por Stress Post Traumático	IRSS Venlafaxina

### Depresión

En la depresión la mayoría de los consultados raramente utilizarían antidepresivos tricíclicos (ATC). En este caso los efectos anticolinérgicos, de incidencia similar que en las personas sin RM, son de más difícil manejo por la dificultad en el autocuidado en algunos pacientes con RM. Es más habitual que los cuadros depresivos se presenten con irritación y agresividad y los ATC han sido más asociados(9) con una exacerbación de estos síntomas. Mientras que los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (1SRS) por su efecto serotoninérgico son considerados más antiagresivos.

Tabla 2

**Selección de Medicación para los Síntomas Conductuales ("Target")**  
**Cuando el Diagnóstico DSM IV no puede ser hecho y los síntomas son severos y persisten - tes, sin responder a las intervenciones Ambientales y Conductuales.**  
 (Adaptado de AJMR Mayo 2000)

Trastorno Conductual	Medicación Preferente
Comportamiento Autolesivo	Antipsicóticos Atípicos Anticonvulsivantes - Estabilizadores del humor Considerar también los ISRS.
Hetero-agresividad Destrucción de objetos	Antipsicóticos Atípicos Anticonvulsivantes - Estabilizadores del Humor Considerar también los ISRS.
Conducta Disruptiva Conducta Social Ofensiva	Antipsicóticos Atípicos Anticonvulsivantes - Estabilizadores del Humor Considerar también los ISRS.
Hábitos Atípicos	Antipsicóticos Atípicos Considerar también los ISRS.
Retraimiento o Falta de Atención Conductas no Colaboradoras	Antipsicóticos Atípicos ISRS.
Ansiedad	ISRS Buspirona
Insomnio	Trazodone Zolpidem

### Agresividad

Es uno de los motivos de consulta más frecuente(8) ya sea dirigida contra sí mismo, terceros u objetos. Está determinada por múltiples factores ambientales, comunicacionales y por dificultad en controlar los impulsos. De ser necesaria la medicación, el consenso es, como vimos, 1. Antipsicóticos atípicos (AA) 2. Anticonvulsivos, estabilizantes del humor y 3. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (1SRS). Es importante destacar esta secuencia, por que, cuando por sus dificultades de acceso no contamos con AA, la opción, como sucede frecuentemente, no deberían ser los neurolépticos tradicionales ya que su efecto es más sedativo(9) que antimpulsivo además de los efectos secundarios ya mencionados.

### Trastorno por déficit de atención / hiperactividad

Uno de los principales beneficios de realizar el diagnóstico es poder utilizar el apoyo farmacológico,

tan efectivo como en las personas sin RM. Recordemos que el TDA/H persiste en más del 50% en los adultos y que también deben ser tratados si la sintomatología interfiere significativamente con su desempeño o integración. La primera elección es el metilfenidato pero su prescripción es dificultosa (recetario especial). El prejuicio social y profesional, así como los inconvenientes de su vida media corta –que determina la necesidad de varias tomas y la posibilidad de efecto rebote, con exacerbación de la sintomatología– hacen que muchos desistan de su uso, pero esto no debería privar a los pacientes del tratamiento. Por lo tanto en esas circunstancias es conveniente considerar las otras alternativas(19) que generan menos resistencias.

### **Ansiedad e Insomnio**

Las recomendaciones reflejan las consideraciones, vistas anteriormente, sobre el uso de las benzodiazepinas y los neurolépticos sedativos –que prácticamente, no son ya medicaciones de primera ni segunda elección– y llevan a considerar drogas que habitualmente no tenemos en cuenta como el trazadone o la buspirona.

### **Conclusión**

Los cambios que significan pasar de un modelo de cuidado y aislamiento a uno de habilitación e integración para las personas con RM, exigen también un cambio en la clínica psiquiátrica y las indicacio-

nes de tratamientos. Pasando de "tranquilizarlos" a "despejar" las limitaciones que imponen los trastornos psiquiátricos y de conducta. Para ello recordemos que están presentes más frecuentemente que en las personas sin RM y en toda su diversidad y que, por lo tanto, podemos utilizar el amplio espectro de recursos farmacológicos y terapéuticos que utilizamos con todos los pacientes ■



### **Referencias bibliográficas**

1. American Association on Mental Retardation, Retraso Mental. *Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid, Alianza Editorial, 1997
2. American Psychiatric Association., *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995
3. Apfelbaum, S., Depresión y Esquizofrenia. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 1998, vol. IX:270-282
4. Carr, E., *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid, Alianza Editorial, 1996
5. Centeno, D., *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades*. Bilbao, Mensajero Editorial, 1996
6. Frith, U., *Autismo*. Madrid, Alianza Editorial, 1998
7. Kaplan, H., Sadock, B., *Tratado de Psiquiatría*. IV Edición Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1997
8. King, B., De Antonio, C., Mc Cracken, J., Forness, S., Ackerman, V., *Psychiatric Consultation in Severe and Profound Mental Retardation*. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151:1802-1808
9. Jufe, G., Tratamiento farmacológico de la agresión impulsiva. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquia* 2000, vol. XI:56-63
10. Lovell, W., Diagnósticos dobles: Trastornos psiquiátricos en estados de minusvalidez vinculada con el desarrollo. *Pediatr Clin. North* 1993 40:619-634
11. Mercugliano, M., Psicofarmacología en niños con minusvalidez vinculada con el desarrollo. *Pediatr. Clin. North Am.* 1993, 40:635-663
12. Michanie, C., Comorbilidad en el A.D./H.D. En *A.D./H.D. en niños, adolescentes y adultos*. Selevich E., (comp.) Buenos Aires, Editorial Paidós, 2000.
13. Mises, R., *El niño deficiente mental*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1977
14. Moizeszowicz, J., *Psicofarmacología Psicodinámica*. Editorial Paidós, 1998
15. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pauta para el diagnóstico*. Madrid, Ed. Meditor, 1992
16. Potter, H., *Mental Retardation: the Cinderella of Psychiatric*, in *Psychiatric Aspects of the Diagnosis and Treatment of Mental Retardation*. Edited by Menolascino F. J. Seattle, Special Child Publications, 1971.
17. Reiss, S., Levitan, G., Emotional disturbances and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency* 1982; 86:567-574
18. Rush, J., Frances, A., Treatment of Psychiatric and Behavioral Problems in Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation* 2000; 105:178-188
19. Silver, L., Otros medicamentos no estimulantes para tratar al síndrome de perturbación de atención / hiperactividad. *Pediatr. Clin. North. Am* 1999 46: 1025-1035
20. Strejilevich, S., García Boneto, G., Chan, M., y col., Problemas actuales respecto al diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en nuestro medio: experiencia y opinión de los usuarios. *Pren. Med. Argent* 1999; 86:823-830
21. Verdugo Alonso, M., *Personas con discapacidad*. Madrid, Siglo XXI editores, 1998
22. Wing, L., *El Autismo en Niños y Adultos. Una guía para la familia*. Barcelona, Ed. Paidós, 1998

# Diagnóstico neurológico integral del retraso mental

**Héctor Eduardo Iddon**

*Vice-decano de la Carrera de Fonoaudiología, Fac. de Ciencias de la Recuperación Humana Univ. del Museo Social Argentino(UMSA).  
Prof. Titular de Neurología del Desarrollo y Neuropatología, Carrera de Fonoaudiología (UMSA). Tel.: 4823-7677*

## Introducción

**E**l abordaje de un niño con retraso mental (RM) debe hacerse en el marco de un equipo interdisciplinario.

Corresponde al neurólogo infantil analizar todos los aspectos orgánicos que inciden sobre el desarrollo, el comportamiento, la conexión, el lenguaje, la motricidad y el aprendizaje.

---

### ***El diagnóstico neurológico integral del RM debe abarcar.***

1. diagnóstico nosográfico;
2. diagnóstico etiológico;
3. descripción semiológica (componentes neurológicos y extraneurológicos);
4. correlación fisiopatológica y anatomopatológica;
5. ubicación cronológica (en qué momento del neurodesarrollo se originó y cómo influyó sobre su curso evolutivo?).

Un conocimiento amplio y minucioso del problema permitirá elaborar una mejor estrategia terapéutica.

---

## 1. Diagnóstico nosográfico

El motivo de la consulta puede estar motivado por un solo síntoma o signo, por un conjunto de síntomas constituyendo un síndrome, o por una enfermedad.

La primera consideración que nos debemos plantear es si corresponde a un problema orgánico o funcional.

La patología orgánica puede ser primariamente neurológica, o secundaria a algún factor externo que repercute sobre el sistema nervioso.

Múltiples motivos clínicos, endócrinos, cardíacos, renales, metabólicos, nutricionales, etc. pueden influir sobre el desarrollo mental.

Muchos cuadros neurológicos tienen una patología asociada o comorbilidad, que suman su efecto sobre el nivel cognitivo del niño.

Deben considerarse además los factores psicológicos, sociales, culturales, que forman parte del medio ambiente del niño.

Cada individuo es único e irreplicable constitucionalmente, se vincula con un medio ambiente social, cultural, económico y biológico que le es particular, durante un momento de la vida, también único.

Este triple eje, personal, del medio, y del momento cronológico deben personalizar la evaluación y su abordaje.

## 2. Diagnóstico etiológico

Por el interrogatorio se podrán precisar datos sobre los antecedentes personales y hereditarios que ubiquen el origen del RM en relación a:

### ***A. Factores congénitos:***

- a. Génicos.
- b. Poligénicos.
- c. Cromosómicos.

---

## Resumen

Se consideran los distintos aspectos del diagnóstico neurológico del retraso mental, señalando la importancia de conocer la variada etiología, la exploración semiológica, la dimensión del compromiso del sistema nervioso y la repercusión sobre el proceso de neurodesarrollo. Se consideran, asimismo, la diferencias entre el retraso mental, los pseudoretrasos, y la comorbilidad asociada.

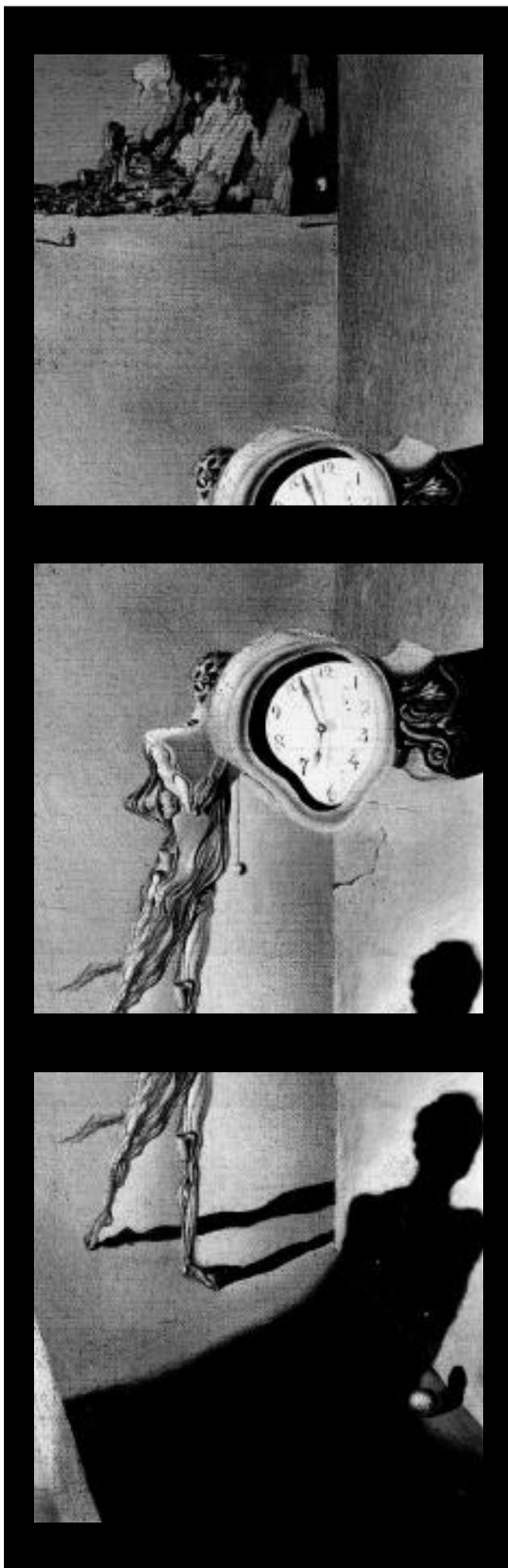
**Palabras clave:** Retraso mental – Pseudoretraso mental – Neurodesarrollo – Comorbilidad.

ON THE ??

## Summary

Different aspects of the neurological diagnosis of mental retardation are considered, standing out the importance of knowing the varied etiology, the semiological exploration, the involvement of the nervous system and the repercussion on the neural development process. Similarly, the differences among the mental retardation, pseudo retardation and associated comorbidity are considered.

**Key Words:** Mental retardation – Pseudo retardation – Neural development – Comorbidity



**B. Factores adquiridos en el período**

- a. Pre-natal.
- b. Peri-natal.
- c. Post-natal.

**A. Factores congénitos**

**a. Génicos:**

La gran mayoría de los errores del metabolismo se deben a trastornos génicos y se transmiten de manera autosómica recesiva.

El estado de salud, es la consecuencia del equilibrio bioquímico denominado homeostasis, que se mantiene gracias a la transformación metabólica de sustratos en productos por la acción de enzimas. Los sistemas enzimáticos se regulan cuanti y cualitativamente por información genética.

Si un niño nace sin el gen que determina la producción de una enzima, como ocurre en la fenilcetonuria(1), habrá entonces un sustrato que se acumulará (fenilalanina) transformándose en un tóxico endógeno, y el individuo carecerá del producto de este paso metabólico (tirosina), iniciándose una cadena de perturbaciones bioquímicas(2). El RM aparece y se va incrementando en forma progresiva. Las anormalidades bioquímicas permiten el diagnóstico desde el nacimiento.

Como estos niños nacen con aspecto normal, con poca pigmentación de la piel, del cabello y de los ojos, su diagnóstico puede demorarse durante meses hasta que la sintomatología se vuelva más florida y se sumen vómitos resistentes a los tratamientos comunes, eczemas importantes sin explicación aparente, irritabilidad y trastornos del sueño, y un olor peculiar de la orina (como a ratones o a humedad).

Para entonces suele ser notoria la detención de los progresos madurativos y la instalación del RM.

El tratamiento restrictivo en la dieta puede frenar este proceso o evitarlo inclusive desde el nacimiento.

Los avances de la genética y los estudios neuro-metabólicos permiten el diagnóstico temprano y la posibilidad de instalar medidas preventivas de la enfermedad o de sus consecuencias. No es posible aún aportar soluciones por ingeniería genética. No obstante se está avanzando en este camino a través de investigaciones tendientes a permitir, por ejemplo, la selección *in vitro*, de embriones sanos entre los afectados.

**b. Trastornos poligénicos**

Los rasgos que componen la "inteligencia" son transmitidos en un gran número de genes, que determinan el tipo de memoria, de atención, las habilidades predominantes, las características lingüísticas, habilidades espaciales o musicales, etc. Algunos cuadros con RM permiten suponer una etiología genética, sin llegar a existir anomalías estructurales ni numéricas de los cromosomas. En el examen físico se podrán encontrar algunos signos peculiares, en las manos, pies, dermatoglifos, facies, que están presentes en algunos síndromes cromosómicos. Con buen criterio podremos suponer en-

tonces, que el retraso puede estar vinculado con la existencia de varios genes que lo condicionen pero que no pueden ser visualizados todavía sobre los cromosomas. Estos casos deben ser estudiados genéticamente buscando su ubicación sindrómica, y categorizados como poligénicos, cuando no se detectan alteraciones en el cariotipo. Se tratará entonces de casos con RM, que hasta ahora no pueden ser identificados en su origen genético. Los futuros estudios de genética molecular tal vez lo posibiliten en un futuro no muy lejano.

### **c. Trastornos cromosómicos (4)**

Se estima que su incidencia global involucra a 6, 2 por mil de los recién nacidos vivos(3). Toda alteración cromosómica se puede manifestar por múltiples signos, estigmas físicos y síntomas, los cuales se asocian para constituir los síndromes cromosómicos o citogenéticos que involucran a los cromosomas sexuales (X e Y) o a los autosómicos dando trisomías clásicas, (como la trisomía 21 o síndrome de Down), deleciones, traslocaciones, etc.

Son síntomas neurológicos habituales en las cromosopatías: el RM, el retraso psicomotor, el retraso en la adquisición del lenguaje, los trastornos en la coordinación motora, la microcefalia, las asimetrías craneanas, alteraciones del tono muscular, las malformaciones cerebrales, las anomalías oculares, las de los pabellones auriculares, las de la conformación facial, convulsiones, las anomalías en el EEG y en las neuroimágenes cerebrales. Todo esto traduce la alteración de la armonía general resultante del cambio citogenético.

---

Podremos identificar signos orientadores que nos permitan encaminar el diagnóstico hacia un cuadro en particular. Por ejemplo:

- o Los pies y manos pequeñas, bajo peso al nacer con sobrepeso posterior e hipotrofia genital, orientan hacia el síndrome de Prader Willi(5).

- o Llanto débil que semeja el maullido de un gato, orienta al síndrome de 5p(6).

- o Rasgos faciales toscos, arcos superciliares prominentes, prognatismo, macroorquidismo, orientan hacia el Síndrome del X frágil

- o Hipogonadismo y ginecomastia en el síndrome de Klinefelter.

---

La trisomía más frecuente es el síndrome de Down. Otras trisomías de autosomas suelen ser incompatibles con el desarrollo, y se abortan espontáneamente al comienzo de la gestación(1). Suelen llegar a nacer el síndrome de Edwards del par 18(7) y el síndrome de Patau en el par 13(8).

Esos niños tienen RM algunas alteraciones cromosómicas parciales, como la deleción de los brazos cortos del cromosoma 5, que origina el síndrome del Maullido de gato. Este cuadro está presente desde el nacimiento y se caracteriza por microcefalia, dismorfias faciales, hipotonía muscular, RM profundo, y su rasgo distintivo es el llanto peculiar que emite el bebé debido a su laringomalacia.

También se debe a trastornos parciales cromosó-

micas el síndrome de Cornelia de Lange con alteración 3q, que tiene signos generales como hipotonía muscular, retraso del desarrollo global disfásico y trastornos en la conexión; y signos orientadores como el hirsutismo y la sinofria.

El segundo puesto en orden de frecuencia de patología cromosómica, con una incidencia de 1,8 por mil varones nacidos, lo ocupa el síndrome de "Sitio frágil en el cromosoma X"(9, 10). Lo padecen los descendientes varones de madres portadoras sanas. Excepcionalmente se han descrito casos de síndrome de fragilidad X en mujeres. El niño con X frágil inicia su desarrollo con algún retraso psicomotor y del lenguaje, aparece luego un perfil comportamental impulsivo y a veces disocial. Su incorporación al jardín de infantes suele ser difícil y al iniciar el primer grado se hace evidente la deficiencia cognitiva, requiriendo del auxilio psicopedagógico y frecuentemente enseñanza especial. La llegada a la pubertad incrementa los rasgos físicos toscos, la torpeza motriz, y aparece un llamativo macroorquidismo. La conducta se hace frecuentemente disocial con alteraciones psicopatológicas. La evolución natural conduce hacia un RM moderado y trastornos de la conducta en la adolescencia.

La Fragilidad X fue vinculada con el autismo infantil, pero estudios posteriores verificaron que la relación no se establecía con el síndrome autístico, sino con el RM existente como comorbilidad del autismo. El síndrome de Asperger no tiene vinculación con la fragilidad X

Al cultivar los linfocitos de individuos con sitio frágil del cromosoma X se comprobó la corrección de esta anomalía citológica, al enriquecer el medio de cultivo con ácido fólico. Esto llevó a considerar su empleo como terapéutica, abriendo así una gran expectativa(11, 12). Los resultados beneficiosos no han sido concluyentes pero se sigue investigando sobre su posible beneficio.

Las alteraciones de los cromosomas sexuales tienen pocos signos generales y pocos signos orientadores, en cambio es frecuente su repercusión a nivel mental.

El síndrome de Turner cuyo cariotipo es 45 XO, tiene fenotipo femenino, muy discretos estigmas semiológicos tempranos, hiperlaxitud de los tejidos elásticos y de la piel, amenorrea, infertilidad y RM moderado.

Varios síndromes con cromosomas X supernumerarios están vinculados al RM de diferente grado junto con trastornos neuroendocrinos e infertilidad, como ocurre con el síndrome de Klinefelter (47 XXY) con fenotipo masculino, o el de Superhembra (48 XXXX).

Algunas parejas estudiadas citogenéticamente por infertilidad, sin padecer otra alteración física ni mental, tenían anomalías numéricas de los cromosomas sexuales.

Las anomalías del cromosoma Y están vinculadas a trastornos de conducta, agresividad, violencia inmotivada, macrosomía, rasgos faciales peculiares, hipertricosis androgénica, y nivel intelectual descendido. Cuando se estudió el mapa cromosómico de un grupo de presidiarios peligrosos, condenados por su agresividad y violencia, se comprobó

mayor incidencia de alteraciones numéricas del cromosoma Y.

Se debe recurrir a una interconsulta con el genetista cuando hay antecedentes familiares de trastornos del desarrollo o mentales, que hacen sospechar su repetición hereditaria.

La detección precoz de los síndromes genéticos nos permite actuar tempranamente, corrigiendo los patrones patológicos del desarrollo y facilitando los mecanismos de compensación mientras existe una mayor plasticidad del sistema nervioso.

## B. Factores adquiridos

### a. Período pre-natal:

Los grados de RM más severos: las encefalopatías epilépticas, los síndromes de desconexión y las hidrocefalias congénitas, suelen vincularse con malformaciones del encéfalo originadas durante la gestación.

### b. Período perinatal:

A partir del 6<sup>o</sup> mes de gestación cesa la reproducción neuronal. Se intensifica entonces el proceso de interconexión dendrítica, mielinización y proliferación glial que va a ser exuberante durante el período que transcurre entre el tercer trimestre del embarazo y los 2 años de vida postnatal. Se denomina a éste el "período crítico del neurodesarrollo".

La arborización de la red dendrítica es inmensa durante esos meses. Cada neurona se interconecta con otras mil, tendiendo una tupida red de fibras con ramificaciones de distinto grado y complejidad(13).

La red dendrítica está constituida por proteínas, fosfolípidos, y moléculas de gran complejidad. Las carencias nutricionales en esta etapa temprana del desarrollo disminuyen las conexiones posibles. El desarrollo de las mismas es estímulo dependiente. La falta de los estímulos adecuados durante este período crítico determinarán en forma irreversible una estructura biológica pobremente desarrollada(14).

Los niños prematuros de extremo bajo peso, atraviesan dentro de la incubadora gran parte de este período. Es mayor su vulnerabilidad ante los factores de riesgo.

La población infantil de mayor riesgo durante su período crítico del desarrollo, es la que tiene los niveles socio-económico-culturales más bajos. En ella, la prematuridad tiene más alta incidencia, los partos transcurren en situaciones no hospitalarias, es inadecuado el cuidado y control de la embarazada, es insuficiente la atención perinatólogica, tienen mayor desnutrición durante los primeros años, mayor riesgo de accidentes y están más expuestas al abandono.

### c. Post-natales

Otro grupo de alto riesgo, cuya incidencia se va in-

crementando, lo constituyen los niños post-operados cardiovasculares, para quienes la supervivencia era muy difícil hasta hace poco tiempo. De igual manera que los prematuros extremos con muy bajo peso quienes tenían muy pocas posibilidades de sobrevivir.

No constituyen poblaciones carenciadas ya que la tecnología que los asiste es de la mayor complejidad. No obstante los niños se encuentran sometidos a situaciones de riesgo vital extremo y las condiciones de su supervivencia incluyen la posibilidad de secuelas neurológicas a veces graves.

Las condiciones de vida en la infancia se han modificado y con ella los factores de riesgo.

## 3. El diagnóstico semiológico

Cuando una noxa actúa sobre el sistema nervioso en etapas tempranas del desarrollo, podrá impedir la aparición de alguna función (como la marcha o el lenguaje), o que se desarrolle tardíamente con inmadurez, afectando la armonía del proceso global de desarrollo y repercutiendo sobre otras funciones (originando una inmadurez motriz, psicomotriz o un retraso simple del lenguaje). También puede ocurrir que una función se desarrolle con patrones patológicos, modificada o ineficiente, como ocurre en la disfasia del desarrollo (con trastornos morfo-sintácticos o de la prosodia, que involucran la comprensión y la expresión verbal).

Semiológicamente debe identificarse:

- si existe un RM o un pseudo-retraso;
- si el RM es primariamente neurológico;
- si el RM es secundario a una enfermedad clínica que incide sobre el Sistema Nervioso Central; ,
- si hay algún otro factor que se suma como comorbilidad.

## 4. Correlación neurofisiológica y anatomopatológica

El neuropediatra se podrá valer de exámenes complementarios para corroborar su diagnóstico presuntivo.

Puede valerse de estudios neurofisiológicos como el Electroencefalograma, el Polisomnograma, los Potenciales Evocados Visuales, Auditivos y Somatosensitivos, las Otoemisiones Acústicas, etc.

