



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

4



PSICOGERIATRIA

*Lagos / Singer / Moizeszowicz  
Nöel / Preuss / Salvarezza*

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

Volumen II - Nº 4 Junio - Julio - Agosto 1991





# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

4

## Comité Científico

Directores:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
**Rodolfo Daniel Spiguel**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**

F. Alvarez (Bs. As.), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Loo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

### Corresponsales en:

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (Hosp. Italiano y AP de BA); D. Friedman (Hosp. C.T. García); P. Gabay (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); C. Reggiani (Hosp. B. Moyano); N. Stepanyk (Hosp. R. Gutierrez); E. Zaslavsky (Hosp. Israelita); **CORDOBA:** M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli.

**CHUBUT:** J. L. Tuñón. **Entre Ríos:** J. H. Garcilaso. **MENDOZA:** B. Gutiérrez. **RIO NEGRO:** J. Pelegrini. **ROSARIO:** M. T. Colovini.

### Corresponsales en el Exterior:

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **CHILE:** A. San Martín. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello. **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky.

### Informes y correspondencia:

**VERTEX**, Charcas 3939 P. B. "B", (1425), Capital Federal, Argentina, Tel. 72-8262 / 953-2353.

Gerencia y Administración:  
Carlos De Lorenzo  
Diseño:  
Alfredo Saavedra  
Lidia Mazzalomo  
Corrección y estilo:  
Diego Creimerman  
Publicidad:  
Oscar Peluffo Urtubey  
Composición y Armado:  
Omega Lasser  
Sarmiento 3475 4º G  
Tel. 87-6745  
Impreso en:  
La Técnica Impresora  
General Cesar Díaz 4728  
Tel. 568-0958 - Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. II N° 4, JUNIO - JULIO - AGOSTO 1991.

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

La vejez, etapa y situación vital, establece la posibilidad de llenar el horizonte con la experiencia, el conocimiento y la enorme tolerancia hacia lo humano y la naturaleza. De esta forma las ilustraciones se inauguran con la figura de J. L. Borges, en la conocida fotografía de Anne Marie Henrich y se produce el encuentro de ríos y árboles con los rostros de algunos grandes creadores. El poema de Ricardo Molinari fue publicado en el Suplemento literario del diario La Nación, diciembre de 1990.

*Del aire al aire / iba entre las calles y la atmósfera. Pablo Neruda.*



# NACE UN NUEVO CONCEPTO

# NIMOTOP<sup>®</sup>

CALCIOANTAGONISMO  
CEREBROACTIVO

Nimodipina (Bay e.9736) Investigación original Bayer



Calcioantagonista  
cerebroactivo  
específicamente  
creado para el  
tratamiento de los  
síndromes orgánicos  
cerebrales en  
pacientes ancianos.

Ejerce su acción  
a nivel vascular  
y neuronal



**Composición:** NIMOTOP<sup>®</sup> comprimidos recubiertos: Cada comprimido recubierto contiene 30 mg de nimodipina.

**Indicaciones:** Tratamiento de los síndromes orgánicos cerebrales en pacientes ancianos caracterizados por: pérdida de memoria, disminución de la iniciativa y de la concentración, inestabilidad emocional, deterioro de la capacidad mental.

**Posología y Modo de Empleo:** Salvo otra indicación médica, se recomienda para las alteraciones del rendimiento cerebral 1 comprimido de 30 mg tres veces por día. Los comprimidos deben ingerirse sin masticar, con un poco de líquido independientemente de las comidas. El intervalo entre las tomas no deberá ser inferior a 4 horas.

**Contraindicaciones:** NIMOTOP<sup>®</sup> no presenta contraindicaciones absolutas. NIMOTOP<sup>®</sup> deberá emplearse con precaución cuando se compruebe edema cerebral generalizado o hipertensión endocraneana. Aunque en la experimentación animal no se demostraron efectos teratogénicos, la indicación de NIMOTOP<sup>®</sup> durante el embarazo deberá considerarse bajo criterios muy estrictos.

**Interacciones:** La administración simultánea de NIMOTOP<sup>®</sup> en pacientes hipertensos tratados con medicación hipotensora, pue-

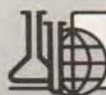
de reforzar los efectos de la misma. NIMOTOP<sup>®</sup> no debe aplicarse con betabloqueantes por vía intravenosa, ya que puede producirse hipotensión severa. La administración concomitante con cimetidina puede aumentar el nivel sérico de Nimodipina.

**Precauciones:** Los efectos colaterales, especialmente la hipotensión, pueden acentuarse en pacientes con disfunción hepática o renal grave, especialmente en la cirrosis hepática. En estos casos se recomienda disminuir la dosis en función de los valores tensionales y del ECG.

**Efectos secundarios:** A las dosis recomendadas NIMOTOP<sup>®</sup> es en general bien tolerado; pueden presentarse los siguientes efectos colaterales: calambres, ruborización facial, molestias gastrointestinales, náuseas, mareos, somnolencia, sensación de calor, hipotensión marcada (sobre todo con valores iniciales elevados), sequedad y dolor precordial.

**Presentación:** Envases con 30 y 60 comprimidos recubiertos, de 30 mg.

Para mayor información dirigirse a BAYER ARGENTINA S.A. - División Farm. Gral. Rivad 2489 - 1417 Buenos Aires. Teléfonos 501-3271 - 77.



"Bayer AG Leverkusen ha investigado y desarrollado este medicamento original"

Bayer



**EDITORIAL**

**L**a psiquiatría: práctica integrada histórica y socialmente dentro de las llamadas artes de curar, continúa debatiendo su objeto. Se perfilan y optimizan sus instrumentos de medición y escucha, pero a su vez, el campo objetivado de la tarea se extiende perdiendo sus contornos al encontrar nuevos campos de actividad y renovadas demandas desde las más diferentes regiones del quehacer humano.

Así se presenta un aparente espectro continuo de conocimientos, que van desde los infinitesimales fenómenos del reconocimiento molecular hasta las observaciones antropológicas o institucionales del sufrimiento en las catástrofes sociales o naturales.

Pero de la misma forma que resulta tan difícil soportar las diferencias, polemizar y confrontar en la práctica entre diversas escuelas y disciplinas, debemos aceptar y tolerar, discontinuidades, avances y retrocesos.

La brújula entonces, estará centrada en la búsqueda de las explicaciones del comportamiento humano, sus significaciones y la tarea siempre renovada de colaborar en el alivio y la superación del padecimiento; en nuestro campo: el sufrimiento psíquico y sus consecuencias intra e intersubjetivas. En este número el Dossier se detiene en un capítulo de envergadura: el envejecimiento y sus perspectivas desde la mirada psicológica y psiquiátrica. Muy lejos de agotar el tema, se analizan los fenómenos del repliegue o la socialidad, hasta aquellos vinculados a la familia del paciente que se encuentra perdido y desvalido.

En Confrontaciones ofrecemos un artículo polémico que aparece como eco del Dossier sobre Anorexia Mental. Y en Rescate se presenta el trabajo de Clerambault que fue un hito en las formas de entender la locura, ubicado y comentado históricamente por el Dr. A. Goldchluck.

Es un duro y apasionante oficio, el de trabajar en este territorio de afectos desbordados y vivencias atrapadas entre el dolor y la creatividad. Renovamos entonces el lugar de Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, como un topos de debate, de encuentros y desencuentros, un sitio útil donde pueda avanzarse sobre la práctica cotidiana para poder pensar y reflexionar, y que, de esta manera, los "eternos retornos", pasen a convertirse en historia y conocimiento ■

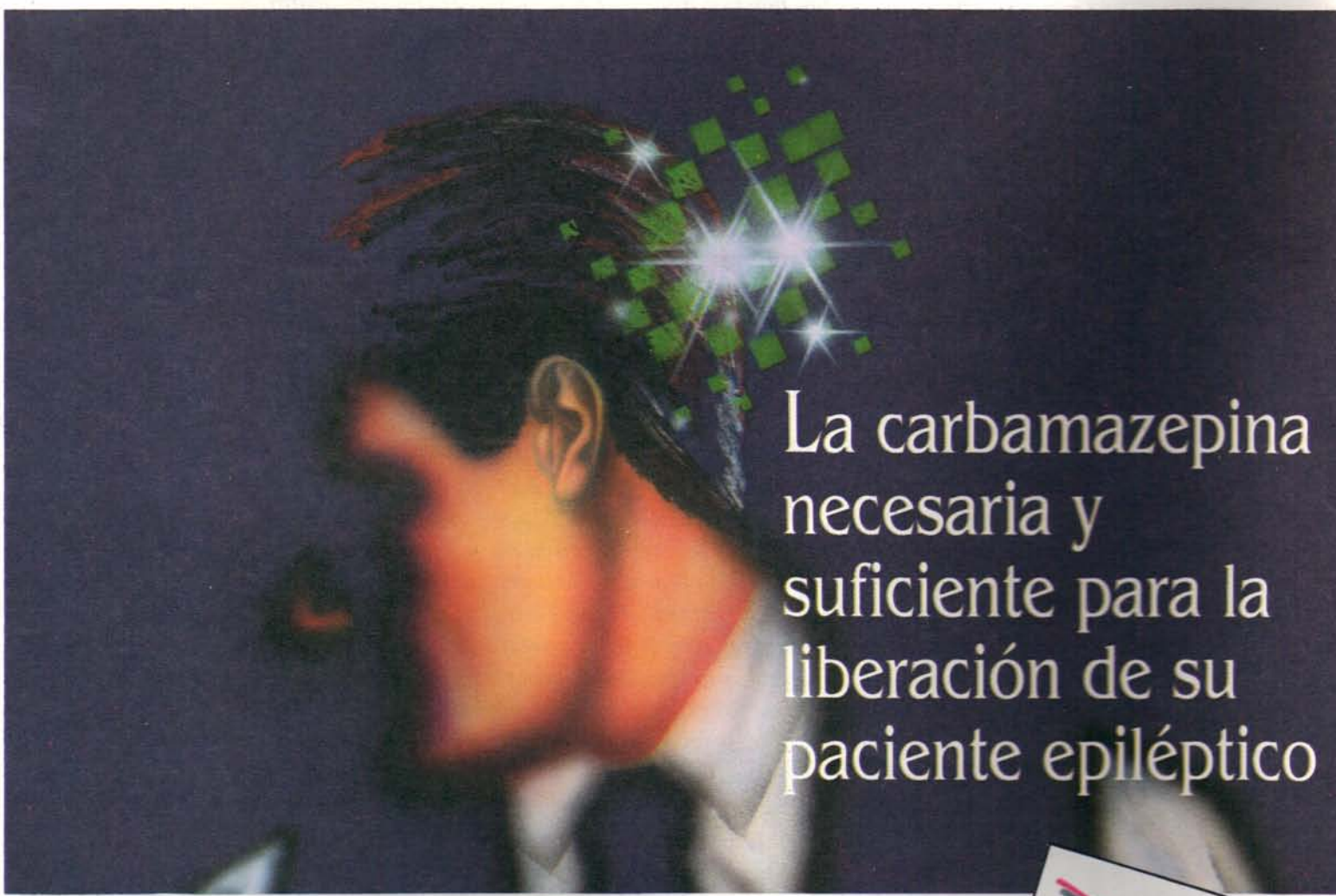
R. D. Spiguel J. C. Stagnaro D. Wintrebert



# CONFORMAL 400 AP

Carbamazepina 400 mg AP con liberación en partículas Unicell

Unica carbamazepina en comprimidos UNICELL  
de liberación prolongada

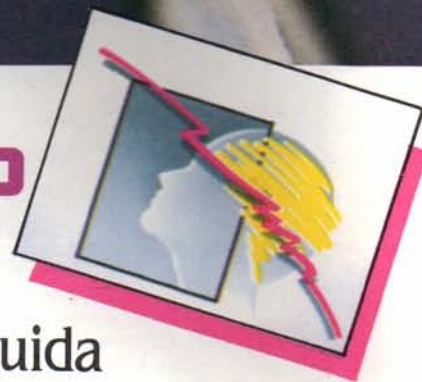


La carbamazepina  
necesaria y  
suficiente para la  
liberación de su  
paciente epiléptico

# CONFORMAL 200 mg

Carbamazepina

Unica carbamazepina en comprimidos incluida  
en la canasta de  
medicamentos





## SUMARIO

1

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Aproximación psicoanalítica al tratamiento de la psicosis, hoy" Dra. L. Ricón, Buenos Aires, pág. 87
- "Impotencia sexual asociada a tumor cerebral", Dres. J. A. Ure; C. A. Morasso; R. J. Capdevila y J. C. Andreani, Buenos Aires. pág. 91
- "La elección medicamentosa en el tratamiento antidepresivo con tricíclicos" Dr. R. A. Montanari, Buenos Aires. pág. 94

2

### DOSSIER

- "Psicogeriatría - Trabajos desde diferentes perspectivas": social, D. M. Lagos, pág 102; psicofarmacológica, J. Moizeszowicz, pág. 107; neuropsicológica, P. Nöel, pág 114; neurológica, J. Preuss, pág. 119; grupal, D. Singer, pág 123 y psicológica, L. Salvarezza, pág 129

3

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "La pasión de mirar" por el Dr. A. E. Goldchluk, pág. 139
- "Automatismo mental y la escisión del yo" por G.G. Clérambault, pág. 142

4

### CONFRONTACIONES

- "Comentarios sobre el tratamiento propuesto por la Dra. Bello", Irene E. Celcer, pág. 151
- "Acerca de Cyrano de Bergerac", Rubén Di Marco, pág 154

5

### LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 158; Señales pág.159





## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Charcas 3939, P.B. "B" (1425) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina 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 y teléfono. 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 no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
  - 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 inmediatamente 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 proporcional cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.



# REVISTA

DE EXPERIENCIAS  
CLÍNICAS  
Y NEUROCIENCIAS

## APROXIMACION PSICOANALITICA AL TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS, HOY

Lía Ricón\*

### Resumen

A partir de algunas consideraciones sobre el concepto de proceso y de proceso psicoanalítico, se sintetizan algunos lineamientos generales sobre las características de los tratamientos psicoanalíticos en algunos cuadros psicóticos: 1. Carácter psicótico; 2. Depresiones reactivas de nivel "melancólico", en personalidades narcisísticas y 3. Aspectos psicogenéticos de las psicosis esquizofrénicas.

**Palabras clave:** Proceso, proceso psicoanalítico, psicosis, tratamientos psicoanalíticos.

"CURRENT APPROACH TO THE PSYCHOANALYTIC TREATMENT OF PSYCHOSIS"

### Abstract

Beginning with some considerations about the concept of process and psychoanalytic process, general features of the psychoanalytic treatment of certain psychotic cases are summarized: 1) Psychotic character; 2) Reactive depressions of "melancholic" level in narcissistic personalities and 3) Psychogenetic aspects in schizophrenic psychosis

**Key words:** Process - Psychoanalytic Process - Psychosis - Psychoanalytic Treatment.

"APPROCHE PSYCHANALYTIQUE AU TRAITEMENT DE LA PSYCHOSE, AUJOURD'HUI"

### Résumé

A partir de quelques considérations sur le concept de processus et de processus psychanalytique nous faisons une synthèse de certaines caractéristiques des traitements psychanalytiques des syndromes psychotiques suivants: 1) psychose de "caractère"; 2) dépression réactionnelle de niveau "mélancolique" dans les cas de personnalité narcissique et 3) aspects psychogénétiques des psychoses schizo-phréniques.

**Mots Clés:** Processus - Processus psychanalytique - Psychose - Traitements psychanalytiques.

### 1. Introducción

El concepto de psicosis ha sufrido modificaciones desde la primera referencia hecha por Feuchterleben, quien llamó así a los padecimientos del alma por oposición a las neurosis consideradas como enfermedades de los nervios (8).

La Psiquiatría Clásica, organizada particularmente sobre la base de los planteos de la fenomenología, propone un concepto de psicosis que tiene en cuenta los fenómenos aparentes, definidos como observables que permiten el diagnóstico del cuadro clínico llamado psicosis.

A partir de la ruptura epistemológica del 1900, el concepto de psicosis puede pasar de lo aparental a lo estructural. Esta hipótesis de estructura se basa en los conceptos de la metapsicología freudiana que se refiere a hechos bastante alejados de la experiencia, tales como la existencia de instancias, pulsiones, aparato psíquico, energía capaz de transformaciones, etc.

\* Psiquiatra. Psicoanalista en función didáctica A.P.A. Prof. titular Depto. de Salud Mental UBA. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hosp. Italiano de Bs. As. Pueyrredón 2366, 4º p. Cap. Fed. Tel. 803-3072.

Dentro de la metapsicología, se hace indispensable una mención especial al concepto de inconsciente como estructura, como un conjunto de elementos covariantes representacionales, vinculados entre sí por las leyes del proceso primario. Este es un cambio fundamental con respecto a la concepción del fenómeno psicótico, definido antes teniendo en cuenta fundamentalmente sus manifestaciones aparentes. Importa esta mención porque el concepto de inconsciente como otra escena, como otra legalidad, está en la base de lo que puede entenderse como aproximación psicoanalítica al tratamiento de las psicosis.

Dicho esto, podemos enunciar que un tratamiento psicoanalítico implica una modificación estructural. Esto es válido no sólo para las psicosis sino también para personalidades normales o neuróticas o estructuras borderline.

En este punto de nuestro razonamiento se plantea un difícil problema que es no poder contar con un modelo claramente definido de la estructura dicha "sana", "normal", "ideal" o cualquier término similar. Esta dificultad está en los límites y en las fronteras de nuestra disciplina. Por una parte



nos plantearía el problema del objetivo hacia el que deberíamos apuntar en la realización del proceso psicoanalítico y por otra parte nos lleva a buscar conceptos antropológicos y sociológicos.

No es éste el tema supuesto para este trabajo, aunque esté muy estrechamente relacionado, de modo que nos limitaremos a esbozar algunos enunciados sólo para que sirvan como punto de partida para nuevos razonamientos.

1.1 El hombre no es un producto acabado, sino un ser en evolución. Los cambios que muestran la evolución aparecen muy lentamente en lo que se refiere a la estructura física, de modo que están fuera de la historia. No ocurre lo mismo en lo referente al psiquismo en el que los rápidos cambios determinados por factores culturales pueden ser registrados y estudiados. Me remito a considerar las distintas axiologías y modos de reaccionar que ha tenido la humanidad desde que tenemos memoria y a las diferencias entre distintas culturas aún contemporáneas.

1.2 En estrecha relación con lo que termino de decir, el psiquismo individual no puede ser considerado neurótico o psicótico o normal, sin tener en cuenta el consenso social que es quien pone la línea divisoria entre una condición y otra.

1.3 Como consecuencia de lo anterior, la consideración del desarrollo y la estructura del psiquismo debe tener particularmente en cuenta las influencias del medio ambiente. Desconocer este aspecto sería aceptar el innatismo y la concepción del hombre como un producto acabado de una creación.

En este sentido una de las pocas ventajas del DSM III R, modelo casi totalmente inaplicable para quienes trabajamos psicoanalíticamente, es la consideración del Eje IV enunciado como "intensidad del stress psicosocial".

1.4 Hay algunos cuadros que parecen hacer caso omiso de la cultura y que aparecen casi iguales a sí mismos a lo largo de lo que conocemos como historia de la humanidad. Sean ejemplos ilustrativos las depresiones endógenas y las anorexias nerviosas. En estos casos la fuerte incidencia de cambios en el cuerpo anatomofisiológico

barre con la influencia de los factores culturales. El ejemplo opuesto está dado por las llamadas patologías intermedias, en franco aumento en los últimos años de post-modernidad, y algunas esquizofrenias.

1.5 El estudio de la influencia de la cultura no es sólo asunto de sociólogos o de algunos psicoanalistas. En un texto escrito por un biólogo, "El gen egoísta" (1) hay un último capítulo titulado "Memes: Los nuevos reproductores", en el que desarrolla sus conceptos de la transmisión cultural, incluso como un fenómeno no exclusivo del hombre. Habla de las mutaciones culturales observadas en los cantos de los pájaros. El autor llama "meme" a un elemento que podría equipararse a la molécula de ADN como entidad reproductora. El nombre es tomado siguiendo el significado del vocablo griego y es considerado como una unidad de imitación similar al gen. Dice textualmente Dawkins: "Los memes y los genes a menudo se refuerzan unos a otros, pero en ocasiones entran en contradicción. Por ejemplo, el hábito de celibato presumiblemente no se hereda genéticamente. Un gen para el celibato está condenado al fracaso en el acervo cultural génico, excepto en condiciones muy especiales tales como las que concurren en los insectos gregarios. Pero aún así un meme para el celibato puede tener mucho éxito en el acervo de memes".

Desde nuestra perspectiva psicoanalítica, el meme referido al idioma sería tal vez la menor partícula que puede hacer desplazamientos metonímicos y llevaría entonces a cambios estructurales que podrían evidenciarse en la categoría de herencia considerando que nacemos inscriptos en un discurso, que nos precede y nos organiza.

## 2. Los tratamientos psicoanalíticos

En razón de la extensión posible y el objeto de este trabajo, vamos a dejar de lado el problema insoslayable de la influencia de la cultura y las dificultades que el rápido impacto de los factores culturales tiene en el desarrollo del psiquismo y en la concepción de un

modelo a seguir. Este tema será objeto de un trabajo posterior.

Veamos cuáles son algunos de los requisitos indispensables del encuadre. Por parte del paciente necesitamos la posibilidad de asociación libre y una cierta capacidad de comprensión del "como sí" de las formulaciones del analista y de recomposición, de reorganización de sí mismo después de la inmersión en la situación transferencial durante el transcurso de la sesión. Por parte del analista, el trabajo se basa en develar las situaciones conflictivas transformadas en traumas mediante la interpretación de las resistencias y de la transferencia, teniendo en cuenta los intereses y axiologías que el paciente hubiera podido desarrollar y sostener si hubiera podido lidiar adecuadamente con sus conflictos. No hay modelo a seguir, no hay saber absoluto. No me pasa inadvertido que estoy describiendo una tarea imposible. Como sea, ésto es lo que intentamos hacer los psicoanalistas y solemos tener la satisfacción del éxito cuando desenvolvemos al individuo su libertad.