Estudios de neuroimágenes permitirán ubicar y dimensionar las lesiones encefálicas: la Ecografía Cerebral a través de la fontanela anterior con equipo sectorial, brinda gran ayuda diagnóstica durante el primer año de vida mientras permanecen sin soldar las suturas craneanas. La Tomografía Computada (TC) y la Resonancia Magnética Cerebral (NMR) tienen su indicación precisa en la confirmación diagnóstica durante la infancia. El Mapeo del EEG, Holter EEG y SPECT tienen indicaciones neurológicas precisas.

En centros de alta complejidad y con fines de investigación se emplea la correlación de NMR y la tomografía por emisión de positrones (PET) para hacer correlaciones neuropsicológicas funcionales,

que evidencien las compensaciones y adaptaciones que el cerebro va efectuando ante una noxa determinada(15).

### 5. Ubicación cronológica

Serán distintas las consecuencias de una noxa si ocurre en el periodo prenatal, durante el período crítico del neurodesarrollo, o si acontece en la primera o segunda infancia o durante la adolescencia.

Cada paso del desarrollo es el soporte de una serie de eventos consecutivos, que una noxa puede afectar y a su vez, condicionar el abanico de procesos que le siguen en secuencia.

La vulnerabilidad del sistema nervioso se modifica y la plasticidad se va reduciendo con el tiempo.

El diagnóstico se debe referir al momento en que la noxa actuó, a los mecanismos compensatorios activados y al estado actual alcanzado.

Conclusión diagnóstica integral:

### Neurodesarrollo y RM Leve

#### **Organización del Sistema Nervioso Central**

Partiendo de los niveles más primitivos del desarrollo ontogénico, el sistema nervioso tiene una estructuración piramidal, que se hace más compleja en cada escalón evolutivo, armonizada mediante la subordinación de los niveles más arcaicos bajo el control inhibitorio de los más complejos. Los niveles de integración más, elevados son exclusivos del ser humano.

Su integridad permite el pensamiento y el conocimiento del mundo que nos rodea.

Del nivel cortical dependen la creatividad, la comprensión, el lenguaje, la abstracción, la imaginación, la fantasía, etc.

Por encima de este nivel se organizan las funciones ejecutivas, las que ya no tienen una representación cortical única y selectiva porque integran áreas múltiples, vinculando zonas cerebrales entre sí, para regular el pensamiento, la atención, la motivación, la memoria y la vida de relación.

En la culminación del ordenamiento estructural del sistema nervioso se establece una distribución de funciones en uno y otro hemisferio con subordinaciones recíprocas que están siendo motivo de estudio de las neurociencias contemporáneas.

#### **Organización neurológica en el RM**

En las formas clínicas de RM leve, el proceso de integración no se realizó de manera armoniosa y completa, quedando disminuidos los frenos corticales que regulan los procesos perceptuales, atencionales, emocionales, psicomotrices, involucrados en el aprendizaje y la regulación de la conducta.

La atención es menos duradera, poco sostenida y mal focalizada, sin un criterio selectivo conveniente.

La calidad psicomotriz: su control resulta inadecuado tanto en la motricidad fina como gruesa, invadida por la imprecisión, la dismetría, la incoordinación y la torpeza.

El acceso a la lectoescritura reflejará este estado de desorden: el tamaño de la letra carece de uniformidad, el eje de inclinación oscila permanentemente y no logra mantener una uniforme presión sobre el papel.

El manejo del espacio gráfico es inadecuado en el respeto de márgenes, renglones, límites de pintado, y diagramación de la hoja, apareciendo dibujos o garabatos fuera de contexto.

El sujeto tiene dificultades para comprender las reglas sociales, las leyes de juego, los límites de su territorio operativo, sus deberes y derechos, y distinguir lo pertinente de lo impropio.

Son frecuentes los accidentes por imprudencia, por no medir riesgos, por desatención ' por falta de respeto a las reglas. Caídas, quemaduras, golpes, choques son habituales.

Los estados de ánimo fluctúan oscilando entre sus extremos.

Tienen escasa capacidad de espera, y la frustración aparece rápidamente canalizándose frecuentemente como agresividad.

Los vínculos sociales, se mantienen con otros niños de su nivel cognitivo y lúdico, sin tener en cuenta la edad cronológica.

Su esquema corporal es precario y repercute sobre el control postural, la actitud, el equilibrio estático y dinámico y sobre su proyección en el plano gráfico.

El desarrollo del habla y el lenguaje, suele ser tardío, con pobreza en el vocabulario, con poca adjetivación y frecuente distorsión sintáctica, utilizando inadecuadamente los tiempos verbales.

*Son frecuentes la taquilalia, el tartamudeo, las dislalias no estructuradas y las fallas de discriminación auditiva no audiógenas. Así como también el babeo, ya sea por descuido, facilitado por períodos de espiración bucal o condicionado por trastornos prácticos lingüofaciales.*

#### **El examen neurológico madurativo**

Si bien no hay signos patognomónicos de RM leve, existen varios indicadores que ponen en evidencia la desinhibición cortical y su repercusión sobre la coordinación motriz equilibratoria estática y dinámica.

Los reflejos miotáticos suelen estar exaltados mostrando un aumento de amplitud de la respuesta motora y una mayor extensión del área reflexógena.

La hipotonía global y la hiperlaxitud articular, predominantemente a nivel de los codos, muñecas y dedos, están indicando una desinhibición cortico-subcortical.

#### **La existencia de movimientos globales asociados**

Son comunes las sincinesias y paratonías que contaminan el acto motor intencional, indicativos de un funcionamiento global y una lateralidad indefinida.

La exploración del equilibrio puede poner de manifiesto el escaso dominio, tanto en posición estática como dinámica, como en las pruebas sensibilizadas sobre colchoneta, plano inclinado, con ojos cerrados.

dos, que requieren el control ejecutivo cortical integrador.

El examen de la marcha, espontánea, en puntas de pié, en talones, en tandem, saltando para adelante y en reversa, con control visual y con ojos cerrados, pone a prueba la coherencia y la sincronización de todo el sistema nervioso y da cuenta de su nivel madurativo.

Se valorará la destreza manual cumpliendo órdenes y secuencias complejas, memorizándolas, haciendo ejercicios de precisión, con pruebas de praxias bimanuales, dibujo y escritura.

Será orientativo de la dominancia hemisférica la determinación de la *lateralidad preferente y prevalente*.

### **Orientación terapéutica**

El diagnóstico integral permitirá dar las bases orgánicas clínico-neurológicas para establecer las prioridades y estrategias de tratamiento y rehabilitación en el marco del equipo interdisciplinario interviniente. Asimismo se podrá elegir el empleo de un tratamiento psicofarmacológico cuando fuera pertinente.

Será importante el papel de la familia y los docentes compartiendo estrategias sincronizadamente con el equipo médico.



### **Diagnósticos Diferenciales con RM Leve**

#### **A. Pseudorretraso**

1. Originados en trastornos en la vida de relación familiar o escolar. Retraimiento y tendencia al aislamiento.

2. Conflictivas emocionales psicológicas o psiquiátricas.

3. Carencias nutricionales por falta de aporte calórico-proteico que cubra sus requerimientos diarios.

4. Hipoestímulo ambiental, carencia de un modelo referencial que motive el aprendizaje.

5. Abandono, niños de la calle, carencia de una estructura familiar continente.

6. Inadecuada metodología pedagógica o inconveniente forma de evaluación empleada.

7. Período transicional en la transculturalización. Problemas idiomáticos y culturales.

#### **B. Comorbilidad**

Una larga lista de trastornos físicos repercute sobre el rendimiento académico y admite un tratamiento reeducativo específico recuperativo. Haremos mención sólo a los más frecuentes.

Niños con *hábito respiratorio bucal* que secundariamente tienen otopatía serosa e hipoacusia conductiva, mala oxigenación ventilatoria, infecciones de VAS recurrentes, cansancio fácil, son irritables e hipoactivos- han tenido retraso en el desarrollo del habla por causas audiógenas, dislalias múltiples o paladar ojival. El diagnóstico neurofonológico y su tratamiento reeducativo permiten resolver el problema y alcanzar la nivelación escolar.

Los que tienen un *trastorno por disfunción propioceptiva y vestibular* el niño tiene un visible problema postural, con hipotonía, frecuente obesidad, hiperla-

xitud ligamentaria, hiporreflexia osteotendinosa, torpeza motriz global, tendencia a la escoliosis, al genu valgo, con arcos plantares vencidos, con secundaria alteración de la postura y el equilibrio estático y dinámico(17). Facilitarán la armonización equilibratoria terapéuticas específicas psicomotrices, y, ocasionalmente, el empleo de sedantes laberínticos(16).

*Enfermedades clínicas* como diabetes, asma, trastornos de la nutrición, anemias, trastornos alérgicos e infecciosos recurrentes, etc. comprometen la capacidad de aprender y atender en sus estados de descompensación, siendo reversible el compromiso cognitivo al ser compensados.

Sabemos que a consecuencia de un *hipotiroidismo* se puede instalar un RM de grado, variable, que puede ser permanente cuando su tratamiento es tardío.

A consecuencia de una *cardiopatía congénita cianótica*, el niño puede crecer en estado de insuficiente oxigenación durante el período crítico, afectando su nivel mental futuro.

Una patología gastrointestinal con malabsorción podrá establecer una situación de carencia nutricional relevante en los procesos de proliferación dendrítica y mielinización del período crítico.

La *epilepsia* repercute sobre la función cognitiva: ya sea porque exista un compromiso orgánico que determine RM, por la persistencia de crisis parciales o de ausencias clínicas, por las consecuencias psicoemocionales sobre la seguridad personal y autoestima,

o por los efectos colaterales indeseables de los anti-convulsivos, la función cognitiva puede estar disminuida. Un control adecuado del niño, de su entorno y de la medicación llevarán al mejor aprovechamiento de su potencialidad(20).

Los niños que tienen *parálisis cerebral* de distinta magnitud, suelen necesitar de algún apoyo reeducativo para adaptarse al aprendizaje formal escolar, su rendimiento puede ser desparejo o presentan alguna discapacidad específica del aprendizaje. Los aspectos motores no implican necesariamente la coexistencia de un RM y muchos de estos niños pueden integrarse en la escolaridad común(19).

**Trastornos visuales.** La vista es el canal de acceso a la información más relevante para la mayoría de los individuos. Dependen de ella la lectura, la escritura, el dibujo, ver el pizarrón. Cada función visual tiene su importancia: la agudeza visual, la discriminación de los colores, los trastornos campimétricos, los trastornos oculomotores por estrabismo, por déficit de la convergencia, el seguimiento ocular, la mirada conjugada y la estereoscopia.

**Trastornos auditivos** Se detectan en la escuela por fallas atencionales y bajo rendimiento en los aprendizajes con tendencia al aislamiento. Actualmente en la escuela normal, hay una gran población de niños hipoacúsicos que hacen su integración con el apoyo de profesores de sordos. El gasto energético que deben hacer para poder participar en el aula es muy superior al de los oyentes. Focalizan su atención en la biolectura, en gestos, expresiones, en señas. Su atención es más breve y su rendimiento puede ser más limitado. Todos estos factores deben considerarse, y darse como objetivo la mejor calidad de participación escolar de acuerdo a sus potencialidades, sin ponerlos en igualdad competitiva y de exigencia con los oyentes(21).

## Conclusión

Los niños con RM necesitan de un equipo terapéutico. La evaluación neurológica integral permite diferenciar el RM, de pseudo-retrasos, delimitando además la comorbilidad.

Conocer las capacidades mentales actuales del niño y el proceso transcurrido para desarrollarlas, permitirá elaborar con precisión, y adecuadas prioridades, el plan médico-recuperativo necesario para cada caso ■



## Referencias bibliográficas

1. Jopitz N., *Neurología neonatal*
2. *op. cit.*
3. Cohen, L. *Actas del Congreso Argentino de Neurología Infantil* 13 10 2000. Buenos Aires. Argentina.
4. Fejerman N. y Fernández Alvarez E., *Neurología Pediátrica. Capítulo Retardo mental y deterioro neuropsiquiátrico* a 3.27, 3.73 y 3.74. Edit. El Ateneo, 1988.
5. Brown y col., High dose folic acid treatment of fragile X males. *Am. J. Med. Genet.*1986, 23: 263-271
6. Nyhan, W. L., *Abnormalities in Amino Acid Metabolism in Clinical Medicine* Appleton-Century-Crofts/Norwalk, Connecticut, 1984.
7. Schinzel, A., *Catalogue of chromosome aberrations in man.* Walter de Gruyter. Berlín. Nueva York, 1984.
8. Wang y Erbe, Folate metabolism in cells from fragile X syndrome patients and carriers. *Am. J. Med. Genet.*1984, 17: 303-310.
9. Jacobs y col., X-link mental retardation. A study of seven families. *Am. J. Med. Genet.*1980, 7:471-489.
10. Quirós-Schrager, *Fundamentos Neuropsicológicos en las Discapacidades de Aprendizaje* Edit. Panamericana Buenos Aires, 1992, pág. 154-171.
11. *op. cit.* pág. 145-154.
12. *op. cit.* pág. 189-200
13. *op. cit.* pág. 121-122
14. *op. cit.* pág. 123-125
15. *op. cit.* pág. 126-129
16. Yunis, J. J., *New Chromosomal syndromes* Academic Press, Nueva York, 1977.
17. Turner y col., 4X- linked mental retardation, macro-orchidism and the Wq27 fragile site. *J. Pediatr* 1980, 96: 837-841
18. Redheendran y col., Long survival in trisomy 13 syndrome: 21 cases including prolonged survival in two patients 11 and 19 years old. *Am. J. Med. Genet.*1981, 8: 167-172
19. Ledbetter y col., Deletion of chromosome 15 as a cause of the Prader-Willi syndrome. *N. England J. Med.*1981, 304: 325-327
20. Leujeune y col., Trois cas de deletion des bras courts d'un chromosome S.C.R. *Acad. Sci.* 1963, 256: 3098.
21. Roussey y col., Trisomie 18 a survie prolongée. Observation d'une fillette jusqu'à 6 ans. *Pediatric* 1979, 34: 819-826.

# Nutrición y retraso mental

**Benjamín Caballero**

*MD, PhD. Prof. de Nutrición y Salud Internacional. Director del Centro de Nutrición Humana, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, EE.UU. Miembro del Food and Nutrition Board de la Academia Nacional de Ciencias de EE. UU. Presidente de la Society for International Nutrition Research. E-mail: bcablle@jhsph.edu*

El término retraso mental (RM) es comúnmente asociado con lesión orgánica del cerebro, que usualmente implica una alteración más o menos severa de la función cerebral. Sin embargo, desde el punto de vista de Salud Pública, es mucho más importante considerar el impacto de alteraciones nutricionales mínimas en la función cerebral, cuyas repercusiones más dramáticas se verificarán en la capacidad de aprendizaje, la productividad y, en suma, en el potencial de un individuo para alcanzar una vida plena y socialmente útil. El efecto de la nutrición en la función cerebral se centra en este aspecto, y puede resumirse en dos tipos de deficiencias:

## **Deficiencias nutricionales específicas**

La deficiencia de hierro es la más común en el mundo de hoy. Se estima que 1.200 millones de personas, casi la quinta parte de la población mundial, padece algún grado de deficiencia de hierro. De éstas, unos 600 millones presentan signos de anemia. Varias enzimas clave del cerebro tienen a este mineral como cofactor, y la deficiencia de hierro se asocia con una disminución moderada pero consistente en la función mental en niños. Más preocupante aún es la evidencia de que niños que padecen deficiencia de hierro en los primeros 2 años de vida y son tratados adecuadamente, todavía presentan una función mental disminuida a los 6 años. Por otro lado, los efectos de la deficiencia de hierro sobre la capacidad de trabajo y el rendimiento físico son bien conocidos.

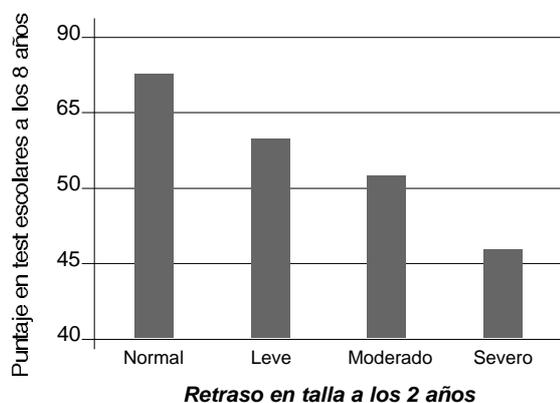
La deficiencia de zinc ha sido menos estudiada, ya que no existen métodos prácticos de diagnóstico. Sin embargo, se estima que la carencia de este mineral, y

tal vez de otros minerales, sea responsable por el retraso del crecimiento físico y mental de más de 50 millones de niños en el mundo.

## **Deficiencia general o desnutrición**

Las estadísticas de la OMS indican que existen cerca de 200 millones de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento. Esta desnutrición crónica se manifiesta por una estatura baja, y aunque no constituye un riesgo de muerte inminente, se asocia con alteraciones importantes en la capacidad de aprendizaje y el rendimiento escolar. La Fig. 1 (basada en datos de L. Adair) muestra esta relación, comparando el puntaje en tests escolares en niños de 8 años, según

**Figura 1**



---

## **Resumen**

Aunque el retraso mental (RM) es asociado habitualmente con lesión orgánica del cerebro desde el punto de vista de la Salud Pública, es mucho más importante el impacto de las alteraciones nutricionales en la génesis del RM. La asociación entre desnutrición temprana y bajo rendimiento mental perpetúa el cúmulo vicioso de pobreza y retraso socioeconómico.

**Palabras clave:** Retraso mental y nutrición – Salud Pública y Retraso mental – Prevención del Retraso mental.

## **NUTRITION AND MENTAL RETARDATION**

### **Summary**

Although the mental retardation is frequently associated with organic lesion of brain from the point of view of the Public Health, it is much more important the impact of the nutritional alterations in the genesis of the mental retardation. The association between early malnutrition and low mental yield perpetuates the vicious spiral of poverty and socioeconomic disadvantages.

**Key Words:** Mental retardation and nutrition – Public Health and Mental retardation – Mental retardation prevention.

---



el grado de retraso del crecimiento a los 2 años. Este último punto es importante: cuanto más retraso en el crecimiento a los 2 años, más deficiente el rendimiento en la prueba a los 8 años, independientemente de la estatura a esta edad. Esto habla de un efecto temprano y no reversible. Esta asociación entre desnutrición temprana y bajo rendimiento mental perpetúa el círculo vicioso de pobreza y retraso socioeconómico.

Al evaluar las causas de estas alteraciones en la función cerebral, es sin duda difícil separar el efecto puramente nutricional del que juegan otros factores ambientales, tales como la falta de estimulación, inestabilidad en el hogar y deficientes servicios de educación y salud. El niño desnutrido carece de energía para explorar su entorno, y responde poco aún cuando es estimulado.

¿Puede recuperarse la función mental en un niño que padeció desnutrición en edad temprana? A pesar de la evidencia un tanto negativa, también hay estu-

dios que muestran el poder del medio ambiente. Uno de estos estudios, en niños refugiados de la guerra en Vietnam, que padecieron desnutrición severa y luego fueron adoptados por familias norteamericanas, muestra que un medio ambiente favorable, aunque no puede aumentar el número de células del cerebro, permite alcanzar un rendimiento funcional normal, o aún excepcional.

La otra pregunta fundamental es ¿qué hacer para evitar que generaciones enteras de niños alcancen la vida adulta con una capacidad mental limitada? Por ahora, la mayoría de los programas para combatir los efectos de la pobreza se centran en reducir la mortalidad infantil. Obviamente, éste es un objetivo básico. Pero no cabe duda de que la única manera de romper el círculo vicioso antes mencionado será a través del mejoramiento de la calidad de vida de los niños que sobreviven, para que eventualmente sean ellos, como adultos sanos, los que respondan a nuestra pregunta ■

### Bibliografía

- Caballero B, Wurtman R. J., Nutrients and brain function. *Human Growth: A Multidisciplinary Review*. A, Demirjian (Ed.) Taylor & Francis, 1986. P. 255-263.  
Pollitt E, et al., Early sufficient feeding and cognition. *Monograph of the Society for Research in Child Development*,

- University of Chicago Press, 1993.  
Torun B, Chew F., Protein - energy malnutrition. *Modern Nutrition in Health and Disease*, Shils, Olson, Shike, Ross (Eds.). Williams & Wilkins, 1999, p. 963-988.  
UNICEF: *State of the World's Children*. New York, 1999.

# La comprensión del retraso mental exige un abordaje multidimensional

## Entrevista a Roger Misès

por Dominique Wintrebert

**R**oger Misès, Profesor Emérito de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Universidad París Sud de Francia, ha realizado significativos aportes a la comprensión, la teorización, la nosografía –fue uno de los creadores de la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales de la Infancia y la Adolescencia (CFIMEA)– la clínica y la terapéutica de la patología psiquiátrica infanto juvenil. En esta entrevista, desarrolla su particular perspectiva en relación al retraso mental.

**Vertex:** *La medida del Cociente Intelectual (CI) está siempre presente en la definición y clasificaciones internacionales del retraso mental como un elemento clave ¿Cuál es su punto de vista actual sobre la utilidad de esa medición? Recordemos que Ud. proponía ya en 1975 las Escalas Diferenciales de Eficiencia Intelectual (EDEI) cuya particularidad era el incluir en ellas un perfil piagetiano, evaluando la capacidad categorial además de la adquisición y la competencia social, determinando así un cociente de desarrollo que debía correlacionarse con el CI. ¿Qué desarrollos hubo después?*

**R. Misès:** Indudablemente las clasificaciones de las deficiencias intelectuales hacen referencia al CI para indicar, bajo una forma muy simplificada, las diferencias entre los grados tradicionales de la debilidad o el retraso mental. Sin embargo actualmente el lugar que se le otorga a ese criterio en la evaluación de problemas clínicos es limitado, y nadie pensaría en utilizarlo aisladamente. Por ello, el análisis de los retrasos y los trastornos de la cognición se inscribe en una gestión compleja adaptada a las particularidades de cada caso y se apoya en el examen clínico y en diferentes instrumentos psicométricos.

No tengo competencia particular en ese dominio, pero el aporte de instrumentos de evaluación se incluye en las investigaciones de mi equipo sobre las deficiencias intelectuales del niño, con gran utilidad.

Junto a las escalas de desarrollo tipo Binet-Simon y los tests tipo Weschler, fundados en la comparación del éxito promedio de sujetos de la misma edad, han aparecido pruebas en las cuales la evaluación global se liga al análisis funcional; por ejemplo en la escala Brunet-Lezine. En esta vía las Escalas Diferenciales de Eficiencias Intelectuales (EDEI) Perron-Borelli han ayudado al análisis funcional de los trastornos del pensamiento categorial observado en las psicosis precoces deficitarias que yo había individualizado.

En ese terreno, nuevos progresos se apoyaron en

- la realización de escalas de evaluación de la inteligencia fundadas en modelos teóricos coherentes. - Fueron propuestos así distintos ensayos sobre la base de la teoría de Piaget, por ejemplo, el de E Longeot. En ese dominio muchas situaciones que fueron diseñadas en función de la investigación por Piaget o sus alumnos pueden ser utilizadas por el clínico con fines de evaluación individual.

- Por fin otras pruebas, llamadas instrumentales, apuntan a afinar el análisis funcional de los principales soportes de función intelectual en diversas áreas: la motricidad, el lenguaje y la organización de las representaciones del espacio y del tiempo. A esto se agregan los tests de personalidad, que, en la práctica de mi equipo, han tenido un lugar importante porque todo niño, aun deficitario, es siempre una persona dotada de una innegable originalidad.

Este inventario aun sumario, hace entrever que no se puede concebir la reducción del diagnóstico de un niño a medidas simples expresadas en términos del CI, aun cuando ese dato guarde un cierto interés en una primera aproximación y para el seguimiento de la evolución de niños atendidos por un equipo multidisciplinario.

**Vertex:** *¿Qué piensa Ud. de la relación retraso mental/trastorno mental? Particularmente en lo que concierne a la psicosis, ya que Ud. ha sostenido la idea de la existencia de una psicosis deficitaria, ¿No habría que considerar a todo lo que concierne a la locura en relación con una idea de déficit?*

**R. Misès:** Las interrelaciones entre las deficiencias intelectuales o el retraso mental y los trastornos mentales son muy frecuentes en el niño, en particular en el caso de las perturbaciones precoces y evolutivas que incluyen, habitualmente, discapacidades notables.

En un estudio realizado con Nicole Quemada, constatamos, que aun por fuera de las psicosis deficitarias la alteración de las funciones cognitivas se en-

cuentra también en otras psicosis e incluso, más raramente, en niños con trastornos neuróticos, pero, los hallazgos más interesantes se relacionan con las patologías límites del niño. En ese marco el riesgo de debilitamiento es particularmente importante, sobre todo en pacientes que viven en medios caracterizados por la precariedad y la exclusión. Ya he expuesto, en relación con ello, diversas consideraciones acerca de las similitudes entre los componentes estructurales que caracterizan a las patologías límites y a los procesos de estructuración deficitaria progresiva que conducen a deficiencias disarmónicas.

**Vertex:** *¿El autismo es una categoría particular o una forma moderna de nombrar la psicosis ultra precoz? Según algunos autores, el 70% de los trastornos autísticos están ligados a un retraso mental. ¿Qué piensa acerca de esto? ¿No se trata de formas de seudodebilidad mental para las cuales ya en los años '40-el famoso psiquiatra y psicoanalista argentino Enrique Pichón Riviere había propuesto el término de oligotimia?*

**R. Misès:** El autismo no debe ser confundido con el retraso mental. En efecto, constituye una organización de una gran originalidad cualquiera sea la diversidad de los factores etiopatogénicos invocados en su origen.

Por otro lado, los estudios clínicos y etiopatogénicos, realizados de manera abierta, tienden a hacer reconocer, actualmente, el interés de una confrontación de múltiples modelos sin que ninguno de ellos goce de una exclusividad explicativa.

Desde esta perspectiva, después de haber delimitado el autismo a través de criterios específicos, y marcando la diferencia de orden nosográfico en relación a las organizaciones deficitarias, permanece el hecho clínico de que estos niños autistas tienen frecuentemente alteraciones severas de las funciones cognitivas. Sin embargo, ello no permite invocar el déficit como un factor explicativo para justificar las tentativas de aquellos que rechazan la dimensión psicopatológica e intentan reducir el autismo a una discapacidad. En la práctica, la mayoría de los equipos toman actualmente en cuenta, por un lado los componentes de orden psicopatológico y clínico que caracterizan al niño autista y, por el otro, se esfuerzan simultáneamente por identificar las deficiencias, las incapacidades y las desventajas que caracterizan a las discapacidades.

**Vertex:** *¿Qué puede decirnos del concepto de "seudodebilidad mental"?*

**R. Misès:** Ese concepto nació de la oposición entre una debilidad "verdadera" clásicamente explicada por disfunciones orgánicas y otras formas de debilidad relacionadas principalmente con factores afectivos o del medio ambiente.

Tal distinción, fundada en la etiopatogenia, no tiene sentido en la actualidad ya que hoy se rechazan las explicaciones etiológicas unívocas para considerar que el retraso mental se construye a través de la imbricación de factores orgánicos, vinculares y sociales en un movimiento en el cual el estudio de los déficits de la cognición son inseparables del estudio de la organización de la persona en una perspectiva integral.

Cualesquiera sean los factores dominantes en el momento en que se instaura el proceso de debilita-

miento, el mismo conduce a deficiencias que se organizan duraderamente aun si en el curso de la infancia se trata, con frecuencia, de "deficiencias disarmónicas" que incluyen un aspecto evolutivo. Desde esta perspectiva la distinción no es más entre debilidad verdadera y "seudodebilidad", sino entre un retraso mental transitorio y curable en relación con las inhibiciones, las carencias de investimiento, las disarmonías instrumentales, etc., y las perturbaciones que incluyen alteraciones duraderas de las funciones cognitivas.

**Vertex:** *¿Qué reflexión genera en Ud. la información actual sobre el proyecto genoma humano y la cuestión del retraso mental?*

**R. Misès:** Dominar mejor los conocimientos genéticos, no puede si no ser una ventaja. Por lo tanto, debemos felicitarnos de los considerables progresos que se han realizado en ese terreno.

Sin embargo, conviene estar vigilante ante los riesgos de una excesiva difusión mediática que deja, a veces, entender –especialmente a los padres de niños discapacitados– que las únicas orientaciones válidas de la clínica y de la investigación deben provenir de la genética.

En realidad, son raros los casos en los que las causas genéticas conducen rápidamente a retrasos graves. Por el contrario, en la gran mayoría de los casos esos componentes no solamente juegan en un registro neurobiológico ya que entrañan, también, perturbaciones vinculares de las cuales se desprenden errores en las experiencias primarias estructurantes de la relación madre-hijo. Es necesario examinar sus consecuencias sobre la evolución pulsional, sobre el acceso a los procesos de individuación, sobre la elaboración de la función simbólica, sobre la introducción en el registro del lenguaje, etc. Contamos con modelos teóricos que permiten ampliar el modo de comprensión de , las deficiencias intelectuales aun cuando ellas se apoyen en alteraciones genéticas absolutamente indiscutibles. Dicho de otro modo los retrasos y los trastornos observados en la emergencia o el perfeccionamiento de las estructuras cognitivas imponen la necesidad de tomar en cuenta los progresos realizados en los estudios del genoma humano a condición de combinar esos datos con abordajes multidimensionales que excluyan cualquier atajo explicativo. Genetistas destacados como Axel Khan sostienen esas posiciones en la actualidad.

**Vertex:** *¿Cuál es el eco que tiene hoy día la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de la Infancia y la Adolescencia (C17TMEA)?*

**R. Misès:** En Francia, la CFTMEA ha encontrado un lugar importante en la práctica de la gran mayoría de nuestros equipos. Es utilizada en diferentes documentos oficiales, por ejemplo, la ficha que se realiza a los pacientes de los servicios públicos de psiquiatría. Esa clasificación permitió llevar adelante numerosas investigaciones clínicas y epidemiológicas. En el extranjero ha sido difundida en los países francófonos y también en otros en donde se han realizado traducciones al español, al italiano, al alemán, al griego, al turco, etc., pero encuentra límites en las zonas en las cuales ejerce una influencia hegemónica la psiquiatría norteamericana ■

# Trastornos de conducta en personas con retraso mental: una forma de comunicación

**Noemí Dominianni**

*Lic. en Psicología, UBA. Centro de Día "Françoise Dolto" Ramos Mejía (Pcia. de Bs. As.).  
Miembro de la American Association on Mental Retardation. Bolivia 1050, (1406) Buenos Aires, Tel. 4581-1319.*

**Laura Aleman**

*Fonoaudióloga, Centro de Día "Françoise Dolto". Docente de la Cátedra de Patología y Clínica Bucodental, Fac. de Odontología (UBA).  
Junin 658 Piso 22 Dto. B. Buenos Aires. E-mail laleman@ciudad.com.ar*

## Introducción

La palabra "adaptación" como objetivo terapéutico produce resquemor en el ámbito de la Salud Mental por confundirla con "disciplina", pero, el reclamo cotidiano tanto de padres, profesionales y docentes que se ocupan de la asistencia de personas con Retraso Mental (RM), es que éstas, "se porten bien", "respeten los límites", "no peguen", "no molesten", o sea, que presenten una conducta adaptada al entorno donde funcionan. Las conductas inadaptadas, más que el RM mismo, son el motivo más importante de las dificultades para la integración. Se hace necesario revisar estos conceptos.

Los abordajes de estos problemas de conducta apuntan, generalmente, a resolver las situaciones conflictivas emergentes, sin planificar ni prever las próximas a venir.

Si bien es sabido que toda conducta tiene una causa, en las personas con RM intenso y dificultades de comunicación –como es la población asistida por nosotras– las interpretaciones que hacen de ellas las personas que las asisten son variadas: por parte del profesional de salud mental suelen pensar que cualquier conducta inadaptada es emergente de un conflicto inconsciente; los maestros plantean habitual-

mente que son "manejos" y "caprichos", y los padres les atribuyen un sentido –desde un funcionamiento intelectual que les es propio– y entonces dicen "él es muy vivo", "entiende todo".

Se plantea, así, una ambivalencia: por un lado se los reconoce como personas con RM y por otro se les quiere atribuir una comprensión e intencionalidad de la cual carecen, con lo cual la conducta inadecuada, al no ser entendida, persiste.

## Conducta adaptativa

Mucho se ha hablado sobre conducta adaptativa. Transcribiremos algunas definiciones que nos permitan acercarnos al concepto:

Nihira conceptualiza a la conducta adaptativa como la eficacia del individuo para adaptarse a las demandas naturales y sociales de su entorno.

Langone y Burton definen la conducta adaptativa como las destrezas necesarias para ser miembros funcionalmente activos de una sociedad.

Grossman se refiere al comportamiento adaptativo como la capacidad del individuo para vivir de manera autónoma asegurando la satisfacción de sus necesidades y ejerciendo la responsabilidad social

---

## Resumen

El artículo presenta un enfoque para abordar los problemas de comportamiento en personas que presentan Retraso Mental intenso con problemas de comunicación. La hipótesis es que la conducta problemática generalmente cumple un objetivo para la persona que la manifiesta. Este objetivo es influir sobre los demás para conseguir las mismas metas a las que todos aspiramos. Se plantea una metodología de trabajo para obtener información acerca de la función que cumple dicha conducta y para diseñar una intervención que logre enseñar una nueva forma de comportamiento o de comunicación alternativa y así posibilitar una mejor integración a la comunidad

**Palabras clave:** Retraso Mental – Trastornos de conducta – Comunicación alternativa.

## MENTAL RETARDATION BEHAVIOR DISORDERS AS A FORM OF COMMUNICATION

### Summary

The article presents a focus to approach the behavior problems in people that present intense mental retardation with communication problems. The hypothesis is that generally the problematic behavior have a goal for the person. This objective is to influence other persons to get the same goals to those that we all aspire. A work methodology is described, to obtain information about the function of such behavior and to design an intervention able to teach a new behavior form or alternative communication and, in this way, to facilitate a better integration to the community.

**Key Words:** Mental retardation – Behavior disorder – Alternative communication

---

que se espera de él sobre la base de su edad cronológica. Lo cual muestra que el objetivo es lograr mayor autonomía, responsabilidad e integración, dis-  
tando mucho de la simple supresión de los proble-  
mas de conducta.

Como profesionales abocados a las poblaciones de personas con RM somos convocados cotidianamente -ante las dificultades que se presentan en las relaciones institucionales- a aportar soluciones, ya que las estrategias comúnmente aplicadas, con la eliminación de las mismas como única meta, conducen al fracaso. Según J. Halle se han empleado más frecuentemente dos estrategias: la primera consiste en explicar a la persona que realiza la conducta, por qué su comportamiento es problemático, enfatizándose "no debés pegar porque podés lastimar a tus compañeros" y la segunda es sancionarla "ahora no vas al paseo por lo que hiciste". Prevalece solamente qué respuesta dar y se sigue sin entender lo que pasó.

### Instituciones y familia

Uno de los problemas más complejos en las instituciones tiene que ver con el aspecto del entorno socio-cultural. Dada su condición, estas personas dependen, en distinto grado, de sus cuidadores y docentes; cada uno de ellos es portador de su propia cultura, sistema de valores y preconceptos a los cuales considera correctos y propios a transmitir. Es común que estos principios no sean comunes ni siquiera entre el mismo personal. Cada una de las personas discapacitadas trae consigo la cultura que recibió en su hogar: horarios de sueño, de higiene, de alimentación, vestimenta, comportamiento en situaciones sociales, vocabulario, etc. Si bien los profesionales dedicados a la construcción del concepto de conducta adaptativa consideran que es un desafío para el futuro -por lo dificultoso que resulta- poder evaluar las expectativas de los sistemas sociales en los que participa la persona, y el ajuste adaptativo entre ambas, el problema se presenta cotidianamente. O sea, que tienen que adaptar las costumbres adquiridas en sus hogares a las expectativas de las Instituciones y sus cuidadores, dado que lo que es adaptativo en el hogar, en las instituciones puede ser leído como conducta problemática. Como dice L. S. Szymanski: "Es esencial que los proveedores de servicios diferencien entre sus valores personales, los requerimientos administrativos y los deseos y preferencias de los individuos".

### La función del lenguaje

Es importante tener claro qué es el lenguaje en el ser humano y para qué sirve, para poder avanzar en la comprensión de esta hipótesis.

Por lenguaje entendemos aquella función compleja que permite expresar y percibir estados afectivos, conceptos e ideas, por medio de signos acústicos o gráficos.

La función del lenguaje supone un sistema de reglas -la lengua es la que especifica la manera de utilizar el material verbal para significar (simbolizar) la realidad exterior o imaginaria- y, por otra parte, la

materialización de este sistema en comportamientos concretos de palabra o escritura.

El lenguaje rige las asociaciones entre los afectos, los conceptos y las ideas a expresar; en una palabra, los contenidos o significados, y el material verbal utilizado a ese efecto. Esta regulación interviene esencialmente a dos niveles:

- a. a nivel de la palabra (nivel léxico),
- b. a nivel de las combinaciones de palabras en sintagmas (o grupos gramaticales y secuenciales de la palabra).

Halliday distingue y define siete funciones básicas del lenguaje:

1. *Instrumentales* la función del "quiero" del lenguaje.
2. *Reguladora* es la función "haz lo que te digo".
3. *Interactiva* es la función "tú y yo" del lenguaje.
4. *Personal* es la función "yo soy" del lenguaje.
5. *Heurística* es la función "dime o dime por qué".
6. *Imaginativa o creativa* es la función "si dijéramos qué".
7. *Informativa* es la función "tengo que decirte"

La comunicación y el lenguaje constituyen campos de primordial importancia en el RM, a causa de la incidencia social de estas actividades, de su incidencia cognitiva mental -y por tanto individual y personal- de la importante resonancia afectiva que implican los significados idiosincrásicos y los transmitidos y compartidos y a causa también de la incidencia -esta última, indirecta- de la comunicación, a través de la integración y el reconocimiento social que ella asegura.

Se ve claramente la importancia del riesgo lingüístico en la vida del individuo y las catastróficas consecuencias de la privación total o parcial de este instrumento que sostiene todo un funcionamiento o toda una serie de funcionamientos de alto nivel.

Las personas con distinto grado de RM, luego de la adolescencia, tienden a estabilizarse en el logro de sus habilidades. Los avances en este aspecto están muy ligados a la estimulación recibida, el contexto y la severidad de la patología.

### Retraso mental y comunicación

Estas personas -que carecen de otras formas de comunicación más complejas- utilizan la agresión y la conducta autolesiva como formas de comunicación. Se presupone que si pudieran aprender otras formas de comunicación más eficaces, no tendrían que recurrir a ellas.

Una conducta generadora de problemas es una forma eficaz, algunas veces la única, de conseguir que los demás interactúen con uno, de obtener más contacto social o la forma de acceder a cosas concretas como actividades, objetos y comida.

Un sujeto con RM, puede aprender a utilizar su conducta problemática para alcanzar objetivos diferentes, dependiendo de las circunstancias específicas.

El niño se comunica mucho antes de poder hablar, el llanto, por ejemplo, es la manera más temprana de comunicarse. A medida que estos procedimientos primarios se desarrollan, se van sustituyendo por otros más complejos hasta que son reemplazados por proce-

dimientos lingüísticos, como los gestos y, finalmente, el habla. Así como el llanto, la agresión también se considera una forma primaria de comunicación.

A medida que se va haciendo más hábil para comunicarse a través del habla, el niño utiliza menos estas formas de expresión como gritar, llorar y agredir.

De persistir estas conductas en edades más avanzadas, es probable que los padres y docentes no intenten solamente suprimirlas por molestas, sino, por el contrario, encontrar sus causas.

Con las personas que padecen RM es importante que nos hagamos las mismas preguntas.

### Una nueva perspectiva

Una nueva perspectiva –que plantea que las conductas problemáticas podrían ser un medio de comunicación, para aquellas personas cuyas capacidades lingüísticas y cognitivas están limitadas– es la del Dr. Ted Carr. En 1977 publicó un artículo titulado: *La motivación de la conducta autolesiva: una revisión de algunas hipótesis* en el que propone desplazar la meta de la eliminación del comportamiento a la de comprender su función, concepto que desarrolla extensamente en su libro: *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*.

Las conductas problemáticas funcionan como forma primaria de comunicación para aquellos sujetos que todavía no poseen o no utilizan formas de comunicación más complejas, que les permitan influir en los demás para obtener diversos resultados deseables.

La consecuencia principal de esta hipótesis es que reforzando las habilidades comunicativas relevantes, resulta posible sustituir la conducta inadecuada de modo que dicha conducta se haga menos frecuente o se extinga.

### Estudio y observación de las conductas problemáticas

La pregunta clave para comenzar a organizar el estudio y observación de las conductas problemáticas es: *¿qué quería el sujeto que ocurriera como consecuencia de su conducta problemática?*

Para responder, primeramente se debe realizar una *evaluación funcional*, siguiendo los lineamientos de E. Carr, e intentando descubrir las funciones que tienen las conductas problemáticas, o sea las razones por las que ocurre.

Esta evaluación se divide en tres etapas:

- a. Entrevistas.
- b. Observación directa.
- c. Experimentación.

#### a. Entrevistas

Se deben practicar entrevistas a los familiares, docentes y personal auxiliar que los apoya.

Con los familiares, se buscará conocer –además de lo relativo a la conducta problemática– en qué lugar significativo quedó posicionado el sujeto dentro de la historia familiar, qué actitud ha tenido cada miembro de la familia ante la presencia de una persona



con RM, y cuáles son los valores y prejuicios de la cultura familiar, ya que consideramos que las respuestas que se den al comportamiento problemático están condicionados por todos estos factores.

A los docentes y auxiliares, se les solicitará que describan la naturaleza de la conducta detalladamente, las circunstancias en las que es más probable que aparezca y la reacción que provoca en los otros cuando ocurre. En la descripción se les pedirá que utilicen verbos en vez de adjetivos; por ej., una persona puede ser descrita como "enojada", y entonces se solicitará que identifiquen conductas específicas de esa persona que sugieren ese adjetivo. "Estar enojado" puede comprender "pegar" o "insultar" o "gritar". De esta manera se podrán registrar acciones finitas que son factibles de cambiar.

#### b. Observación directa

La persona que realizará la observación y la evaluación deberá trabajar con el individuo durante algunas semanas

Se tratará de describir la conducta problemática lo más claramente posible, teniendo en cuenta lo que se conoce como ABC, donde A se refiere a los antecedentes, o sea el contexto social donde se produce, B se refiere a la conducta propiamente dicha y C a las consecuencias o la reacción que el problema de conducta suscitó en los demás, ya que esta reacción generalmente proporciona los indicios más sólidos en cuanto al propósito de la conducta.

Es conveniente llevar un registro de la información en tarjetas con las cuales se pueda trabajar *a posteriori*.

Los datos consignados serán: nombre de la persona que está siendo observada, nombre de la persona que hace la observación, fecha y hora. Cada episodio se describe en términos de contexto general, que se refiere a la actividad global que tiene lugar en el momento en que se realiza la misma (por ej. almuerzo). Descripción de la conducta problemática (por ej.: A

le arrebató tal objeto a B). Lo más importante es registrar el contexto interpersonal específico: o sea, quiénes estaban cerca en el momento en el que ocurrió la conducta problemática, y qué tipo de interacción estaban teniendo; esto es muy importante porque el planeamiento basado en la comunicación solamente es apropiado cuando se sospecha que las interacciones sociales que tienen lugar entre las personas influyen en la conducta problemática. Es conveniente para la descripción, agrupar las conductas según una clasificación común para todos los observadores, que incluya una escala de intensidad y frecuencia y nos permita comparar y evaluar el resultado de las intervenciones. El inventario del ICAP\* que puede ser útil al respecto, agrupa las mismas en 8 áreas: autoagresión, heteroagresividad, destrucción de objetos, conducta disruptiva, hábitos atípicos y repetitivos, conducta social ofensiva, retraining y falta de colaboración.

### **c. Experimentación**

Consiste en cambiar sistemáticamente la reacción social al problema de conducta, así como el contexto físico y social donde ocurre, para estar seguros de que una conducta problemática sirve a un propósito específico.

El último paso en el registro es que el observador formule una hipótesis acerca de por qué el sujeto presentó un problema de conducta en una situación concreta.

Luego se agrupará toda la información recogida, tratando de separarla en categorías que den cuenta de los diferentes propósitos a los que parecen responder las conductas problemáticas, hasta poder formular una hipótesis del tipo: "T da golpes en la puerta para evitar realizar una tarea que no le agrada", donde la palabra "evitar" resume el propósito de la conducta.

Se encontró que, en general, los objetivos de estas conductas se podían agrupar en 3 categorías:

1. Demandar atención.
2. Evitar realizar alguna tarea o acercamiento de alguien.
3. Procurarse objetos o actividades concretas.

Se observó además que los sujetos podían tener la misma forma de expresarse para conseguir objetivos diferentes; por eso es importante diferenciar la forma de la conducta problemática ("pega?", "tirar del pelo") del propósito que persigue ("que le presten atención", "que le den galletita?").

Se encontró que para cada sujeto un propósito (ej., llamar la atención) sobresale del resto, y éste puede aparecer en situaciones específicas (temas), como por ejemplo, durante una actividad grupal, o cuando una profesora conversa con otra.

Una vez determinada la conducta problemática y la finalidad de la misma se deben proporcionar medios alternativos para que la persona alcance el propósito que actualmente tiene esa conducta,

Para poder enseñar una comunicación alternativa a los problemas de conducta, lo primero que tiene

que tratar la persona que va a ocuparse de este entrenamiento, es establecer una relación positiva. Esto se logra averiguando cuáles son las cosas que más le gustan a las personas con RM, y en los primeros días proporcionárselas sin que las pidan ni hagan nada para conseguirlas, repitiendo estos encuentros varias veces en el día y durante una semana. Se tratará de que la actividad vaya acompañada de manifestaciones notorias de entusiasmo y alegría.

Estas personas tienen en general una historia de interacción negativa que impide que sus habilidades comunicativas se desarrollen más. De allí el valor del esfuerzo "extra" para revertir esta situación.

Se sabrá que se está teniendo éxito cuando a la persona parezca agraderle estar cerca del que actúa. La idea es establecer una relación amistosa, que se transforme en una señal para el acercamiento y la comunicación porque está asociada a muchas experiencias positivas, valiosas e interesantes, que proporcione la base para enseñarle a la persona que hay otras formas además de los problemas de conducta para conseguir objetivos importantes.

Las interacciones espontáneas, entusiastas y emocionalmente satisfactorias constituyen el sello del éxito en el establecimiento de una relación positiva.

En esta fase de la intervención la persona comienza a aprender que puede influir en los demás para conseguir cosas de valor sin recurrir a conductas conflictivas.

Esta es una etapa en donde la iniciativa para la interacción la tiene el que interviene.

En la siguiente etapa se tratará que la iniciativa la tome la persona, para lo cual el que interviene deberá acercarse a la persona y permanecer por uno o dos minutos inactivo hasta que la persona haga un gesto, emita un sonido o manifieste la intención de querer acercarse. Inmediatamente se le proporcionará todo lo que se le estaba dando desde el comienzo de la intervención. Lo importante no es el modo en que se comunique sino que lo haga, y como pueda. Por eso hay que atender a cualquier forma de comunicación que la persona pueda utilizar.

Al enseñarle a la persona que vale la pena comunicarse, se estará preparando el terreno para enseñar de manera satisfactoria formas específicas de comunicación diseñadas para sustituir la conducta problemática, conducta que, en general, no tenía como se suponía un carácter aleatorio, psicótico o inadaptable, sino que era funcional para el individuo para conseguir lo que quería, y por eso ella o él lo manifestaban con tanta frecuencia.

Cuando una conducta problemática –como tirarse el pelo– equivale a una conducta comunicativa ("quiero galletitas" estamos en condiciones de elegir formas de comunicación que sean más eficaces que la conducta problemática, entendiéndolo por eficacia la facilidad con que una conducta específica alcanza un propósito concreto.

Un acto comunicativo puede tener lugar utilizando la palabra, pero si insistimos en que todos hablen –porque hablar es lo que todos hacemos– nos exponemos al fracaso, por que estamos obligando a la persona discapacitada a que se comunique usando un sistema que no domina. Por eso la necesidad de valernos de gestos, de implementar el lenguaje por señas que originalmen-

\* N. de la R.: ver artículo de E. Wahlberg y Damigella en este Dossier.

te se utilizó para la comunicación con personas con discapacidad auditiva, y que hemos visto que se puede adaptar a personas con otras discapacidades. Lenguaje de expresiones faciales, de movimientos corporales, de dibujos, de sistemas gráficos basados en pictogramas e ideogramas, de cuadernos de imágenes –en los que se pega en páginas separadas cada una de las representaciones de actividades u objetos deseados– y de la escritura, o simplemente enseñar a las personas a llevarnos hacia el objeto o situación que desean.

La selección del método alternativo de comunicación es netamente individual y dependerá de las habilidades lingüísticas y de las habilidades cognitivas de las personas.

La búsqueda y la utilización de sistemas o medios alternativos de comunicación dará a la persona la posibilidad de sustituir las conductas problemáticas y así integrarse en forma más plena a su comunidad.

### Conclusión

Coincidimos con Edward G. Carr cuando dice: Los problemas de comportamiento surgen, con mayor frecuencia, de un historial de exclusión, de segregación, falta de controles personal y estilos de vida empobrecidos. Por lo tanto, las intervenciones en problemas de comportamiento deben mejorar la vida de la persona discapacitada, para que ella y él ya no estén excluidos, segregados y controlados por los demás".