En la psicosis todo está obstaculizado y para cumplir con estas premisas hay que ayudarse con métodos accesorios. Esto me parece de capital importancia porque quiere decir que no estamos modificando nada de lo esencial del desarrollo del proceso psicoanalítico sino que implementamos modificaciones estratégicas y tácticas que permiten este triunfo contra el dolor, el sometimiento a los propios conflictos, la incapacidad y la muerte.

Me parece útil en este punto algunas consideraciones con respecto al concepto de proceso. Utilizo lo planteado por Gregorio Klimovsky(7). En primer lugar el concepto de proceso se relaciona con el de función. Esto es con la existencia de variables, de órdenes de cosas relacionadas entre sí. De modo que si trabajamos con dos variables, dado el valor o estado de la primera, el valor o estado de la segunda está determinado. Esto puede aplicarse tanto a lo individual como a lo social, a las sustancias vivas como a los minerales. "Un proceso es una función que correlaciona, para cada instante de un determinado lapso, un cierto



estado o configuración característica del individuo o comunidad que se está investigando". Esta sería una primera acepción muy general a la que hay que agregar la idea de "unidad" determinada por la existencia de un "estado final". Habría un encadenamiento causal, no en el sentido de la causalidad determinística sino más vale "... al hecho de que haya alguna regularidad o conexión que pueda ser de muchos tipos, incluso estructural".

Aplicado al proceso psicoanalítico, Klimovsky lo define como una "sucesión de eventos con sus conexiones causales más las acciones que el terapeuta va imprimiendo en ciertos momentos para que la secuencia sea una y no otra".

Un proceso no actúa en forma antojadiza y arbitraria sino con cierta racionalidad. Debe conocer las posibilidades que tiene para actuar y tener un criterio de valoración para poder elegir el camino más conveniente (3).

Estas precisiones sobre el concepto de proceso permiten entender mejor el porqué es válido considerar proceso y encuadre como variables no totalmente dependientes. De aquí se deduce fácilmente que las modificaciones del encuadre que indispensablemente deben efectuarse en el tratamiento de los cuadros psicóticos, son justamente las que permiten que se desarrolle el proceso psicoanalítico.

Como ejemplo de lo que termino de decir se puede mencionar el fuerte apuntalamiento yoico que se hace a través de intervenciones verbales que serían objetables, más aún inconvenientes por su carácter conductista si se formularan en un tratamiento a personas no psicóticas. Otro ejemplo es la posibilidad de actuar directamente sobre el cuerpo a través de técnicas especiales tales como terapia ocupacional, musicoterapia, expresión corporal, talleres literarios y plásticos, recreación, etc. Huelga decir que estamos hablando de un trabajo en equipo en el que el psicoanalista es un integrante del grupo de terapeutas. Seguimos usando absolutamente el modelo de funcionamiento del psiquismo posible a partir de Freud, pero en particular teniendo en cuenta los fenómenos de escisión(4). Hemos modificado las tácticas y estrategias.

### 3. Los cuadros clínicos

Una primera aclaración es dejar sentado que hay cuadros psicóticos que no son pasibles de tratamiento psicoanalítico. Me refiero a los que son groseramente atribuibles a una perturbación del cuerpo antomo-fisiológico y que desaparecen cuando la causa operante en este nivel desaparece. Si bien desde una posición absoluta toda enfermedad es psicósomática, si nos colocamos en el lugar de personal de salud que debe resolver un problema, la urgencia es actuar sobre el cuerpo.

Se incluyen en este grupo las confusiones y delirios debidos a causas traumáticas o tóxicas, las depresiones sintomáticas de enfermedades orgánicas, etc. En estos últimos casos, si bien podemos suponer que si la depresión fue particularmente penosa, la personalidad estaba afectada previamente y se hace indispensable un tratamiento psicoterapéutico, éste aparece en estos casos como una demanda agregada.

Menciono a continuación cuadros en los que el tratamiento psicoanalítico ha demostrado tener efectos muy importantes.

#### 3.1 Carácter psicótico.

3.2 Depresiones reactivas de nivel "melancólico", en personalidades con fuertes rasgos narcisísticos y pérdida de objeto de identificación narcisística.

3.3 Aspectos psicogenéticos de las psicosis esquizofrénicas.

3.1. Dentro de esta denominación, deliberadamente muy abarcativa, se incluyen descripciones hechas por diversos autores. Este nombre dado por Frosch(5) alude particularmente a la estructura visualizable desde la perspectiva psicoanalítica y por esto me parece más pertinente para incluir cuadros como las estructuras borderline, las "como si" y otras.

Si hacemos una extensión mayor del término que puede resultar útil para nuestro propósito, incluiremos también las personalidades patológicas tales como estructuras narcisísticas, perversas, psicopáticas e infantiles (psicósomáticas). Siguiendo hasta los bordes el concepto de carácter psicótico, encontraríamos también fac-

tible denominar así a cualquiera de las estructuraciones de la personalidad que, sin tener la fijeza de las estructuras patológicas, bajo la influencia de situaciones de stress (aludo al eje IV de la DSM III R) pueden ser consideradas como psicóticas en determinados períodos de sus existencias.

En el tratamiento de estos caracteres psicóticos el único camino posible es el psicoanalítico(9), aunque, como ya lo ha expuesto exhaustivamente Kernberg(6) es indispensable saber que debemos tolerar un desarrollo discontinuo del proceso psicoanalítico. El proceso curativo se verá interrumpido por intervenciones que no están incluidas en la ortodoxia. Entiendo que las interrupciones determinadas por las vicisitudes del padecimiento y por las intervenciones del personal de salud son las que hacen posibles las condiciones generales para que aún con interrupciones, se mantenga un proceso psicoanalítico. Un encuadre rígido, sin la flexibilidad necesaria en este tipo de pacientes, obstaculizaría el desarrollo del proceso. Creo entonces que el proceso es posible en la medida en que toleremos las modificaciones del encuadre.

¿Cuáles son entonces las transgresiones?

3.1.1. Tener un cuidado muy particular con el momento en el que deben formularse interpretaciones muy regresivantes. Este error llevaría al paciente a un estado de confusión psicógena en el que se esfumarían las posibilidades de distinguir mundo interno y mundo externo, sesión y no sesión, realidad y fantasía. Tal como aparece en la denominación dada por H. Deutch estos pacientes no entienden el "como si" de la formulación psicoanalítica.

3.1.2 En las descompensaciones en las que aparecen síntomas que hacen difícil la tolerancia y contención por parte de la familia, se hace indispensable implementar otros recursos tales como psicofármacos tranquilizantes o internación. Si esto se transforma en un acontecer frecuente se impone el concomitante tratamiento del grupo familiar por otro terapeuta.

3.1.3. En cada sesión debe tenerse en cuenta la incapacidad del



paciente para recomponer su yo como instancia mediadora. Podemos esperar que un neurótico se rearme y nos salude amablemente después de habernos maltratado en la sesión con alguna conciencia del lugar transferencial que estuvimos ocupando. No podemos pretender lo mismo de este tipo de pacientes. La falta de ayuda a este aspecto de la recuperación puntual en cada sesión los dejaría como "desnudos" en el frío, acosados por sus pulsiones y el medio ambiente.

3.1.4. En momentos en los que se están tocando zonas particularmente perturbadas por la falta de criterio o juicio de realidad, ésta debe ser en parte provista por el terapeuta a la manera de un reforzamiento yoico que el paciente no puede hacer por su cuenta.

3.1.5. En los cuadros que presentan los mayores niveles de perturbación, se hace indispensable el agregado de terapias que actúan por mediación del cuerpo y de actividades dirigidas así como también el psicodrama o los juegos dramáticos. Ninguna de estas técnicas, ni todas juntas son en reemplazo del psicoanálisis, más aún, se deben organizar como un tratamiento que puede ser operativo si lo realiza un equipo integrado en el que los distintos niveles son considerados como una parte de la estrategia general del tratamiento.

3.2 Las depresiones reactivas de nivel melancólico: en estos cuadros las características que observamos en un nivel transversal, no evolutivo, son similares a las descritas en las depresiones endógenas durante el llamado período de estado. Son también las características que Freud menciona cuando precisa la diferencia entre duelo normal y melancolía(2). Más que en otras situaciones de la práctica como personal de salud, aquí es indispensable un diagnóstico preciso. Tratar con psicofármacos una depresión reactiva lleva a promover en el paciente la descalificación de la palabra como instrumento terapéutico y la consiguiente espera de ayuda externa como única salida. Tratar con psicoterapia de cualquier tipo una depresión endógena es perder tiempo, aumentar el padecimiento y contribuir a la cronificación del cuadro.

Volviendo a lo que nos ocupa, el tratamiento psicoanalítico, mencionaremos algunas particularidades de las intervenciones:

3.2.1. En circunstancias en las que podamos sospechar suicidio, debe hacerse una investigación activa de fantasías y actividades. No se debe esperar pasivamente que aparezca en la sesión.

3.2.2. No resulta de ninguna utilidad, como sería en un fóbico, hacer formulaciones que apuntaran a que el paciente pudiera tener conciencia de los logros y de su capacidad para superar las dificultades. Para el depresivo en estas circunstancias el logro sólo estuvo en el pasado y no puede ser capitalizado en el presente, no interesa su posibilidad de consecución en el futuro, ya que éste aparece invariablemente con un carácter idealizado y persecutorio. Recordemos esta sutileza en la percepción de los hechos que aparece en el depresivo y que podría considerarse como una distorsión mnémica del significado de los hechos.

3.2.3. Es fundamental estar muy alerta cuando se producen recuperaciones fugaces de esta memoria para poder señalarlas, así como se espera el momento en que aparece la angustia y la emoción en los trastornos psicopáticos.

3.3. Aspectos psicogenéticos de las psicosis esquizofrénicas: en estos cuadros de etiología incierta (10), sabemos empíricamente sobre el efecto de algunos psicofármacos incisivos que interrumpen el fenómeno alucinatorio, que claman la incontrolable excitación psicomotriz o que posibilitan el sueño. Este efecto sintomático nos permite actuar a través de la palabra y trabajar psicoanalíticamente. A modo de ejemplo menciono que el fenómeno alucinatorio se interrumpe pero puede ser totalmente recordado, esto permite incluirlo en la constelación particular del discurso del paciente y develar su sentido.

En estos casos también actuamos con todo el otro arsenal de medidas que mencionamos como intervinientes en el tratamiento de los caracteres psicóticos. Me refiero particularmente a las terapias familiares y a todos los procedimientos que se utilizan en las es-

tructuras asistenciales, como Hospital de Día o Internación total en los casos extremos en los que la familia no puede establecerse como continente o la excitación psicomotriz podría provocar daños de muy difícil elaboración para el paciente, ya se trate de sí mismo o de su medio.

Las particularidades del tratamiento psicoanalítico propiamente dicho son las enumeradas para el carácter psicótico. Agregamos el particular énfasis que debe ponerse en el fenómeno alucinatorio, ya que la influencia del psicofármaco sólo consigue un efecto sintomático. Entendemos que la profundización que puede conseguirse a través del instrumento psicoanalítico no es sintomático sino que va al origen del problema.

Como síntesis podemos decir que la posibilidad actual de tratamiento de los cuadros que mencionamos está hecha de intervenciones de muy distinto tipo y que pertenecen a esquemas conceptuales distintos. La realidad escurridiza, se escapa de los modelos y nos obliga a emplear procedimientos a veces totalmente empíricos, a veces con fundamentos teóricos. La única certeza es la que surge de nuestros aspectos reparatorios que nos llevan a satisfacernos cuando aliviamos los padecimientos, con impuras teorías o sin teorías ■

#### Bibliografía

1. Dawkins, R., "El gen egoísta". Salvat, Barcelona, 1985.
2. Freud, S., "Duelo y Melancolía" (1917 [1915]), *Amorrortu*(14), 1974.
3. Freud, S., "Análisis terminable e interminable" (1937), *Amorrortu*(23), 1974.
4. Freud, S., "La escisión del yo en el proceso defensivo" (1940 [1938]), *Amorrortu*(23), 1974.
5. Frosch, J. "Consideraciones psicoanalíticas sobre el carácter psicótico". *Journal of the Am. Psych. Assoc.*(18), 1970.
6. Kernberg, O., "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico". Paidós, Buenos Aires, 1977.
7. Klimovsky, G. "Concepto de proceso" *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. Suplemento de Psicopatología*, 1982.
8. Resnik, S., "Psicosis" *Enciclopedia de Psiquiatría "El Ateneo"*, Buenos Aires, 1977.
9. Ricon, L., "La ruptura de una simbiosis clínica a través de la recuperación de objetos transicionales. Aportaciones al concepto de objeto en Psicoanálisis". *Compil. W Baranger. Amorrortu*, Buenos Aires, 1980.
10. Ricon, L. "Dos psicosis y un vínculo simbiótico". *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*(33), 1987.



# IMPOTENCIA SEXUAL ASOCIADA A TUMOR CEREBRAL

## Presentación de un caso clínico

J. A. Ure\*, C. A. Morasso\*  
R. J. Capdevila\*, J. C. Andreani\*\*

### Resumen

Se publica el caso de un paciente de 48 años de sexo masculino, portador de un meningioma del ala menor del esfenoides de localización frontotemporal derecha, que consultó a un servicio de Neurología por presentar cefalea frontal e impotencia sexual sin sintomatología depresiva ni neurótica.

Extirpado el tumor el paciente recuperó rápidamente la erección, que permanece normal luego de un año de seguimiento.

Se analiza el rol del hemisferio derecho y las áreas involucradas por el tumor en la conducta sexual masculina ya que se considera que se trata de una sintomatología infrecuente que merece más profundos estudios.

**Palabras clave:** meningioma - impotencia sexual - lesión fronto-temporal derecha.

"SEXUAL IMPOTENCE RELATED TO BRAIN TUMOR: CLINICAL CASE REPORT"

### Summary

This is a report of case M. A., a 48 years old male patient, who had a sphenoidal lesser wing meningioma developed in the frontotemporal region of the right hemisphere. This man came into our neurological service because he was suffering headaches and sexual impotence. He was free from psychological depression or neurotic symptoms.

After the surgical extraction of the tumor he became normal at the sexual level and continues to be normal one year after.

We discuss the importance of the right hemisphere in penile erection and its relation with the case reported by us. We consider we are facing a very rare case that demands further studies in order to solve the problem of brain localization of penile erection.

**Key words:** meningioma - sexual impotence.

"IMPUISSANCE SEXUELLE ET TUMEUR DU CERVEAU. PRESENTATION D'UN CAS CLINIQUE"

### Résumé

Cet article rapporte le cas d'un patient de 48 ans, porteur d'un méningiome de la petite aile du sphénoïde localisé dans la région fronto-temporale droite. Le malade consulta le Service de Neurologie à cause de céphalées frontales et impuissance sexuelle sans symptomatologie dépressive ou névrotique.

Une fois la tumeur extirpée le patient récupéra rapidement l'érection. Cette fonction demeure normale un an après l'intervention.

Sont commentées le rôle de l'hémisphère droit et des régions touchées par la tumeur dans la conduite sexuelle masculine étant donné qu'il s'agit d'une symptomatologie peu fréquente qui mérite une étude plus approfondie.

**Mots clés:** Méningiome - impuissance sexuelle - lésion fronto-temporale droite.

La impotencia sexual no es frecuente como síntoma clínico de presentación de un tumor cerebral, ni siquiera forma parte del conjunto de síntomas que suele observarse durante el desarrollo de la sintomatología de una lesión espacio-ocupante expansiva intracraneana, cualquiera sea su naturaleza. Es por esta razón que creemos conveniente comunicar un caso clínico tratado por nosotros:

CASO M.A., I.M.A., 1990:

Se trata de un paciente masculino de 48 años casado, que consulta por cefalea frontal e impotencia sexual con conservación del deseo copulativo — sin sintomatología depresiva— de 1 año de evolución, que según refirió su esposa: a) se distraía con frecuencia, b) dormía con mayor asiduidad que lo habitual, c) se encontraba indiferente a los problemas familiares, d) comía desafortadamente (bulimia), e) empleaba la mayor parte del tiempo practicando deportes, lo que terminó por ser su principal ocupación, f) abundaba en conversaciones eróticas detallando su intimidad sexual en reuniones familiares utilizando un lenguaje procaz, g) reía puerilmente (pero no se lo encontró mórico) y h) olvidaba objetos personales y faltaba a citas personales previamente programadas, sin razones objetivamente valederas.

\* Médico neurólogo (Servicio de Neurología)

\*\* Médico neurocirujano (Servicio de Neurología) Institutos Médicos Antártida. Av. Rivadavia 4978. Buenos Aires.

En la entrevista se encontró un paciente lúcido, atento y colaborador, jocoso, bradilálico, que expresaba un pensamiento lógico pero elemental, gramaticalmente reducido. Tenía dificultades con los recuerdos próximos, confundiendo el orden cronológico de los sucesos que relataba con falsos recuerdos que no rellenaba con fabulaciones. No pudimos detectar alteraciones fásicas, práxicas y/o gnósticas.

A través del examen físico: I) deambulaba sin dificultades, II) había un leve titubeo del miembro superior izquierdo en la maniobra del juramento III) los reflejos profundos estaban bilateralmente vivos y simétricos, IV) los cutáneo-abdominales no se obtuvieron y los cutáneo-plantares fueron flexores, V) la sensibilidad se encontraba inalterada, VI) la tálaxia era normal y VII) la función de los doce pares craneales se hallaba indemne. El examen oftalmológico mostró papilas congestivas bilaterales, lo que sumado a las cefaleas y al cambio de carácter hizo que el paciente fuese internado con la sospecha de ser portador de un tumor cerebral. Una tomografía computada cerebral (TAC) tomada el mismo día permitió visualizar una imagen de masa ocupante córticosubcortical frontotemporal del lado derecho, con edema perilesional y posible herniación subfalcina incipiente (Foto 1). Se operó al paciente, extirpándose un voluminoso meningioma del ala menor del esfenoides, con excelente evolución postoperatoria. (Foto 2). Dos días después de la intervención M. A. presentó poluciones nocturnas y al cuarto día post-operatorio recuperó la erección.



ción. Esta función permanece normal un año después de la intervención.

La ausencia de cuadro depresivo, la rápida reversibilidad postquirúrgica y la conservación en todo momento del deseo sexual, nos permiten interpretar la impotencia sexual del paciente como dependiente de la lesión espacio-ocupante que portaba. La localización de cuál era el área afectada que ocasionaba la impotencia sexual se hacía poco menos que imposible por la extensión de la neoformación y los cambios mecánicos a distancia y por compresión directa que el tumor estaba provocando.

Un electroencefalograma previo a la intervención no mostró ninguna anormalidad, por lo que la epilepsia temporal no será tenida en cuenta como factor patogenético al hacer la discusión de la fisiopatología de la impotencia sexual que presentó este enfermo.

## Discusión

En aras de ubicar los trastornos de la erección del pene en el caso que acabamos de referir realizamos una revisión bibliográfica de la neurofisiología de la erección, en sus aspectos corticales y subcorticales, consultando el trabajo pionero de Mac Lean & Ploog(7), quienes estimulando algunas áreas del cerebro límbico de primates —mediante estimulación eléctrica—, arriban a las siguientes conclusiones (ver Tabla):

1º) Hay 3 divisiones córtico-subcorticales involucradas:

a) proyecciones del hipocampo al área septal, al tálamo anterior y a los núcleos de la línea media, y al hipotálamo;

b) parte anterior del circuito de Papez, incluye: los tubérculos mamilares, el haz mamilotalámico, el núcleo talámico anterior y el gyrus cinguli; y

c) gyrus recto y sus conexiones, y la parte medial del núcleo dorsomediano del tálamo.

2º) El núcleo dorsomediano talámico y el área septal parecen ser puntos nodales para la erección, de modo que la estimulación en estas regiones es efectiva para provocarla, aun bajo anestesia.

3º) El pedúnculo talámico ante-

rior y el haz prosencefálico medial dan respuestas fuertemente positivas. El haz prosencefálico medial (HPM) vehiculiza un contingente lateral de fibras, en tanto que el contingente medial parece descender por la vía periventricular del haz longitudinal dorsal de Schütz, siendo más importante la función del contingente lateral.

4º) El hipocampo modifica la excitabilidad de las neuronas involucradas en la erección del pene, así p. ej. las estimulaciones en el área septal y en el diencéfalo rostral que producen erección se asocian con post-descargas en el asta de Ammón; y

5º) Se distinguen dos grupos de áreas según las curvas de frecuencia-amperaje y la latencia de la respuesta: I) áreas que responden a estimulaciones prolongadas con una mayor latencia, como p. ej. septal, preóptica medial y talámica anterior y medial, y II) áreas que responden a estimulaciones más breves con una latencia más corta, como p. ej. haz prosencefálico medial (HPM), subtálamo medial y tegmento mesencefálico ventral.

Con respecto al rol de la corteza cerebral, señala Sawyer(10), que la corteza resulta esencial para la iniciación de la conducta copulativa

en la mayoría de los mamíferos machos, Beach(2) había demostrado que la decorticación parcial en ratas macho abole el apareamiento en función de la cantidad de corteza reseca, sin que importe la localización del área reseca. Stone(11) comprobó que en el conejo macho la destrucción de los bulbos olfatorios o de la corteza somestésica, auditiva y visual, separadamente uno de otros, no alteraban la conducta copulativa, pero la destrucción simultánea —olfativa y neocortical— abolía dicha conducta sexual. En el gato, en cambio, las resecciones corticales no interfieren con la erección, pero grandes lesiones frontales pueden llevar al animal a una falla en la intromisión. La conclusión es que si bien las resecciones corticales extensas pueden afectar la erección, esta función parece ser controlada por mecanismos subcorticales, como se ha explicado en el apartado anterior (Véase 1º a 5º).

Desde el punto de vista clínico, Gastaut & Colomb(4) describen hiposexualidad en relación a series de enfermos afectados de epilepsia sexual consecutiva a lobectomía temporal de corta duración, según lo han referido Bailey(1), Paillas(9) y Walker(12). Myers(8) ha reportado impotencia sexual

TABLA  
FISIOLOGIA DE LA ERECCION\*

### I- PARTICIPACION CORTICAL

En ratas las decorticaciones afectan la erección cuando es más del 60% el tejido reseca, independientemente de su localización.

En conejos la erección se deteriora cuando además de las cortezas visual, auditiva y somestésica, se extirpan ambos bulbos olfatorios.