Al considerar que la conducta problemática generalmente cumple una función para la persona que la manifiesta, estamos en condiciones de poder determinar cuál es ese objetivo y a partir de allí intervenir para generar un proceso de educación, que consistirá en enseñarle a la persona nuevas formas de comunicarse para influir en las personas que la rodean. Este proceso, que se hace con la persona discapacitada,

implica un mutuo dar y recibir, de influencia recíproca, que conduce a un cambio de conducta deseable para todos los implicados ■



### Bibliografía

1. American Association on Mental Retardation. *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Alianza Editorial, Madrid, 1997.
2. Amir, N., Intervenciones de Rehabilitación para niños de pre-escolar con trastornos del desarrollo. El rol de una comunicación aumentativa" en: *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo* de Fejerman, N., Arroyo, H., Massaro, M., Ruggieri, V., Buenos Aires, Paidós Editorial, 1994.
3. Carr, E. et al., *Intervención Comunicativa Sobre los Problemas de comportamiento*. Madrid. Alianza Editorial. 1966.
4. Carr, E., "The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses." *Psychological Bulletin* 84, 800-816, 1977.
5. Centeno, D., *Evaluación de la Conducta Adaptativa en Personas con Discapacidades*. Bilbao. Mensajero Editorial. 1996.
6. Halle, J., "Prologo" en *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid. Alianza Editorial. 1996.
7. Liberoff M., *Programa de comunicación pictográfica y comunicación aumentativa*. Marymar ediciones, Cap. 1, 1993.
8. Parrish, J., "Terapia conductual en el niño con minusvalidez vinculada con el desarrollo". En *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 1993 Vol 3: 665-678.
9. Quirós, B., y Gotter, R., *El lenguaje en el niño*. Eduma Editorial. Buenos Aires. 1980.
10. Serón, X., y Rondal, J., *Trastornos del lenguaje*. Tomo I, cap I Tomo III, cap. 2. Paidós Editorial. Barcelona, Buenos Aires: Méjico, 1988.
11. Shea, T., *La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta*. Cap. I y II. Panamericana Editorial, 1986.
12. Szymanski, L., "La felicidad como meta de tratamiento" en *American Journal on Mental Retardation* 2000 Vol. 105, N° 5, 352-362.
13. Verdugo Alonso, M., *Personas con Discapacidades*. Siglo XXI Editorial, Madrid, 1998.

# Retraso mental: el desafío de trabajar en la diferencia

Susana Ré

Profesora en la Enseñanza Elemental, Licenciada en Psicología, Psicoanalista. Directora del Instituto Infancias y Presidenta de la Fundación Infancias. Miembro del Centro Descartes. Integrante de la Red de Orientación, Derivación y Capacitación en Discapacidad. Pringles 939 (1183), Buenos Aires, Telefax: 4862-505915301. E-mail: [infancias@ciudad.com.ar](mailto:infancias@ciudad.com.ar)

## Orígenes del concepto de retraso mental

Hasta el siglo XVIII el término *idiotismo* englobaba a todos los trastornos deficitarios, pero fue recién en el siglo XIX cuando Esquirol diferenció la demencia de lo que actualmente se denomina *oligofrenia retraso mental*: "El demente – escribió – está privado de los bienes que poseía, es un rico arruinado, mientras que el idiota siempre ha estado en el infortunio y la miseria". Asimismo clasificó los retrasos mentales según un orden decreciente de gravedad, llamando *idiotasa* los más profundos, imbeciles a los segundos, y finalmente ubicó a los *débiles de espíritu*, que son los menos graves y los que más tarde se denominarán *débiles mentales*.

Para tal clasificación, Esquirol tomó criterios tales como la *dismorfia*, también llamada "estigma de degeneración", distinguible por sus rasgos faciales y de *insuficiencia intelectual* medida por el estado del lenguaje, el déficit del juicio, la incapacidad mnésica y la falta de voluntad, entre otros.

Sin embargo, a pesar de las variables señaladas, había una constante, el *compromiso orgánico* tanto sea *exógeno* por lesiones ocasionadas como secuelas de encefalitis, problemas en el parto, nacimiento prematuro, como *endógeno* transmitido a través del potencial genético, hereditario o congénito.

Dentro de esta categorización estaban todas las deficiencias mentales, incluido lo que hoy conoce-

mos como autismo infantil precoz, descrito más de un siglo después, en 1943, por Leo Kanner.

Kanner realizó este diagnóstico cuando ni la historia del niño, ni los resultados de laboratorio –incluyendo el EEG– sugieren una lesión orgánica del cerebro. Esta nueva mirada permitió crear mayores expectativas, no sólo en relación a su origen sino a una posible terapéutica, con esperanzas alentadoras.

De todas formas, en la nosografía psiquiátrica, desde las patologías como las *oligofrenias graves* hasta las *debilidades mentales leves* van siempre ligadas a una concepción vinculada tanto a lo genético como a secuelas originadas por lesiones cerebrales. En la historia de las clasificaciones sobre el retraso mental (RM), la irrupción de los tests como patrón de medida, marcaron una parcialidad y una dimensión con consecuencias segregativas.

Binet y Simon, a principios del siglo XX, publicaron las primeras escalas de desarrollo intelectual, los llamados tests psicométricos, que permitieron, gracias a una prueba compuesta, detectar a aquellos niños retrasados y medir en años este retraso en relación con la media de los niños de su edad durante el período escolar. El cociente intelectual (C1) de esta escala está graduado en edades mentales, y su protocolo permite comparar el rendimiento medio de los niños de la misma edad, determinado según una curva de Gauss. Este criterio careció de eficacia, puesto que su aplicación no ofrecía la posibilidad de un estudio más ex-

---

### Resumen

Se intenta ubicar la problemática acerca del retraso mental (RM), haciendo un recorrido no sólo por la historia de sus conceptualizaciones, sino también por los efectos que de ellas se desprenden en el intento de diagnosticarlas, permitiendo situar de qué se habla cuando se habla de RM, y qué efectos se manifiestan en la práctica, puesto que diferenciarlos dará la posibilidad no sólo de trazar estrategias terapéuticas, sino que ayudará a establecer mecanismos pedagógicos que posibiliten producir cambios en la posición de estos niños frente al aprendizaje.

**Palabras clave:** Retraso mental – Retraso mental y psicoanálisis – Terapéutica del retraso mental.

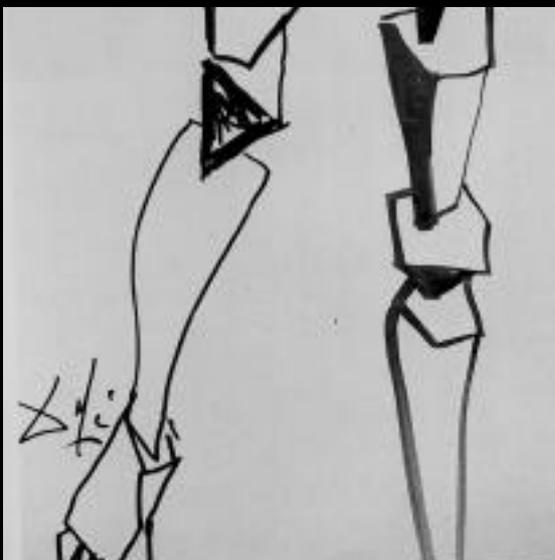
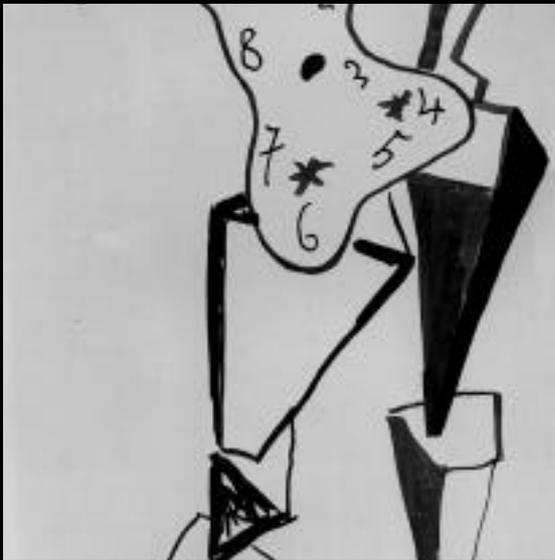
MENTAL RETARDATION: THE CHALLENGE OF WORKING WITH DIFFERENT PEOPLE

### Summary

We try to pose the problem about the mental weakness, regarding not only the history of its conceptualizations, but also the effects emerging from the intent of diagnosing it. This approach allows us to define what we mean with mental weakness, and what are the effects manifested in our practice, since to differentiate them will not only give us the possibility to trace therapeutic strategies, but rather it will help us to settle pedagogic mechanisms aiming to improve the possibilities of learning of children with mental retardation.

**Key Words:** Mental retardation – Mental retardation and psychoanalysis – Therapy of mental retardation.

---



haustivo respecto de las causas que originaban tal desfasaje.

Simultáneamente, aparecieron los test como el W I. S. C. (*Wechsler Intelligence Scale for Children*), que permite diferenciar la escala de rendimiento verbal de la de ejecución, y la Nueva Escala Métrica de la Inteligencia (N. E. M. I.), de Zazzo y el equipo del Hospital Henry Rousselle, en donde se hace hincapié en los rendimientos motores, por un lado, y las funciones de organización temporoespacial, por el otro. Esta última escala más tarde fue completada con la de desarrollo psicossocial o D. P. S. de Hartig, con la de madurez de Vineland, y la de Doll, que clasifica la conducta por grados de iniciativa personal y de responsabilidad social, permitiendo hacer una medición cuantitativa de los criterios sociales en la que pueden basarse las otras características del niño retrasado.

En el año 1971, surge como crítica a los anteriores sistemas de medición, un abordaje pluridimensional y de tipo dinámico, de la mano de Misés y Borrelli, quienes presentan las "Escalas Diferenciales de Eficiencia Intelectual" (E.D.E.I.), conservando la distinción entre pruebas verbales y no verbales, precisando una distinción entre "inteligencia abstracta" e "inteligencia concreta", o "inteligencia lógica" e "inteligencia práctica", intentando de esta manera considerar los aspectos del desarrollo de la inteligencia más relacionados con la comprensión de las situaciones y relaciones sociales.

Más tarde, en un artículo titulado "Debilidad mental y Fracaso escolares" (*Confrontations psychiatriques*, N° 23), Misés logra hacer una categorización de la debilidad mental. Por un lado, diferencia las insuficiencias intelectuales entre las *formas armónicas*, que son las que permanecen estables, sin evolucionar y sin patología asociada, y las *formas disarmónicas*, vinculadas a la psicosis, a la neurosis, al componente depresivo y al desequilibrio caracterológico y la psicopatía (perversos, maníacos, débiles caracterológicos, etc.); y finalmente los *problemas instrumentales*, casi siempre asociados a las formas disarmónicas. En estos últimos, el autor parte de una concepción del yo pasible de ser fragmentado, diferenciando una función gnósica de la percepción, una representación del tiempo (*discronía*), una representación de acciones y gestos (*dispraxia*), y los relacionados al lenguaje escrito (*disortografía*, *dislexia*, *discalculia*). También agrega los vinculados a la inteligencia y al razonamiento (*debilidad mental*).

### El Cociente Intelectual

Toda esta fenomenología antes descrita, introducida por el psicoanálisis, parte de una concepción que no toma la idea de sujeto tal como es, dimensión que aparece con toda su magnitud cuando este sujeto mismo es escuchado en sus síntomas. Pero, antes de adentrarnos en esta perspectiva, continuemos con el desarrollo de la medición sobre las capacidades del niño. Si bien las nuevas escalas ampliaban las anteriores, se mantuvo el tipo de prueba que arrojaba como resultado un CI, el cual no es garantía para un buen rendimiento escolar, ya que es en este punto donde nos encontramos

con las dificultades que el síntoma, en la neurosis, y las manifestaciones psicóticas, obturan la posibilidad de aprendizaje. En la práctica no es poco frecuente la consulta de niños con diagnóstico de psicosis de alto rendimiento, evaluados en otras instituciones que envían informes muy completos, donde indican que el CI es muy alto. Pero sin embargo, esos niños no han logrado un desempeño escolar acorde a su edad y a los requerimientos de una currícula de escuela común.

Es por ello que, en mi opinión, el CI es útil como evaluación comparativa, pero no en lo que tiene que ver con los diagnósticos, en función de una inclusión escolar.

No hay duda de que estas escalas sirven para evaluar las adquisiciones y las conductas de adaptación de un niño, en un momento dado, respecto de otros de su misma edad, pero desconocen la multiplicidad de factores que pueden interferir en la adquisición de los aprendizajes de ese mismo niño. También evalúan la adquisición de contenidos escolares en una cultura determinada, y pueden encontrarse valores dispares de acuerdo a los ítems: un mismo niño de 9 años puede responder algunos puntos como uno de 11, y otro niño como uno de 6. Lo que implica que el mismo test no podría ser aplicado ni en diferentes puntos del mundo ni en distintos momentos históricos. Y por supuesto, pocas veces se ha evaluado la subjetividad del testeador puesta en juego en el momento de la prueba.

Por otra parte, el CI no es un valor que permanezca constante a lo largo de la historia de un niño, sino que puede modificarse, tanto sea por el efecto de un tratamiento, como por el resultado de una estimulación adecuada. El CI nos aporta un dato cuantitativo, pero no nos muestra la cualidad de la organización: dice si el niño está adelantado o atrasado respecto del promedio de los niños de su edad. Además, los tests utilizados miden el control de las operaciones escolares: escritura, cálculo y comprensión del lenguaje.

Las pruebas clínicas de Piaget-Inhelder toman los procesos cognitivos en su evolución y desarrollo, punto en el que marcan su diferencia respecto de la concepción psicométrica.

### La educación según Piaget

Si nos detenemos en toda esta información, es para situar de dónde surge la interpretación de la debilidad mental leve, considerada un concepto constitucional inmodificable. Tal consideración, lejos de ser generalizable a todos los casos, es algo a demostrar, puesto que no es seguro que el RM leve surja a partir de una lesión cerebral o como resultado de una huella genética.

En este sentido, el aporte de Piaget sigue siendo insoslayable. Toda su teoría, construida sobre la génesis de la inteligencia y de la psicología general del niño, ha sido tomada como inspiración para el desarrollo de otras posiciones, como la de Misés y Zazzo. La importancia de precisar un poco más esta teoría, radica en que su vigencia permite seguir elaborando, en la actualidad, metodologías de aprendizaje.

Piaget sostenía su teoría en la idea de la existencia de

una correlatividad entre lo biológico y la lógica del pensamiento, esta última adquirida a través de un accionar sobre el medio. O sea que pensamiento y acción serían los pilares fundamentales de la inteligencia.

Esta concepción, le posibilita establecer diferentes estadios de la inteligencia, que son estados de equilibrio de las estructuras lógicas del pensamiento, y que responden a cortes establecidos en el desarrollo mental, distinguiendo de esta manera los cinco estadios de la inteligencia, comenzando por la inteligencia sensorio-motriz y terminando por la lógica formal, caracterizada por una lógica de las proposiciones, que es la capacidad de razonar sobre enunciados e hipótesis, al final del desarrollo.

Además intervienen factores como la madurez nerviosa, la experiencia social, el proceso de equilibrio y de autoregulación de las mismas estructuras mentales. O sea que el equilibrio es lo que permite tanto terminar un estadio como dar comienzo al otro, y sería causa y efecto de los mismos.

Piaget estudia específicamente el desarrollo psicomotor e intelectual fuera de todo vínculo afectivo; no obstante haber contemplado esta variable, al momento de evaluarlo, pensaba que no había que tenerla en cuenta, dando por sentada la creencia de una autonomía de las facultades cognitivas.

Por otro lado, el mismo autor realizó una serie de estudios comparados en distintas partes del mundo advirtiendo la existencia de asombrosos retardos en relación con las diferentes adquisiciones. Así, los niños de Martinica tenían un retraso aproximado de cuatro años en la adquisición de las nociones de conservación, deducción o seriación, respecto de los niños de Montreal y Ginebra. Esto lo explica sobre la base de cuatro factores: 1. *la herencia*, la maduración interna, que asegura que jamás juega en estado puro y nunca puede aislarse psicológicamente, aunque sí interviene indisoluble de los efectos del aprendizaje o de la experiencia; 2. *la experiencia física* la acción de los objetos, que si bien es tomada en cuenta, se considera insuficiente, puesto que hace una diferencia entre la acción del objeto y la acción ejercida sobre los objetos, siendo esta última desde donde la lógica del niño extrae su experiencia; 3. la transmisión social, que tampoco será la determinante, puesto que para que exista una transmisión entre un adulto y un niño, es preciso que exista una asimilación por parte del niño de lo que se intenta inculcarle desde afuera. El último factor, y el más relevante en cuanto a las consideraciones sobre el retraso será el de la *equilibración*, que es la compensación por reacción del sujeto a las perturbaciones exteriores, compensación que lleva a la reversibilidad operatoria al término de su desarrollo. El equilibrio toma su tiempo, y ese tiempo el individuo lo dosifica a su manera. *El ideal de la educación no es el de aprender lo máximo, ni de maximizar los resultados, sino es ante todo aprender a aprender. Se trata de aprender a desarrollarse y aprender a continuar desarrollándose después de la escuela.*

Piaget muestra cómo a partir de ajustes sucesivos, el sujeto construye alrededor de sí mismo la noción de realidad objetiva.

Si bien la teoría piagetiana tiene un papel preponderante e indiscutible en el curso del pensamiento

científico contemporáneo, nos interesaría poner de manifiesto determinados puntos que a nosotros nos sirven para explicitar la forma de tratamiento de los niños con RM. En primer lugar, su recurrencia a establecer lo *biológico* como anclaje del desarrollo de las actividades cognitivas, cuando en realidad la inscripción en el campo de lo simbólico es lo que determina la concreción de las potencialidades del niño. Con esto, deja por fuera todo vínculo con el Otro, condición para el acceso a lo simbólico, sin tener en cuenta de qué manera ese niño se instala en relación al lenguaje, punto al que nos referiremos más adelante.

El problema que se suscita en esta concepción, es el de dar por sentado que el niño evaluado por estas técnicas es un niño sin conflictos, utópico, autónomo, dueño de sus actos, sin inconsciente.

### De a uno

Ya a partir del año 1900, Freud distingue el inconsciente, el preconscious, y la percepción-conciencia. En 1920-1923 elabora las nociones de ello, yo y super-yo, que se conocen también como segunda tópica.

El descubrimiento freudiano del inconsciente, tomando a los sueños como vía regia de acceso al mismo, muestra que en él funcionan los mecanismos del lenguaje: la sustitución, la condensación y el desplazamiento (estas dos últimas definidas por Lacan como metáfora y metonimia, siguiendo la hipótesis de R. Jakobson), y la represión y el retorno de lo reprimido, que suponen la existencia del proceso primario.

Por otro lado, y en relación a la segunda tópica, hablará de un yo sede de la consciencia, trabajado por las fuerzas, inconscientes, que intentan manifestarse; con lo cual esta unidad o identidad del yo, no sólo es inexistente sino que este yo nunca permanece fuera de conflicto; siempre aparecerá en el *síntoma*, la memoria de aquello que fue reprimido, "olvidado" si se trata de una neurosis, o rechazado y apareciendo en la realidad, de manera alucinada, en la psicosis.

Además no podemos dejar de lado que Freud identificaba el deseo de saber con la búsqueda de un saber sexual. En su artículo *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad* dice lo siguiente: "El niño se aferra a los problemas sexuales con una intensidad imprevisible, e inclusive se puede decir que son éstos los problemas que despiertan su inteligencia".

En este sentido, y volviendo a Piaget, es innegable que los aportes de su teoría son de suma importancia en el campo de la pedagogía, pero el problema radica en qué pasa con la estructura del niño que debe aprender una currícula escolar, y por su posición subjetiva, no logra adquirir esos aprendizajes. La teoría piagetiana es limitada para dar cuenta de estos casos, e indudablemente nos conduce a pensar la inteligencia, así como la debilidad mental, a través de un conjunto de operaciones independientes de la constitución misma del sujeto.

En este sentido, disociar el funcionamiento intelectual de lo que constituye a un sujeto resulta imposible. Me refiero a los afectos, pulsiones, libido, deseos, identificaciones o fantasmas. El psicoanálisis se ocupa particularmente del inconsciente, en tanto se

articula en un lenguaje particular; en cambio, la psicología toma por objeto a la persona y se aboca al estudio de la personalidad, definida como el "conjunto de todos los rasgos individuales del ser humano". Pero la concepción de *sujeto* del psicoanálisis se opone a la definición de *persona* en psicología, ya que el primero es un efecto del inconsciente.

Lacan señala dos causales del inconsciente: la alienación, referida a la inscripción del sujeto en el lenguaje con el mecanismo de la represión, y la separación, vinculada al objeto causa del deseo.

El niño pequeño está sumergido desde su nacimiento en el lenguaje, pudiendo diferenciar los fonemas provenientes de su madre de los de otras personas. El lenguaje lo precede, y tiene que apropiarse de él. Mucho antes de hablar el niño ha trabajado sobre la lengua en la que trata de incluirse, no sólo para hacerse entender, sino también para construir sus fantasmas, y a través de ellos, su identidad. El lenguaje no es solamente palabra, *es constitutivo de la estructura misma del sujeto*.

En esta primera instancia el niño cuenta con una extrema sensibilidad, tanto perceptiva como sensorial, pero aún no cuenta con un desarrollo motor que le posibilite saciar sus necesidades vitales. El niño demandará atención, y la madre (Otro nutricional) le dará sentido a la misma. "*Manipulado, solicitado, concreta en su cuerpo la presencia misma del objeto, objeto tema de la pulsión, el fantasma y el deseo del Otro*" requerirá encontrar un propio orden, así como el camino de su propio deseo para poder despegarse de ese Otro y de ese modo poder existir.

O sea que el hecho de *comprenderes* una operación constitutiva del ser.

El sujeto se encuentra entonces dividido por la *represión*, que se relaciona con el lenguaje, y por el *objeto*, causa de su deseo, no siendo dueño ni de sus palabras ni de sus pulsiones, carencia que es estructural en él.

Por su parte, el proceso primario, que es como Freud denominó al proceso de funcionamiento del inconsciente, permite que cohabiten sincrónicamente en un aparente desorden todos los significantes. Como ejemplo de esta estructura podemos citar a los sueños. Se trata de un sistema no organizado que no induce ni a un orden ni a una métrica, no hay series de significantes  $S_1-S_2$ , sino múltiples  $S_1$ . Estas asociaciones son propias de cada sujeto, se forman a lo largo de la historia de cada uno, y dan cuenta de las huellas dejadas por las primeras experiencias.

En el proceso secundario, en cambio, hay un encañamiento, donde cada significante es como el eslabón de una cadena organizada diacrónicamente, implicando una temporalidad. Jacques Lacan escribe esta ligazón como  $S_1-S_2$ , y manifiesta una forma de funcionamiento en donde tiende a una significación, prevaleciendo las operaciones lógicas y el razonamiento. Este proceso secundario es lo que Lacan llamó la cadena simbólica.

La peculiaridad de la debilidad mental, radica en la falta de deslizamiento metonímico y metafórico de los significantes, donde se encuentra comprometida su movilidad, constituyendo así un fenómeno que Lacan llama *holofrásico*, estructura que se caracteriza por una solidificación de una dupla de signifi-

cantes  $S_1$  y  $S_2$ , donde la ausencia del intervalo lo hace no dialectizable.

La holofrase se encuentra también en otras estructuras, como en las psicosis y los fenómenos psicómicos, pero no ocupa en todos el mismo lugar.

"El débil mental –dirá Eric Laurent– no debe ser ubicado tan sólo con un  $S_1$ , hay también un  $S_2$ , y ese 2 es precisamente lo que lo diferencia de la psicosis"; y agrega: "El psicótico se define como fuera del discurso, mientras que el débil se define como entre dos discursos, como quien no está establecido con firmeza en un discurso, *flota entre dos* tomando esa expresión de Lacan".

La explicación acerca de por qué hay un rechazo del saber en el débil, se basa en que él mismo está instalado en la posición de la verdad.

El débil aprecia mal los límites que deben ser respetados, incluyendo los significantes a los lugares donde no tienen nada que hacer, lo que implica un mal encadenamiento de las ideas, un deslizamiento en el querer decir, sin lógica. Su expresión es pobre y también su contenido. Resulta muy difícil que en un tratamiento psicoanalítico pueda plegarse a las reglas de asociación libre, debido a que no tiene posibilidad de apelar a significantes reprimidos, lo que obtura la alternativa de metaforizarlos.

Esta conceptualización acerca del RM nos confronta a la necesidad de establecer estrategias, tanto en el orden de la clínica como a nivel escolar.

Si nos detenemos en ubicar esta problemática acerca del RM, haciendo un recorrido no sólo por la historia de sus conceptualizaciones, sino también por los efectos que de ellas se desprenden en el intento de diagnosticarlas, es porque nos permite situar de qué hablamos cuando hablamos de debilidad mental, y qué efectos se manifiestan en la práctica, puesto que diferenciarlos nos dará la posibilidad no sólo de trazar estrategias terapéuticas, sino que nos ayudará a establecer mecanismos pedagógicos que nos posibiliten producir cambios en la posición de estos niños frente al aprendizaje.

La inhibición en la neurosis, la psicosis o el RM, nos posiciona en forma totalmente distinta respecto de los recorridos a seguir, como así también de los pronósticos. Si bien no existen garantías respecto al éxito de una intervención en ninguna de las posiciones mencionadas, sabemos que éstas deben realizarse acorde al diagnóstico establecido.

Todos los profesionales que trabajamos a diario con estas patologías nos confrontamos a la difícil tarea de establecer un diagnóstico preciso, como punto de partida de cualquier estrategia a seguir.

Para nosotros, en la admisión de un niño que viene con un diagnóstico de *retraso madurativo o problemas de aprendizaje* que tan a menudo recibimos, son conceptos que esconden más de lo que muestran, y es nuestra responsabilidad determinar con precisión, a través de entrevistas diagnósticas, cual es la estructura del sujeto en cuestión: neurosis, psicosis o RM; y en función de eso, poder establecer estrategias que le permitan a los niños con dificultades de aprendizaje, cambiar de posición ante el mismo, considerando al problema de aprendizaje no como una entidad

en sí misma, sino como el emergente de la posición del sujeto en el lenguaje.

Esta perspectiva remite a la concepción del *uno por uno*, escuchar al sujeto desde su estructura, con la posibilidad de conducir ese tratamiento singular.

### La diversidad en la escuela

Como ya aclaré en el libro *Temas Cruciales II* acerca de la integración escolar, resulta imprescindible delimitar y esclarecer las condiciones que una escuela especial debe reunir para que pueda cumplimentar su rol.

En principio, definimos a la escuela especial como aquella que mejor deberá responder la demanda de alumnos con dificultades, sea cual fuere la naturaleza de la dificultad en cuestión, con programas pedagógicos adaptados a las necesidades de esos alumnos; además deberá estar provista no sólo de los medios materiales (edificios adecuados, equipamientos, etc.), sino de una real formación académica que posibilita a los profesionales conducir los procesos en los cuales los alumnos alcanzarán los objetivos planteados. Es por eso que toda la permanencia de los niños dentro de la institución deberá estar a cargo de profesionales idóneos que tengan capacitación permanente, elaborando los diagnósticos diferenciales desde el comienzo, derivando a los niños a los tratamientos que se requieran, evaluando los resultados periódicamente, etc., para permitir que se inserten luego en el sistema educativo común o accedan a niveles de conocimiento lo más complejos posibles, que les permitan una exitosa salida laboral. Así creo cumplido el objetivo fundamental de la escuela especial.

Consideramos imprescindible la actividad de preparación para la salida laboral, en la educación especial, ya que ésta será la que les permitirá –fuera de la edad escolar– garantizar su autovalimiento e inserción en la vida social.

En este sentido, el desafío de la escuela especial consiste en propiciar un ámbito que permita trabajar desde esta perspectiva, la de trazar un proyecto que dé cuenta no sólo de la estructura del sujeto, sino de las necesidades del mismo.

Nos abocamos a esta tarea con la certeza de que el fin de cualquier escuela no es exclusivamente alcanzar los objetivos pedagógicos, sino también proveer al niño la alternativa de establecer lazos sociales que lo contengan, y si alguno de estos dos objetivos no queda logrado, la Escuela deja de cumplir su rol fundamental, que es el de la adquisición de conocimientos y la socialización.

En este punto, es importante remarcar que cada sujeto tiene una respuesta particular ante las mismas situaciones de la vida, y que lo interesante es rescatar estas diferencias y no homologarlas al servicio de una supuesta igualdad, puesto que ésta no existe. En todo caso, a lo que sí hay que tender es a una igualdad de oportunidades, que sólo puede lograrse atendiendo a las condiciones de aprendizaje que cada niño necesite.

La integración debe brindar la posibilidad de que cada niño pueda aprender dentro de aquel marco de referencia que le permita lograr lazos sociales que ex-

cedan los originados en la familia. El objetivo de lo educador es lograr esta integración ya sea desde lo pedagógico, desde lo social o desde lo laboral.

En consecuencia este proceso es el resultante de un trabajo previo, en donde debe primar el *uno por uno*, lo que implica partir de las problemáticas particulares y los diagnósticos diferenciales. *Para los profesionales que trabajamos en este área, éste debe ser uno de los puntos de mayor responsabilidad* no sólo para no generar falsas expectativas, sino además para que efectivamente se pueda lograr uno de los objetivos más importantes de la educación, el de otorgar igualdad de oportunidades para que todos puedan acceder a ella, sea a nivel de lo pedagógico, de lo social, o de lo laboral. El hecho de considerar a cada uno en su singularidad otorga la posibilidad de un trabajo de acuerdo a las capacidades de cada sujeto. De lo contrario, estaríamos segregando del sistema escolar de estos niños, puesto que los objetivos nunca serían obtenidos.

Cuando un alumno con dificultades educativas especiales es incluido en una escuela común, sin pensar esa inserción con un proyecto que responda a esas necesidades particulares, lo que efectivamente se logra, en realidad, es ubicarlo en un plano de desigualdad, ya que las condiciones de aprendizaje de éste, son completamente diferentes a las del resto de sus compañeros. Por lo general –y esto dependerá de su diagnóstico– no pueden seguir el ritmo del resto.

En este sentido, y atendiendo a nuestra experiencia, han llegado a la consulta niños con diagnósticos errados. En un caso, un niño diagnosticado como psicótico –en otra institución– y tratado como tal, a partir de la rectificación del diagnóstico como neurosis, y con el posterior tratamiento psicoanalítico, logró insertarse en una escuela común. A una niña que llegó a la escuela especial con diagnóstico de autismo, al poco tiempo y a través de una mínima evaluación, se le descubrió hipoacusia, se equipó con audífonos, y pudo ser integrada también a una escuela común.

En casos como éstos, no se mide la angustia generada en los padres, por la incertidumbre que les causa no ver progresos en los hijos –a pesar de hacer todo lo pedido por los profesionales hasta entonces a

cargo de sus hijos– como el malestar y la frustración vivida por los propios niños.

Por lo tanto, precisar las problemáticas, es uno de los puntos de mayor responsabilidad de los profesionales que trabajamos en este área, y es lo que posibilitará, de acuerdo a las condiciones de cada uno, pensar en una integración.

de Como conclusión, y partiendo de la premisa que justifica este recorrido, diremos que es posible trabajar en la heterogeneidad respetando al sujeto en su singularidad ■



## Bibliografía

- Cordié, A., *Los retrasados no existen, Psicoanálisis de niños con fracasos escolares*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1998
- DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson, Barcelona, 1994
- Esquirol, J. E., "Des maladies mentales", Bailliere, París, 1838, cit. en Ajuriaguerra, J. de, *Manual de psiquiatría infantil*, 4ta. edición, Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1979
- Freud, S., *Obras completas*, Tres ensayos sobre una teoría sexual", Trad. López Ballesteros, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1972
- Lacan, J., *El Seminario, Libro 3, La psicosis*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1990
- Laurent, E., *Estabilizaciones en la psicosis*, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1992
- Re, S., "Coordenadas de la integración", en *Temas Cruciales II. La integración escolar*, publicación de la Fundación Infancias, Ed. Atuel, 2000
- Piaget, J., *Estudios de psicología genética*, Ed. Emece, Buenos Aires, 1973



## Un psiquiatra alemán en la Argentina: Eduardo Enrique Krapf (1901-1963)

Alfonso Carofile \*

**E**l homenaje era, antiguamente, el juramento solemnemente de fidelidad hecho a un rey o señor. Se decía también del cumplimiento de cualquier pacto. Acciones que se realizan en honor a alguien respetado, venerado. Proviene del latín *hominatum* de humus, tierra, a través del término *homo*: el Hombre. La Modernidad y su historiografía hicieron de este homenaje un acto "laudatorio" contrapuesto a la historia "científica". Sin embargo todo hecho histórico, comienza nominando a alguien. Escribe Sigmund Freud en su carta a Arnold Zweig en 1936: "Quien se torna biógrafo se obliga a mentir, a disimular, a embellecer y aún a esconder su propia falta de comprensión, puesto que no se puede poseer la verdad biográfica y que quien llegase a poseerla no podría valerse de ella...".

Hoy vamos a renovar el homenaje, este pacto de unión, de con-vivencia, de estar conectados a la tradición, a nuestra formación, y también a nuestro espacio de trabajo. Para ello recordaremos a Eduardo Enrique Krapf, tratando de sacarlo de un olvido, que es enemigo de la Salud Mental individual y colectiva. Y este olvido, esta derrota, se transforma en supremacía del otro planetario, del DSM IV, biblia universal, a la cual Krapf probablemente hubiera desdeñado con una actitud de espanto; como cuando huyó ante el totalitario dominio técnico del mundo, donde: "el Ser se vuelve una simple objetividad para la cien-

cia y actualmente un simple fondo de reserva (*Bes-tand*) para el dominio técnico del mundo. Entonces nos encontramos no en una historia de la decadencia, sino del retiro del Ser" (4).

Eduardo Enrique Krapf nació en la muy antigua ciudad de Nüremberg el 4 de julio de 1901. Tanto su padre, Juan Enrique (1874-1935), que era médico, como su madre, Ana Adelaida Haasse, pertenecían a la burguesía acomodada bávara judía. Enrique tuvo una educación esmerada y los primeros años de su vida transcurrieron en un ambiente complejo y cambiante, signado por la caída de los Hohenzollern, la Gran Guerra, la República de Weimar, y las insurrecciones de los espartaquistas y de la extrema derecha. Recién cumplidos los 22 años se recibió de médico en la Universidad de Leipzig con una tesis sobre los síntomas catatónicos en la locura maniaco depresiva.

Recordemos que en esa Universidad habían enseñado Kraepelin y Hoche y que formaba parte del Centro (Heidegger), un espacio cultural influido tanto por Nietzsche, como por Marx, "filósofos de la sospecha"; espacio, donde la filosofía de la ciencia de raíz neokantiana estaba naciendo, y donde Husserl y luego Heidegger impartían su enseñanza. Donde coexistían y discutían Jaspers, Rickert, Wittgenstein, Dilthey y otros.

Krapf concurrió, luego de su tesis, más de cinco años al Servicio de Neurología del Profesor Nonne, que todos los médicos recordarán por sus estudios bioquímicos sobre el líquido cefalorraquídeo. Para la tradición germana, sólo existía el neuropsiquiatra, un médico fuertemente influido por la disciplina neurológica. Así formado Krapf realiza un largo viaje por mar hacia "las pampas", recalando en el Hospital Alemán de Buenos Aires, el cual tenía un contrato de intercambio con el Hospital Universitario de Hamburgo. Corría

\* Médico Psiquiatra. Jefe de Depto. del Hosp. "José T. Borda". Docente del Depto. de Salud Mental de la Fac. de Medicina (UBA). Miembro del Capítulo de Historia de la Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

El autor agradece la colaboración de la Dra. María Cristina Vollmer, quien le facilitó material inédito relativo a la personalidad del Dr. Krapf, y a dilectos discípulos del Dr. Krapf, el Prof. Dr. Jorge Insúa y el Prof. Dr. Jacinto Orlando.

el año 1926. En ese mismo año Krapf retornó al Centro, a esa Volkgeist o ser espiritual colectivo que imaginaba los Románticos, para trabajar como médico interno bajo la dirección del Profesor Oswald Burnke. En esa clínica había fundado Kraepelin el Instituto Alemán para la investigación psiquiátrica (hoy Fundación Max Plank). Enrique Eduardo llegó a ser jefe de Clínica de la cátedra de Múnich desde 1927 hasta 1929. Burnke, fue el autor del que conocernos como el último gran texto de la psiquiatría centroeuropea: su famoso *Tratado*(1). Esa obra supone la culminación del saber post kraepeliniano y determina la supremacía de la ciencia alemana hasta la derrota en la Segunda Guerra Mundial. En 1932, Krapf un honesto liberal, amante del orden y alejado de la política es nombrado Asistente Científico y jefe de Consultorios Externos de la Clínica de Colonia bajo la dirección del Prof. Gustav Aschafferiburg. Este será el último cargo de Krapf hasta que vuelva luego de la segunda guerra. El "huevo de la serpiente" comenzaba a despertarse. En 1930 la fracción parlamentaria hitlerista pasa de doce, a ciento siete diputados. El 20 de febrero de 1933 Herman Göring, invita a los industriales, latifundistas y banqueros a apoyar "un poco más" al nacional socialismo. Krupp se destaca por depositar un millón de marcos. Todo judío, todo liberal, todo izquierdista, todo católico, es considerado un "sujeto despatriado". Enrique Eduardo que reunía por lo menos dos de estas cualidades huye a Francia. Su desánimo fue grande. Él, que había seguido toda la tradición alemana, que representaba a la ciencia oficial, mucho más que aquellos que lo perseguían y que decían ser: "la fé en las fuerzas creadoras insitas en lo alemán (diccionario filosófico Kröner 1943)", debe huir. Llega a Paris donde comienza a trabajar en neuropatología. Allí también lo alcanza el estruendo de la guerra y entra en la lista de los "indeseables". El mismo Aschaffenburg (1866-1944) debe emigrar y pierde a sus hijos en un campo de concentración. Recordemos que en su *Tratado...* colectivo es donde aparece el artículo princeps de Eugen Bleuler *Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias* 1911. Pero, sigamos las peripecias de nuestro autor. Se instala en Escocia donde revalida por exámenes su título de neuropsiquiatra. En 1937 será nombrado Agregado Extranjero de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Londres, dirigida por el Profesor Mapother. Pero su errancia continúa. En 1933 llega a la Argentina y en 1937 revalida todas sus materias (por segunda vez!) y se recibe de Doctor en medicina con una tesis dirigida por Gonzalo Bosch, por ese entonces Director del Hospicio de las Mercedes. El 15 de noviembre de 1937 el jurado compuesto por N. Rojas, A. Rossi y L. Estevez Balado le aprueban la tesis titulada: *La influencia del ritmo meteorológico, sobre las ~~enfermedades~~ enfermedades mentales*(5). Fue como un nuevo bautismo, se había "argentinizado". Ingresó como Médico Agregado del Hospicio y en 1938 fue nombrado jefe del Servicio de Admisión. En 1939 ya es jefe del Servicio Neuropsiquiátrico de las FE AA. en el Hospicio y neuropsiquiatra honorario del Hospital Británico de Buenos Aires. Krapf, quien había conocido al Profesor Braulio Moyano durante la estancia de éste último en Alemania, estudiando con Spielmeier, siguió en contacto con el puntano llegando a constituir juntos un Ateneo científico informal. A pesar de las adversidades, Krapf no

Dr. E. EDUARDO KRAPF

TOMAS DE AQUINO  
Y LA  
PSICOPATOLOGIA

CONTRIBUCION AL CONOCIMIENTO  
DE LA PSIQUIATRIA MEDIEVAL



Editorial INDEP - Esmeralda 80 - BUENOS AIRES - 1943

había perdido su fe en la ciencia y en su ideal racionalista y neokantiano. Mientras tanto su familia había aumentado. De su unión con Margarita Elene Hyrsch, nacieron tres hijos. En 1944 Tomás Andrés. El nombre de este vástago coincide con un trabajo que publica en 1943 bajo la forma de una nueva tesis: *Tomás de Aquino y la psicopatología* Una contribución al conocimiento de la psiquiatría medieval(4). A pesar de encarnar a la más pura y "pesada" psiquiatría nosológica de Kraepelin, Bumke y Aschaffenburg, elige para su trabajo el pensamiento del medioevo cristiano, tiempo ecuménico anterior a la formación de los estados nacionales, donde la religión formaba una comunidad de fe, una cosmovisión estática y tranquilizadora. Se convierte al catolicismo, luego de una lectura profunda de la Patrística y de las Escrituras. Escribe en el prefacio de su hermoso texto inconcluso, *Psiquiatría*: "Me disculpo además por no callar mis convicciones filosóficas. Sintiendo discípulo de Aristóteles y Tomás de Aquino, sostengo la unidad esencial de la persona humana. Creo que la base de Freud no era el positivismo, sino un humanismo anticartesiano, y que a esta circunstancia se debe la naturalidad con la cual la doctrina psicoanalítica se ofrece como núcleo central de una concepción universalista del hombre (capaz de conceder un lugar adecuado al aparato cerebral, a los instintos y a la energía propia "espiritual" del "yo").

Por otra parte completa su análisis con Angel Garma, tarea que había comenzado en Londres con Melanie Klein. En la carrera docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, fue Adscrito, Docente libre en 1948 y Prof. Adjunto entre 1949 y 1953 \* El 14 de noviembre de 1950 por Resolución firmada por Ramón Carrillo, Ministro de Salud Públi-

ca, y por el propio Presidente de la Nación, Juan Domingo Perón, comienza a confeccionar una guía de la *Clasificación Sanitaria de los enfermos mentales*(5). Argentina y su Welfare State se adelantan cuarenta años a la clasificación internacional. Pero para Krapf es sólo un glosario, una caja de herramientas, donde por primera vez en la Argentina aparece una mención al maestro Karl Kleist y a su doctrina.

Mientras tanto su artículo sobre "Las disfrenias" (personalidades psicopáticas) es publicado íntegramente por la *Prensa Médica Argentina*(5). Desde 1950 hasta 1953 es jefe del Servicio "Pinel" del antiguo Hospicio de la Mercedes que había recibido para ese entonces el nombre de Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres. Allí se formarán sus discípulos: Morgan, Raúl Usandivaras, Mauricio Neuman, Jorge Insúa, Mauricio Goldemberg y otros. En 1951, a instancias de Krapf, Raúl Usandivaras realiza su tesis sobre *Psicoterapia grupal* En el Servicio de Krapf se practicaron, habitualmente, sesiones de psicoterapia grupal, según he comprobado personalmente, estudiando las historias clínicas de la época.

Eduardo Enrique, fue uno de los primeros interesados en la práctica de la psiquiatría "menor" como la llama Henri Ey, la que ahora se denomina "psiquiatría de enlace". Practicó esta técnica en el Servicio de Clínica Médica dirigido por el Dr. Castex.

Psiquiatría clásica, clasificación y nosologías argentinas, psicoanálisis, serán permanentes superaciones dialécticas, de aquel que seguía siendo un médico liberal y un racionalista aristocrático, casi sin querer serlo. A principios de 1954 fue llamado por la OMS y se estableció en Ginebra (Suiza), siendo nombrado el primer Jefe argentino de la Sección de Salud Mental de OMS, cargo del que se jubiló en 1963. políglota, maestro en todo el sentido de la palabra; nos dejó más de ciento cuarenta trabajos, monografías y volúmenes(4). Su texto *Psiquiatría* es una interesante forma de introducirse en la materia.

Pudo haber sido Titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires pero cuando iba a pasar el concurso de titular de la misma, manos anónimas hicieron desaparecer su legajo.

Su amplitud lo llevó a formarse en el Instituto de Psicoanálisis de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) y a ser designado Miembro Titular de la misma. Para un hombre de tradición centroeuropea, iluminista, no le tocaron buenos tiempos y debió usar to-



Facsimil de una Historia Clínica redactada por Eduardo Krapf en 1945

dos sus recursos para saber vivir con igual capacidad de identificación en distintos lugares y naciones no olvidando la sublimación creativa. Conocedor como pocos de la obra de Tomás de Aquino, en su monografía explica como "la insanía" es una dolencia física, pues "el alma no se puede enfermar", y estudia a fondo distintos aspectos de la psiquiatría medieval. Volvió a Buenos Aires, desde Ginebra pero ya no le interesaba la carrera universitaria, había decidido otro destino. En un espiral infinito había "superado" (en sentido hegeliano) la psiquiatría y el psicoanálisis, erigiéndose como caballero de una nueva utopía de la modernidad tardía: La Salud Mental. Empezó la vida como ciudadano del mundo que quiso ser alemán. Terminó nacionalizándose argentino, pero vivió la última parte de su vida en un país plurinacional. A pocos días de jubilarse, se sintió mal y debió ser internado. Una veloz dolencia lo asaltó y murió el 9 de diciembre de 1963 ■

#### Referencias bibliográficas

1. Bumke, O., *Nuevo tratado de las enfermedades mentales*, Editorial, Barcelona, 1946.
  2. Castilla del Pino C., *Cuarenta años de psiquiatría*, Alianza Editorial, 1992.
  3. Ellenberger, H. F., *El descubrimiento del inconsciente*, Gedos, 1991.
  4. Heidegger M., *La ciencia no piensa*, Buenos Aires, 1977.
  5. Krapf, E. E., *Tesis sobre la influencia meteorológica en los trastornos mentales*, Biblioteca de la Facultad de Medicina, 1936.
- "La nosología diferencial en psiquiatría", *Revista de Neuropsiquiatría*, Lima, Perú, 1943.
  - Encefalitis epidémica y psiquiatría; *Rev. Neurol.*, 1944.
  - Santo Tomas de Aquino y la Psicopatología, Editorial Index, 1946.
  - Glosario sanitario de las enfermedades mentales (1950) en Ramón Carrillo, *Obras Completas*, Eudeba, Buenos Aires, 1973.
  - Sur la dépersonnalisation; *Encéphale*, 1951.
  - World Health Organization: Fifth report of the Expert committee on Mental Health (The Psychiatric Hospital as a Center for Preventive Work), W.H.O, Geneva, 1957.
  - *Psiquiatría*, Paidós, Buenos Aires, 1959.
  - Trabajos diversos depositados en la Biblioteca de Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
  - *Angustia, tensión, relajación*, Paidós, 1958.

# La nosología diferencial en psiquiatría \*

Eduardo Krapf

Tenemos cierta fama, los psiquiatras, por manifestar muy marcado interés en asuntos de nomenclatura. No son tan raros los médicos que nos acusan de que de nada nos ocupamos tanto como de nuestra terminología, y recuerdo a este respecto a un famoso clínico que una vez mandó a uno de sus asistentes por 8 semanas al instituto de clínica psiquiátrica "para que aprenda la jerga psiquiátrica". No creo que tengamos razón de avergonzarnos de nuestra preocupación constante por términos y conceptos claros. Me parece, en efecto, que otras disciplinas médicas no harían mal en aprender de nosotros que los problemas teóricos de la nosología merecen ser considerados con cuidado. Por otra parte, no se puede negar que nuestras discusiones clasificatorias son, a veces, un poco demasiado preponderantes, y esto se debe, sin duda a la misma naturaleza de la medicina mental en la cual no se trata nunca de la alteración de un órgano o de un sistema de órganos como en las otras disciplinas médicas, sino siempre de un trastorno de la persona entera.

La persona, física y psíquicamente, es una "unitas multiplex". Y ésta su condición fundamental nos explica por qué se insiste desde hace tiempo en la multiplicidad de factores que intervienen en la patogenia de toda afección mental. El método psicobiológico de ADOLF MEYER no es, en realidad, otra cosa que una manera de apreciar la totalidad de las causas y condiciones que entran en la formación de un cuadro psicopático. El diagnóstico polidimensional de KRETSCHMER aspira en forma menos sistemática a la misma finalidad. La formulación más precisa del problema es, quizá, la que le da BIRNBAUM en su pedido de un análisis estructural de las psicopatías, y de BIRNBAUM arranca, en efecto, la tendencia nosológica moderna que trata de determinar *de trás de la fachada* sintomatológica la verdadera estructura etiopatogénica.

No han faltado los que frente a la complejidad de la etiopatogenia psiquiátrica han creído tener que renunciar a todo esfuerzo hacia la creación de verdaderas entidades morbosas. Esta corriente de opinión fue iniciada en los Estados Unidos por ADOLF MEYER y en

Alemania por HOCHÉ. Su doctrina es que debemos contentarnos con el establecimiento de "unidades de segundo orden": "tipos de reacción" según MEYER, "síndromes" según HOCHÉ, y que las "unidades de primer orden", las enfermedades en el sentido estricto de la palabra, no existen. Pese a que esta concepción cuenta todavía con muchos seguidores autorizados, sobre todo en los países anglosajones, debo decir que en mi opinión es fundamentalmente errónea, y que el análisis estructural, lejos de imposibilitar una nosología exacta, es, muy al contrario, la primera condición para hacerla posible.

Es indiscutible, por cierto, de que aparte del factor patogenético *principal*, influyen en la formación del cuadro clínico psiquiátrico muchísimos factores patogenéticos *secundarios*, "patoplásticos", según el término algo discutible de BIRNBAUM; pero no hay ninguna razón por qué estos últimos no podrían ser ordenados y sistematizados; para luego entrar en el cálculo etiopatogénico como magnitudes firmes y conocidas

La nosología diferencial que propongo introducir a la par de la general y especial en el estudio formal de la psiquiatría, no es nada más que un primer paso hacia la sistematización de los factores patogenéticos secundarios. En la nosología *general* estudiamos la estructura patogenética de las psicopatías; en la *especial* las *enfermedades* en sus formas *comunes*; la nosología *diferencial* deberá abocarse al estudio de las *variantes típicas*, debidas a la intervención de ciertos factores personales característicos para determinados grupos de personas. Ella representará en psiquiatría lo mismo que representa en psicología la llamada "psicología diferencial" (W. STERN): el *aspecto tipológico* de la disciplina; y no tengo duda alguna de que la introducción del concepto tipológico en psiquiatría ha de contribuir grandemente en la tarea de establecer los cuadros básicos en forma mucho más nítida que hasta ahora. Con otras palabras: la nosología diferencial constituye un camino promisorio hacia la meta anhelada de un sistema nosológico consistente de entidades morbosas firmes y bien delimitadas.

Una indicación en este sentido es, tal vez, el hecho notable de que casi todos los grandes sistemas de esta índole, entre ellos el de KRAEPELIN, fueron concebidos en hospitales cuyo material de enfermos era más o menos uniforme. Parecería como si las fronteras entre enfermedad y enfermedad se hicieran tanto menos perceptibles cuanto más variada es la cliente-

\* Publicado en: Revista de Neuro-psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Neuropatología de la Facultad de Medicina. Universidad Mayor de San Marcos. Diciembre de 1943, Lima, Perú, T. VI, No 4: 403-408.