En gatos, grandes resecciones frontales pueden provocar fallas en la intromisión.

En humanos, mayor deterioro de la función sexual masculina en relación a lesiones hemisféricas derechas, sin que se puedan precisar las estructuras intervinientes.

### II- SISTEMA LIMBICO

(según MacLean, experimentos de estimulación eléctrica en monos)

Estructuras que estimuladas provocan erección:

1º) Proyecciones hipocámpales al área septal, tálamo anterior y medial y el hipotálamo.

2º) Tubérculos mamilares, haz mamilotalámico, núcleo anterior del tálamo y gyrus cinguli.

3º) Giro recto y sus conexiones;

Pars mediales del dorsomediano talámico y sus conexiones

4º) Pedúnculo talámico inferior, haz prosencefálico medial.

Fibras periventriculares del 3er ventrículo.

### III- TALLO CEREBRAL SUPERIOR

Subtálamo medial y tegmento mesencefálico ventral.

Probablemente haz longitudinal dorsal de Schütz, y sistema parasimpático craneo-sacro.

\* Véanse referencias bibliográficas en el texto del artículo.



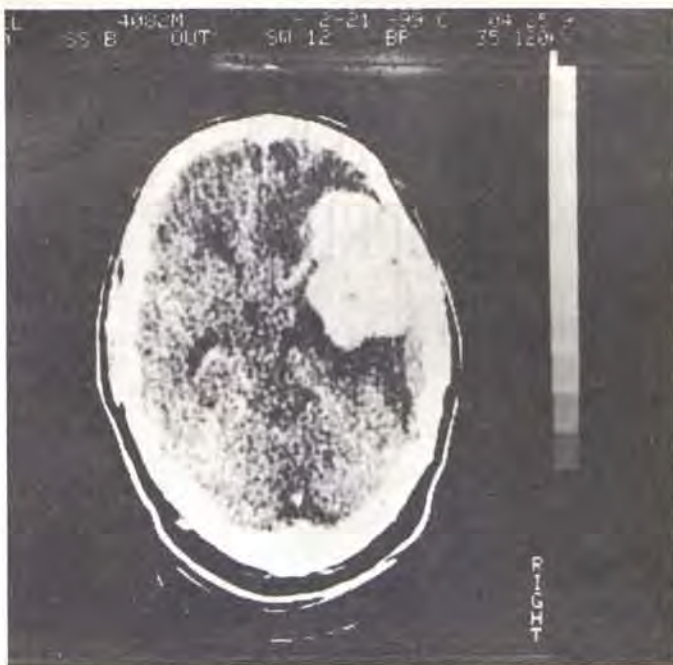


Foto 1: Tomografía cerebral computada preoperatoria, 25-4-1990. Se observa una lesión expansiva frontotemporo-parietal derecha córtico-subcortical con edema perilesional y gran efecto de masa que desplaza las estructuras mediales de derecha a izquierda, obliterando parcialmente el sistema ventricular supratentorial.

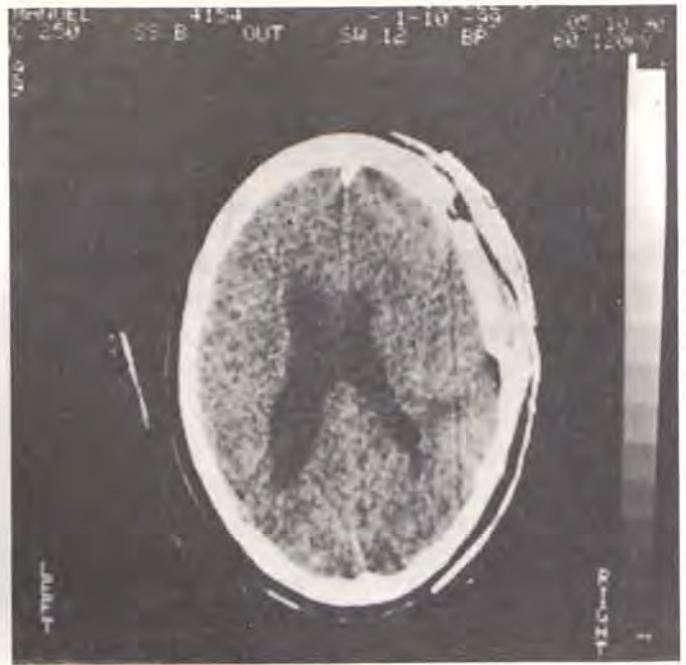


Foto 2: Tomografía cerebral computada post-operatoria, 10-5-1990. Se observa una craniectomía frontotemporal derecha, con tegumentos engrosados. Hay un área de edema y necrosis frontotemporal derecha ocupando el lecho del tumor extirpado (compárese con foto 1). Las cavidades ventriculares se hallan dilatadas y desplazadas hacia la izquierda.

consecutiva a cirugía estereotáxica del ansa lenticularis en enfermos parkinsonianos. Hierons(5) opina que la región temporal anterior y sus conexiones, que Goldar en nuestro medio llama corteza paralímbica, juega un rol en el control de la función sexual, reportando quince casos de impotencia sexual en lesiones del lóbulo temporal consecutivas a traumatismos, gliomas y/o cicatrices epileptógenas.

Un punto interesante de contraversia es el rol del hemisferio derecho como dominante para la conducta sexual masculina. Hirshkowitz et. al(6) estudian 12 sujetos normales mediante EEG, encontrando mayor actividad eléctrica en el hemisferio derecho durante el sueño en coincidencia con los períodos de tumescencia peneana. Branch Coslett y Heilman(3) han observado mayor deterioro de la función sexual masculina en pacientes afectados por accidentes cerebrovasculares, cuando la lesión comprometía al hemisferio derecho, sin que pudieran determinar relación con alguna estructura en particular del hemisferio derecho puede afectar la función

sexual masculina por varios mecanismos distintos:

1º) un defecto básico de activación, que puede estar ligado a trastornos atencionales que suelen relacionarse con lesiones del llamado hemisferio menor;

2º) un defecto en la percepción de estímulos visuales complejos con carga emocional;

3º) Una pérdida de la tonalidad afectiva del lenguaje (disprosodia); y

4º) un rol específicamente dominante para la función sexual masculina, como lo sugieren los resultados de Hirshkowitz(6).

Nuestro caso coincidiría con los experimentos neurofisiológicos que han demostrado la participación del lóbulo frontal en la conducta copulativa del macho, coincide con los hallazgos clínicos que vinculan a las lesiones temporales anteriores con impotencia sexual, y, por tratarse de un tumor frontotemporal derecho, apoya las ideas de Branch Coslett & Heilman sobre la dominancia hemisférica derecha para el ejercicio de la función sexual masculina ■

#### Bibliografía

1. Bailey, P., En: Temporal Lobe Epilepsy (ed. Baldwin, M. y Bailey, P.), p. 507, Springfield 1958.
2. Beach, F. A., J. Comp. Psychol. 29:193, 1940.
3. Branch Coslett, H., Heilman, K. M., Male sexual function impairment after right hemisphere stroke. Arch Neurol, 43:1036-1039, 1986
4. Gastaut, H., Collomb, H., Annales méd.-psychol. 2, 657, 1954.
5. Hierons, R., Saunders, M., Impotence in patients with temporal-lobe lesions. Lancet, 2: 761-764, 1966.
6. Hirshkowitz, M., Ware, J. C., Turner, D. et al., EEG amplitude asymmetry during sleep, abstracted. Sleep Res, 8:25, 1979.
7. MacLean, P. D., Ploog, D. W., Cerebral representation of penile erection. J. Neurophysiol., 25: 29-55, 1962.
8. Myers, R., Trans. Am. neurol. Assoc., 86:81, 1961.
9. Paillas, J. E., En Temporal Lobe Epilepsy (ed. Baldwin, M., y Bailey, P.) Springfield 1958.
10. Sawyer, C. H., Reproductive behavior. En Handbok of Physiology, Section of Neurophysiology, vol. II, Cap. XLIX, p-1230, Editado por la Am. Physiol. Soc., Field, J. ed., Waverly Press Inc., Baltimore, 1960.
11. Stone, C. P., En Sex and internal Secretions, Allen, E. ed. p. 1213, Williams & Wilkins, Baltimore, 1939.
12. Walker, E., En Temporal Lobe Epilepsy (ed. Baldwin, M. y Bailey, P.), p. 494, Springfield 1958.



# LA ELECCION MEDICAMENTOSA EN EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO CON TRICICLICOS

Roberto Antonio Montanari\*

## Resumen

Uno de los problemas de más difícil solución en la práctica asistencial, es el de la elección del antidepresivo adecuado para determinada patología anímica.

Ante la presencia indiscutible de algunos cuadros depresivos en los cuales solo los tricíclicos de determinado tipo demuestran tener una actividad terapéutica satisfactoria, el presente trabajo se propone:

— Por una parte, intentar precisar esos dos grandes grupos de tricíclicos que compartirían dentro de cada uno la seguridad de una respuesta satisfactoria para determinada patología, cuestionando la ya tradicional división de estos antidepresivos según la rígida aplicación de parámetros supuestamente válidos (semiológicos y neuroquímicos).

— Por otra, poner a consideración los criterios que ofrecerían relativamente una mayor seguridad en el éxito terapéutico al orientar la elección hacia los tricíclicos de determinado grupo.

**Palabras clave:** Antidepresivos tricíclicos, elección de medicamentos

"THE THERAPEUTICAL CHOICE IN TRICYCLICAL ANTIDEPRESSANT TREATMENT"  
**Abstract**

One of the most difficult problems to solve among those normally stated in the practical assistance, consists in the choice of the suitable antidepressant for certain affective pathology.

Faced with the unquestionable presence of some depressive cases among which only those of a definite type, prove to have a suitable therapeutic activity, the present work intends:

On one hand, tries to determine those two big tricyclic groups that would share within each a safe and satisfactory response to state pathology, questioning these antidepressant traditional division, the rigorous use of these parameters supposed to be valid (semiological and neurochemical).

On the other hand, we need to consider criteria that should relatively offer a greater safety in the therapeutical success conducting the choice to the tricyclics of a definite group.

**Key words:** Tricyclic antidepressants, drugs election.

"LE CHOIX THÉRAPEUTIQUE DANS LE TRAITEMENT ANTIDÉPRESSIF AVEC DES ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES"

## Résumé

L'un des problèmes les plus difficiles à résoudre parmi ceux qui se présentent habituellement dans la pratique clinique est celui du choix de l'antidépresseur approprié à une pathologie mentale déterminée.

Face à la présence évidente de certains tableaux dépressifs ou seuls certains antidépresseurs tricycliques démontrent une activité thérapeutique satisfaisante, ce travail propose: d'une part essayer de préciser les deux grands groupes qui donnent une réponse positive face à une pathologie déterminée remettant en cause la division traditionnelle de ces antidépresseurs selon l'application rigide des paramètres supposés valables (sémiologiques ou neurochimiques).

D'autre part, présenter les critères selon lesquels le choix d'un antidépresseur tricyclique d'un groupe déterminé assurerait le succès thérapeutique.

**Mots clés:** Antidépresseurs - Choix des médicaments.

El presente trabajo ha sido objeto de una comunicación previa en el Congreso Mundial sobre Estados Depresivos - Mendoza - Argentina 1990.

Aún contando con la confianza que brindan los conocidos antidepresivos tricíclicos, la certeza en la elección medicamentosa es con frecuencia una meta incierta. En estas circunstancias, el poder contar con la mayor seguridad posible para dicha decisión, constituye uno de los anhelos más ambiciosos en la práctica cotidiana.

Distintos parámetros semiológicos y exámenes especializados de laboratorio han salido al paso de esta dificultad, aunándose a la experiencia asistencial de cada profesional para orientarlo lo mejor posible en el momento de la indicación medicamentosa. A su vez, un buen número de especialistas, más concientes que nunca de la diversidad existente en los distintos trastornos depresivos y en las posibilidades de acción de cada compuesto tricíclico, han intentado adecuarse a la realidad concreta de una dificultad tan compleja, contando por una parte con la seguridad de poder resolver medicamentosamente la mayoría de los casos, y por otra, con las limitaciones objetivas y a veces aparentemente insolubles para decidir con certeza el antidepresivo más indicado.

Muchos psiquiatras asumen en la práctica esta situación con actitud autorizada, dispuestos a modificar el timoanaléptico aconsejado si éste no muestra en el plazo previsto la respuesta esperada(2). Habiendo sido comprobadas en la experiencia asistencial las diferencias existentes entre los principales tricíclicos en cuanto a su perfil bioquímico en caso de no obtenerse una eficacia satisfactoria con el elegido en principio según crite-

\* Médico psiquiatra y legista, Jefe de la Sala de Psicopatología, Hospital Municipal "Dr. Teodoro Alvarez", Buenos Aires. Coronel Díaz 1438, P.B. "A", 1425 Capital Federal. Tel.: 83-2751.



rios fundamentalmente clínicos, es de confiar que su reemplazo por otro, con distinto tipo de acción sobre las monoaminas, brinde el éxito terapéutico a muy corto plazo. De acuerdo con este criterio, de haber fracasado un compuesto como la amitriptilina o clomipramina, debería indicarse la imipramina y, a la inversa, alguno de esos dos en caso de ser esta última la droga que se decide suspender.

Históricamente comenzó a plantearse la elección del tricíclico al principio de la década del sesenta con los dos primeros aparecidos: imipramina y amitriptilina. Comprobándose desde un comienzo su diferente acción antidepressiva, así como la existencia de trastornos anímicos que respondían sólo a uno de ellos, fue tomando cuerpo un parámetro clínico elemental y en gran parte aún vigente, según el aparente predominio en el cuadro de la inhibición (postración, abulia, somnolencia) o de la ansiedad (inquietud, agitación) para decidir la indicación de la imipramina o de la amitriptilina respectivamente.

Sin embargo, era muy relativo el aporte que esta orientación brindaba en cuanto a la elección del antidepressivo más adecuado. En algunos pacientes con neto predominio inhibitorio, la amitriptilina podía mostrarse más eficaz que la imipramina, mientras que en algunas depresiones con cierta agitación y acentuada angustia, ésta resultaba francamente superior.

La sucesiva aparición en el mercado de nuevos compuestos, permitió "corregir y aumentar" esa limitada guía para la elección del antidepressivo. Conservando siempre el mismo esquema clínico elemental, según aparentase prevalecer sintomáticamente la ansiedad o la inhibición, eran unos u otros los timoanalépticos supuestamente más eficaces. La amitriptilina, trimeprimina y doxepina, por su efecto sedante, fueron entonces considerados como más indicados en las depresiones ansiosas, mientras que por su acción hipotéticamente "desinhibitoria", la nortriptilina y la desipramina eran propuestos como más beneficiosos para cuadros con retardo psicomotor.



Siguiendo ese parámetro elemental, todos estos fármacos habían quedado de algún modo polarizados en dos grupos aparentemente opuestos, de acuerdo a la aceptada prevalencia de su acción farmacológica sobre las manifestaciones clínicas de inhibición psicomotriz o de inquietud a los cuales el avance del conocimiento sobre el rol de los neurotransmisores en la fisiopatología de la depresión asoció coincidentemente con el perfil bioquímico, teniendo en cuenta el predominio relativo de su intervención medicamentosa sobre el sistema noradrenérgico o serotoninérgico.

Aunque la acción farmacológica de cada tricíclico se ejerciera a través de la inhibición en la recaptación de distintos tipos de neurotransmisores, su perfil bioquímico y la resultante particularidad terapéutica, dependería específicamente del Sistema de recaptación, serotoninérgico o noradrenérgico, predominantemente influenciado. Como consecuencia, el empleo de algunos de estos medicamentos determinará una disponibilidad relativamente mayor de serotonina y el de otros de noradrenalina en dichos receptores centrales. Por su parte, cada patología depresiva, significaría un tipo de alteración del metabolismo de las monoaminas por el cual sería específicamente susceptible al tricíclico de determinado perfil bioquímico.

La individualidad representada en cada uno de estos timoanalépticos por su particular influencia sobre uno u otro sistema de recaptación, ofrece en sus relativas y a veces notorias diferencias, un abanico muy amplio y particularmente complejo de posibilidades farmacológicas.

Algunos tricíclicos, de los llamados de tipo terciario, como la imipramina, amitriptilina y clomipramina, son transformados en el organismo y en especial por el sistema enzimático hepático en metabolitos desmetilados, a su vez también farmacológicamente activos, como la desipramina, la nortriptilina y la clodesipramina\* respectivamente. La acción antidepressiva propia de algunos de estos derivados o aminas secundarias sería distinta a la del compuesto de tipo terciario correspondiente. La actividad farmacológica de los tricíclicos del grupo de aminas secundarias, como la desipramina y la nortriptilina, se ejercería bloqueando predominantemente el proceso de recaptación noradrenérgico, mientras que el efecto inhibitorio de los respectivos tricíclicos de tipo terciario se cumpliría relativamente más sobre la recaptación de neurotransmisores serotoninérgicos, aunque en el mismo participe también la acción propia de esos metabolitos activos. De este modo es comprensible que en la acción farmacológica en la imipramina, intervenga la de su derivado metabólico, la desipramina, mucho más acentuada sobre el sistema noradrenérgico.

Como al intentarse precisar la ubicación del gran número de tricíclicos disponibles, muchos de ellos quedaron tan definidos y distanciados en ese esquema que mostraba en un polo a los "predominantemente desinhibitorios y noradre-

\* En trabajos recientes tanto la amina terciaria original: clomipramina, como su derivado desmetilado: desiclomipramina, son mencionados indistintamente como Clorimipramina y Clodesipramina respectivamente.



nérgicos (desipramina, nortriptilina y protriptilina)" y en el otro a los "predominantemente ansiolíticos y serotoninérgicos (amitriptilina, trimeprimina y doxepina)", la imipramina y clomipramina, al no ocupar esas posiciones radicales quedaban en una situación intermedia algo ambigua.

Se muestra a continuación un gráfico (gráfico 1) que esquematiza de modo resumido las posiciones convencionalmente aceptadas al respecto. Según el mismo, éstos cuerpos quedan ordenados de izquierda a derecha de acuerdo al predominio de su acción farmacológica sobre la inhibición y de su perfil bioquímico sobre el sistema noradrenérgico (polo izquierdo) o de su predominio sobre la ansiedad y sobre el sistema serotoninérgico (polo derecho). Figuran en este espectro de la actividad antidepresiva como ejemplo, de izquierda a derecha: aminas secundarias, imipramina, clomipramina y amitriptilina.

Si bien este esquema es susceptible de algunas objeciones (por ejemplo: la clomipramina sería más activa sobre el sistema serotoninérgico que la amitriptilina y de mayor influencia sobre la inhibición que la imipramina), es útil en el propósito de ubicar a los tricíclicos en esos dos grandes grupos que asegurarían una respuesta satisfactoria dentro de cada uno para todos sus integrantes ante determinada patología depresiva.

En este mismo gráfico se muestran a continuación tres posiciones distintas y aparentemente irreconciliables, provenientes de trabajos recientes, para la imipramina y clomipramina

A) En una publicación relativamente cercana(6), ambos tricíclicos están junto a la amitriptilina y doxepina, como aminas terciarias, "serotoninérgicas", separadas entonces de la aminas secundarias, "noradrenérgicas" (como la desipramina y nortriptilina).

B) En otros trabajos recientes, también mencionando esa diferencia sobre ambos sistemas de neurotransmisores, se distinguen dos grupos "extremos" de tricíclicos. Uno de acción desinhibitoria (desipramina, nortriptilina, etc.),

vale decir las llamadas aminas secundarias, y otro de acción ansiolítica (amitriptilina, trimeprimina, doxepina). Entre ambos grupos, la imipramina y la clomipramina quedan juntos, diferenciados en un grupo intermedio como "mejoradores del humor", con posibilidades de actuar favorablemente tanto sobre la inhibición como sobre la ansiedad(1, 8).

C) Diferentes autores, a partir del estudio de las tasas de Acido 5 Hidroxi-Indol-Acético en pacientes deprimidos, proponen según esté normal o baja, la conveniencia de tricíclicos de acción predominantemente noradrenérgica, mencionando entre estos a las aminas secundarias y a la imipramina, o de tricíclicos de acción predominantemente serotoninérgica como la clomipramina y amitriptilina(5, 9, 10). Coincidiendo en esta división, investigadores de los niveles del 3 Metoxi-Hidroxi-Fenil-Etil-Glicol urinario, postulan que de estar bajos, esos pacientes responderían bien a antidepresivos "noradrenérgicos" como la imipramina y las aminas secundarias, mientras que serían refractarios a la amitriptilina. A la inversa, los pacientes con niveles normales o altos responderían mejor a antidepresivos "serotoninérgicos" como la amitriptilina y serían resistentes a la imipramina(3, 5).

Esta posición es coincidente con la de dos trabajos mencionados más adelante, uno norteamericano y otro argentino (que representan sendos intentos de correlacionar los aspectos clínicos y biológicos con la elección terapéutica) y también con lo observado corrientemente, pudiendo agregarse lo comentado antes referente a la acción próxima de la clomipramina y amitriptilina a diferencia de la que ejerce la imipramina. Esta es con seguridad entre todas las aminas terciarias la que posee una acción relativamente mayor sobre el sistema noradrenérgico, pero menos que la de las aminas secundarias. Por su parte, la clomipramina estaría ubicada entre la imipramina y la amitriptilina, pero más próxima a ésta en cuanto a una acción predominante sobre el sistema serotoninérgico.

Este intento de establecer con

la mayor precisión el lugar que ocuparía la imipramina y la clomipramina, se considera de importancia por tratarse de medicamentos incorporados desde hace tiempo a la práctica asistencial y porque ello permite distinguir las posibles relaciones entre sí y con el resto de los tricíclicos, lo cual es conveniente para disponer de un criterio útil en la elección de cualquiera de estos antidepresivos.

La ya tradicional división de los antidepresivos tricíclicos según la relativa preferencia de su actividad sobre la sintomatología inhibitoria o de ansiedad, así como también según predomine su perfil bioquímico sobre los sistemas noradrenérgicos o serotoninérgicos, puede ser analizada en tres pasos.