### LA NOSOLOGÍA DIFERENCIAL EN PSIQUIATRÍA

Por E. EDUARDO KRAPP

Tenemos cierta fama, los psiquiatras, por manifestar muy marcada aversión en asuntos de nomenclatura. No son tan raras las palabras que nos aconseja de que de nada nos ocupamos tanto como de nuestra terminología, y recurrimos a este respecto a un famoso chiste que una vez escuché a uno de sus asesores por el momento al momento de cierta presentación "para que aprenda la lengua psiquiátrica". No creo que tengamos motivo de avergonzarnos de nuestra preocupación constante por términos y conceptos claros. Me parece, en efecto, que otras disciplinas médicas no hacen mal en ocuparse de asuntos que les problematizan de la nosología médica con cuidado. Por otra parte, no se puede negar que nuestras divisiones clasificatorias son, a veces, un poco designadas por nosotros, y esto se debe, sin duda a la misma naturaleza de la medicina mental en la cual se se trata nunca de la alteración de un órgano o de un sistema de órganos como en las otras disciplinas médicas, sino siempre de un trastorno de la persona entera.

La persona, física y psicológicamente, es una "entidad múltiple". Y vive en condiciones fundamentalmente específicas porque se inserta desde hace tiempo en la multiplicidad de factores que conforman en la emergencia de toda actividad mental. El estudio nosológico de ANZEL HAYES no es, en realidad, otra cosa que una manera de apreciar la totalidad de las causas y condiciones que intervienen en la formación de un cuadro psicopatológico. El diagnóstico psiquiátrico de KRAEPELIN aparece en forma menos orientada a la misma finalidad. La formulación más precisa del problema es, quizá, la que le da BOSTROEM en su estudio de un análisis estructural de las psicopatías, y de BERNHARDT acerca, en efecto, la tendencia

la que ve el psiquiatra, en el hospital, en el sanatorio, o en su consultorio. Pero esto no es necesariamente un motivo de escepticismo, sino debería ser, muy al contrario, un aliciente para la investigación "diferencial" consciente.

He ahí, por otra parte, un primer tema para tal investigación. La nosología de las personas de diferenciación mediana no puede ser la misma como la de los sub y supernormales. Los que concurrimos a salas de hospitales, sabemos perfectamente que hay un vasto grupo de psicopatías en individuos débiles mentales y primitivos que, en realidad, no pueden ser ubicados cómodamente en los casilleros clínicos comunes. No hace mucho, la psiquiatría rioplatense se vio enriquecida por un sutil trabajo de MÁS DE AYALA sobre las psicosis de los débiles mentales. Empresa sumamente meritoria y que apunta justamente en la dirección que quiero señalar al pedir la creación formal de una nosología diferencial. Lo que he dicho acerca de los subnormales, vale, por supuesto, también y, en grado más alto aún para los supernormales. Me parece típico que el famoso dilema ¿maníaco-depresivo o esquizofrénico? se levanta casi exclusivamente ante los enfermos más diferenciados del sanatorio particular. ¿Por qué será, por otra parte, que en casi todos los casos de genios alienados existan dudas diagnósticas? He revisado el catálogo diagnóstico que publica LANGE-EICHBAUM en su conocido libro sobre genio y locura; y me he convencido que sólo por excepción se puede establecer un diagnóstico preciso. De algunos casos especialmente famosos, como los de Van Gogh y Nietzsche, poseemos hasta las historias clínicas; sin embargo,

no sabemos si Van Gogh sufría de esquizofrenia (JASPERS) o de epilepsia (MINKOWSKA) y Nietzsche de una parálisis general (MÖEBIUS, HILDEBRAND) o de una psicosis de otra etiología (PODACH). KRAEPELIN comparó en uno de sus últimos trabajos el cerebro con un órgano que tiene un determinado número de registros. Y bien, se podría sospechar de que por encima de cierto nivel personal el instrumento es tan polifónico que la melodía diagnóstica desaparece en la riqueza de los registros tirados.

Se entiende que estas *variantes de diferenciación* no son, de ningún modo las únicas que existen. He ahí, por ejemplo, las *variantes de evolución* que tienen un cierto parentesco con las primeras. Se reconoce hoy casi universalmente que la psiquiatría infantil tiene particularidades nosológicas muy marcadas. Existen tratados sobre la psicopatología del niño, como los de HOMBURGER, KANNER y TRAMER, y en algunas partes hasta se han creado cátedras especiales entre las que destacaré la que dirige entre nosotros el Doctor LANFRANCO CIAMPI en Rosario. Estoy muy de acuerdo con quienes quieren estudiar la psiquiatría infantil en cierto modo separada de la psiquiatría general; pero creo que a la par de aquella hay también una psiquiatría juvenil, climatérica y geróntica (senil). Es indiscutible que en los adolescentes las más variadas afecciones muestran una cierta tendencia a la sintomatología de tipo hebefrénico o heboide. Es sabido que el síndrome paranoico aparece con preferencia del cuarto decenio en adelante (BOSTROEM). Las particularidades psicopatológicas de la edad climatérica, sobre todo en las mujeres, dieron raíz a toda una bibliografía especializada en la que se destacan entre otras cosas la frecuencia de cuadros ansiosos y la aparición de síndromes mezclados de elementos melancólicos, histéricos y paranoicos. En lo que se refiere a la psiquiatría de la edad avanzada, diré que la necesidad de un enfoque claramente geriátrico se ha hecho notar de igual modo en otras disciplinas médicas. Recordemos que ya CHARCOT escribió un libro sobre las enfermedades de los viejos, y que el primer manual de geriatría, un tomo de casi mil páginas, fue publicado por SCHWALBE en 1908. Sería fácil explararse sobre todo esto en forma mucho más amplia. Me limitaré, empero, a este esbozo, aconsejando al que busca más información la lectura de un reciente trabajo de BOSTROEM.

Hablé recién de la psiquiatría de la edad climatérica y mencioné la particular importancia que corresponde en esta época de la vida a las psicopatías de las mujeres. Decir esto equivale a establecer otra escala de *variantes*, las del *sexo*. Es este un aspecto de la nosología diferencial que no desconoce ningún psiquiatra. Sin embargo no existe hasta ahora ninguna investigación seria y detallada, capaz de ilustrarnos en forma precisa sobre el particular. Esto es tanto más lamentable cuanto más estamos convencidos de la importancia de tal estudio. ¿Por qué será que las psicosis maniaco-depresivas son más frecuentes en las mujeres y las esquizofrénicas más representadas entre los hombres? ¿Por qué hay más parálisis general en el sexo masculino, siendo las sífilis igualmente frecuente en hombres y mujeres? ¿Por qué aumentó el número relativo de las mujeres paralíticas en los

últimos decenios? Y –con el debido reconocimiento de que hay hombres histéricos– ¿por qué será que la historia prestó su nombre al "hysteron", al útero? Pongo preguntas y quedo debiendo contestaciones. Lo que resulta, empero, es que la nosología diferencial es, evidentemente, no sólo el estéril esfuerzo de echar vino viejo en nuevas cubas, sino un poderoso aliciente para la investigación clínica concreta a la que se abren horizontes extremadamente interesantes.

No sería difícil especificar otros puntos de vista a este respecto. La psiquiatría de los pueblos primitivos, por ejemplo, no tiene mucha importancia práctica inmediata. Su elaboración sería, sin embargo, un paso importante hacia el establecimiento de una escala de *variantes culturales*. Asimismo es muy escaso nuestro saber acerca de la posible importancia nosológica de *diferencias sociales*. Una reciente investiga-

ción de FARIS Y DUNHAM sobre los factores ecológicos en los alienados de Chicago, puede ser considerada un primer paso en este sentido. La mayor parte del trabajo, queda, sin embargo, por hacer.

No le escapará al entendido que, pidiendo una nosología diferencial, exigimos, al mismo tiempo, una intensificación de la investigación en "psiquiatría comparada" en general. Me he ocupado en este nuevo campo de estudios, descubierto por KRAEPELIN y provisto de un programa provisional por JOHANNES LANGE en varios trabajos anteriores. No repetiré lo que allí expuse. Pero quiero insistir una vez más en mi convicción de que América, tierra de posibilidades ilimitadas, crisol de todas las naciones del mundo, extendida de polo en polo, es el campo experimental "kat exochén" para la elucidación de estos problemas, tan importantes para el porvenir teórico y práctico de nuestra ciencia ■

#### BIBLIOGRAFIA

- BIRNBAUM: "Der Aufbau der Psychosen". *Allg. Z. f. Psych.*, 1919. 75, 455. – BOSTROEM: "Zur Frage des Schizoids", *Arch. f. Psych.*, 1926; 77, 32. – BOSTROEM: "Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychiatrische Krankheitsbild". *Arch. f. Psych.*, 1937; 107, 155. – CHARCOT: "Maladies des Vieillards". *Oeuvres complètes*. VII, París. 1890. – FARIS & DUNHAM: *Mental Disorders in Urban Area*, Chicago. 1939. – HILDEBRANDT: *Gesundheit und Krankheit in Nietzsches Leben und Werk*, Berlín. 1926. HOCHÉ: "Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie". *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1912; 12, 514. – HOMBURGER: *Psychopathologie des Kindesalters*, Berlín; 1926. – JASPERS: *Strindberg und Van Gogh*. Leipzig. 1922. – KANNER: *Child Psychiatry*, London. 1935. – KRAEPELIN: "Vergleichende Psychiatrie". *Neur. Centralbl.*, 1904; 23, 638. – KRAEPELIN: "Die Erscheinungsformen des Irreseins". *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 1920; 62, 1. – KRAPP: "Las psicopatías desde el punto de vista ecológico". *Index de Neur. y Psiq.*, 1942. 4, 1. – KRETSCHMER: "Gedanken über die Entwicklung der psychiatrischen Systematik", *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1919; 48, 370. – LANGE JOHANNES: "Fragestellungen des vergleichenden Psychiatrie", *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1936; 127, 667. – LANGE-EICHBAUM *Genie, Irrsinn und Ruhm*, München. 1928. – MAS DE AYALA "Psicopatología de los débiles mentales", *Rev. de Psiq. y Crim.*, 1943; 8, 121. – MEYER ADOLF: "Constructive formulation of schizophrénia". *Am. J. of Psychiatry*, 1922; 1, 355. Compárese también la mise au point que hizo de la obra de Meyer Henri Flournoy en los *Arch. de Psychologie de Ginebra* (versión castellana en: *Rev. de Psiq. del Uruguay*, 1943; 8) – MINKOWSKA: "Van Gogh. Les relations entre sa vie, sa maladie et son oeuvre", *Evolution psychiatrique*, 1932; 3, 1, 53. – MOEBIUS: *Nietzsche*, Wiesbaden, 1902. – PODACH: *Nietzsches Zusammenbruch*, Meidelberg, 1930. – SCHWALBE: *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, Stuttgart, 1909. – STERN, WILLIAM: *Die differentielle Psychologie*, Leipzig, 1911. – TRAMER: *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*, Basel, 1941.

## L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa,  
comentarios de libros, artículos históricos  
Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353



## ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

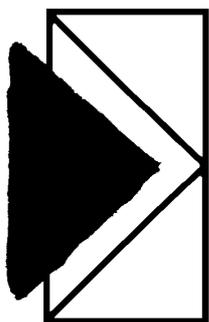
COORDINACIÓN

**GUSTAVO ROSSI**  
**FEDERICO MANSON**  
**GABRIEL PULICE**

Atención en Urgencias - Internación  
Domiciliaria Recreación - Traslados -  
Externaciones y Rehabilitación

Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes  
con Trastornos graves - Tercera Edad

4866-4975 / 4982-5011 / 4865-9109



# *confrontaciones*



## **Claves de la psicología cognitiva: la validez y la funcionalidad del pensamiento Entrevista a Leslie Sokol**

por Julián Bustin y Eduardo Keegan

**L**os días 10, 11 y 12 de agosto del 2000 se llevaron a cabo las jornadas de Psicoterapia Cognitiva. Las mismas fueron organizadas por la Fundación Innovar en Salud y contaron con la doctora Leslie Sokol como invitada especial. Esta especialista en psicología clínica e investigación es autora de varios artículos en las revistas más prestigiosas de la especialidad sobre tratamiento cognitivo de trastornos de ansiedad y sobre psicoterapia cognitiva en ambientes institucionales y comunitarios. Leslie Sokol es también Secretaria del Consejo de la Academia de Terapia Cognitiva, Miembro de la Asociación de Psicología Americana y de la Asociación Internacional de Terapia Cognitiva y coordinadora de los cursos de profesionales del Beck-Institute. Durante su estadía en Buenos Aires se prestó gentilmente para esta entrevista.

**Vertex:** *Muchos terapeutas en este país no están familiarizados con la terapia cognitiva. ¿Podría ilustrarnos sobre los conceptos básicos de la misma?*

**Leslie Sokol:** La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo. Este modelo postula que nuestras percepciones de las situaciones toman la forma de pensamientos que surgen espontáneamente y que denominamos pensamientos automáticos. Estos pensamientos influyen directamente en cómo nos sentimos, cómo nos comportamos y cómo respondemos fisiológicamente. Les enseñamos a los pacientes a identificar estos pensamientos, a evaluarlos y a considerar pensamientos alternativos basados en datos empíricos que confirmen o disconfirman la validez de los mismos. El objetivo es que los pacientes, a través de este trabajo

- sobre los pensamientos, se sientan en dominio de sus sentimientos, sus respuestas y sus actos.

**Vertex:** *¿Qué sucede cuando los datos empíricos confirman la validez de los pensamientos más negativos del paciente?*

**L. S.:** La clave de la terapia cognitiva es que examina la validez y la funcionalidad del pensamiento. Entonces algunas veces el pensamiento es válido ya que los datos empíricos lo confirman pero puede ser que no sea funcional. Hay casos en los que una mujer en realidad no te quiere y en el contexto de tu vida vas a tener que vivir con este hecho. Lo que se trabaja a través de los pensamientos es por qué este hecho está afectando tanto y si hay otro tipo de distorsiones

cognitivas subyacentes. La respuesta alternativa entonces puede ser que lo que me preocupa sea verdad pero puede que no todo lo que yo pensaba al respecto fuera así y no me voy a poner tan mal por eso. Por lo tanto, modificando la forma en que pensamos podemos reducir los sentimientos negativos que experimentamos.

**Vertex:** *En este país cuando se critica la terapia cognitiva, se escuchan frases tales como: "Es superficial, no va a lo profundo del problema", "Uno puede disminuir un síntoma pero si no modifica el problema de base se traslada a otro síntoma" ¿Cuál es su opinión en lo referente a estas críticas?*

**L. S.:** No hay duda de que la terapia cognitiva causa disminución en los síntomas. Este es el primer objetivo de toda terapia. Yo estoy de acuerdo en que si todo lo que uno hiciera fuese disminuirle los síntomas sin darle al paciente ninguna herramienta para seguir en la vida, muchos estarían de vuelta en el consultorio enseguida. Pero no es verdad que la terapia cognitiva sólo disminuya los síntomas. En el proceso de obtener esa disminución sintomática la terapia cognitiva le brinda al paciente herramientas específicas para afrontar las situaciones durante la vida, independientemente de los síntomas. Si hay vulnerabilidad para que los problemas sucedan nuevamente, esa vulnerabilidad está conectada a una duda personal subyacente que el paciente tiene y que nosotros denominamos creencia negativa subyacente o esquema. La terapia cognitiva identifica ese esquema, trabaja para modificarlo en una visión más saludable de uno mismo para que el paciente no sea vulnerable a una recaída de ese síntoma o ningún otro síntoma en el futuro. Además, hay evidencia empírica –aproximadamente 250 estudios en depresión solamente– que sustenta que la terapia cognitiva no sólo produce una disminución sintomática momentánea, sino también en el largo plazo. Nuestras tasas de recaída en los trabajos de investigación son inferiores a cualquier otro tipo de intervención, así que obviamente los pacientes están recibiendo algo más que una alternativa rápida y superficial.

**Vertex:** *¿Cuáles son las principales características que debe tener un terapeuta que utiliza el modelo cognitivo?*

**L. S.:** Para un terapeuta cognitivo –en realidad para cualquier terapeuta– lo más importante es establecer y desarrollar la relación interpersonal con el paciente. Entonces los terapeutas cognitivos –como cualquier otro terapeuta– deben tener aquellas habilidades interpersonales como, por ejemplo, la capacidad de ser empático, de ser continente, etc. y, creo, que tiene que gustarle la gente genuinamente. Considero que estas son las principales condiciones para ser terapeuta, en general, de cualquier modelo, no sólo terapeuta cognitivo. Como terapeuta cognitivo, debes ser como un científico, debes operar con vos mismo a través del modelo empírico, reconocer y tener la habilidad de ser objetivo, considerar la evidencia y no dejar que las emociones te gobiernen.

**Vertex:** *¿Cuales son los puntos importantes en el entrenamiento de un terapeuta cognitivo?*

**L. S.:** En el entrenamiento de un terapeuta cognitivo lo

primero es que el terapeuta entienda, acepte y utilice el modelo cognitivo. Esto es absolutamente esencial. Lo segundo es que se adhiera a la estructura de la terapia cognitiva y esto significa que se ajuste a todos los componentes estructurales de una sesión, tales como hacer un chequeo del estado de ánimo a través de instrumentos específicos, establecer una agenda, detectar los pensamientos automáticos, realizar resúmenes breves de lo que se dijo durante la sesión hasta ese momento, establecer una retroalimentación sobre cómo se sintió el paciente durante la sesión y asignar la tarea. Entonces si utilizan el modelo y se adhieren a la estructura estarán haciendo una terapia cognitiva adecuada.

**Vertex:** *¿Cuál es su opinión sobre el constructivismo dentro del cognitivismo?*

**L. S.:** La verdad es que no puedo decir mucho al respecto ya que no he leído mucho sobre el tema. Tenemos terapeutas constructivistas que vienen al Beck Institute pero no me siento con el conocimiento adecuado como para hablar al respecto.

**Vertex:** *¿Está usted familiarizada con el psicoanálisis?*

**L. S.:** No, la verdad que tampoco me siento capacitada para hablar al respecto. Soy muy respetuosa y prefiero no hablar de lo que no conozco con profundidad.

**Vertex:** *Hablemos un poco del modelo cognitivo. ¿Cuáles han sido, para usted los desarrollos principales del modelo cognitivo, en los últimos años?*

**L. S.:** Es interesante, el modelo ha sido el mismo desde el nacimiento, los cambios son que nos hemos vuelto más sofisticados. Nuestra conceptualización de los casos de los pacientes es más compleja. Realizamos formulaciones y aplicaciones de diagramas de conceptualización, que nos brindan un formato claro para comprender y conceptualizar mejor el caso. El modelo cognitivo en sí mismo no ha cambiado desde su creación. Dentro de la terapia cognitiva, los principales cambios han sido, la aplicación y generalización del modelo, creado primero para el tratamiento de la depresión, a otros trastornos mentales.

**Vertex:** *Justamente, en los últimos años se han publicado muchos libros de terapia cognitiva sobre patologías –trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de personalidad, adicciones– que no eran el foco inicial de interés de la terapia cognitiva como sí lo era la depresión y posteriormente lo fueron los trastornos de ansiedad. ¿Cuál es su opinión sobre la ampliación en los temas de interés de la terapia cognitiva y si hay suficiente validación empírica para la cantidad de libros que se han publicado?*

**L. S.:** Esa es la base de la terapia cognitiva, tener un tratamiento empíricamente validado. Y cada nuevo tratamiento que surge dentro de la terapia cognitiva, se comienza aplicando como un experimento y cuando la evidencia empírica valida su eficacia se utiliza. Así sucedió por ejemplo con la bulimia. Sí, es cierto que el modelo fue solo utilizado originariamente en depresión y ahora se está expandiendo a muchas otras patologías porque los datos sostienen la eficacia de este tratamiento.

**Vertex:** Sin embargo, a veces observamos que en algunos estudios el número de pacientes es muy bajo, por ejemplo en esquizofrenia, y ya se han publicado al menos tres libros sobre el tema y varias publicaciones en revistas especializadas ¿Usted cree que Beck está conforme con este tipo de publicaciones?

**L. S.:** Beck es un científico y lo que quiere es la replicación de los datos y por lo tanto está siempre interesado en la investigación, ya que ella es su alma y corazón. No es cierto que el número de pacientes sea tan bajo, ya que hay estudios de terapia cognitiva de la esquizofrenia en Holanda, Italia, Inglaterra y en EE.UU. Además muchas veces los libros y los artículos son publicados en principio con pocos casos. Posteriormente los demás clínicos e investigadores a los que les resulta interesante el modelo de trabajo comienzan a utilizarlo y por lo tanto así se llega a un número crítico de pacientes. Si en el largo plazo los datos no validan la eficacia de esta terapia entonces habrá que admitirlo y dejar de utilizarla para lo que no está validada. Además la terapia cognitiva no pretende ser la respuesta única y exclusiva para las patologías, a veces con terapia cognitiva solamente no alcanza y los terapeutas cognitivos somos pragmáticos y utilizamos todo lo que sea necesario para que el paciente tenga un buen pronóstico a largo plazo.

**Vertex:** ¿Es mejor la respuesta a la terapia cognitiva en pacientes con un coeficiente intelectual superior a la media?

**L. S.:** Eso es algo que he escuchado y, que yo sepa, no hay evidencia empírica al respecto. Lo que sabemos desde la clínica es que los pacientes con resultados más altos medidos con una subescala de vocabulario del WAIS obtenían resultados un poco peores con la terapia cognitiva. Piensan demasiado y tienen un pronóstico menos favorable con esta terapia. Habiendo tratado personalmente a pacientes que sólo han hecho el primer grado de la escuela primaria, particularmente con Síndrome de Down, y habiendo obtenido resultados positivos no creo –y no hay evidencia en ese sentido– que el coeficiente intelectual esté relacionado en forma estadísticamente significativa con la eficacia de la terapia cognitiva.

**Vertex:** En un principio Beck fue contundente al afirmar que para ciertos trastornos la terapia cognitiva estaba contraindicada, recuerdo por ejemplo la depresión con síntomas psicóticos ¿Cree que hay actualmente contraindicaciones para la terapia cognitiva?

**L. S.:** Yo creo que hay un grupo de pacientes para los cuales todavía el veredicto acerca de si está indicada o no se está esperando. Ese grupo es el de los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad. Eso no quiere decir que la forma clásica en que se aplica el modelo en la depresión se aplique de la misma forma a cada trastorno. Por ejemplo, en un trastorno obsesivo compulsivo con predominio de pensamiento obsesivo uno no se pasa en forma obsesiva examinando la validez del pensamiento porque uno perpetuaría la obsesión. Entonces tiene que haber una clara conceptualización del trastorno antes de que uno pueda aplicar el modelo cognitivo adecuadamente, y no aplicarlo en forma genérica a todos los trastornos de la misma manera.

**Vertex:** ¿Considera Ud. que la terapia cognitiva tiene alguna desventaja?

**L. S.:** Sí, una desventaja, en realidad, es que es cara. Dado que es muy costoso formarse y entrenarse como psicoterapeuta cognitivo, entonces, es muy caro luego para los pacientes acceder a este tipo de terapia.

**Vertex:** Desde el comienzo la terapia cognitiva y la ciencia cognitiva fueron por caminos paralelos ¿Usted cree que habrá un entrecruzamiento?

**L. S.:** Absolutamente, ahora hay estudios en la Universidad de Pennsylvania donde se examinan y comparan los Positron Emission Technology Scans (PETScans) de diversos pacientes con farmacoterapia y con terapia cognitiva para ver qué cambios hay en el consumo de glucosa en las diferentes áreas del cerebro con ambas terapias. Si son las mismas o no, si la intensidad es la misma. Yo creo que ahí está la acción. También está la investigación en lo relacionado con el proceso de la información. Por ejemplo en los pacientes con TOC se estudió si tienen realmente un déficit en la memoria o sólo tienen impedimentos de la memoria en el contexto de realizar rituales. Se sabe que no tienen un déficit real en la memoria pero sin embargo cuando chequean, eso específicamente no está en la memoria, no se lo acuerdan. Y creo que todavía hay mucho para decir en este aspecto y quizás la última respuesta para estos problemas refractarios en el TOC siga siendo la cirugía. Sabemos que la biología y la psicología están directamente relacionadas, como se observó claramente en la depresión. Si uno cambia un proceso psicológico está cambiando un proceso fisiológico.

**Vertex:** ¿Podría informarnos acerca del Instituto Beck y su forma de trabajo con los pacientes?

**L. S.:** El Instituto Beck fue creado hace cinco años, cuando el Dr. Beck abandonó ciertas actividades en la Universidad de Pennsylvania, aunque sigue siendo profesor de la misma y colaborando con el Centro de Terapia Cognitiva dependiente de la misma. En ese momento creó este centro que es autónomo de la Universidad, privado, con el objetivo de brindar tratamiento, educación e investigación en terapia cognitiva a la comunidad sin depender de ninguna institución. En lo respectivo a la educación, el Instituto brinda cursos en el nivel nacional e internacional entrenando a terapeutas. Tenemos, además, formación en el mismo Instituto a través de un programa para visitantes. También existe un programa especial en el cual supervisamos a terapeutas que trabajan en otros países. En lo que hace a la investigación estamos conectados con las universidades en relación con estudios longitudinales y prospectivos que estamos realizando. En lo que respecta al tratamiento específicamente, atendemos pacientes en sesiones de 45 minutos. La frecuencia promedio de las entrevistas es de una vez por semana, aunque a los pacientes más agudos podemos verlos dos o inclusive tres veces por semana si la ideación suicida es muy importante.