Primero, teniendo en cuenta algunas comprobaciones comunes a la práctica asistencial, se considera lo relativo de la división de la sintomatología depresiva en elementos clínicos supuestamente opuestos y en la práctica con frecuencia coincidentes, la dificultad para poder precisar en cada caso el predominio de la importancia de uno u otro, teniéndose también presente que cuadros definidamente agitados ha respondido mejor a la imipramina que a la amitriptilina, mientras que en otros en los que aparentaba predominar la inhibición ha ocurrido lo contrario.

En segundo lugar se tienen en cuenta dos intentos, conocidos e importantes, para relacionar en la patología depresiva la sintomatología clínica con los aspectos neuroquímicos y con la eficacia de determinado tipo de tricíclicos. En síntesis, en ambos trabajos, prácticamente contemporáneos, y realizados aparentemente con la mayor seriedad científica, uno norteamericano(4) y otro argentino (discípulos del Profesor Fischer)(7), básicamente se tienen en cuenta los mismos parámetros clínicos, los elementos neurohumorales (determinación urinaria de MOFEG o MPHG y de Acido 5 HIA) y la conveniencia de un tipo de tricíclicos para su tratamiento. Luego de un análisis pormenorizado de sus conclusiones, se observa en ambos una coincidencia en los parámetros neurohumorales y terapéuticos: el déficit en el sistema nora-



drenérgico (bajo MOFEG o MPHG urinario) indicaría la conveniencia de usar antidepresivos como la imipramina y las amina secundarias (desipramina y nortriptilina), mientras que el déficit en el sistema serotoninérgico (bajo nivel de Acido 5 HIA urinario) precisaría la utilidad de tricíclicos como la amitriptilina, clomipramina y doxepina. Por otro lado, también se observa una importante discrepancia: el grupo de depresiones referido al déficit en el sistema noradrenérgico y a los antidepresivos del correspondiente perfil bioquímico, estaría clínicamente caracterizado en el trabajo norteamericano por el predominio de la sintomatología inhibitoria y para el trabajo realizado en nuestro país por el predominio de la sintomatología dependiente de la ansiedad, y exactamente lo contrario en cada uno para con el otro grupo.

Luego de intentar justificar esta diferencia en las comprobaciones de ambas investigaciones, al tenerse en cuenta la inmensa posibilidad de variaciones individuales de la patología biológica depresiva de cuyos aspectos neurofisiológicos sólo conocemos una parte limitada, como una consecuencia lógica de dicha discrepancia debe aceptarse que la misma de un modo convincente quita validez a la aceptada preferencia por tricíclicos de determinado perfil bioquímico según el predominio clínico de inhibición o inquietud.

En tercer lugar, teniendo nuevamente en cuenta ese esquema que muestra, según lo aceptado, a los tricíclicos distribuidos de acuerdo al predominio de su acción sobre el sistema noradrenérgico y sobre la inhibición o sobre el sistema serotoninérgico y sobre la ansiedad, con una línea divisoria que según se convino pasaría entre la imipramina y la clomipramina, se presenta un hecho definido y claramente comprobable en la práctica asistencial, que hace discutible ese fundamento biológico, (según el predominio de un déficit en los sistemas noradrenérgicos o serotoninérgicos en la patología depresiva y la consiguiiente ventaja con un tricíclico del correspondiente perfil bioquímico). Como ejemplo se mencionan las particularidades entre

la amitriptilina y su derivado desmetilado, la nortriptilina, antidepresivos con diferencias muy notorias y casi opuestas en el efecto terapéutico (predominantemente ansiolítico en una y desinhibitorio en la otra), así como también en su perfil bioquímico (predominante sobre el sistema serotoninérgico en la primera y acentuadamente noradrenérgico en la segunda).

Cuando con uno de estos medicamentos se comprueba una satisfactoria respuesta terapéutica, también se comprobará en el otro a pesar de esas diferencias (aunque no con idénticas características), pudiéndose repetir algo semejante con relación a la imipramina y su derivado desmetilado, la desipramina.

Luego de intentar explicar esta comprobación mediante un análisis sobre posibles propiedades comunes entre los tricíclicos originales o aminas terciarias y sus correspondientes derivados demetilados o aminas secundarias, se concluye por aceptar que el relativo predominio del perfil bioquímico sobre cada sistema de neurotransmisores no es útil para dividir a los tricíclicos en esos dos grupos o a lo sumo lo es sólo para esas aminas terciarias (por ej.: imipramina por un lado, clomipramina y amitriptilina por el otro, pero sin incluir en ese esquema a las aminas secundarias).

Con arreglo a este criterio, los dos grupos tricíclicos no quedarían entonces divididos por el relativo predominio de su acción sobre los sistemas noradrenérgico o serotoninérgico (ver gráfico 2). La línea divisoria pasaría igualmente entre la imipramina y la clomipramina entre las aminas terciarias, pero sepa-

rando también los respectivos derivados desmetilados o aminas secundarias. Esta división en dos grupos de antidepresivos sólo toma en cuenta una división convencional en dos tipos de las múltiples individualidades de la correspondiente patología depresiva según su naturaleza biológica, de cuyas características el posible déficit del sistema noradrenérgico o serotoninérgico sería sólo una de las posibilidades conocidas y tal vez no la más importante en relación con la de otros aspectos neuroquímicos todavía en estudio.

Con el objeto de precisar que síntomas se encuentran preferentemente en las patologías que responden terapéuticamente a cada uno de estos grupos de antidepresivos, se realizó un estudio catamnéstico sobre 209 historias clínicas de pacientes con depresiones primarias, tratados con tricíclicos entre los años 1976 y 1989.

Un número de 28 pacientes (13,4%) fueron descartados por no brindar el tratamiento medicamentoso una respuesta satisfactoria o mostrar respuesta dudosa. En su mayoría eran pacientes que mantenían esos cuadros depresivo-ansiosos con tendencia a la cronicidad que muchos han llamado "depresiones involutivas".

En los 181 pacientes restantes (86,6%) que tuvieron una respuesta terapéutica indiscutible, el 80% (146) respondió directamente, mientras que el 20% (35) sólo mostró una respuesta positiva luego de cambiarse por un antidepresivo del otro grupo.

Antes de describir los síntomas encontrados es necesario tener en cuenta dos circunstancias, por una parte, se observó que no exis-





te elemento semiológico que sea absolutamente específico de las depresiones que respondieron a determinado tipo de tricíclico. Aún los síntomas, que por su real frecuencia han parecido exclusivos de los cuadros que respondieron a un tipo de estos antidepresivos, también, aisladamente estuvieron presentes en trastornos que respondieron a los antidepresivos del otro grupo.

Por otra parte, debe aceptarse que existen enfermedades depresivas en una frecuencia difícil de precisar, susceptibles de responder positivamente a tricíclicos de cualquiera de estos dos grupos. Entre el 80% de pacientes que obtuvieron directamente un resultado positivo, seguramente existe un porcentaje de cuadros que también habrían respondido a tricíclicos del grupo distinto al administrado. Sólo un 20% de pacientes, que no mostraron respuesta favorable

de entrada y a quienes se debió cambiar el antidepresivo, demostraron poseer trastornos que responden exclusivamente a los tricíclicos de determinado grupo. Las características clínicas encontradas en estos cuadros, si bien son poco numerosas sus diferencias, guardan una relación coherente con los síntomas encontrados en los cuadros que respondieron bien en forma directa a los antidepresivos de cada grupo.

La diferencia encontrada entre los síntomas que respondieron preferentemente a un grupo de tricíclicos, con relación a su presencia en cuadros que respondieron al otro grupo, se consideró arbitrariamente como "muy significativa", cuando era entre dos y tres veces mayor. Cuando la frecuencia entre un grupo y el otro mostró una diferencia entre el 50% y el 100%, se consideró como "acentuada".

Con este criterio se encontraron predominando en los trastornos que respondieron al grupo de imipramina y desipramina los síntomas descritos en el Cuadro I.

De todas maneras entiendo que existe un elemento semiológico más importante a tener en cuenta para la elección del tipo de tricíclico y que fue con seguridad el que también más pesó en la decisión medicamentosa de los pacientes aquí tabulados.

Cuando en ese ya lejano comienzo se contaba sólo con la imipramina, se aceptaba como un hecho inevitable la presencia en el enfermo de ese doloroso sufrimiento depresivo, así como en su fisonomía de la correspondiente expresión de tristeza y abatimiento, semejante a la que cualquier persona puede mostrar en circunstancias comunes ante una desgracia que justificadamente lo afecta.

Espontáneamente, luego de incorporado el éxito terapéutico, con el empleo de ese tricíclico, la experiencia hizo que se continuara indicando en esas circunstancias conocidas luego de aparecido, años más tarde, la amitriptilina, que también se mostraba como un antidepresivo eficaz aunque distinto.

En los cuadros en los que el paciente también se mostraba afectado por ese dolor depresivo, por igual profundamente afectado, pero en quien la expresión de su fisonomía expresaba preocupación, sufrimiento, pero no esa actitud típica de tristeza, la amitriptilina aparentaba con frecuencia estar más indicada.

La práctica asistencial demuestra a menudo que la presencia de un sentimiento notorio de tristeza y abatimiento, apreciable en la observación de la expresión facial del paciente, es el mejor índice para predecir una respuesta favorable con la imipramina o desipramina.

Por el contrario, cuando la observación no encuentra claramente esa fisonomía conocida, estarían indicados medicamentos del tipo de la clomipramina, amitriptilina o nortriptilina.

En los pacientes tabulados para este trabajo, la presencia de este signo clínico en la observación, como habitual elemento de decisión medicamentosa, se encontró cinco ve-

#### CUADRO I

##### DIFERENCIA "MUY SIGNIFICATIVA"

- Ideas de culpa: 16 vs. 5.
- Alteraciones funcionales del aparato digestivo (náuseas, vómitos, regurgitaciones, cólicos intestinales, etc.): 19 vs. 7.

##### DIFERENCIA "ACENTUADA"

- Ideas hipocondríacas (13 vs. 8) > 50%
- Predominio inhibitorio (12 vs. 8) 50%
- Parestesias en la cabeza (6 vs. 4) 50%
- Llanto (23 vs. 16) < 50%

En los trastornos anímicos que repondieron al otro grupo de tricíclicos (clomipramina, doxepina, amitriptilina y nortriptilina) se encontró predominando otra sintomatología.

##### DIFERENCIA "MUY SIGNIFICATIVA"

- Excitación (nerviosismo, inquietud, agitación): 7 vs. 2
- Mayor actividad onírica en el sueño: 13 vs. 4
- Ritmo diario atípico (mejoría matutina, empeoramiento al atardecer: 14 vs. 5
- Síntomas obsesivos (trastornos obsesivos, compulsivos, impulsivos o fóbicos): 28 vs. 11

##### DIFERENCIA "ACENTUADA"

- Angustia (37 vs. 21) > 60%
- Marcada anorexia (48 vs. 30) 50%
- Ansiedad (27 vs. 16) > 50%
- Opresión (12 vs. 8) 50%



ces más entre los que respondieron al primer grupo de antidepresivos que entre los que lo hicieron al segundo (60 vs. 12). Por el contrario, su ausencia, entre los enfermos que respondieron a antidepresivos del otro grupo, se encontró diez veces más que entre los que respondieron al primero (80 vs. 8).

Puede aceptarse que en la multiplicidad de las individualidades biológicas de la depresión y de los recursos para tratarla con eficacia, la observación clínica, a pesar de los parámetros aquí considerados, todavía no puede ofrecer la seguridad absoluta del antidepresivo que con certeza solucionará el trastorno.

El profesional de experiencia debe valorar los distintos componentes semiológicos presentes para indicar, con la mayor seguridad posible, que tipo de tricíclicos brinda relativamente una justificada confianza para el anhelado éxito terapéutico.

Según el resto del cuadro clínico se podrá decidir luego dentro de cada grupo, cual antidepresivo por su perfil farmacológico estaría más indicado. Por ejemplo, en el primer grupo, de predominar la angustia, la imipramina y de ser más importante la postración, la desipramina.

A pesar de que esto ha sido un intento de acercarnos a la solución del problema que representa la elección del antidepresivo y de que se trata en sí de un inevitable y tácito esfuerzo para revalorizar la clínica psiquiátrica, entiendo que posiblemente en un futuro cercano esta dificultad será definitivamente superada a partir del progreso en los aspectos biológicos y neuroquímicos de la naturaleza depresiva en cada caso y cuando contemos con los recursos necesarios para su fácil detección ■

#### Bibliografía

1. Agnoli, A., De Gregorio, M., Dionisio, A., Trazodone, a review of clinical literature and personal experience. *Psychopathology*, 1984, 17: suppl. 2, p. 88.
2. Ayuso Gutiérrez, J. L., Saiz Ruiz, J., Las depresiones: Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. Importécnica, Madrid, 1981.
3. Beckmann, H., Goodwin, F. K., Antidepressant response to tricyclics and urinary MHPG in unipolar patients. Clinical response to imipramine or amitriptyline. *Arch. Gen. Psychiat.* 1975, 32, 1 p.:17.
4. Feighner, J. P., The nosology and phenomenology of primary affective disorders. 2º Congr. Mund. de Psiqu. Biológ. Barcelona, 1978. *Actas Biological Psychiatry Today*. Vol A, p.:526 (Elsevier/North-Holland Biomedical Press) Obiols, Ballús, González Monclús and Pujol, eds. 1979.
5. Goodwin, F. K., Cowdry, R. W. and Webster, M. H., Predictors of Drug Response in the affective disorders. Toward an integrated approach. In: *Psychopharmacology: A generation of Progress*. Lipton, M. A., Di Mascio, A. and Killan, F. K., edit. p.: 1277, Raven Press, New York, 1978.
6. Loo, H., Factores biológicos predictivos de la respuesta a los antidepresivos. *Psych. Med.*, 1982, 14, 11, p.: 1683.
7. Martín, J. L., Spatz, H., Abdala, N. E., Basombrio, J., Correlato clínico, bioquímico y psicofarmacológico en pacientes con sintomatología depresiva. *Acta psiquiátr. psicol. Amér. Lat.*, 1980, 26, p.: 13.
8. Poeldinger, W., Progresos relativos a la terapéutica de la depresión. XIV Congr. Nac. Soc. Esp. Psiqu., Valladolid, 1981, p.: 1-24.
9. Ridges, P. A., The amine hypothesis in relation to the present understanding of depressive illness. *Brit. J. Clin. Pract.*, 1980, suppl. 7, p.: 12.
10. Van Praag, H. M., Management of depression with serotonin precursors, *Biol. Psychiat.*, 1981, 16, 3, p.: 291.







# DOSSIER

## INTRODUCCION

**I** Cuando Vertex me propuso colaborar en la preparación del dossier sobre Psicogeriatría lo comprendí como una búsqueda de nuevas respuestas, dada la importancia que ha adquirido esta especialidad en los últimos años. Hoy se me presenta más bien como la apertura a nuevos planteos e interrogantes.

Al pensar en quiénes podrían aportar sus experiencias e ideas no pude menos que evocar a dos queridos colegas fallecidos recientemente, Andrée Cuisard y Mario Strejilevich quienes, desde concepciones y ámbitos diferentes, promovieron y desarrollaron importantes aportes en este campo.

Es por ello que este dossier es un pequeño homenaje a su trayectoria profesional y tiene en cuenta no sólo su intenso y contagioso interés por nuestros viejos, sino también su permanente preocupación y compromiso ético y social en relación con la resolución de los problemas de la salud que afectan a nuestro pueblo.

D. M. LAGOS



# Problemas y recursos en PSICOGERIATRIA

*Darío M. Lagos\**

En nuestra cultura los viejos no tienen actualmente asignado un lugar de reconocimiento y valoración social. Existen condiciones materiales y una serie de representaciones sociales que sostienen la creencia de que la vejez es un período de la vida en el que se ha terminado la capacidad productiva y creativa de la persona. En la mayoría de los casos los viejos se encuentran ya fuera de la cadena económica productiva, y la jubilación, que constituye una conquista histórica, que permitiría implementar el tiempo libre en favor de actividades más vinculadas al placer o de otras tareas con menor nivel de exigencia, se transforma en una etapa angustiante y sin perspectivas, se transforma en un castigo. Se agudizan los problemas económicos y predomina la inducción a la pasividad.

La asociación de vejez con enfermedad constituye otra de las representaciones sociales dominantes.

La vertiginosidad de los hechos sociales, reduce también la asignación de un rol social valorizado en cuanto a la transmisión de la experiencia vital.

En síntesis, pocos son los atributos atractivos que acomañan las representaciones sociales de la vejez. Esto se articula con la subjetividad a partir de los sentimientos de pérdida que se experimentan en esta etapa vital y de la crisis narcisista que se produce al compararse el sujeto con su propia juventud.

Los movimientos de reivindicación de reclamos económicos de los jubilados tienen un papel importante en la construcción de otras representaciones sociales respecto de ellos, que inciden en sus sentimientos de autoestima y en la recuperación de un lugar de valoración por parte de la sociedad.

Los viejos constituyen habitualmente una carga para la familia. Teniendo en cuenta las difíciles condiciones en que nos toca vivir, en una situación de crisis económica y social muy aguda, la familia espera, desea, que ellos produzcan el mínimo de conflicto o interferencias posibles, que su presencia "casi no se note". Los hijos, que se hallan en un período de la vida en que tienen que afrontar exigencias muy intensas en su propia situación vital, enfrentando también problemáticas en relación a sus propios hijos, viven con culpa e impotencia las dificultades de sus mayores a pesar del afecto y del interés real en colaborar con ellos.

La consulta al psicogeriatra contiene la expectativa de que el terapeuta sea quien, idealmente, pueda sostener y resolver los problemas a los que se enfrenta el viejo. Frecuentemente no es éste el que concurre a la consulta de motu propio. Lo hace llevado por o a instancias de sus hijos. El motivo de consulta, por lo general, es la preocupación por un cuadro depresivo o por algún signo de deterioro. Sin embargo un aspecto importante, aunque no tan manifiesto, es la afectación del grupo familiar por la "enfermedad" del viejo; es decir cuánto afecta o molesta, a los otros, más que a sí mismo, su padecer.

En el abordaje clínico, considero imprescindible, la implementación de ciertos recursos que ayudan a

reconstituir la trama social que funciona como apoyatura del psiquismo durante toda la vida y a mantener o restablecer los sentimientos de autoestima y seguridad de ser amado y reconocido por otros significativos.

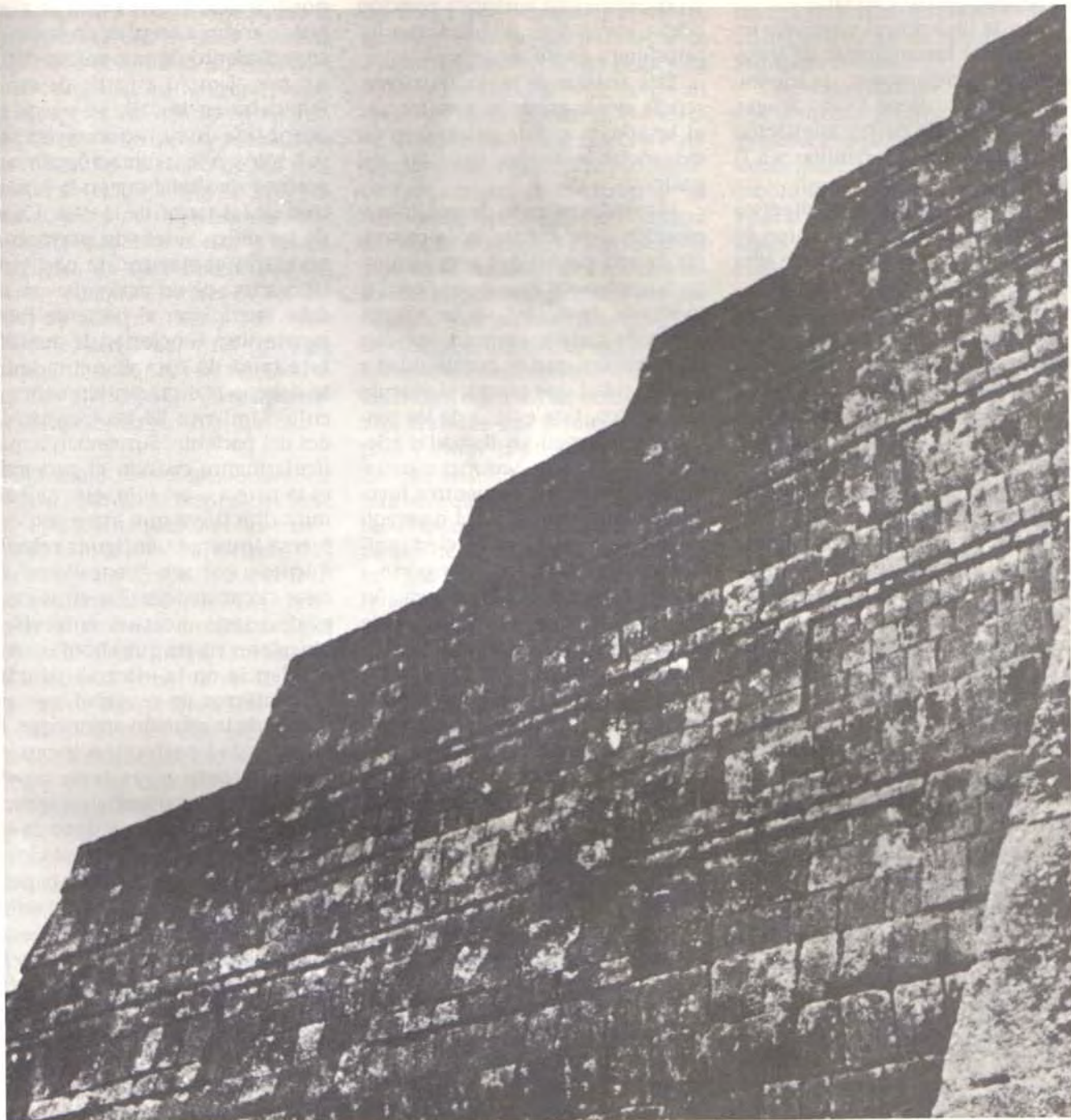
La identidad personal se construye, pero también se mantiene a lo largo de la vida, sobre la base de ciertas apoyaturas. Según Käes, la madre, el grupo familiar, el contexto, el cuerpo y el sí mismo, constituyen apoyaturas necesarias para garantizar la continuidad del funcionamiento psíquico. Cuando estas apoyaturas se pierden o modifican sustancialmente, el sujeto entra en una situación de crisis. Esta es la situación en la que se halla el paciente por el que se nos consulta.

Debe afrontar una multiplicidad de duelos por distintas pérdidas. Pérdidas en cuanto a pareja, amigos, hermanos, etc.; es decir pérdidas de vínculos por muerte o enfermedad de sus pares; pérdidas de ciertos aspectos de su autonomía personal; pérdidas en el plano de lo corporal, dadas las modificaciones en el cuerpo que no son necesariamente enfermedades sino características propias del efecto del paso del tiempo, o, en otros casos, por enfermedades; pérdidas en el plano sexual, por ejemplo, trastornos de la genitalidad; pérdidas en la capacidad de producción económica, pérdidas en la capacidad de sostén en relación a otros; pérdida de un lugar asignado en el grupo familiar que implique amor y reconocimiento, etc. Esto implica una ruptura en el sentimiento de continuidad del sí mismo, ya que no se es el que se era. Se moviliza y cuestiona la organización de las identificaciones, el sistema de ideales, la eficacia

\* Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta. Miembro adherente de la Asoc. Argentina Psicología y Psicoterapia de Grupo. Miembro del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial.

Anasagasti 2060 - P.B. "A" 1425, Buenos Aires. T.E. 84-2787.







de los mecanismos de defensa empleados hasta el momento, la confiabilidad de los lazos de pertenencia familiar, grupal y social.

En esta situación el viejo vive intensamente las angustias de indefensión, de desamparo, de inermidad. Como sostiene Diana Singer, vive la angustia de no asignación en relación al grupo familiar y a la sociedad.

La implementación de diversos recursos en el abordaje clínico de pacientes viejos se apoya en la idea de que es fundamental incidir sobre los factores apuntaladores del psiquismo, en tanto su ausencia o modificación tanto afectan la vida de nuestros pacientes.

En el tratamiento de los viejos es necesario que el terapeuta reconozca un papel explícito al elemento de "apoyo" de esta terapia. Me refiero al asumir, relativamente, el rol asignado por el paciente. En cualquier terapia está presente el aspecto de apoyatura, pero en este caso este papel en tanto asunción de funciones parentales tiene importancia relevante. Frente a sus sentimientos de desamparo el viejo busca en el terapeuta la figura de una madre continente, que le brinde cuidados y le otorgue seguridad, que se ofrezca como figura protectora frente a las vivencias de indefensión.

El terapeuta actúa aquí como sostén de un vínculo que reconoce aspectos simbióticos asimétricos, que funciona como una zona en la que se depositan los aspectos más dependientes e infantiles de la personalidad, y que permite el despliegue, a condición de dicha depositación de los aspectos más progresivos en los otros vínculos. Del mismo modo, funciona asumiendo funciones paternas, en tanto rol discriminador y también protector, no sólo a través de ciertas indicaciones, ciertas propuestas normativas en cuanto a la organización de la vida, etc. Es necesario que, la asunción conciente de estas funciones de apuntalamiento, protección y cuidado vaya acompañada permanentemente en el terapeuta por un análisis del vínculo y de la contratransferencia, para evitar el deslizamiento hacia una relación que induzca sometimiento por parte del paciente, y cuyos efectos sean contrarios a los esperados, ya que en el conflicto pasivo-activo, mucha si-

tuaciones aparentemente activas estarían condicionadas por el sometimiento al deseo del terapeuta, y obstruyen una auténtica posición activa frente a su problemática intersíquica e intersubjetiva.

Este análisis de la contratransferencia ayuda también a evitar que el terapeuta quede prisionero en exigencias infantiles, tiránicas, del paciente.

El mantenimiento de una comunicación permanente, o, la presencia de esta posibilidad como un espacio potencial que puede implementarse de acuerdo a las necesidades de cada momento, inciden en el sentimiento de continuidad y de seguridad que otorga el vínculo terapéutico. Este es uno de los sentidos que tienen las llamadas telefónicas recíprocas, sesiones o entrevistas o pequeños encuentros fuera de contrato, para control de medicación o evaluación de ciertas situaciones puntuales. Un aspecto a tener en cuenta es la colaboración del terapeuta para favorecer una adaptación adecuada a las exigencias de la realidad.

Los incesantes cambios producidos por las crisis sociales y económicas, las modificaciones permanentes del contexto, hacen que esto no constituya un marco estable, con referentes claros, que indique al sujeto cómo orientar sus conductas con eficacia. Basta ver cómo inciden por ejemplo, los permanentes cambios de denominación y valor de nuestra moneda, teniendo en cuenta las dificultades que se le presentan a los viejos para el manejo cotidiano del dinero y el papel que a este se le atribuye como supuesto garante de seguridad en relación al futuro.

Para el mantenimiento y recuperación de las funciones adaptativas del yo se trata de promover la realización de actividades que resuelven las necesidades cotidianas en forma progresiva (compras, visitas, viajes). Por ejemplo realizar las compras en el barrio manteniendo una relación habitual con los proveedores, que pueden asesorar y corregir en casos de errores; fijar días estables de visita con familiares o amistades, de manera que se constituyan en referentes organizativos de la vida cotidiana y no generen ansiedad en los preparativos como actividad extemporánea, etc.

A veces es necesario por el contrario trabajar para implementar ciertos límites en relación a las imposibilidades reales que al viejo puede costarle aceptar, en tanto reconocimiento de una nueva pérdida; por ejemplo a partir de caídas reiteradas en la calle se puede requerir una disminución de las salidas solos o la aceptación de una persona que colabore en la realización de las tareas de la casa. Cuando las dificultades son mayores es necesario contar con la participación activa de un *partenaire* que no debe reemplazar al paciente totalmente sino funcionar de auxiliar. Esta tarea de complementariedad se debería realizar sin reproches ni enjuiciamiento de las incapacidades del paciente. Sin embargo, particularmente cuando el *partenaire* es la pareja o un hijo, esto se hace muy difícil, ya que aparecen con fuerza inusitada antiguos resentimientos, que son "vengadores" en estas circunstancias. En estos casos es necesario efectuar entrevistas vinculares en las que abordamos la incidencia en la intersubjetividad de conflictos de rivalidad, competencia, de la relación amor-odio, de la polaridad perfección-incapacidad, así como otras expectativas narcisistas depositadas recíprocamente. Esto ayuda a reducir la intensidad de la agresión en el vínculo, dejando el camino más expedito para la resolución de las tareas antes mencionadas.

En relación a los fenómenos de retracción narcisista, producidos especialmente como respuesta defensiva frente a la angustia de no asignación, es útil proponer alternativas de inserción concreta, en algunos casos con funciones asignadas, en el ámbito familiar y social. Aquí se incluye la participación en grupos de pares, ya sea terapéuticos o grupos secundarios conformados en relación a alguna tarea o con propósitos de intercambio social.

Lamentablemente, la situación económica actual ha determinado una reducción de las ofertas de socialización de viejos. La enorme difusión de todo tipo de grupos de pares, muchos de ellos con gran aporte autogestionario, se han reducido considerablemente.

La experiencia de los grupos de pares, resulta muy importante, ya



que permite la recuperación y el reconocimiento de un lugar social valorado, la recuperación de ciertas funciones yóicas vinculadas al universo simbólico tales como la capacidad de síntesis, anticipación y discriminación, la creatividad. La recuperación del potencial yóico refuerza a su vez la autoestima narcisista. En el plano de las relaciones intersubjetivas la grupalidad de pares permite reconquistar la posibilidad de escuchar y ser escuchado, de interesarse por los otros y recibir el interés de los demás, de comprender y ser comprendido, etc. Diferentes tipos de grupos se constituyen en instrumentos privilegiados para apuntalar el funcionamiento psíquico.

El trabajo con el grupo familiar es otro elemento imprescindible del abordaje clínico. En las entrevistas familiares participan los miembros del grupo familiar íntimo que deseen hacerlo. Las entrevistas se efectúan a iniciativa del terapeuta o del grupo familiar. El paciente está presente en las mismas, salvo alguna situación excepcional. Si bien en esas entrevistas tienden a desplegarse todos los conflictos, en mi experiencia resulta útil localizar alrededor de las cuestiones que atañen al paciente y a las necesidades actuales de éste. Muchas veces aparecen conflictos de vieja data. En ese caso se debe intentar mostrar cómo dichos conflictos se reactivan en ese momento por algún hecho de la situación actual que actúa como desencadenante, pero focalizar en el objeto de la entrevista.

En estas reuniones se discuten todos los temas que surgen en relación a la problemática del viejo, pero no son reuniones de terapia familiar. El efecto terapéutico que puedan tener sobre otros miembros de la familia es aleatorio. Se discuten también cuestiones que tienen que ver con la vida cotidiana; organización de la misma, visitas, manejo de medicación, salidas, etc. Se trabaja en estas reuniones de delimitación de las intervenciones de la familia en la vida del paciente, hasta donde es ayuda y desde donde es intrusión, los derechos que tiene el paciente sobre su propia vida, etc.

El sólo hecho de realizar entre-

vistas con la familia del paciente tiene una significación y una incidencia a veces superior al contenido de lo que se hable, el viejo, acostumbrado en los últimos años a una cierta marginación de la vida familiar, se encuentra de golpe en el centro de la escena: se constituye, aunque sólo sea ilusoria y transitoriamente, en un hijo privilegiado que concita la atención de su familia. Recupera una cierta certeza de ocupar un lugar, es alguien en la vida de la familia. Por supuesto estos sentimientos requieren ser trabajados para no favorecer el hecho de que la enfermedad orgánica, o los sentimientos melancólicos, o el deterioro, o sea los aspectos regresivos, sean los que resulten eficaces para centrar la atención familiar. En este sentido, esta problemática será abordada con el paciente pero también con el grupo familiar, tratando de descubrir aquellos elementos que permitan recrear una relación positiva, de interés recíproco entre el viejo y sus familiares. Es necesario trabajar también los aspectos ligados a la intensificación del vínculo tiránico y de exigencias incondicionales que tienden a establecerse entre unos y otros.

En relación al trabajo con el cuerpo mi experiencia es que, en los casos en que es posible vencer la resistencia a realizar algún tipo de actividad corporal, (resistencia que se observa igualmente en gente joven), sea ésta gimnasia o deporte convencional, kinesioterapia, sencillos ejercicios de psicomotricidad o de cualquier otro tipo, se favorece la recuperación de aptitudes físicas y esta recuperación incide en el aumento de la autoestima; se favorece también el predominio de una posición activa, la reconstitución del esquema corporal, dicho de otro modo se refuerza o se recupera el núcleo de identidad, a partir del trabajo con el yo corporal.

Otro aspecto a tener en cuenta en el abordaje de los gerontes está dado por el seguimiento de la enfermedad orgánica. Es necesario tener en cuenta que por ejemplo las depresiones sintomáticas pueden constituir parte de un cuadro orgánico; pueden existir pseudo depresiones en cuadros demenciales, en

enfermedades infecciosas, en la enfermedad de Parkinson, etc. Esto fundamenta en parte la necesidad de un contacto estrecho con los colegas que se ocupan del tratamiento clínico.

Los trastornos orgánicos de mayor o menor intensidad patógena generan angustia y sentimientos de desamparo. Esos sentimientos se intensifican por las falencias en el aparato asistencial estatal o de obras sociales o aún en las prestaciones privadas y superespecializadas, particularmente en lo que hace, no tanto a la prestación en sí misma, sino a la falta de palabra que explique u oriente sobre el pronóstico de la afección sufrida. El seguimiento de la enfermedad orgánica, el contacto directo, cuando es necesario, con los profesionales que se ocupan del tratamiento de la misma, el conocimiento de los resultados de los exámenes complementarios, la transmisión a la familia del curso evolutivo y las explicaciones pertinentes y claras al paciente, permiten indicando concretamente qué hacer en caso de presentarse síntomas nuevos o ya conocidos, contener las ansiedades derivadas de la misma, hacer comprensible para él aquello que le está ocurriendo, y ayuda a que ésta pueda sentirse potente para colaborar y no sentirse abrumado y minusválido, así como reducir al mínimo las restricciones que imponga la enfermedad.

Este seguimiento "protector" en relación a la enfermedad orgánica, constituye así también un dispositivo específicamente psicológico que permite contener y generar confianza y seguridad en relación a las fantasías de mutilación, fragmentación, ruptura de la integridad del yo corporal.

Una cuestión muy delicada, más allá de los aspectos jurídico-legales, se presenta, cuando por la situación de deterioro del paciente viejo, su extrema dependencia, la imposibilidad material y psicológica de que permanezca en el medio familiar, se plantea la eventualidad de una internación geriátrica. Esta decisión es extremadamente difícil, ya que además del dolor del desprendimiento, hasta hace no muchos años y, aún hoy todavía, aunque en menor grado, predominan



representaciones sociales que sancionan a la familia, presentando la internación del geronte como un abandono involuntario del viejo por parte de ella. Esto genera intensos sentimientos de culpa, que se traducen en conflictos personales e intrafamiliares. A veces la familia decide por cuenta propia la internación; en otros casos existe una pugna entre sus miembros en cuanto a diferentes posiciones en relación a la decisión a tomar, que hacen aparecer viejas rencillas sobre el apoyo dado al viejo hasta ese momento.

En otros casos, la familia, habiendo una situación límite, no puede aceptar, a pesar de que podría ser beneficioso para ella y para la atención del viejo, la internación.

El terapeuta debe asumir así, frente a este problema, una posición, que lo implica médica y éticamente. Sin ser imperativo y teniendo en cuenta los múltiples conflictos y fantasías que se concentran alrededor de esta cuestión, debe facilitar, a mi entender, cuando lo considera adecuado, la toma de esta decisión, hacerse cargo de esta responsabilidad, en primer lugar ante sí mismo. Debe sostener también esta decisión ante el paciente, que muchas veces puede acusarlo ("usted me pone preso") por sentirse traicionado, así como ayudar, en lo posible, a la familia a elaborar las culpas que esta situación despierta.

Los avances de la psicofarmacología en los últimos años permiten disponer de una amplia gama de recursos, que, bien implementados, contribuyen a paliar el sufrimiento y a reducir los síntomas, en cuadros de mayor o menor gravedad. Este recurso por su importancia, requiere un capítulo aparte, En lo concerniente a este trabajo me interesa puntualizar que así como considero fundamental tener en cuenta el inmenso aporte de los psicofármacos, es necesario atender también al efecto iatrogénico que puede tener la sobremedicación. Es posible que una de las causas de ésta sea la sobrecarga contratransferencial, cuya reacción sea, por parte del terapeuta, la de apoyarse en una supuesta ayuda externa, que en este caso estaría dada por el exceso de medicación. Esta sobrecarga tiene que ver con la intensidad de la demanda del paciente, y la imposibilidad de efectuar una devolución de ciertos aspectos de la misma a la familia porque no haya quienes puedan contenerlas.

He intentado plantear algunos criterios de abordaje en el tratamiento de los viejos. Estos criterios implican una posición comprometida del terapeuta, con un alto costo afectivo, ya que en muchos casos es necesario hacerse cargo de decisiones de alta reponsabilidad médica y ética. La discusión de estos problemas en amplitud favorecerá el logro de nuevos instrumen-

tos y de criterios consensuados en los que se apoye nuestra tarea ■

#### Bibliografía

- Aulagnier, P., La violencia de la interpretación. Ed. Amorrortu, Bs. As., 1975.  
 Blejer, J., El grupo como institución y el Grupo en las Instituciones. Ed. Paidós, Bs. As., 1989.  
 Bleichmar, H., La Depresión. Un estudio psicoanalítico. Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1976.  
 Bleichmar, H., El Narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente. Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1982.  
 Freud, S., "Duelo y Melancolía". Obras Completas, Tomo II, 3a. Edición. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.  
 Kordon, D., Edelman, L. y Lagos, D., "Operatividad de las tareas psicoasistenciales grupales en situaciones de emergencia social" Temas grupales por autores argentinos N° 2. Ed. Cinco, Bs. As., 1988.  
 Käes, R., "El apoyo grupal del psiquismo individual". Algunas consideraciones teóricas en relación a los conceptos de individuos y grupo. Bs. As. Temas de Psicología Social, número extra, abril 1981.  
 Käes, R., "Introducción al análisis transicional", en Crisis, Ruptura y Superación. Ed. Paidós, Bs. As., 1989.  
 Lagos, D., Intervenciones Asistenciales no Sistematizadas en Emergencias Sociales. Inédito.  
 Lagos, D. y Novoa, L., "Institución Geriátrica, una experiencia psicoterapéutica grupal". Jornadas PAMI - Morón. Pcia de Bs. As., 1981  
 Rolla, R., "Grupos de gente de edad" en Psicología Individual y grupal, Ed. Tres, Bs. As., 1962.  
 Salvarezza, L., Psicogeriatría. Teoría y Clínica. Ed. Paidós, Bs. As., 1988.  
 Singer, D., Un cuerpo mortal para Ventura Alegre. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Tomo XIII 3 y 4, 1990.  
 Strejilevich, M. Temas de psicogeriatría. Ed. 1919, Bs. As., 1990.



INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Directores: Dr. Felipe Díaz Usandivaras

Dra. Mirta I. Méndez Puig

## HOSPITAL DE DIA

Proceso terapéutico grupal en programa de 4 a 8 hs. diarias.

Psicodrama  
Teatro  
Plástica  
Recreación

Musicoterapia  
Terapia Ocupacional  
Lectura  
Escritura

Grupo de Convivencia  
Grupo de Reflexión  
Grupo Terapéutico

Coordinadora: Dra. Alicia Malik

Ciudad de la Paz 31

Tel.: 771-2993/8114/8108



# Actualidad de la PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Julio Moizeszowicz\*

**E**l tratamiento de las alteraciones psíquicas en la senescencia y presenescencia ha cambiado radicalmente en los últimos años debido: al aumento poblacional de individuos mayores de 65 años, al cambio de la creencia profesional antigua de que tratar pacientes de la tercera edad era sólo el acompañamiento de un deterioro biológico inexorable (como lo demuestra la historia japonesa del Monte de Narayama, donde la sociedad no acepta presenciar la decadencia y exige el abandono de la madre en la nieve por el propio hijo) y -a los adelantos en las técnicas diagnósticas junto a las actuales concepciones psicoterapéuticas y farmacológicas (Cuadro 1).

En 1919 Abraham fue el primer psicoanalista que se dedicó al tratamiento psicológico de la tercera edad y dijo:..." me vi en la obligación de tratar pacientes de esta edad ante los fracasos terapéuticos que tenían los médicos clínicos sin experiencia psicoanalítica. Me di cuenta de que no los podía curar, pero en cambio les podía brindar una mejor y profunda comprensión acerca de sus problemas. Para mi sorpresa, un considerable número de enfermos reaccionaba favorablemente y debo reconocer que estas curas me gratificaron en sus resultados..."

A partir de ese momento nue-

**CUADRO 1.**  
HISTORIA PSICOGERIATRICA

1. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL
2. HISTORIA PSICOFARMACOLOGICA
3. ESCALAS PSICOPATOLOGICAS GERIATRICAS a) de valoración b) de deterioro demencial c) de conducta d) de demencia vascular e) de "scores mentales" f) de concentración g) de disfunción parieto-temporal h) de aprendizaje
4. EXAMEN NEUROLOGICO
5. EXAMEN CARDIOLOGICO
6. EXAMEN ENDOCRINOLOGICO
EXAMENES COMPLEMENTARIOS 7. EEG DE SUEÑO Y VIGILIA 8. ESTUDIOS DE DINAMICA CIRCULATORIA a) centellografia b) ventriculografia 9. TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) 10. RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN) 11. TOMOGRAFIA DE EMISION DE POSITRONES (TEP)
EXAMENES BIOQUIMICOS 12. DETERMINACIONES NEUROQUIMICAS (sangre, orina, LCR) 13. DOSAJES HORMONALES 14. DETERMINACIONES IONICAS (sangre, orina, LCR) 15. DETERMINACIONES de B12 y ácido fólico 16. DOSAJES DE PSICOFARMACOS

\* Profesor Adjunto de Salud Mental. Facultad de Medicina. UBA. Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Bs.As. Paraguay 3509, 8º "B". Buenos Aires.



vos criterios de salud mental comienzan a desarrollarse con las psicoterapias individuales, grupales, comunitarias y sociales, y el concepto de irreversibilidad del trastorno mental en la vejez pudo ser así descartado.

El conocimiento de los desórdenes bioquímicos, la tecnología para el estudio de las estructuras del cerebro (Resonancia Magnética Nuclear, Tomografía de Emisión de Positrones, Centellografía Radioisotópica Cerebral), el estudio bioeléctrico (Mapeo Cerebral, Potenciales Evocados) y el descubrimiento de nuevos psicofármacos contribuyeron a desarrollar la Psicogeriatría.

Alrededor del 95 % de la población senil vive en la comunidad, un 20 % de ella tiene trastornos mentales cognitivos compatibles con una *Demencia Senil*.

Sin embargo el DSM-III-R separa el diagnóstico de Demencia del Síndrome Amnésico. En la actualidad se observa que a partir de los 50 años comienzan a aparecer signos incipientes de alteraciones de la memoria. Este *Deterioro de la memoria Asociado a la edad* (Age Associated Memory Impairment), presenta un comienzo gradual con un lento deterioro de la memoria secundaria (reciente y alejada) conservando la memoria primaria (corta) y terciaria (remota). En general hay una disminución de los componentes verbales y no verbales de la memoria secundaria. Estos pacientes pueden presentar depresión al darse cuenta de esta declinación del funcionamiento mental. Esto abarca desde la reacción depresiva, vivida como un ataque narcisístico grave hasta aquellas reacciones hipomaniacas donde jocosamente se anota todo en libretas o agendas electrónicas. El trastorno psíquico más doloroso de este síndrome es la dificultad en recordar detalles manteniendo el recuerdo del evento principal que se vivió. Por ejemplo se olvidan nombres de lugares visitados, de personas presentadas o de sus números telefónicos. El paciente trata de acomodar su actividad laboral a esta dificultad.

Los diagnósticos diferenciales se deben hacer con los trastornos depresivos, metabólicos, degenerativos, cerebrovasculares, la epi-

lepsia y por supuesto todo tipo de alteración clínica.