La terapia tiene un objetivo; cuando se cumple ese objetivo se termina el tratamiento. Sin embargo programamos con el paciente sesiones de refuerzo a largo plazo como parte misma del tratamiento y ciertamente la puerta está siempre abierta para el paciente si necesita retornar a la terapia por un nuevo proble-

ma o por una recaída. Lo que siempre les decimos a los pacientes es que la terapia cognitiva es un recurso para toda la vida. Que puede ser que su terapeuta no esté disponible, pero lo que importa es la terapia cognitiva y si la necesita, cualquier terapeuta en el mundo adecuadamente formado puede realizarlo y no tiene que ser uno en particular.

**Vertex: ¿Trabajan también psiquiatras dentro del Instituto?**

**L. S.:** Sí, el Dr. Beck es psiquiatra y también tiene un psiquiatra miembro del equipo que realiza todo lo relacionado con la medicación de los pacientes del Instituto. También realizamos interconsultas con psiquiatras de la universidad de Pennsylvania, en particular con los pacientes bipolares, cicladores rápidos, que necesitan un nivel de medicación más sofisticado.

**Vertex: Si alguien de Argentina quiere ir a realizar una rotación por el Instituto y atender pacientes, ¿puede hacerlo?**

**L. S.:** Sí y no. Pueden venir al instituto y realizar un entrenamiento como terapeuta visitante aunque no pueden atender pacientes debido a los seguros de salud. La mayoría de los pacientes están en un servicio administrado de salud que obliga a que los pacientes sean atendidos por especialistas en psiquiatría o psicólogos doctorados que tengan una licencia válida en el Estado de Pennsylvania. O sea que si los visitantes no tienen la licencia de Pennsylvania no pueden atender a ningún paciente.

**Vertex: ¿Cómo es la situación para los psicólogos en su país a partir de las organizaciones administradas de salud?**

**L. S.:** Esto afectó dramáticamente a nuestro Instituto. Hace dos años hicimos la experiencia de ser uno de los proveedores de las más grandes de estas organizaciones. Como resultado de esto teníamos una lista de espera enorme porque nos pasábamos el tiempo llenando papeles y no podíamos atender. Decidimos discontinuar el contrato y predominantemente vemos pacientes privados. El efecto de estas organizaciones se ve todavía más en las prácticas privadas, en los consultorios. En este momento el que trabaja independientemente esta pasando un momento muy difícil.

**Vertex: ¿Qué es un momento económico muy difícil para un norteamericano? ¿Cuál es el costo promedio de una sesión?**

**L. S.:** Antes lo habitual era que un psicólogo viese un promedio de 30 pacientes por semana. Esos 30 pacientes pagaban aproximadamente 80 dólares por sesión. Por lo tanto ganaban alrededor de 2400 dólares por semana. Ahora deben ver 40 pacientes por semana cobrando un promedio de 45 dólares por sesión. Así que ganan aproximadamente 1800 dólares por semana. Trabajan más y ganan menos. Además es mucho más difícil encontrar pacientes, porque la mayoría va a ver a un profesional de su aseguradora y sólo van a ver a alguien en privado si no están conformes con ese tratamiento. Por eso es una ventaja la terapia cognitiva, ya que produce disminución de los síntomas en forma rápida. Los pacientes muchas veces van a ver a un terapeuta cognitivo en los momentos agudos para que les

provean herramientas terapéuticas y después van a ver a alguien de su sistema para mantenimiento. Con lo que los pacientes dicen: "Tengo sólo para pagar tres sesiones, que podemos hacer." Y el modelo cognitivo permite brindar ciertos recursos en un período de tiempo muy corto. Yo personalmente hice un entrenamiento de un año y medio en un servicio de internación para especializarme en el tratamiento psicológico de pacientes internados. En este momento el promedio de internación para un paciente psiquiátrico en mi país es de tres días. Entonces en tres días hay que preparar un programa de terapia cognitiva que le sirva al paciente para cuando se vaya de alta.

**Vertex: En este momento hay una gran presión de la Asociación de Psicólogos Americanos para que los psicólogos puedan prescribir medicación. ¿Cuál es la opinión del Instituto y la suya en particular?**

**L. S.:** No sé la opinión de la institución al respecto. En mi país, los psicólogos del Ejército y de la Marina ya pueden prescribir psicofármacos. Yo personalmente no creo que un curso de uno o dos años de psicofarmacología sea suficiente para poder medicar adecuadamente. En ningún caso para mí es una complicación tener psiquiatras prescribiendo la medicación para mis pacientes. Trabajamos en conjunto, nos comunicamos. Mis pacientes están cómodos de esa forma y yo también lo estoy. Yo creo que el riesgo de que los que recetan no sean médicos es que no tienen la visión holística del paciente, el entendimiento de todos los síndromes médicos y las interacciones con los otros medicamentos. Creo que es un riesgo muy grande para el paciente que los psicólogos puedan medicar.

**Vertex: ¿Cuál cree que será la frontera para la terapia cognitiva o cree que ya estamos en el límite de lo que esta terapia puede realizar?**

**L. S.:** La verdad que no sé la respuesta a esa pregunta. Todo el tiempo hay cosas nuevas. Yo nunca pensé que se iba a poder aplicar la terapia cognitiva a la esquizofrenia o al trastorno bipolar. Hay muchos síndromes en los que el modelo debe ser probado. Yo soy optimista al respecto y tengo mucha esperanza en la importancia de la Academia de Terapia Cognitiva. La misma fue creada por nuestro Instituto para que la gente que se llama a sí mismo terapeuta cognitivo tenga una credencial verdadera.

**Vertex: ¿Cuál es la preocupación en esa área?**

**L. S.:** La preocupación es que el público en general y las compañías dedicadas a la salud reconozcan que hay un tratamiento más eficaz que un tratamiento genérico y porque digas que estás haciendo un tratamiento específico no quiere decir que verdaderamente lo hagas. Entonces la misión de la Academia de Terapia Cognitiva es suministrar una serie de exámenes rigurosos para asegurarnos que los que dicen llamarse terapeutas cognitivos verdaderamente lo sean. Por favor miren la página en Internet (risas) (<http://www.academyofct.org>).

**Vertex: ¿Tiene el Doctor Beck planeada una visita a nuestro país?**

**L. S.:** Sí, en marzo, en una fecha a confirmar, va a estar con ustedes ■

# La invención del organismo

## Notas sobre neurociencias y psicoanálisis

François Ansermet

Profesor de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Univ. de Laussane. Psicoanalista miembro de la Escuela Europea de Psicoanálisis.  
E-mail: Catherine.Cornaz@enf.hospvd.ch

*Mi razonamiento es que existe algo admirable en el hombre, a pesar de lo que Ud. pueda decir, que ningún sabio podría explicar  
¿Acaso no es maravilloso que yo esté aquí, que tenga algo dentro de la cabeza que piensa cien cosas diferentes en un momento, y que hace con mi cuerpo todo lo que quiere?*

Molière, Don Juan, Acto III, escena I

Cierta cantidad de recientes descubrimientos cuestionan muchas ideas comúnmente aceptadas sobre la relación entre el cerebro y la vida psíquica.

La evidenciación de la plasticidad cerebral en el desarrollo hace que el cerebro ya no pueda ser visto como una materia inerte. La red sináptica se halla en constante reorganización, pues la experiencia del sujeto deja una huella funcional y estructural en el cerebro.

También podríamos citar la actualidad del problema de la epigénesis, en momentos en que el proyecto del genoma humano nos acerca a un conocimiento cada vez más preciso del determinismo genético. La capacidad de penetración (pénétrance) y la expresividad de los genes parecen depender sobre todo de las particularidades de la experiencia del sujeto, lo que demuestra la importancia de los factores epigenéticos en el mismísimo seno del programa genético. Algunos trabajos tienden a demostrar que habría mecanismos genéticos destinados a desconectar al individuo de esta determinación genética, al punto que podría afirmarse que estaríamos genéticamente determinados para no estar genéticamente determinados; es decir genéticamente determinados para ser independientes de nuestra determinación genética. De esta forma, todo indica que estamos a punto de pasar a un nuevo paradigma (en el sentido de Kuhn)(1) sobre la relación del sujeto con el organismo.

Durante largo tiempo nos hemos basado, en lo que se refiere a las enfermedades mentales, en una oposición entre causalidad psíquica y causalidad orgánica. Si un gen, un neurotransmisor, una molécula, podían ser aislados en una enfermedad mental, se tendía a ver en él un factor causal, aunque pudiera tratarse de un mero relevo de acción en el funcionamiento cerebral. A partir de allí, esa enfermedad abandonaba la esfera de lo psíquico para entrar en la

de lo neurológico. Enfermedades cerebrales y fenómenos psíquicos se establecían así dentro de una lógica de exclusión recíproca. La evidencia de una lesión, el trastorno de una función cerebral, dejaban fuera de escena al campo psíquico excluyendo al mismo tiempo al sujeto. Para el ámbito psíquico sólo quedaba una vaga preocupación adaptativa, pues lo esencial de la acción terapéutica se orientaba hacia la perspectiva del descubrimiento de una terapéutica biológica.

Frente a las evidencias de la epigénesis y de la plasticidad cerebral, más que oponer causalidad orgánica y causalidad psíquica, deberíamos reconocer hoy día una causalidad psíquica capaz de modelar el organismo que trastoca completamente las concepciones que hasta ahora formaban el marco en el que se abordaba la relación entre la vida psíquica y el cerebro, modificando la manera de interpretar los resultados surgidos de la observación y la elaboración de las teorías resultantes.

### Crítica del "todo genético"

No se puede establecer ninguna correspondencia bi-unívoca entre un estado cerebral y un estado psíquico. Esto es válido también entre un gen y la característica que debería expresar. De aquí resulta una nueva visión de la organización estructural y funcional de lo viviente, más allá de una perspectiva reduccionista que tendería a identificar los complejos procesos de los fenómenos psíquicos con el efecto de algunos genes o del de estructuras o de funciones cerebrales específicas.

La idea de un funcionamiento determinado por un programa genético tiende a ser remplazada por un modelo más complejo, que reposa en nociones de interacción entre genes, donde varios genes pueden contribuir a expresar una característica, o un mismo gen puede contribuir a expresar varias características. La evidenciación de la importancia de los factores epigenéticos en la manifestación del fenotipo desemboca en un cuestionamiento del "todo genético"(2). Resulta así que ciertas redes epigenéticas tienen efectos retroactivos en la codificación y la programación genéticas, cuestionando de forma radical la supuesta correspondencia entre un gen, una proteína y una función o característica. De esta manera, debemos ir

más allá de una concepción simplista del papel de los genes en el determinismo genético(3) y debemos cuestionar los límites de un reduccionismo mecanicista acerca de la causalidad en biología.

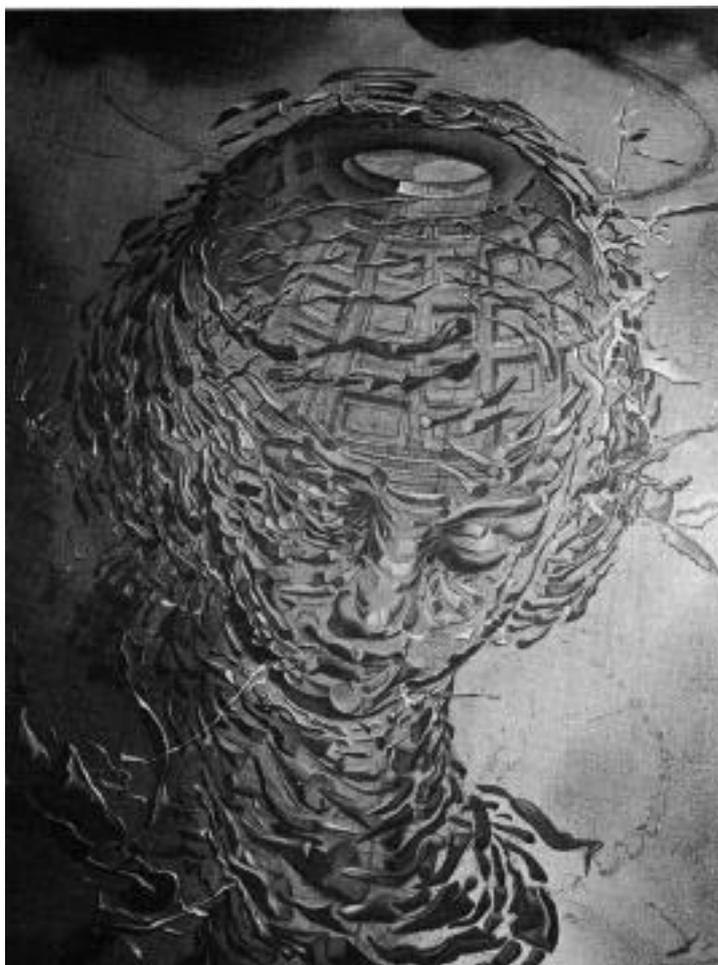
Una función compleja no puede ser reducida a un simple conjunto de propiedades elementales. La relación entre la estructura del genoma y la expresión de los genes pone de manifiesto una complejidad funcional mucho mayor de lo que suponíamos(4). Se trata de poder pensar una combinatoria compleja, establecida a partir de la paradoja de que no es posible aislar un gen codificador para un comportamiento mientras que, por el contrario, la modificación de un gen puede tener efectos específicos(5). Los fenómenos de la pleiotropía (el que un mismo gen pueda tener distintas funciones en diferentes organismos y en diferentes estadios del desarrollo), de la redundancia (la existencia de ADN repetitivo para la mayoría no codificadora y cuyas funciones, si existen, todavía desconocemos), de la redundancia funcional (es decir, la inactivación permanente de un gen codificador para una proteína que cumple un papel esencial en la regulación de una función o de una vía metabólica, que puede no producir un desorden visible en el funcionamiento celular, como si el déficit producido fuera compensado por la activación de otros genes o de fenómenos epigenéticos), contribuyen a demostrar la importancia de la red funcional y de la combinatoria entre la estructura del genoma y los factores epigenéticos. Entre genes y características se sitúa un doble cortocircuito cuya complejidad va más allá de toda visión simplista de la causalidad que relacionaría un gen con su expresión. Por lo tanto, la función de la red debería ser concebida más allá de las propiedades elementales que la constituyen.

Se hace cada vez más evidente que la existencia y el desarrollo de un organismo dependen simultáneamente de la expresión de su patrimonio genético y del contexto ambiental y social en el que se encuentra. Los disfuncionamientos deberían ser explicados mediante complejos desequilibrios entre estos distintos factores. Queda por definir a qué llamamos entorno. Es allí donde debería intervenir la contribución del psicoanálisis.

### **Crítica de la noción de entorno**

La noción de entorno es en sí demasiado reduccionista, factual. El niño llega a un mundo que existía antes que él, un mundo de lenguaje: la noción de Otro en el sentido lacaniano se vería beneficiada si remplazara a la de entorno. El Otro se conjuga en varios términos: es a la vez el Otro del lenguaje, el Otro cuyo inconsciente es el discurso, pero también el otro de la palabra, el Otro de lo simbólico.

El Otro del niño, no es sólo la madre frente a él, la pareja parental, la familia o el medio social con el que interactúa. El niño llega al mundo ya en relación



con el Otro del lenguaje. Ya antes de su nacimiento, ese Otro ha actuado. El niño recibe de ese Otro las bases de su comportamiento antes de que pueda interactuar con el medio. Mucho antes de toda capacidad de palabra, el lactante se muestra afectado por el sistema de la lengua que lo rodea. Como escribe Lacan: "El lenguaje con su estructura, existe antes de que cada sujeto entre en él, en un momento de su desarrollo mental" (6).

Es preciso distinguir al sujeto como sujeto del significante y al individuo afectado por un inconsciente, es decir afectado por el sistema de la lengua, marcado por "el afecto de la lengua que deja su huella en el cuerpo" (7). El significante también entra en juego como causa de goce: hallamos aquí el concepto de huella de afecto (*Affektspur*), como primer acontecimiento de la relación del sujeto con la lengua. La incidencia de la lengua constituye el primer acontecimiento que afecta al cuerpo. El individuo hijo de la lengua, es afectado por ella, su organismo se ve afectado, lleva sus huellas. La hipótesis de Lacan es que, el individuo afectado por un inconsciente es el mismo que el que designa como sujeto del significante. Como escribe Jacques-Alain Miller, hay que leer a Lacan junto con Aristóteles, distinguiendo el *upokeimenon* –lo que hay debajo del sentido, de la suposición lógica, el sujeto como supuesto– y el *usia*, es decir la sustancia. El hablar-ser es la unión del *upokeimenon* y del *usia*, unión del sujeto y de la sustancia, unión del significante y del cuerpo, del cuerpo afectado por el significante como causa de goce(8).

Más allá de la idea de entorno, es preciso ubicarse a partir del sistema de la lengua y su apropiación subjetiva en la palabra. No podemos sustraernos a la cuestión de la relación del sujeto con la palabra y el lenguaje. Así como a la de la incidencia en la naturaleza del hombre, de su relación con el orden simbólico, con los símbolos que rodean su vida incluso antes de que llegue al mundo(9). De esta forma, hay que contar con el Otro de la palabra en su función simbolizante, incluida la palabra dirigida al niño ya antes de que éste pueda hablar.

Tal vez al principio no tenemos más que el grito. Pero una respuesta transforma el grito en llamado. La respuesta convierte el grito en un pedido y el niño entra en el mundo del lenguaje que existía antes que él. Así es como el niño es sometido al lenguaje, sometido al significante. El significante se vuelve significante del pedido, es decir de la palabra. La palabra transforma al sujeto a quien es dirigida mediante el vínculo que establece con aquél que la emite. Lacan habla de las "marcas de respuestas que tuvieron el poder de transformar su grito en un llamado"(10). Es así como es preciso "que a la necesidad se agregue el pedido, para que el sujeto (antes de toda 'estructura cognitiva') entre en lo real".

### **El sujeto y el organismo**

Las dimensiones de lo biológico y las del sujeto son irreductibles entre sí. Pertenecen a órdenes distintos, inconmensurables, en el sentido de Kuhn(11). Sin embargo, los datos actuales de la epigénesis o del fenómeno de la plasticidad cerebral nos conducen a articularlas. El hecho de que no haya una simple correspondencia entre un estado psíquico y un estado cerebral, entre un genotipo y un fenotipo, pero tampoco entre las condiciones del entorno y la elección siempre única de quien se halla confrontado a éste, nos lleva a una serie de hiatos que dibujan el espacio del sujeto. Como si la cuestión del sujeto como excepción a lo universal se hallara contenida tanto en las leyes del organismo como en las de los límites del determinismo social.

Más allá de lo que se puede predecir, queda entonces un lugar para el sujeto. El punto es pensar por una parte qué está determinado por la masa del organismo, y por otra parte, qué es propio del sujeto, de su elección, comprobando al igual que Wittgenstein que: "La predicción es incompatible con la elección"(12). Pensar por un lado que el organismo participa en la determinación del sujeto y por otro lado que el sujeto puede tener una incidencia en el organismo, nos conduce así a considerar estos distintos ámbitos y a pensar en sus articulaciones.

Tal como lo enunciara Lacan en 1958, en el IV Congreso internacional de psicoterapia de Barcelona: "que en el análisis se vea implicado el sustrato biológico del sujeto no implica de ninguna manera que la causalidad que el análisis descubre pueda reducirse a lo biológico" (13). Podemos extender esta comprobación a la idea de que aun cuando hay una afección orgánica, el interrogante de saber qué sujeto va a surgir de allí sigue abierto, en la medida que el sujeto y

el organismo deben ser considerados como pertenecientes a órdenes distintos.

Como contrapartida, el hecho de que la experiencia del sujeto pueda dejar una huella en la red neuronal –como lo demuestra el fenómeno de la plasticidad cerebral– o que pueda tener un papel en la expresividad de los genes –como lo demuestran los interrogantes actuales respecto de la epigénesis–, indica hasta qué punto el sujeto puede participar para modelar su organismo.

La experiencia deja huellas, que pueden asociarse bajo forma de rasgos, implicando una vulnerabilidad producida por particularidades estructurales y funcionales impuestas a su vez por fenómenos propios del sujeto (ya sea mediante el impacto de un acontecimiento psíquico o por ausencia de un acontecimiento que permitiría, por ejemplo, una descarga pulsional). Hallamos aquí algunos de los temas propios del Proyecto para una psicología científica de Freud y de los desarrollos que le siguieron en psicoanálisis. Pero en lugar de ser hipotéticos, estos hechos pueden ser demostrados hoy experimental o clínicamente, sobre la base de los desarrollos de la neurobiología y de las imágenes cerebrales. Llegamos así a la predicción de Freud cuando enunciaba que "tal vez las insuficiencias de nuestra descripción desaparecerían si ya pudiéramos poner en práctica, en lugar de términos psicológicos, términos fisiológicos o clínicos. La biología es en verdad un área de posibilidades ilimitadas: debemos esperar de ella la luz más sorprendente y no podemos adivinar qué respuestas daría dentro de algunas décadas a las preguntas que le formulamos hoy"(14).

### **Una causalidad lógica**

Es así que hoy podríamos preguntarnos, como lo hacía ya Lacan en su Seminario III, cómo es que un organismo humano puede "arreglárselas no sólo con un medio natural, sino con un universo significativo"(15). Se trata pues de reconocer que acerca de la causalidad, no sólo hay un acontecimiento, sino que son "las leyes y los efectos propios del lenguaje lo que constituye la causalidad"(16); causalidad que Lacan califica de lógica más que psíquica, "si le damos a la lógica la acepción de los efectos del logos y no sólo del principio de contradicción" (17).

Así pues, en lo que atañe a la causalidad, es preciso buscar las huellas de la lengua en el cuerpo, la afección de la lengua que deja la huella en el cuerpo, como decía Jacques-Alain Miller. Lo que hace del hombre un ser que padece el lenguaje. De esta forma, Lacan considera al psicoanálisis la cola de la medicina, su última flor, por el hecho de que tiene en cuenta que: "lo humano se ve afligido por el lenguaje"(18). Así, no se pueden eludir las cuestiones que provoca el inconsciente estructurado como un lenguaje. "Si las pulsiones que se descubren allí son de nivel diencefálico o rinoencefálico", seguimos ignorando, como decía Lacan, "cómo concebir que las pulsiones se estructuran en términos de lenguaje", pues ya desde el principio, "en el lenguaje fue donde se conocieron sus efectos?(19). Así, el interrogante atañe a la manera en que las pulsiones quedan atrapadas en los veri-

cuetos del lenguaje, en el encuentro del organismo con el sistema de la lengua, al comienzo de toda diferenciación del cuerpo. En la psicosis como en la neurosis, el trastorno presentado es conexión real del significante y del cuerpo, fijación inaugural de goce, condición primera de la forma en que el sujeto se relaciona con el organismo.

Es así como las neurociencias y la genética hoy día tienden a descubrir mecanismos universales que, sin embargo, desembocan en lo único, reactualizando lo que es propio del psicoanálisis. Por una parte con los universales propios de la ciencia moderna, caemos en el rechazo del sujeto, pero por otra parte, mediante las retroacciones funcionales propias de la epigénesis o la variabilidad infinita de la plasticidad cerebral, cada sujeto aparece como una excepción a lo universal. En un punto inesperado de coincidencia, los progresos más recientes de las neurociencias y de la genética convergen en la cuestión irreductible de la singularidad, que constituye justamente aquello a partir de lo cual procede la experiencia analítica.