La *Demencia Degenerativa Primaria* no siempre presenta las alteraciones neuropatológicas características de la Enfermedad de Alzheimer. Este proceso demencial representa el 60% de las Demencias Seniles. Comienza con un periodo inicial de deterioro de la memoria, uno intermedio confusional y uno terminal demencial. Con antecedentes familiares el riesgo de padecer la Enfermedad de Alzheimer llega al 50 % a los 90 años, aplicando una tabla de corrección que tiene en cuenta la muerte que puede ocurrir por enfermedades intercurrentes que se desarrollen antes de la aparición del cuadro demencial. El defecto genético de esta enfermedad se encuentra en el locus q21 lugar que comparte con el Síndrome de Down en la misma banda cromosómica. El Síndrome de Down es estadísticamente más frecuente en familias que padecen Enfermedad de Alzheimer y la demencia es una complicación frecuente en la edad me-

dia de los pacientes portadores de Down. En ambas aparecen las características placas amiloides y la degeneración neurofibrillar. Actualmente se conoce que esta placa es el depósito de una proteína beta-amiloidea, a su vez fragmento de la beta-APP o Pre A4, separada del gene del cromosoma 21. Los cambios celulares producidos en la Enfermedad de Alzheimer provocarían alteraciones en la concentración, síntesis y estructura molecular de estas proteínas.

Los psicofármacos tienden a conseguir dos objetivos básicos en estos tipos de tratamientos: uno el de lograr la prevención de las alteraciones neuronales y el otro el de conseguir estimular las funciones neuroquímicas deficitarias (Cuadro 2).

Dentro del grupo de *Estimulantes del Metabolismo Neuronal* se encuentran los denominados **nooanalépticos** y los mal llamados **vasodilatadores cerebrales**. Se denominan **nootrópicos** a aquellos fármacos que mejoran el metabolismo neuronal sin tener efecto en el

#### CUADRO 2. ESTIMULANTES DE LA VIGILIA Y ACTIVIDAD PSICOMOTORA

- a) Adrenérgicos y anorexígenos
- b) Pemolina
- c) Metilxantinas
- d) Nicotina y Lobelina

#### ESTIMULANTES DEL METABOLISMO NEURONAL

##### a) PSICOENERGIZANTES O NOOANALEPTICOS

- Derivados del dimetilaminoetanol
- Derivados del GABA
- Otros

##### b) VASODILADORES CEREBRALES

- Vasodilatadores propiamente dichos
- Vasodilatadores que producen cambios reológicos
- Vasodilatadores que producen cambios metabólicos neuronales
- Vasodilatadores que inhiben la agregación plaquetaria

#### ESTIMULANTES DE LA MEMORIA

##### a. SIMPATICOMIMETICOS

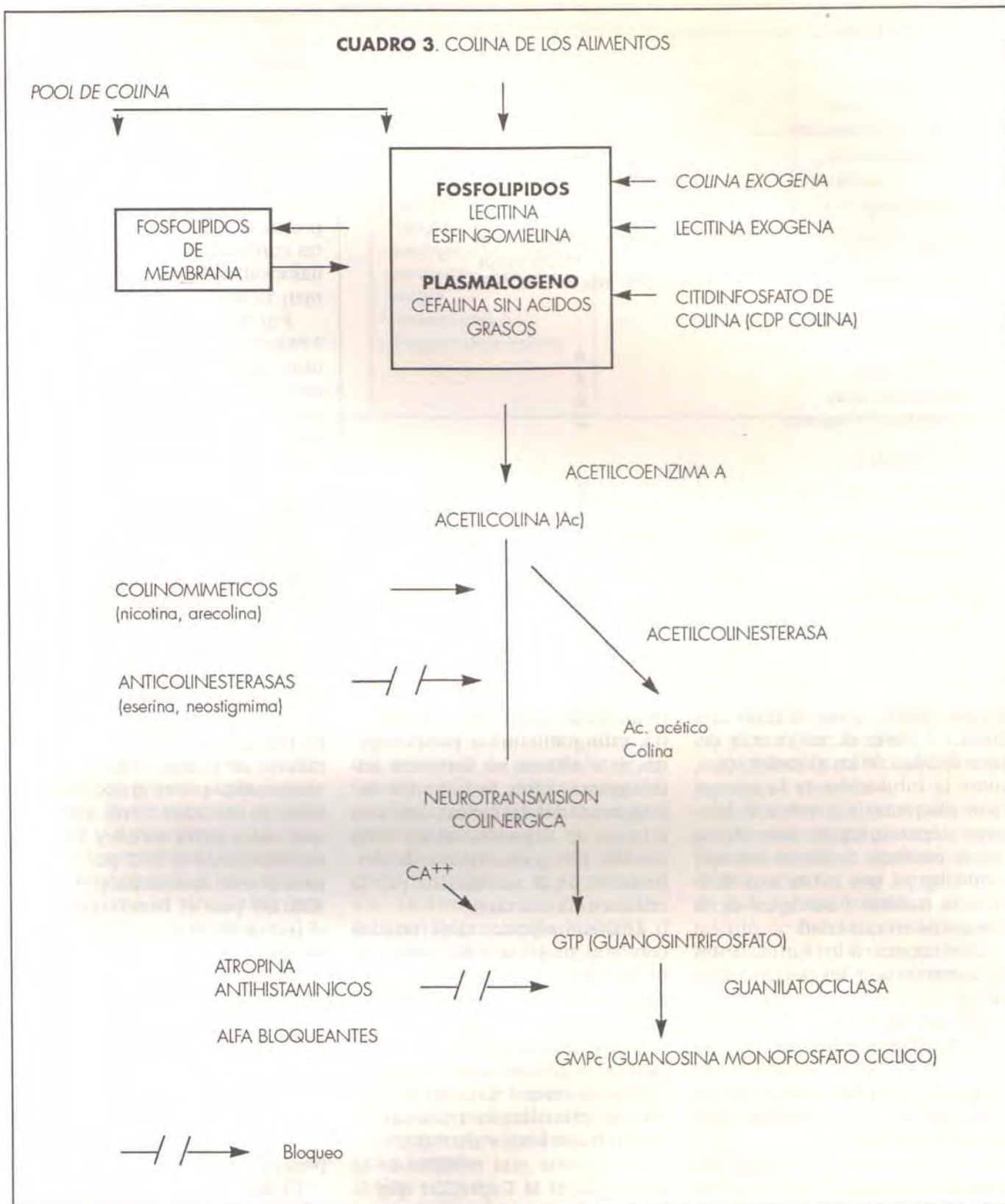
##### b. COLINERGICOS

- Precursores de acetilcolina
- Anticolinesterasas
- Colinomiméticos

##### c. NEUROPEPTIDOS



**CUADRO 3. COLINA DE LOS ALIMENTOS**



resto del organismo. El derivado del GABA: Piracetam y la Vincamina pertenecen a este grupo. Se debería agregar aquí los derivados de la Dihidroergotoxina ya que si bien actúan metabólicamente tienen acciones a distancia sobre los alfa receptores arteriolares.

Una nueva generación de compuestos que actúan sobre la mem-

brana fosfolipídica y el calcio, están en investigación (Monogangliósidos), también se han utilizado inhibidores de la recaptación serotoninérgica (que en definitiva son antidepresivos) como la Zimelidina.

Los precursores dopaminérgicos como la Memantine aun están en estudio.

Con respecto a los denominados vasodilatadores la búsqueda trata de reducir la acción espasmolítica arteriolar (que dilata lo sano y no lo enfermo) y lograr una mayor acción metabólica neuronal directa, tratando de inhibir la fosfodiesterasa y mejorar así la disponibilidad del AMP cíclico. Por supuesto estas sustancias



#### CUADRO 4. CAMBIOS FARMACOCINETICOS INVOLUTIVOS

##### ABSORCION

- motilidad intestinal: ↓
- superficie de absorción: ↓↓
- pH gástrico: ↓

##### DISTRIBUCION

- líquido extracelular: 30-40% menos
- líquido corporal total: 10-15% menos
- tejido adiposo: Hombres 36% más; mujeres 48% más

##### ELIMINACION

- albúmina: ↓
- volumen minuto: ↓↓
- filtración glomerular: ↓↓
- metabolización hepática: ↓

##### NEUROQUIMICA

- receptores dopamínicos: ↓
- receptores muscarínicos: ↓↓
- receptores símil-benzodiazepínicos: ↑
- MAO B: ↑
- tirosina-hidroxilasa: ↓
- dopa decarboxilasa: ↓
- colina-acetilasa: ↓↓
- acetilcolina: ↓

actúan además sobre el flujo sanguíneo a través de mejorar la deformabilidad de los glóbulos rojos, sobre la inhibición de la agregación plaquetaria y sobre el bloqueo dopaminérgico. Este efecto puede producir síntomas extrapiramidales ya que existe una deficiencia natural fisiológica de la dopamina en esta edad.

Con respecto a los Estimulantes de la memoria se los puede clasificar en :

- 1) Colinérgicos y
- 2) Neuropéptidos.

Dentro del primer grupo se encuentran los **precursores de la acetilcolina** (colina, lecitina y fosfato de citidincolina).

Otro grupo lo constituyen las **anticolinesterasas** (eserina) y los **colinomiméticos** (arecolina y pilocarpina). Esta concepción colinérgica de la memoria se basa en que es posible mejorar la memoria aumentando la liberación de la acetilcolina y por el contrario se puede deteriorarla si se administra en estos pacientes una sustancia parasimpaticolítica como la escopolamina (Cuadro 3).

La colina (precursor de la acetilcolina) se encuentra ligada a los fosfolípidos de las membranas

neuronales que contienen lecitina, esfingomielina y plasmalógeno, este último no contiene ácidos grasos. Estos fosfolípidos tienen unidades fosfóricas con una energía de degradación de 3200 calorías por gramo (ritmo de destrucción de la acetilcolina por la enzima colinesterasa).

Los **Neuropéptidos** relacionados con la memoria son fracciones de la ACTH o de la Hormona Anti-diurética y son la Alfa-MSH, la ACTH 4-10 y la Vasopresina-8-Lisina. Esta última es la que mostró buenos resultados luego de la aplicación en aerosol nasal en pacientes que presentaban amnesias de origen traumático y alcohólico.

El síntoma más tratable de la Demencia es la Depresión que la acompaña en más del 30 % de los casos. En los pacientes con Enfermedad de Parkinson este síntoma está presente en más del 50 % de los enfermos.

La Depresión acentúa sobremedida los síntomas precoces o tardíos del Síndrome Demencial.

A la inversa síntomas como son la pérdida de energía y del apetito, dificultades de la memoria y de la concentración aparecen en enfermos depresivos cuya sintoma-

tología puede confundirse con cuadros predemenciales. Tratados adecuadamente con antidepresivos desaparecen los signos de demencia, es por eso que a este trastorno se lo ha llamado Demencia Reversible o Pseudodemencia.

En un estudio realizado por Alexopolus en 1987 se pudo comprobar que el 39 % de los pacientes con Pseudodemencias desarrollaron al cabo de 3 años una Demencia Senil.

Por otra parte Zubenkogs en 1988 demostró que existía una disminución significativa de neuronas noradrenérgicas en el locus caeruleus en pacientes depresivos con enfermedad de Alzheimer, lo cual expresaría una vulnerabilidad a la depresión en este tipo de enfermos.

La **Depresión Mayor** oscila después de los 65 años entre el 2 y el 15%. Otro 15% padece de depresiones menores y el 40 % de las consultas geriátricas se deben al síntoma tristeza. En nuestro país se puede tener una idea de la Depresión Mayor a través del estudio de los suicidas de la Capital Federal realizado por Pellicari y colaboradores en el año 1983, donde se comprueba que el grupo más elevado de suicidas tiene una edad que oscila entre los 65 y 70 años, representando el 31,7 por 100.000 para el sexo masculino y el 18 por 100.000 para el femenino, siendo el índice general de suicidios para ese año el 10,1 por 100.000.

En general el riesgo suicida se puede detectar en la entrevista hablando francamente del mismo y teniendo en cuenta las últimas enfermedades clínicas que atacaron el narcisismo del paciente. Por supuesto todo ello acentuado por la historia familiar y/o genética depresiva.

La **depresión de comienzo tardío** (mayor de 60 años) tiene menos antecedentes familiares y mayor incidencia de insomnio, hipocondría, agitación e ideas delirantes.

Las **Depresiones Enmascaradas** son en la senescencia el grupo más importante de las **Depresiones Atípicas**, donde los síntomas somáticos y cognitivos priman sobre los psicológicos, ya que los enfermos atribuyen las manifestaciones de su tristeza o ansiedad a las enfermedades de origen somático.



**CUADRO 5. EFECTOS CLINICOS ADVERSOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS SEGUN LA AFINIDAD POR DIFERENTES RECEPTORES**

	Colinérgico (muscarínico)	Adrenérgico (alfa 1 y alfa 2)	Histamínico (H1 y H2)	Dopamínico (D2)
SINTOMAS CLINICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retención urinaria</li> <li>- boca seca</li> <li>- glaucoma</li> <li>- visión borrosa</li> <li>- constipación</li> <li>- confusión mental</li> <li>- sedación</li> <li>- taquicardia</li> <li>- perturbaciones en el habla</li> <li>- perturbaciones sexuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hipotensión postural</li> <li>- sedación</li> <li>- taquicardia refleja</li> <li>- bloqueo de la sintomatología adrenérgica (nerviosismo, ansiedad, vértigo)</li> <li>- interacciones con drogas antihipertensivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sedación</li> <li>- somnolencia</li> <li>- aumento de peso</li> <li>- delirio, alucinación (H2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- síndromes extrapiramidales</li> <li>- síndrome galactorrea-amenorrea</li> <li>- síndromes neurológicos</li> </ul>

Estas últimas están acentuadas por la iatrogenia que no tiene en cuenta los cambios farmacológicos involutivos (Cuadro 4). Por ejemplo los fármacos se distribuyen en esta edad en un líquido extracelular 40% menor y en un tejido adiposo 40% mayor que en un adulto normal. Si a ello se agregan los déficits en la eliminación (disminución de la filtración glomerular y de la metabolización hepática) se tendrá rápidamente un grado de subtoxicidad medicamentosa. Así por ejemplo la cimetidina, el propranolol, los corticoides, la progesterona y los antineoplásicos como la vincristina producen síntomas depresivos.

Por otra parte se debe tener en cuenta cuando se administran fármacos antidepresivos los trastornos cardiovasculares, gastroduodenales y prostáticos previos, ya que los efectos cardiotoxicos de estos fármacos acentuarán los trastornos cardiacos y los efectos anticolinérgicos aumentarán la constipación y el prostatismo de la edad (Cuadros 5 y 6). El peligro de la hipotensión ortostática (aun en enfermos hipertensos) deberá ser advertido al paciente y a la familia, ya que es común que al pasar de la posición de decúbito a la erecta (durante la noche) se produzcan caídas con los consiguientes traumatismos y fracturas facilitados por la osteoporosis senil.

Se seleccionará entonces, el antidepresivo de acuerdo al tipo de Depresión (inhibida o ansiosa). Si

es inhibida los antidepresivos más usados son la Imipramina (Tofranil®) y la Nortriptilina (Ateben®) y si es ansiosa el Trazodone (Taxagon®) y la Mianserina (Lerivon®).

Cuando se presenten depresiones con Enfermedad de Parkinson se tendrá en cuenta las alteraciones disquinéticas que pueden ocasionar los antidepresivos y algunos vasodilatadores. En estos casos se tratará de prescindir de estos últimos y se utilizarán antidepresivos que no alteren la recaptación de dopamina.

En el caso de no poder diferenciar los síntomas depresivos de una Distimia de los de una Demencia Degenerativa Primaria o por Infarto Múltiple lo mas conveniente es realizar un tratamiento antidepresivo de prueba con dosis adecuadas durante un mes a fin de pesquisar si desaparecen los signos de déficit de la capacidad intelectual que expresarian una Demencia, pudiendo de esta forma acercarse mejor a un diagnóstico adecuado.

Con respecto a la Hipertensión Arterial con síntomas de Depresión, tan común en esta edad como es la cefalea, la falta de equilibrio, el mareo, la apatía y a veces los signos invalidantes de las secuelas de los accidentes tromboembólicos cerebrales o cardiacos, es conveniente llegar a un acuerdo en forma conjunta con el cardiólogo a fin de intentar el tratamiento de la Hipertensión y de la Depresión de la siguiente forma:

1) Un tratamiento de prueba de un mes con antidepresivos tricíclicos. Tienen ellos una doble finalidad: mejorar el ánimo y utilizar el efecto colateral hipotensor. 2) Si el antidepresivo no resultase eficaz para mejorar la hipertensión se pueden agregar diuréticos vigilando la potasemia, ya que el descenso de potasio produce apatía, astenia y confusión mental.

3) Utilizar beta-bloqueantes como última alternativa.

La TEC (terapia electroconvulsiva), con anestesia general y relajantes musculares sigue siendo para los pacientes con riesgo suicida y depresión psicótica el tratamiento de elección, pese a los mitos sociales aun vivientes. Es interesante recordar que el riesgo de complicaciones mortales a esta edad es del 0.01 % (muy por debajo de la mortalidad cardiovascular por antidepresivos).

La *Manía* representa el 5 al 10 % de los Trastornos Afectivos de la tercera edad. Su presentación sin antecedentes previos debe hacer pensar en trastornos orgánicos (metabólicos, infecciosos, neoplásicos, por hemodiálisis, por corticoides, por levodopa, etc.). El tratamiento de elección sigue siendo el Litio, la Carbamazepina y el Acido Valproico combinado o no con antipsicóticos de tipo sedativo con escasas acciones extrapiramidales: Levomepromazina, Tioridazina Clozapina (Cuadro 7). La Clozapina (restringida su venta en nuestro país), tiene un buen efec-



**CUADRO 6. EFECTOS CARDIOTOXICOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS**

	Acciones sobre:			
	Conducción	Ritmo	Contracti- lidad	Presión arterial
SINTOMAS Y SIGNOS	- Bloqueos (en especial el de rama). - Alargamiento del PR. - Ensanchamiento del QRS	- Antiarrítmicos en dosis terapéuticas. - Arritmógenos en dosis tóxicas	- Empeoramiento en dosis tóxica en patologías previas	- Hipotensión postural - Hipertensión arterial (por efecto tiramínico) (MAO)

**CUADRO 7. EFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIPSICOTICOS**

Acciones adversas	SEDATIVOS Baja potencia (Dosificables en cientos de mg)	INCISIVOS Alta potencia (Dosificables en mg)
	<i>Neurológicas</i> • Extrapiramidalismo • Epilepsia • S. neuroléptico maligno	+ ++ -
<i>Psicopatológicas</i> • Sedación-Somnolencia • Depresión • Recciones paradójales	++ ++ -	- + +
<i>Neurovegetativas</i>	++	+
<i>Metabólicas-endócrinas</i>	++ (benzamidas)	+
<i>Cardiovasculares</i> • Hipotensión • Arritmias	++ -	- +
<i>Alérgicas</i> • Dermatológicas • Oculares • Hepáticas • Hematológicas	++ ++ ++ ++	- - - -
<i>Abstinencia</i>	+	++

- Efecto escaso o nulo  
+ Efecto intenso  
++ Efecto muy intenso

to sedante y antidelirante con escasas acciones extrapiramidales. Su uso debe contar con el control del recuento leucocitario frente al riesgo de producir agranulocitosis.

Para el tratamiento de los trastornos psicóticos, de la ansiedad y del insomnio la psicofarmacoterapia sigue las pautas generales. Sin embargo se deben recordar algunos principios básicos como son la reducción de la dosis en un 50 %, comparadas con la de los adultos, el aumento de la frecuencia de las acciones paradójales de las Benzodiazepinas y los recaudos que se deben tener en cuenta en el tratamiento del insomnio con el uso de las mismas por su potencial acción sobre la memoria anterógrada y el efecto rebote en el sueño (Cuadro 8).

Por supuesto que a nadie escapa la importancia de las medidas de contención en esta edad, que incluyen las psicoterapias, la atención comunitaria, los hospitales diurnos o nocturnos y las prestaciones sociales adecuadas. Si bien es de difícil comprobación, la experiencia clínica demuestra que estas últimas medidas permiten a los profesionales de la salud mental manejarse con dosis bajas de psicofármacos disminuyendo así los efectos adversos comunes en esta edad ■



**CUADRO 8. DOSIFICACIONES MAS COMUNES EN PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA**

Nombre farmacológico	Dosis mínima y máxima por día
<b>ANTIPSICOTICOS</b>	
1) Fenotiazínicos	
Clorpromazina	50-300 mg/d
Levomepromazina	6-75 mg/d
Prometazina	6-75 mg/d
2) Piperidínicos	
Tioridazina	10-150 mg/d
3) Piperazínicos	
Trifluoperazina	1-10 mg/d
4) Dibenzotiazepínicos	
Clozapina	25-100 mg/d
5) Butirofenonas	
Haloperidol	1-6 mg/d
<b>ANSIOLITICOS</b>	
1) Benzodiazepinas	
• De acción prolongada (+ de 24 hs)	
Clobazam	10-30 mg/d
Clorazepato	5-15 mg/d
Clordiazepóxido	5-10 mg/d
Diazepam	2-5 mg/d
• De acción intermedia (de 12 a 24 hs)	
Bromazepam	3-12 mg/d
Flunitrazepam	1 mg/d
Lorazepam	0,5 mg/d
• De acción corta (de 6-12 hs)	
Loprazolam	1-4 mg/d
• De acción ultracorta (<6 hs)	
Triazolam	0,25 mg/d
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	
No IMAO	
Tricíclicos	
Clorimipramina	25-75 mg/d
Desimipramina	30-120 mg/d
Imipramina	25-150 mg/d
Nortriptilina	10-80 mg/d
Trimipramina	25-75 mg/d
Tetracíclicos	
Mianserina	10-50 mg/d
Trazodone	25-150 mg/d
IMAO	
Tranilcipromina	10-30 mg/d
L-deprenyl	2,5-10 mg/d

**Referencias**

- Alexopoulos, G., et al, "Age of onset in geriatric depression with dementia" American Psyc. Ass. Chicago, May 9-14, 1987.
- Cohen, G. D., et al., "The Elderly Mentally In" Hospital and Community Psychiatry American Psyc. Ass. May 1985.
- Kalayam, B. et al., "Geriatric Psychiatry: An Update" J. of Cl. Psychiatry 51: 177-183, 1990
- Moizeszowicz, J., "Psicofarmacología geriátrica" en Psicofarmacología Dinámica II, Editorial Paidós, Bs. As., 1988.