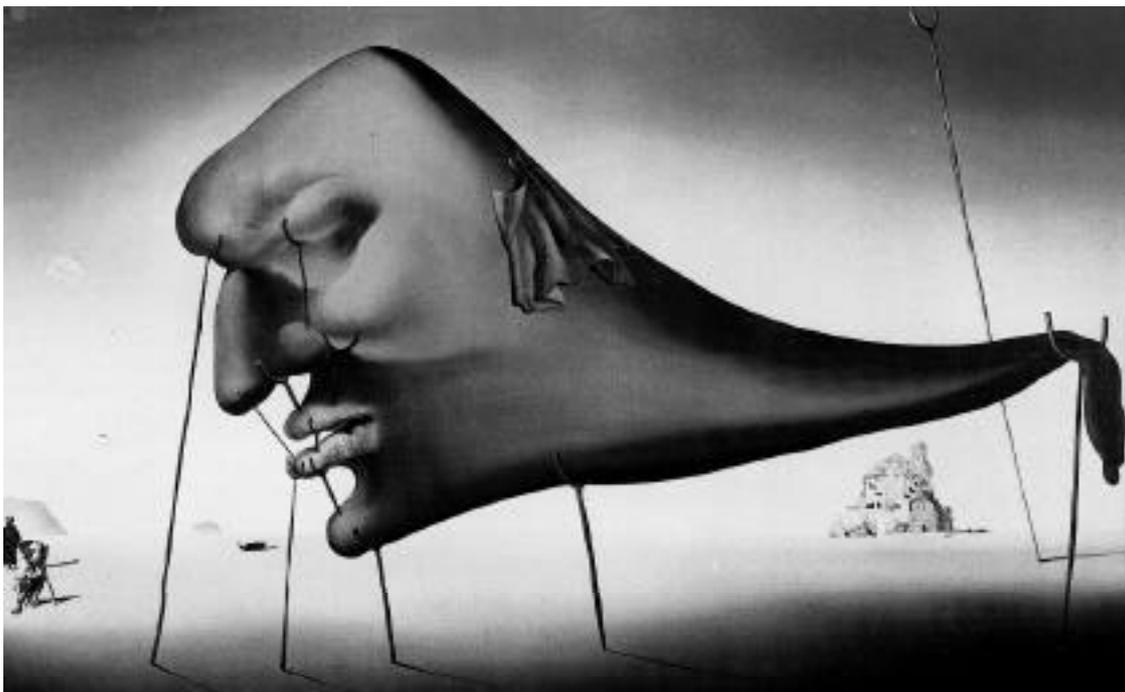
La cuestión del sujeto se halla así en el entrecruzamiento de la ciencia y del psicoanálisis. Encontramos finalmente la ecuación planteada por Lacan en Ciencia y Verdad entre el sujeto de la ciencia y el sujeto del psicoanálisis (20). Ambos conforman uno solo. Entonces, ¿debemos pensar en el psicoanalista como un practicante de la epigénesis, un practicante de la plasticidad cerebral, un especialista de esa "ciencia de lo particular" (21) a la que llevan también los recientes progresos de las neurociencias y de la genética? En todo caso, una causalidad lógica produce su efecto tanto en el sujeto como en la manera en que éste afecta al organismo. ¿Debemos decir que en psicoanálisis como en biología, "siempre somos responsables de nuestra posición de sujeto"? (22) Sin embargo, no podríamos pretender aquí que el sujeto fuera totalmente responsable de su organismo, una parte del cual se escapa ciertamente de la intersección con los

fenómenos propios del sujeto. Se trata sólo de insistir, en el seno de los actuales debates científicos, en la importancia de la cuestión del sujeto; y recordar que no existe oposición absoluta entre ciencias y ciencias humanas, en la medida en que, como lo recuerda Lacan: "no hay una ciencia del hombre, porque el hombre de la ciencia no existe, sino sólo su sujeto" (23).

### **Indeterminación y contingencia**

Es preciso darse cuenta de que en toda ciencia, como en el psicoanálisis, lo general sólo se halla en el punto extremo de la particularidad. Como declaraba Ferdinand Saussure: "Es el detalle último de los fenómenos lo que también es su razón última, y así la especialización extrema es la única que puede servir de manera eficaz para la generalización extrema" (24). De esta forma las neurociencias o la genética, por lo que hoy demuestran, como la clínica psicoanalítica, no proceden de un saber basado únicamente en universales, sino que se centran en lo particular teniendo siempre en cuenta los imperativos generalizados de la ciencia.

Este hecho, dicho sea de paso, le confiere a la clínica una renovada actualidad. Así es, ésta es un modo de construcción del saber que se estableció precisamente para tratar de resolver la contradicción entre lo único y lo múltiple. La clínica se basa en la experiencia de lo único: al darle todo su lugar, permite acceder a lo múltiple, para enseguida hallar lo único, tratando de volver a probar constantemente en cada nuevo caso el saber que produjo. Oponerle a la clínica del sujeto una contradicción entre lo universal y lo particular, es ignorar los fundamentos mismos del método clínico. En psicoanálisis, como en neurociencias o en genética, es considerando lo particular como se puede acceder a resultados que pueden reivindicar



un valor general. No es poca la sorpresa que causa ver que esta lección se le recuerda al psicoanálisis desde el área de las neurociencias y de la genética.

Así pues, hoy en día es preciso hallar un paradigma propio de una causalidad lógica del sujeto, que permita pensar la no-determinación que marca su destino en todos los planos, neurobiológico, genético y social. Es esta no-determinación lo que le ofrece al sujeto el espacio para realizar sus propias elecciones, apoyándose al mismo tiempo en lo que lo determina. Ya sea en el campo genético, cerebral o social, siempre llegamos a un eslabón perdido, pues el sujeto se halla determinado paradójicamente por la ausencia de su determinación. Es así como el sujeto puede ser verdaderamente comprendido como una excepción a lo universal que lo sostiene.

Este espacio fundamental de libertad, biológicamente determinado si podemos permitirnos la paradoja, es un factor de imprevisibilidad. El sujeto emerge a través de un acto de asunción subjetiva, un acto que realiza un corte. Desde luego, el sujeto no es libre. Más bien, debe liberarse. Y es precisamente por el acto mediante el cual se libera que el sujeto se constituye como tal, un acto que desorganiza y reorganiza al mismo tiempo lo que estaba, en el campo de la historia como en el del organismo.

De esta manera, el sujeto se ve sometido a una indeterminación primera, a la que responde. Es esta misma respuesta la que lo constituye como sujeto. El sujeto es pues, respuesta, respuesta de lo real como lo indica Lacan(25). Así, parafraseando a Lacan, es el azar el que nos impulsa a un lado o a otro "al que nosotros convertimos –pues somos nosotros lo que lo consideramos así– en nuestro destino"(26). El destino como tal lo constituye el sujeto en su realización. Por ende, es preferible hablar de realización del sujeto más que de realidad del sujeto. El encuentro, la tuché se transforma, en la contingencia, en el pivote de lo que hará el sujeto como autor de su propio devenir, aunque luego lo considere su destino. Acerca del devenir del sujeto, no hay que acomodar sólo las contingencias a las necesidades. Más bien es preciso descubrir y sostener aquello donde el encuentro del sujeto con el acontecimiento, ya sea del cuerpo o de la historia, puede constituir algo más que una trampa, una trampa de causalidad, y volverse por el contrario la ocasión de una crisis, de un momento crucial. El encuentro, en su aspecto contingente, incluso a veces el encuentro negativo, en un momento que luego tal vez se revele decisivo, apela a la invención del sujeto que también desemboca, como hemos visto, en la invención de su organismo ■

---

## Notas

1. Thomas S. Kuhn. *La structure des révolutions scientifiques (1962,1970)*, Flammarion, Paris, 1983
2. Henri Atlan. *La fin du "tout génétique"? Vers de nouveaux paradigmes en biologie* NRF éditions, 1999
3. Michel Morange. *La part des gènes* Edit. Odile Jacob, Paris
4. Henri Atlan. *op. cit.*, p. 21
5. Michel Morange. *op. cit.*
6. Jacques Lacan. L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. In: *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 495
7. Jacques-Alain Miller. Biologie lacanienne et événements du corps. *La Cause Freudienne* N° 44, février 2000
8. *Ibid.*, p. 47
9. Jacques Lacan. Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse (1953). In: *Ecrits*, Seuil, Paris, p. 279
10. Jacques Lacan. Remarques sur le rapport de Daniel Lagache (1961). In: *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 679
11. *Ibid.*, p. 654
12. Ludwig Wittgenstein. *Leçons sur la libre volonté* PUF, Paris, 1998, p. 49
13. Jacques Lacan. La psychanalyse vraie et la fausse. *L'Ane*, N° 51, 1992, p. 24-27
14. Sigmund Freud. Au-delà du principe de plaisir (1921). In: *Essais de psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1981, p. 109-110
15. Jacques Lacan. Les psychoses. *Le Séminaire*, Livre III (1955-56), Seuil, Paris, 1981, p. 214
16. Jacques Lacan. *op. cit. L'Ane*, N° 51, 1992, p. 24
17. *Ibid.*, p. 24
18. Jacques Lacan. Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines. *Scilicet* 6/7, 1976, p. 18
19. Jacques Lacan. Situation de la psychanalyse en 1956. In: *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 466
20. Jacques Lacan. La science et la vérité (1966). In: *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 858
21. Jacques Lacan. Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse (1953). In: *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 260
22. Jacques Lacan. La science et la vérité (1966). In: *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 858
23. *Ibid.*, p. 859
24. Ferdinand de Saussure. Cours de linguistique générale. Notes manuscrites publiées par R. Engler, Wiesbaden, Otto Harrassowitz, 1974
25. Jacques Lacan. Vétourdit. *Scilicet*, 4, 1973, p. 15
26. Jacques Lacan. Joyce, le symptôme 1 (1975). In: *Joyce avec Lacan* (sous la dir. de Jacques Aubert), Navarin éditeur, Paris, 1987, p.

# lecturas y señales



## LECTURAS

*Enrique Probst, "Fronteras invisibles"* EP Edit., Montevideo, 2000, 181 págs.

El título del libro que comentamos se origina en un recuerdo de infancia del autor acaecido durante un viaje al interior del Uruguay en el que visita la localidad de Rivera, lindera con Brasil, y descubre, sorprendido, al llegar a la línea fronteriza entre ambos países, que el pasto (metáfora de lo real a lo que aluden los modelos y teorías) continúa igual a ambos lados de los mojones que marcan el límite; y que para crear a este último, era necesario imaginar la línea que aparecía en sus manuales escolares. En la realidad tal línea no existía. Este recuerdo ofició como disparador de toda una serie de reflexiones clínicas, epistemológicas, terapéuticas y hasta políticas y filosóficas que jalonan el libro. A lo largo de los trece capítulos de la obra, Probst va presentando, en un contrapunto múltiple, diversas problemáticas de nuestra especialidad –ficción y delirio, nostalgia y depresión, psicoanálisis y neurociencias, verdad y poder–, cruzando fronteras imaginarias (entre modelos teóricos) en un largo viaje que dura, como reza la faja que envuelve las tapas del libro, 50.000 horas (¡más de 30 años!) en un consultorio psiquiátrico.

Enrique Probst fue Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de la República y Director de la Clínica Psiquiátrica de la Cátedra; también es miembro de la Asociación Psicoanalítica del Uru-

guay y Presidente del Colegio Uruguayo de Neuropsicofarmacología. *Fronteras invisibles*, un libro escrito en el recogimiento –dice Enrique– es un texto caleidoscópico. "Fragmentos", dice el autor, pero también podemos definirlo como una serie de pequeños ensayos que se entrelazan con pasajes autobiográficos y que por momentos se desliza al estilo del cuento, lo cual lo hace atractivo, no solamente para los especialistas sino, también, para el gran público. Probst escribe con una prosa que podríamos definir como "en lomo de gato": suave, eléctrica, tibia; como suele escribir un políglota con imaginación, gusto y cultura literarios. Este texto no entra en la categoría de los *instant sellers* (como gustan llamar los editores anglosajones a los libros de corta existencia en el interés de los lectores, esos que Giovanni Levi designa como libros meteóricos, fugaces); por el contrario, *Fronteras invisibles* está instalado en otro lugar intelectual. Responde a una secuencia de información seleccionada conducente a una posición cognoscitiva de gran coherencia conformando un corpus sólido surgido de una vida entera de práctica clínica concienzuda y profunda reflexión teórica.

No es entonces uno de esos libros fugaces, como los que se mencionan antes, sino un testimonio perdurable de la vida personal y profesional de un maestro latinoamericano.

J. C. S.

*Luis Alberto Ellerman, "Justicia y Salud Mental; Trabajo judicial y estrés laboral"* Javier Ríos Ed., 2000, 128 págs.

Esta obra presenta el resultado de un trabajo de investigación lleva-

do a cabo por el autor, médico psiquiatra y forense, en la Prov. de Entre Ríos. La indagación fue realizada por medio de la aplicación de una encuesta que abarcó al 45% de los magistrados de Primera y Segunda instancia en actividad en la provincia. En la parte central del trabajo se estudia la percepción de la impunidad por parte de los encuestados y la influencia de dicha percepción en el desempeño de la administración de justicia, asimismo, se explora el grado de conformidad del grupo de magistrados con la tarea que realizan y la posible influencia de esas condiciones laborales en la salud de los mismos. La gran originalidad del libro surge del revelado de datos capaces de mostrar los factores que inciden en forma mayúscula en la vida cotidiana de todos e involucran la existencia de los trabajadores judiciales colocados en esa casi imposible posición de decidir sobre la libertad y los bienes de sus conciudadanos en un período histórico signado por la desigualdad, la impunidad y la injusticia estructural como condiciones del modelo socio-económico dominante.

Vertex

*Alberto Julio Monchablón Espinoza, "Catatonías por neurolépticos, Síndrome Neuroléptico Maligno"* Edit. Ananké, 1998, 308 págs.

El síndrome neuroléptico maligno es una urgencia psiquiátrica de primera magnitud. Su interpretación como resultado de una reacción patológica a las drogas ha sido objeto de una profusa bibliografía; Sewell y Jeste (1992) lo consideran la más seria complicación de la psicofarmacología. En este texto que constituye una prolija investigación clínica Monchablón Espinoza apoyándose en una importante casuis-

tica personal y una profusa, bibliografía de más de trescientas referencias, postula su perfil como el de una catatonía aguda. Luego de recorrer la evolución y complicaciones del cuadro, su diagnóstico diferencial y su fisiopatología, el autor propone las pautas de tratamiento y una serie de útiles consideraciones médico-legales respecto de esta grave patología.

La extensa experiencia hospitalaria de Monchablon Espinoza le otorga una mirada autorizada para discriminar el diagnóstico de estos cuadros que ilumina con la tradición de la escuela alemana de Wernicke, Kleist y Leonhard de cuyas teorías es profundo conocedor y divulgador en nuestro medio. Un libro de utilidad práctica inexcusable y lectura obligatoria para todo psiquiatra.

J. C. S.

**apsa**

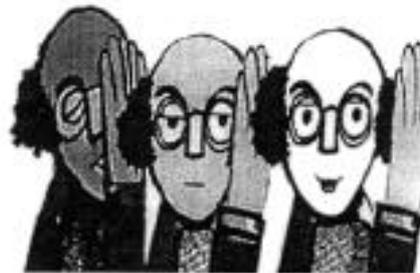
**XVII Congreso Argentino de Psiquiatría  
II Congreso Internacional de Salud Mental**

**INDICACIONES EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
Ética. Responsabilidad. Calidad y Eficacia**

del 26 al 29 de Abril del 2001  
**HOTEL SHERATON MAR DEL PLATA**

Organizado por: APSA  
CIUDAD AUTONOMA  
de BUENOS AIRES

Informes e inscripción:  
San Martín 579, Piso 2'  
(1004) C.A. Bs. As. Argentina  
Tel.: (54-11) 4393-3059/3129 y  
4326-2944. Fax: (54-11) 4393-3381  
E-mail: [apsa@overnet.com.ar](mailto:apsa@overnet.com.ar)  
web: <http://www.apsa.org.ar>



**SEÑALES**

## Simposio internacional

De las bases al futuro: comenzando una nueva era  
en el manejo de la enfermedad de Alzheimer

**Pablo Gabay**

*Médico Psiquiatra (UBA). Miembro de la Com. Directiva de la Soc. Argentina de gerontoneuropsiquiatría (SAGNP)*

Los días 27 y 28 de octubre se llevó a cabo, en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Sevilla, España, el lanzamiento a nivel mundial de Reminyl, nombre comercial de la droga galantamina, desarrollada por el laboratorio Janssen-Cilag. El mismo contó con la presencia de destacados panelistas, unos 700 especialistas en demencia de todo el mundo y aproximadamente 150 miembros del área Sistema Nervioso Central del laboratorio. Los participantes fueron, también, los primeros en visitar en la web un sitio dedicado a esta nueva droga ([www.reminyl.com](http://www.reminyl.com)), recién lanzado.

La presentación, en forma de

simposio, se desarrolló en varias sesiones que abarcaron la patofisiología de la enfermedad de Alzheimer (EA), su diagnóstico, el tratamiento a largo plazo, el manejo completo de los aspectos conductuales y económicos y los trastornos del cuidador del paciente. El panel de cada uno estuvo conformado por especialistas que ya han tenido la oportunidad de ensayar la nueva droga.

En la EA, uno de los déficits colinérgicos más notables es la reducción de la cantidad de receptores nicotínicos para la acetilcolina en el cerebro, los que intervienen en la memoria y en el aprendizaje. Es sabido que los inhibidores de la acetilcolina producen una mejoría

sintomática de corto plazo de duración y que el uso de agonistas nicotínicos puede inducir la sensibilización del receptor nicotínico, conduciendo a la aparición de tolerancia y limitando la, duración de su eficacia.

La galantamina tiene un novedoso modo dual de acción: es un inhibidor competitivo reversible de la colinesterasa y, además, modula alostéricamente los receptores nicotínicos de la acetilcolina. Los receptores presinápticos modulan la liberación de acetilcolina y de otros neurotransmisores (glutamato, serotonina y GABA), siendo la galantamina uno de los más potentes moduladores alostéricos. Su unión

al receptor nicotínico de la acetilcolina (nAChR) se produce en un sitio diferente al del agonista natural. Su acción facilita la apertura de los canales iónicos relacionados directamente con el receptor nicotínico. Aumenta la sensibilidad del receptor presináptico a la acetilcolina y la cantidad de acetilcolina liberada. Por su acción sobre otros neurotransmisores también actúa sobre los aspectos psicológicos y conductuales de la EA<sup>1</sup>.

De esta manera amplifica la acción de la acetilcolina en los receptores pre- y post-sinápticos y no induce sensibilización del receptor. Además, se ha sugerido que el mantenimiento de la función del receptor nicotínico tendría un efecto neuroprotector, pues protege de la muerte neuronal inducida por el F3-amiloide<sup>2</sup>.

En un estudio multicéntrico dirigido a investigar la eficacia y la tolerancia de la galantamina, doble ciego, controlado con placebo, sobre 978 pacientes que padecían EA leve a moderada, llevado a cabo durante 5 meses, se utilizaron dosis escalonadas en forma lenta (durante 8 semanas) de hasta 24 mg/día. Este modo de administración parece mejorar la tolerancia a la droga. Los efectos adversos que se presentaron fueron principalmente gastrointestinales, su incidencia fue baja y su intensidad leve. Dosis de galantamina de 16 y 24 mg/día mejoraron significativamente los síntomas cognitivos, funcionales y de conducta<sup>3</sup>.

Otro estudio multicéntrico, de 6 meses de duración, doble ciego, controlado con placebo, se llevó a

cabo con 626 pacientes que padecían EA leve a moderada, en dosis de 24 o 32mg/día. Luego de los 6 meses se continuó otros 6 meses en estudio abierto con dosis de 24mg/día de galantamina. Los autores concluyeron que, a los seis meses, la galantamina mejoró significativamente la cognición y la función global, y que dicha mejoría se mantuvo durante 12 meses con la dosis de 24 mg/día<sup>4</sup>.

Lilienfeld y Parys, evaluando el programa de estudios clínicos de Fase III de la galantamina, sobre más de 3.000 pacientes con EA leve a moderada, concluyeron que los pacientes mejoraron su función cognitiva con dosis de 16, 24 y 32 mg/día y que la mejoría se mantuvo durante todo el período de tratamiento evaluado (seis meses), sin importar el nivel de severidad de la EA. La dosis de 32 mg/día no se asoció con un beneficio cognitivo adicional<sup>5</sup>.

Como se sabe, quien sufre el impacto más importante de la enfermedad, además del paciente, es su cuidador directo. El factor que más incide en esta situación no es el cognitivo sino el conductual el que, por esta razón, es el primer condicionante de la institucionalización de estos enfermos. R. Blesa evaluó los efectos de la galantamina sobre las actividades de la vida diaria (AVD), especialmente sobre la calidad del sueño, los trastornos de conducta y el impacto de la enfermedad sobre el cuidador. Concluyó que, luego de 12 meses de tratamiento se mantuvieron la capacidad funcional y la conducta de los pacientes, lo que estuvo

asociado a una disminución de la sobrecarga de los cuidadores y en una reducción del tiempo que estos debieron dedicar a supervisar y asistir a los pacientes<sup>6</sup>.

En resumen, la galantamina (Reminyl de Janssen) promete ser una droga eficaz y bien tolerada para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en sus etapas leve a moderada, con algunas ventajas sobre los medicamentos actualmente en uso. Los médicos argentinos tendremos la oportunidad de utilizarla a partir de fines del 2000, cuando finalicen los trámites en la ANMAT y sea introducida en el mercado nacional ■

#### Bibliografía

1. Maelicke A., Allosteric modulation of nicotinic receptors as a treatment strategy for Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr. Cogn. Disord*(2000); 11 (suppl 1): 11-18.
2. Schratzenholz A. et al., Potential benefits of nicotinic modulation [poster 6]. *International Symposium - Em foundations to the future: commencing a new era in the management of Alzheimer's Disease, Sevilla*(2000).
3. Tariot P. N., Solomon P. R., Morris J. C. et al., A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. *Neurology*(2000); 54:2269-2276
4. Raskind MA, Peskind ER, Wessel T et al. Galantamine in AD. A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. *Neurology* (2000); 54:2261-2268.
5. Lilienfeld S & Parys W. Galantamine: additional benefits to patients with Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr. Cogn. Disord.* (2000); 11 (suppl 1): 19-27.
6. Blesa R., Galantamine: therapeutic effects beyond cognition. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord*(2000); 11 (suppl 1):28-34.

## CURSO SOBRE ACTUALIZACIONES EN TRASTORNOS BIPOLARES

**Profesor Hagop Akiskal (EE.UU.)**

**Asociación Argentina De Psiquiatría Biológica**

Sábado 16 de Diciembre

Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina

A partir de las 9 de la mañana, hasta la tarde

Esperamos contar con la presencia de todos ustedes

Gustavo Vázquez (Coordinador) Eduardo Rubio Domínguez (Presidente),  
Roxana Galeno (Vicepresidenta) Marcelo Cetkovich-Bakmas (Past-President),  
Gerardo García Boneto (Secretario) Pablo Rozic (Prosecretario),  
Jorge Ciprian (Secretario Científico).

# La Psicología en el siglo XXI: vigencia de sus prácticas

## Ecós y resonancias del X Congreso Argentino de Psicología

**Adolfo E. Faya**

*Comité Ejecutivo del X Congreso*

Con la presencia entusiasta de más de 2000 inscriptos y teniendo como marco el bello estilo arquitectónico proporcionado por el centro de convenciones Patio de la Madera, durante tres intensas jornadas de trabajo los psicólogos y estudiantes de psicología de todo el país y de países vecinos –Uruguay, Chile y Brasil– se dieron cita para debatir, en el primer Congreso Nacional que inaugura el milenio, hacia dónde se orientan las tendencias y prácticas de cara al siglo XXI.

En la ciudad que fue escenario hace 40 años del egreso de los primeros psicólogos, recibidos en la Facultad de Psicología de Rosario –primera creada en el país– y a 20 años del 40 Congreso Argentino organizado por primera vez por la Federación de Psicólogos, el Congreso fue una rotunda confirmación de que la convocatoria conjunta entre FEPR y AUAPSI era no sólo acertada, sino esperada por nuestra comunidad. Dar el primer

paso, arrojar el primer dado en el debate impostergable entre lo académico, lo científico, lo gremial y profesional, fue abrir el juego – complejo sin duda de aceptar las diferencias sin querer resolverlas en respuestas unívocas.

Es difícil presentar un panorama de las cien ponencias de las mesas simultáneas, de las más de 400 contribuciones libres y de los aproximadamente 50 talleres que se hicieron. Sin embargo, quizás, se pueda decir que primaron las posiciones críticas, ni apocalípticas, ni integradas, para tomar dos conceptos acuñados por Umberto Eco en la década del 80. Así por citar algunos debates, se analizaron las consecuencias que la concentración del capital y el desarrollo científico y tecnológico traen a la subjetividad de nuestra época y se mostró la contracara del bienestar: las patologías del lazo social, la creciente segregación, los síntomas sociales emergentes, las patologías del consumo, las variaciones en los agrupamientos fa-

miliares y sociales. El descubrimiento del genoma humano y la manipulación genética y el sueño de promover entre genética y orden lógico un programa de *software*.

La instantaneidad y aceleración del tiempo, el borramiento del tiempo para comprender, el aplastamiento de la dimensión subjetiva, la exaltación del narcisismo. Cuestiones todas estas ligadas a la ética en la práctica profesional.

Rigor y profesionalidad en los aportes en las mesas de contribuciones libres de la AUAPSI, con numerosos trabajos que se instituyeron como algo valioso a la hora de posicionar la psicología en la práctica de la investigación en las ciencias sociales. También es de destacar que se logró reunir en mesas de trabajo a psicólogos de distintas provincias, que comparten el mismo campo de tareas. Se intercambiaron experiencias y se fomentaron vínculos que se proyectan al futuro, creando redes comunicacionales que permiten un frente común en el abordaje a los problemas similares en las diferentes regiones nacionales.

Emotiva la entrega al mejor trabajo inédito otorgada por la FEPR, a la psicóloga Alicia María Torres de Torres, del Hospital Ramón Carrillo de Iruya, provincia de Salta, por el trabajo "Desde la Psicología de Frontera, cuestionamiento al concepto de resiliencia". Nuestras felicitaciones para la colega.

A modo de conclusión: se pudo constatar que vigente, variada y múltiple, la Psicología acepta los desafíos actuales y se prepara para el porvenir, haciendo gala de una vitalidad que hace honor a sus frondosas raíces ■

### L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

*Cahiers de psychologie clinique et de psychopathologie générale fondés en 1925*

*Rédacteur en chef: Yves Thoret*

4 Números por año

Solicitar informes y suscripción en la redacción de Vertex  
49-0690 de 10 a 16 horas