# A propósito de la DEMENCIA SENIL

P. Noël\*

“Demente senil”, he allí la etiqueta definitiva, esa que clasifica, aísla, estigmatiza. Etiqueta que todo el mundo emplea, inconsideradamente, como diagnóstico de lo irreversible, como justificación del rechazo, como espantajo.

La demencia senil existe. Por cierto que existe y que cuando se presenta pesa terriblemente en la historia de un sujeto, en la vida cotidiana de una familia, en la labor de quienes lo atienden, en ... los gastos que suscita. Razón de más, entonces, para no invocarla abusivamente, para saber de qué se habla cuando se la menciona.

La apelación demencia senil es substituida, cada vez más por la de enfermedad de Alzheimer. Esto otorga más misterio y más cientificidad. La fortuna de ese concepto, en la prensa, en la opinión pública, en las familias de dementes da la impresión de que él ha escapado a los científicos y a su vez, la importancia de las investigaciones anátomo-clínicas y fisiopatológicas le dan un aura de enfermedad definida con una solución diagnóstica y terapéutica próximas.

Planteemos algunos interrogantes.

## 1) ¿Se trata sólo del cerebro?

“En el demente senil el cerebro está agujereado, apolillado, atrofiado”, frecuentemente encontramos estas imágenes entre los familiares de personas de edad... y también entre los médicos. En consecuencia, basta que un examen neuro-radiológico (TAC, por ejemplo) haya “visualizado” una reducción del volumen cerebral, para que el sujeto sea catalogado definitivamente como demente.

Y sin embargo, no hay ningún paralelismo entre lesiones anatómicas y grado de debilitamiento demencial. Todos los anatomopatólogos lo afirman: se pueden observar comportamientos demenciales con cerebros aparentemente normales al igual que atrofas considerables pueden acompañarse de integridad intelectual.

Recientes investigaciones neurofisiológicas han echado por tierra con el dogma absoluto de la irrever-

sibilidad de las lesiones nerviosas, al constatar que el cerebro es capaz de reorganizar sistemas neuronales supletorios de una función alterada, y aún, contrariamente a lo que se ha afirmado desde hace mucho tiempo, a ser capaz de una cierta regeneración de las células nerviosas.

Recordemos además que un cierto número de demencias del sujeto anciano son consecutivas a un fenómeno mecánico: la hidrocefalia a presión normal.

Ciertos autores norteamericanos afirman que el 15% de las demencias de los viejos tienen esa etiología. El interés de concluir tal diagnóstico estriba en que una operación quirúrgica simple (derivación de líquido cefalorraquídeo) puede proporcionar resultados espectaculares que, en ocasiones, llegan hasta la desaparición de los trastornos presentados por el paciente. Como lo afirma un eminente neurólogo “que las demencias sean curables constituye una revolución en el pensamiento neurofisiológico”.

Es necesario pensar siempre en esta etiología y sobre todo cuando ha existido un traumatismo craneano como antecedente reciente. En consecuencia hay que subrayar que las investigaciones neuroradiológicas toman en este contexto un sentido diferente ya que ellas nos permiten investigar si se trata de una demencia curable y no solamente poner en evidencia lesiones anatómicas que autoricen a dar un pronóstico de irreversibilidad.

## 2) ¿Se trata de una demencia?

Frecuentemente se formula al diagnóstico de demencia de manera abusiva, por ejemplo para obtener más fácilmente una hospitalización, o a la inversa, para justificar el rechazo de un servicio hospitalario en el que se juzga a un enfermo demente y por lo tanto que no le corresponde conservarlo.

El drama consiste en que esta etiqueta, aplicada por facilismo o por precipitación, corre el riesgo de ser indeleble. Podrá confundirse así la demencia con un síndrome regresivo o una depresión que no serán tratados como tales, la evolución terminará por confirmar el apresurado diagnóstico inicial y las posibilidades de haber obtenido otra evolución se habrán perdido.

Daremos dos ejemplos de esas falsas demencias.

*La Srta. V., de 85 años de edad, fue enviada al hospital por “incuria con gatismo... trastornos afásicos...”*

\* P. Noël, CHS de Maison Blanche. 3 Av. Jean Jaurès 93330. Neuilly-sur-Marne. Responsable del 11ème. sector de París. Francia.



severos trastornos de la memoria... desorientación temporoespacial... en suma, cuadro demencial global de tipo senil".

Una cálida recepción y atentos cuidados brindaron seguridad a la paciente. No se le retiraron sus vestimentas ni se la obligó a guardar cama.

En unos días la palabra mejoró y los trastornos mnésicos se diluyeron progresivamente.

Pudo relatarnos entonces que vivía con una hermana, soltera como ella. La hermana trabajó siempre y dispone actualmente de una jubilación. La Srta. V. nunca tuvo actividad laboral y permaneció siempre en la casa ocupándose de las tareas del hogar. Actualmente no tiene recursos económicos. Hace unos meses en un momento de desaliento se lanzó bajo un automóvil al cruzar la calle y hace unas semanas fue operada de hernia estrangulada.

Como vivían en un piso alto, las salidas se les hacían cada vez más difíciles y entonces una vecina amiga les sugirió que se internaran en una institución geriátrica. Ella se dio cuenta entonces de que la internación no podía hacerse para ambas en el mismo lugar. Es su hermana la que tenía dinero y este "no alcanzaría para las dos". Dependiente de su hermana durante decenas de años, sumisa, la Srta. V. "se dio cuenta" de que iban a ser separadas y que de una cierta manera su hermana "la había traicionado un poco". Los roles eran compartidos pero los dados ¿no estaban trucados? Cuando se lanzó bajo el automóvil, sin herirse, fue justamente cuando la vecina había comenzado a hablar de internación.

La Srta. V. recuperó todo su vigor intelectual en algunas semanas... pero se negó a caminar. Si bien no existía ninguna causa orgánica que lo justificara se desplazaba en silla de ruedas, aunque se mantenía autónoma en lo concerniente a su higiene, sus comidas y sus evacuaciones.

Su hermana, fue internada en una casa geriátrica de buen nivel. La Srta. V. se hizo llevar algunas veces "de visita". A pesar de todos los esfuerzos terapéuticos la Srta. V. no caminó más que lo necesario para mantenerse autónoma en el resto de las funciones antes descritas. Su "yo no camino", constituía una manifestación de protesta permanente.

Por otro lado leía mucho, tenía su tiempo organizado y, a su turno, se hacía servir.

Estas actividades persistieron cuando el servicio social obtuvo su pasaje a una casa geriátrica. Las dos hermanas vivieron, entonces, en dos casas distantes una centena de kilómetros entre sí y nunca más se volvieron a ver. La Srta. V. mantuvo sus exigencias y su rechazo a abandonar la silla de ruedas.

Esta observación ilustra un error de diagnóstico típico formulado en forma apresurada ante trastornos importantes del comportamiento. Se trata en realidad de reacciones cataclísmicas como las que se encuentran en ocasión de un accidente somático agudo (infarto de miocardio, fractura) o en una situación socio afectiva brutal (mudanza, duelo o en este caso una separación totalmente imprevista). Pero a veces, causas aparentemente mínimas desencadenan estas respuestas espectaculares: mudanza de vecinos; pérdida de un animal doméstico, desaparición de un objeto-recuerdo... se produce una verda-





dera **sideración de las reacciones normales** del sujeto que es sin embargo reversible si la actitud terapéutica es la adecuada y si el lugar de internación favorece los reinvestimientos afectivos. Si no, este accidente agudo puede prolongarse en un estado demencial y entonces, irónicamente, lo que era de hecho un error diagnóstico aparecerá *in fine* como una ¡notable intuición!

*La Sra. O., de 91 años, pasa por el servicio de urgencias de un hospital general: "...esta mujer presenta severos trastornos del comportamiento, agitación, incesante, se para en la cama, rompe un vidrio, se acuesta desnuda en el suelo y agrede al personal que la atiende... Esta sintomatología demencial indica su derivación a psiquiatría", rezaba su ficha de admisión. Al día siguiente la paciente protesta por su hospitalización, quiere volver a su casa, manifiesta una desorientación temporal y trastornos de la memoria para los acontecimientos inmediatos mientras la memoria de hechos antiguos parece mejor conservada. En algunas semanas los trastornos se atenúan considerablemente pero presenta durante largo tiempo elementos subconfusionales durante las tardes y las noches.*

*Al cabo de 3 meses vuelve a su domicilio. Se anota en la historia clínica a su salida: "conservación excepcionalmente buena de las facultades intelectuales para su edad, no hay trastornos del comportamiento, sino que por el contrario, ha manifestado mucho interés por el tiempo pasado pasado en vida colectiva. Participó muy bien en las actividades de recreación y animación".*

*Ya en su domicilio tuvo la compañía de una enfermera, que se mantuvo hasta que unos meses después la paciente falleció de una hemorragia cerebral.*

*En efecto, la Sra. P. vivía en un viejo edificio que debía ser renovado y durante los trabajos debió ocupar un departamento provisorio en otro lugar. Fue ese episodio el que desencadenó los trastornos de comportamiento que fueron interpretados como el comienzo de una demencia.*

Las manifestaciones confusionales de ese tipo, con ansiedad y agitación, son frecuentes y es necesario insistir en ciertos desencadenantes tales como:

— **las desnutriciones**, en particular en los viejos aislados. Por razones económicas y también psicológicas, reducen sus compras, suprimen las proteínas, consumen comidas frías, y sobre todo mantienen o aumentan el consumo de vino. Intervienen de esta

manera conjuntamente las carencias alimentarias y el alcohol sobre el cerebro con el abandono de verdaderas comidas y la pérdida o el renunciamiento a un comportamiento eminentemente social.

— **las prescripciones medicamentosas**. Ellas pueden, a veces, ser terribles. Jamás se insistirá suficientemente en el hecho de que las posologías deben ser adaptadas a la fragilidad de los ancianos. Levomepromacina, diazepam, barbitúricos son prescritos demasiado frecuentemente para corregir trastornos simples del sueño o discretas turbulencias. En otros casos, son los pacientes mismos quienes deliberadamente, por distracción o por un designio suicida aumentan las dosis. Sabemos que una de las consecuencias de estas ingestas medicamentosas pueden ser los trastornos circulatorios (para la levomepromazina sobre todo) lo cual entraña a su vez síntomas de aspecto deficitario. Resulta así que **viejos aparentemente deteriorados sean en realidad sujetos drogados.**

— **Los estados depresivos**, son también muy frecuentes y a menudo de presentación clínica "pobre": entecimiento, desinterés, desinveftimientos. El aislamiento es consecutivo a la reducción de posibilidades de expresión por medio del lenguaje y a la reducción de la red vincular del paciente. También pueden estar implicadas discapacidades sensoriales (cataratas, hipoacusia) y/o motrices (anquilosis reumáticas) e inclusive enfermedades crónicas (insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria crónica, diabetes). De esta manera, discapacidades y aislamiento llevan a un estado depresivo.

En estos casos será obligatoria la necesidad de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Insistamos entonces en no caer en el error de diagnosticar un deterioro demencial allí donde sólo hay una inhibición depresiva.

### 3) ¿Que es una demencia senil?

Acabamos de ver que para afirmar el diagnóstico de demencia senil hace falta tiempo y una larga observación. Demasiadas demencias confirmadas evolutivamente son la consecuencia de errores iniciales de diagnóstico.

Pero, cuando se trata de un cuadro demencial ¿está decretada la noche permanente?, ¿la imposibilidad de comunicarse? ¿La postración, la caquexia





ineluctable?: no, afirmar tal cosa es falso. Una persona demente senil busca frecuentemente comunicarse; aunque desparejamente, según los momentos y los estímulos, su memoria funciona; si bien hay elementos confusionales y reacciones depresivas pasajeras que pueden modificar el comportamiento cotidiano, los pacientes expresan una vida afectiva e intelectual y pueden intercambiar socialmente a condición de vivir en un medio con el que se han familiarizado (o familiar?) con reparos precisos en el tiempo y en la topografía del mismo, conservando sus vestimentas personales y por supuesto, sin estar obligados a permanecer en cama.

#### Dos ejemplos:

*La Sra. H. de 75 años, ha permanecido en su domicilio durante más de 3 años, demente, sin autonomía, asistida permanentemente por su marido que le "hace todo": la alimenta, la lava, la viste...*

*Cuando ella es hospitalizada el marido parece perdido, soporta mal la separación y bebe más. El suplica que le "den" permisos de salida a la esposa. Cuando ella vuelve al hospital se le observan equimosis en la piel. En las entrevistas con el marido nos informamos que trata a su esposa con rudeza, y que a veces la golpea: tiene necesidad de su presencia pero por momentos siente agresión hacia ella. En esas entrevistas nos cuenta que siempre fue un bebedor, juerguista, jugador y no muy fiel. Las economías de la pareja fueron comprometidas varias veces por deudas de juego. La Sra. H. adoptó siempre un aire digno no quejándose jamás de esos problemas. Su demencia provocó un cambio completo: ella en apariencia totalmente pasiva logró anclar a su esposo en la casa; él no puede salir más y se ocupa de ella permanentemente. Sintiendo profundamente culpable se vuelve servidor de su mujer largamente humillada y en silencio, la peina, la viste, le tiende la cuchara... Pero a veces se rebela, toma un trago o golpea a su mujer. Fue necesario ayudarlo y escucharlo largo tiempo.*

*Luego de las visitas de su marido, ella presenta un comportamiento repetitivo que nos resulta incomprensible: toma una hoja de papel, la rompe en pedacitos y lanza estos al aire sonriendo inefablemente. ¿Cómo no relacionar ese gesto enigmático con las confidencias hechas por el marido?, ¿billetes de banco dilapidados en las salas de juego? ¿no nos está diciendo: "no he olvidado?".*

*— La Sra. M., de 86 años, viuda desde hace 20, vive sola en su casa de París hasta que repetidos ataques cardíacos provocan dos hospitalizaciones.*

*El retorno a su domicilio torna al fracaso: no se orienta en su casa, se pierde en el barrio, olvida comer. Su hijo la lleva a su domicilio y la nuera deja de trabajar para ocuparse de la suegra pero la agitación, los insomnios, la asistencia permanente que le debe brindar acaban con su paciencia... al cabo de seis meses se produce la hospitalización. Su llegada produce consternación en el equipo: incontinencia diurna y nocturna, deambulación permanente, no maneja más los utensilios de mesa, se vuelca la comida sobre el cuerpo.*

*Se inicia entonces un intenso trabajo de reeducación, se corrigen el insomnio, la ansiedad y la incontinencia desaparece. Poco a poco empieza a comer sola y a hablar de su pasado, de su esposo y de su hijo.*

*Aparece un glaucoma que provoca violentas algias retro-orbitarias y ella puede situar muy bien la zona dolorosa.*

*Se hace necesaria, entonces, una intervención quirúrgica en servicio especializado. El post operatorio es difícil: no puede permanecer quieta, se ensucia el rostro con materia fecal, la familia se ve obligada a acompañarla por largas horas para alimentarla y contener su agitación.*

*A su retorno al servicio el cuadro es similar al de su primera entrada, pero en algunos días recupera el control esfinteriano, el sueño y el apetito.*

*Actualmente su estado es oscilante: episodios confusionales con deambulación y rechazo de los alimentos, períodos de calma y lucidez depresiva, despeños diarreicos coincidentes con el retorno de la ansiedad y la agitación nocturnas...*

Comportamientos que "significan", que testimonian detrás de la pantalla demencial variaciones múltiples en la evolución de la enfermedad como en los dos casos que acabamos de relatar, muestran que el demente está muy lejos de ser un mero juguete de las lesiones de su cerebro.

Es toda la personalidad, todo el "ser", los que se expresan y lo que expresan no es unívoco.

Esquemáticamente:

— puede ser la dimisión, la derrota, el renunciamiento. La demencia representa entonces la respuesta a un combate existencial considerado como perdido. Es, en particular, el caso de personalidades





excluyentes, dominadoras, autoritarias que durante mucho tiempo han rechazado los límites que la edad impuso a esos roles. La demencia tomaría aquí el valor de una descompensación de la personalidad, de un derrumbe de las defensas del yo.

— puede ser un **medio de defensa**, un rechazo a algo expresado en el aislamiento que proporciona la demencia, un modo de adaptación patológica pero eficaz. Esto no es más que la prolongación agravada de lo que se produce en todas las edades. Desde Freud conocemos el rol y la significación de los trastornos de la memoria, la selectividad aparente de esta función, el "olvido" de ciertos recuerdos, su emergencia en ciertas circunstancias. Ese mecanismo de represión permite controlar la ansiedad y mantener la unidad de la personalidad. Todo parecería en estos casos como si para no ser sumergido por la angustia de la muerte, las pérdidas de memoria constituyeran un medio para evitar las informaciones y los estrs del pasado.

— Puede ser la **respuesta a las condiciones de vida**: (con todas las implicaciones terapéuticas que esto conlleva). El viejo "negocia" constantemente con los otros y consigo mismo la imagen que da: una fachada de integridad, por ejemplo, o todo lo contrario una regresión que magnifica los reales trastornos que pueda sufrir.

La demencia nos remite al **entorno**: según la manera en que sea recibido el síntoma variará la adaptación. Según que el otro sea indiferente, culpabilizado, agresivo, cálido; según que el equipo terapéutico y más allá de él la institución y la sociedad establezcan o no el diálogo el síntoma variará y las defensas del yo se verán reforzadas o se derrumbarán.

La fragilidad del viejo hace de esta adaptación un fenómeno lábil, con variaciones, accidentes evolutivos, remisiones y recuperaciones muy dependientes, todos ellos, de los cambios del entorno, la salud física y la red vincular ■





# CUIDADOS PRACTICOS

## *del* PACIENTE *con*

### DEMENCIA

*Jorge Preuss\**

#### Diagnóstico etiológico

Como la demencia es un síndrome, debe hacerse el diagnóstico de la causa que la produce.

Se hará:

1. Tomografía axial computada para descartar: tumores, hematomas subdurales, hidrocefalia normotensiva, procesos vasculares.

2. Dosaje de Vit. B y ácido fólico en sangre.

3. Dosaje de T3 y TSH para descartar hipotiroidismo.

4. Examen clínico exhaustivo incluyendo investigación cardiológica para descartar insuficiencia cardíaca o respiratoria crónicas, lues, malnutrición, etc.

5. Test neuropsicológicos adecuados para confirmar y cuantificar el deterioro en las funciones corticales superiores y descartar pseudodemencia por depresión.

6. Análisis de LCR si se sospecha infección crónica de SNC.

El 60% o más de las demencias se deben a la enfermedad de Alzheimer (presenil o senil) cuya causa se desconoce. Esta enfermedad no tiene tratamiento eficaz hasta el presente (3, 4, 5, 6, 8, 9).

#### Manejo terapéutico

• Intervención neuroquirúrgica en caso de tumor, hidrocefalia o hematoma subdural.

• Administración de hormonas tiroideas en caso de hipotiroidismo.

• Administración de Vit B y ácido fólico si el dosaje es bajo.

• Corrección de factores clínicos (insuficiencia cardíaca, deshidratación, desnutrición, infecciones crónicas) si existen.

• Administración de antiagregantes plaquetarios en la demencia multi-infarto(1).

• Administración de antidepresivos si hay depresión o apatía.

• Administración de psicofármacos como Alprazolam 0,5 a 2 mg. diarios o Tioridazina 10 a 50 mg diarios si hay inquietud psicomotriz, insomnio o agresividad(2).

• Establecer un programa de ejercicios físicos para mantener el tono muscular y la movilidad articular.

• Kinesioterapia para corregir rigidez o trastornos de marcha.

• Establecer un programa de terapia ocupacional adecuado a las posibilidades del paciente.

#### ASESORAMIENTO DE FAMILIARES Y CUIDADORES

Es necesario explicarle a la familia que la mayoría de los pacientes con demencia son incurables y su enfermedad tiene un curso evolutivo, lo que significa una progresiva invalidez y una dependencia cada vez mayor del enfermo de su cuidador.

Es necesario que los familiares estén preparados para cuidar a su enfermo, tanto desde el punto de vista físico como desde el punto de vista emocional.

Lo primero que debe hacer un familiar es informarse acerca de la naturaleza del curso de la enfer-

medad y de los síntomas que va a tener el enfermo. Esto le dará la posibilidad de prever muchas situaciones y reducir el impacto emocional que producen en él los síntomas que tiene el enfermo.

Cuando la enfermedad ha avanzado mucho probablemente sea necesario internar al paciente en una institución que lo pueda cuidar adecuadamente. El familiar debe estar informado sobre las características de estas instituciones y el costo que ello representa así como de los recursos que existen para solventarlo. Es necesario que el médico que atiende al paciente tenga experiencia en el tema y pueda resolver otro tipo de patologías que pudieran agravar la enfermedad.

Se debe tratar de que la vida del paciente transcurra en la forma más parecida a lo habitual en él. El paciente dentro de sus posibilidades, debe ser estimulado para hacer las cosas por sus propios medios, mediante consignas verbales. Si a pesar de ello no puede realizar la tarea, ayudarlo para que su frustración no sea muy grande. Planificar las tareas que deba hacer el paciente y tratar de que sean todos los días las mismas, para facilitarle su aprendizaje.

Puede ser útil escribir en una hoja la fecha y la lista y horarios de las actividades a realizar durante el día y repasar cada día con el paciente el programa.

La comunicación con él debe ser lo más simple y afectuosa posible, adaptada a su capacidad de comprensión.

No se le puede hablar en voz fuerte ni con cara o gestos de enojo pues ello provocará falta de co-

\* Médico neurólogo. Sección Neurogeriátrica. Centro Neurológico del Hospital Frances de Buenos Aires.  
Pueyrredón 2428 4º "10" T.E.: 803-8305



laboración o inquietud puesto que creería que se está enojado con él. La comunicación puede ser mejorada mediante el lenguaje no verbal (gesto).

Los cambios de carácter bruscos del paciente ya sea excitación o extrema apatía pueden ser indicativos de todo proceso intercurrente, infecciones, depresión, etc.

Debe consultarse inmediatamente al médico tratante para evaluar al paciente y actuar adecuadamente y a la brevedad.

#### Cuidados del familiar

El familiar (cuidador) debe aprender a cuidarse a sí mismo. Debe procurarse suficientes horas de sueño, tiempo para comer adecuadamente, tiempo libre para poder dedicarlo a su propia expansión (paseos, compras, etc.). Es necesario que busque ayuda externa (otros miembros de la familia o personal contratado) para no estar las 24 horas del día dedicado al enfermo. Hay pacientes que pueden permanecer algunas horas del día en un Hospital de día o Centro de asistencia geriátrica. Muchas veces es conveniente contratar a una persona que cuide al enfermo durante la noche.

El delegar responsabilidades es beneficioso tanto para el paciente como para el cuidador. Un cuidador abrumado por tareas y responsabilidades pierde la paciencia con el enfermo, lo atiende mal y puede enfermarse física o psíquicamente.

A veces puede ser indispensable que el familiar tenga un apoyo psicoterapéutico, especialmente si se siente ansioso o deprimido, si se enoja con el paciente, tiene miedo o se siente desamparado. Estos



sentimientos son normales y el terapeuta le ayudará a enfrentarlos.

Siempre es útil que el familiar recurra a grupos de autoayuda. Son grupos de familiares de pacientes afectados de demencia. En estos grupos se intercambian experiencias personales y muchas veces se encuentran soluciones a problemas prácticos que otras personas no han podido resolver. El saber que hay muchas otras personas que tienen el mismo problema ayuda a no sentirse tan solo y el afecto, apoyo y consejo de ellas es sumamente necesario.

#### Como manejar los trastornos de conducta

Los enfermos pueden tener una serie de trastornos como alucinaciones, depresión, accesos de ira, agitación, deambulación constante, esconder objetos, o falta de pudor. Generalmente estos cambios de conducta obedecen a un factor desencadenante. Los pacientes reaccionan así frente a cambios de la rutina, cambios en el medio ambiente, cambios de cuidador, cambios en la medicación, enojo del cuidador o un estado de confusión mental.

Si estos cambios de conducta ocurren regularmente al atardecer conviene intercalar una merienda o alguna actividad a dicha hora para distraer al paciente.

La inquietud o agitación del paciente pueden reflejar el intento de manejar el estrés o la ansiedad.

El moverse constantemente puede permitir al paciente descargar energías que antes gastaba trabajando y esto puede ayudarlo a sentirse mejor.

La depresión trae aparejado abatimiento, falta de apetito y falta de sueño. Ella puede ser manejada por el médico tratante con medicación adecuada. La ansiedad del paciente puede responder a su temor frente a la pérdida de memoria que experimenta. El esconder objetos o caminar constantemente pueden significar búsqueda de seguridad. Frecuentemente el paciente puede decir cosas como: "quiero ir a mi casa" o "dónde está mi mamá", ello es expresión de miedo. Esto a menudo se resuelve dándole tranquilidad, diciéndole el cuidador al paciente "se que te sentiste solo y con miedo" o "yo estoy aquí para ayudarte".

Frente a la pérdida de memoria pueden surgir acusaciones de robo dirigidas al familiar. El cuidador debe comprender que ello es una reacción natural frente a la enorme sensación de pérdida (pérdida de memoria y de orientación) que experimenta el paciente. Debe evitarse el exceso de estímulos, tales como mucha gente, exceso de ruidos. Si la conducta del paciente resulta inmanejable para el cuidador debe consultarse al médico tratante, quien podrá prescribir psicofármacos adecuados. Los trastornos de conducta son un síntoma de la enfermedad del paciente y no conductas deliberadas en contra del cuidador.

#### Como acondicionar la vivienda del paciente

Debe mantenerse cerrada la llave del gas, no deben estar al alcance del enfermo fósforos, plancha,



detergentes, alcohol, medicamentos, sustancias tóxicas, objetos cortantes, alfileres, agujas o tijeras, llaves, armas, mantener cerrada la puerta de calle. Deben eliminarse los muebles innecesarios y las alfombras con las que el paciente pudiera tropezar. Deben colocarse puertas de seguridad en la parte alta de las escaleras y pasamanos en las mismas. Una caída puede empeorar la enfermedad y puede traer nuevas complicaciones como fracturas, etc. Dejar espacios libres para caminar. Es importante que los ambientes estén adecuadamente iluminados para facilitar la visualización de los objetos y la mejor orientación del paciente. Evitar el exceso de brillo en los pisos. Procurar que siempre haya una fuente de luz al alcance del paciente, especialmente en su dormitorio, baño y cocina.

Debe haber calendarios y relojes con números grandes, bien visibles. Mantener los muebles y efectos personales del paciente siempre en el mismo sitio para evitar confusiones.

Puede ser útil que las puertas tengan carteles indicadores con letras grandes (baño, cocina, dormitorio) y colores contrastantes con el fondo. Además pueden ser útiles carteles recordatorios de las actividades que debe efectuarse al paciente (cepillarse los dientes, cambiarse de ropa, etc.). Colocar pasamanos sobre la bañera y al lado del inodoro para que el paciente se pueda asir. Colocar al paciente una medalla de identificación o un brazalete con su nombre, dirección y teléfono del cuidador, para el caso de que el paciente se pierda en la calle. Disponer de una foto reciente del paciente para facilitar su búsqueda si el paciente se extravía fuera de su domicilio.

### Como comunicarse con el paciente

A medida que avanza la enfermedad el paciente pierde su capacidad de utilizar y de comprender el lenguaje verbal y escrito, Así progresivamente va perdiendo su capacidad de nombrar los objetos y las personas y pierde la capacidad de comunicar a los demás sus deseos y necesidades.

Para mejorar la comunicación puede ser útil repetir lo que se dice, hablar lentamente, usar pocas palabras, usar un lenguaje lo más simple posible. Tratar de que el paciente preste atención cuando se le habla, llamarlo por su nombre o tocarle el brazo cuando se le va a hablar.

Asegurarse que el paciente pueda ver la cara del que le habla y de que pueda compensar su falta de comprensión auditiva mediante gestos o expresiones faciales.

Si el paciente no puede expresar lo que desea, ayudarlo mediante preguntas precisas. Si no puede nombrar un objeto, tratar de que lo describa o diga para qué se usa o dónde se guarda. Tratar de hacerle preguntas al respecto que pueda contestar por sí o por no. Tratar de adivinar lo que el paciente quiere decirle, prestando atención a su expresión facial y a sus gestos, que pueden ser indicativos.



### Cuidados generales del paciente

-Higiene: tratar de que el paciente mantenga por el mayor tiempo posible su independencia. Si se nota alguna diferencia, al principio puede ser suficiente indicarle que se bañe, afeite o lave los dientes, a medida que avanza la enfermedad será necesario que se lo acompañe y que se le indique paso por paso cómo debe hacerlo y por último habrá que higienizarlo. Tratar de que se bañe e higienice a la hora que él solía hacerlo cuando estaba sano. Decirle antes de cada actividad lo que va a hacer y hacerlo a la misma hora y siempre de la misma forma. Siempre se lo debe vigilar, controlar la temperatura del agua y extremar las medidas de seguridad para que no se caiga. Puede ser útil el uso de una banqueta en el baño. Mantener las uñas de manos y pies limpias. Cuidar la higiene bucal: consultar al dentista. Si se trata de una mujer procurar que siempre esté bien peinada y bien maquillada, lo cual aumenta su autoestima.

Vestimenta: Al principio el paciente puede vestirse solo y correctamente. Luego necesitará ayuda para vestirse, pues no sabrá abrocharse o se pondrá la ropa al revés o no sabrá combinarla adecuadamente. El cuidador ayudará al paciente a seleccionar la ropa, preparándola pero dándole la opción de elegir entre dos prendas y si no puede elegir hacerlo por él, respetando sus gustos habituales.

Seleccionar calzado cómodo y seguro.

Alimentación: A medida que el paciente se va deteriorando la alimentación se vuelve dificultosa. Tratar hasta donde sea posible que coma por sus propios medios.



Usar vajilla irrompible, en lo posible de plástico y manteles plásticos de fácil limpieza.

Pueden aparecer trastornos tales como comer a cada rato por haber olvidado que ha comido anteriormente, en este caso hacer comidas frecuentes y en pequeña cantidad. Puede haber rechazo a la comida por depresión, constipación o lesiones en la boca: consultar al médico.

Cuando el paciente ya no puede usar más cuchillo y tenedor se le cortan los alimentos y se le induce a usar sólo cuchara. La comida sólida debe servirse entonces en un bol y los líquidos en un jarro; puede ser necesario ayudarle a llevar los alimentos a la boca o darle de comer. Cuando surjan dificultades para masticar o tragar preparar comida blanda y darle pequeños bocados por vez. Consultar con el médico sobre la forma de alimentación.

### Como evitar la incontinencia esfinteriana

Lo primero que aparece cuando la enfermedad avanza es el uso inadecuado de los sanitarios: el paciente puede hacer sus necesidades en cualquier lugar. En este caso se le pregunta cada dos horas y se lo conduce al baño y se le ayuda con su ropa.

Cuando aparece la incontinencia urinaria lo primero que debe pensarse es en la posibilidad de una infección urinaria o genital. Consultar con el médico puesto que en tal caso la situación es reversible. En determinado momento la incontinencia se vuelve permanente por el avance de la enfermedad, entonces se usan pañales descartables.

### Como manejar la internación del paciente

Lo primero que se debe saber es que no hay momento de la evolución de la enfermedad en el que el paciente deba ser internado en una Institución geriátrica. Ello de-

pende de la capacidad y disponibilidad de los familiares para contener al paciente en su propio hogar. Hay familias que atienden a su enfermo en su domicilio hasta su fallecimiento. Otras familias que no pueden atenderlo adecuadamente lo internan cuando aún el paciente puede valerse por sí mismo. Es importante elegir la Institución geriátrica teniendo en cuenta los recursos económicos de la familia y las características de la institución que debe estar adecuadamente equipada para poder atender al enfermo.

Cuando se lo interna se deben llevar a su habitación los efectos personales que solían estar en el dormitorio del paciente (cuadros, retratos, etc.). Hay que asegurarse que se lo sigue queriendo y que se lo visitará frecuentemente.

### Como manejar los recursos financieros del enfermo

En caso de no estar al tanto de los aspectos económicos financieros del paciente la familia debe procurarse esta información y consultar con un abogado acerca del manejo de estos recursos.

### Problemas sexuales

Es posible que por la desinhibición y la pérdida de juicio del paciente se manifiesten conductas tales como masturbación en público o requerimientos sexuales al personal de enfermería, a niños, o requerimientos sexuales exagerados hacia su cónyuge.

Hay que tener presente que estas conductas no deben analizarse desde un punto de vista "moral". Son una expresión más de la en-

fermedad cerebral que padece el sujeto y esto es necesario explicárselo a los familiares y cuidadores del paciente.

Si estas conductas resultan molestas, lo más adecuado es distraer la atención del enfermo con algún tipo de estímulo o tarea como por ejemplo ofrecerle algo para beber o indicarle que haga alguna otra cosa que le sea posible hacer. Nunca debe reconvenirse al paciente pues esto le angustiaría y favorece la aparición de conductas agresivas ■

### Bibliografía

1. Bousser, M.G., Eschewege E., Hague-man M. et al., "AICLA" controlled trial of aspirin and dipyridamole in the secondary prevention of atherothrombotic cerebral ischemia. *Stroke* 14: 5-14, 1983
2. Brook, P., Management of Psychiatric Disorders in Old Age. Treatment and Management in Adult Psychiatry. Berrios G. E. y Dowson J., Baillér Tindall, London, 1983.
3. Frederiks, J. A. M., Neurology of aging and dementia. *Handbook of Clinical Neurology*, vol 2 (46), 1985, 11, 207-208.
4. Gurian, B., Auerbach S.H., Psychiatric Syndromes of Old Age. *Clinical Neurology of Aging*. Martin L., Albert Ed. Oxford University Press. New York, 1984, 16, 304305.
5. Katzman R. y Teng R., *The Neurology of Aging*. F. A. Davis Company. Philadelphia 1984, 2, 15-29.
6. Lezak M. D., *Neuropsychological Assessment*. Second Edition. Oxford University Press. New York, 1983.
7. Mace L., Rabins P. V., Cuando el día tiene 36 horas. Editorial Pax., México, 1988.
8. Marsden C. D., Assessment of dementia. *Handbook of Clinical Neurology*, vol 2 (46). 1985, 12, 221.
9. Wade J. P. A., Mirsen T. R., Hachinski V. C., Fisman M. y Lau C., The Clinical Diagnosis of Alzheimer's Disease. *Arch. Neurol.*, 1987, 44, 24-29.



# La CULTURA, los IDEALES y el GRUPO

Diana S. Singer\*

La cultura tebana no ponía mayor resistencia a la satisfacción desiderativa. Basta ver a Edipo Rey: hermoso, justo, poderoso. Sin embargo a nadie se le ocurriría afirmar que tuvo una vida fácil. Signado por la fatalidad, la violencia le impuso marcas que atribuyó al destino, no a su deseo.

Así lo decía:

... "Oh atrevido impudente! ¿A quién crees injuriar con eso? ¿Acaso a mí que soy un viejo, o a tí que por esa tu boca me echas en cara homicidios, bodas y calamidades que yo en mi infortunio sufrí contra mi voluntad? Así, pues, lo querían los dioses, que probablemente estaban irritados contra la raza desde antiguo. Porque en lo que de mí ha dependido, no podrás encontrar en mí mancha ninguna de pecado por la cual cometiera yo esas faltas contra mí mismo y contra los míos. Porque, dime: si tuvo mi padre una predicción de los oráculos por la cual debía él morir a mano de su hijo, ¿cómo, en justicia, puedes imputarme eso a mí, que aún no había sido engendrado por mi padre ni concebido por mi madre, sino que entonces aún no había nacido? Y si luego, denunciado ya como malhadado, como lo fui, llegué a las manos con mi padre y le maté, sin saber nada de lo que hacía, ni

contra quien lo hacía, ¿cómo este involuntario hecho me puedes en justicia imputar? Y de mi madre ¡miserable!, no tienes vergüenza, ya que de las bodas, siendo hermana tuya, me obligas a hablar, como hablaré en seguida, pues no puedo callar, cuando a tal punto has llegado tú con tu impía boca. Me parió, es verdad, me parió, ¡ay de mi desgracia!, ignorándolo yo, e ignorándolo ella; y habiéndome parido, para oprobio suyo engendró hijos conmigo..."(18).

En esta época, las esfinges con sus enigmas y los oráculos con sus profecías, eran los artífices de la vida humana. Los ancianos sacerdotes y los viejos en general, eran venerados porque con su sabiduría contribuían a regir el destino de los pueblos. Es prueba de esto que los tebanos reclamaron la presencia de Edipo viejo (entonces en Colona) en su ciudad. El oráculo había profetizado que la ciudad que poseyese enterrado en su suelo el cadáver de Edipo, sería invulnerable. Estaba todavía lejos la culpa como ordenador de la realidad psíquica. Ni la electrónica ni la cibernética precipitaban, empujando, la marcha de los tiempos.

El psicoanálisis ha erigido a Edipo en el paradigma del hombre del diván. Tiene entonces que ser él quien abra las puertas a una conceptualización psiconalítica sobre los viejos.

Cuando Edipo llega a Colona, buscando su última morada, notificado hacía un tiempo de su infortunio, desposeído de sus bienes, lejos de sus conciudadanos y autocondenado al destierro, era el testimonio mismo de la respuesta que otrora había dado a la Esfinge al resolver el enigma que le permi-

tió salvar a los tebanos, convertirse en rey y casarse con su madre. Recordemos:

"Esfinge: ¿Qué animal es el que anda por la mañana en cuatro pies, por la tarde en dos y por la noche en tres?..."

Edipo: el hombre."

Caminando apoyado en su hija Antígona que era todavía una niña, dice en Colona:

"Quién no merece llamarse feliz por su anterior suerte, ¡Oh, guardianes de esta región! ya lo estás viendo. De otra manera no necesitaría de ajenos ojos que me guiaran, ni, si fuera poderoso, tendría necesidad de sostenerme en tan débil apoyo"

Detengámonos en este punto para conjeturar. ¿Será el asesinato del padre y la boda con su madre lo que le da su lugar en nuestras teorías? ¿o el reconocimiento de la necesidad de apoyo desde el nacimiento hasta la muerte?

Dejemos a Sófocles y reencontremos en nuestros días con el conmovedor libro de Adolfo Bioy Casares "El diario de la guerra del cerdo". "Guerra a los viejos" dice el graffiti estampado en una pared de la calle que ilustra la tapa del libro, y sintetiza la metáfora que el autor despliega en la novela. Esta obra narra las vicisitudes que atraviesa un grupo de viejos para salvar su vida. Esta ficción cristaliza en el relato diferentes actitudes sociales que van desde la gerontofobia al gerontocidio. No es aquí el parricidio, ni el filicidio, ni el incesto, lo que trae el azote de pestes y guerras a un país. Son las canas y las arrugas. Hoy, la sabidu-

\* Diana Silvina Singer, Licenciada en Psicología, Miembro titular del Ateneo Psicoanalítico, Miembro adherente de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tareas de investigación, docencia, Asistencia en ambas Instituciones. Arenales 1241 P.B. "B" 1061, Buenos Aires, Argentina T.E. 41-6844



# Poema

por *Ricardo Molinari*

Ya se fueron los amigos, casi todos los amigos  
y la tarde se halla  
apartada y vacía  
pronto entrará el otoño  
y quedarán los pájaros  
con el canto sombrío,  
de repente.

Quiero labrar una palabra que sobreviva  
mientras miro tus manos  
que me sostienen.

Siempre llegas por el sueño, limpia y lejana  
y todo es infinito, silencioso.

Aquí, en este encerrado ensimismamiento  
la descendida eternidad  
vaga inaccesible, por el espacio.

Ya estoy cumplido de estar vivo,  
he crecido hasta la vejez,  
me distraigo en ausencias  
y te nombro.

El tiempo esparcido  
y desembarazado,  
se divierte y grita  
en tanta hoja verde,  
con el verano.

Acá, dentro de mi corazón  
te quedas quieta.

¿Qué haría sin ti,  
extraño en mi sombra recogida?

¡Oh, tiempo, ya sin vivir,  
sostenido  
y acabado!

¡Qué voluntad de llover trae el cielo  
y cómo lo habrán mirado  
las flores azules de los cardos...!

Nadie ha cambiado,  
como pájaros de las planicies  
las despiertas imágenes de la tierra.

¡Oh, el inmóvil y lejano sueño todavía!

ría y la experiencia sólo parecen útiles en poblaciones rurales. En las grandes metrópolis todo es vertiginoso y la vejez no es la mejor edad para andar corriendo.

## La transubjetividad

Se ha escrito mucho acerca de la manera en que diferentes sociedades tratan a sus viejos. Se han albergado bajo la égida del relativismo cultural esas opciones. Posteriormente se afirmó que el único relativismo es el que plantea la capacidad de desarrollo económico de una sociedad para atender al bienestar de los suyos. Sin embargo, hoy las ciencias sociales dan innumerables ejemplos que muestran que el trato al grupo añoso, depende de ciertas representaciones sociales, más que estrictamente, de la potencialidad económica de un país. Estas representaciones sociales rigen las prácticas de intercambio. Constituyen una matriz reticulada que actúa como cañamazo sobre el que se tejen mitos, mitos e ideologías. Podemos inferirlas de las formas de intercambio social y en las producciones artísticas. Conforman los ideales de la cultura que tiene a su disposición un sujeto. Se transmiten de generación en generación a través del "contrato narcisista" (Aulagnier, P.). Este contrato cuyos garantes son los padres, asegura la continuidad de una cultura porque porta enunciados que llevan desde las formas de catectizar a un niño, hasta otras modalidades vinculadas que en sucesivas transformaciones, regulan las instituciones y construyen un discurso que sustenta el por qué y el para qué de una sociedad. A la vez que provee de apuntalamientos narcisistas, asegura la continuidad del conjunto. Este contrato narcisista tiene un complemento y una contracara: "el aspecto denegativo" (Kaës, R). Es un acuerdo que encierra lo desconocido, lo insostenible, la experiencia que no fue hecha aún. Puede contribuir a crear un espacio indeterminado, necesario para la formación de nuevos pensamientos o, por el contrario, destruir ciertos aspectos de la vida psíquica en el vínculo. Es un



pacto cuyo enunciado no va a ser formulado, pero se puede advertir en la cadena asociativa formada por los sujetos que lo sostienen. Es así como, dotadas las partes de mecanismos de negación, represión y renegación, dejan a un lado las identificaciones que obstaculizan el cumplimiento del contrato. Queda así constituido un pacto de exclusión, en el que se vehiculizan y desplazan enmascarados, los contenidos intolerables que nombran, por ejemplo, la inermidad y la muerte. Son así puestos a un lado y empujados hacia los bordes de una sociedad los frutos en donde se proyectan esos contenidos.

Otros organizadores dan forma a una sociedad como los de orden legal, económico, etc., pero nos importan como psicoanalistas los organizadores psíquicos inter, intra y trans subjetivos.

Existe una mirada a la que voy a llamar "mirada social" que está inscrita en el imaginario colectivo y se posa sobre lo corporal y lo estético, evidenciando, basta ver la publicidad, que existe sobre el cuerpo y su representación una impronta que habla de una eterna e infinita juventud, de una longevidad jovial y sin trabas. Esta mirada social promete y se sostiene en una recompensa: una juventud sin límites. Queda inscrita como un mandato en el aparato psíquico. Los desobedientes, por ende, imponen a la sociedad una carga. Se instituye así un argumento, donde el envejecimiento queda designado como fuera de la ley y quien lo asuma ataca a la sociedad. Es así como se construye un pacto para denegar la muerte.

Estos fenómenos forjan un enunciado identificatorio que muchos sujetos suscriben y que los lleva a creencias que no son precisamente las mejores para elaborar las crisis del envejecimiento. Propongo entonces los grupos para viejos como *un espacio donde lo ya dicho por la cultura pueda ser reformulado*. Como un lugar que les permite salir de la marginación a la que la cultura los condena. Donde encontrar apoyo. Un lugar donde metabolizar todas las asignaciones que sobre ellos pesan y les permita buscar nuevos significados y conductas que produzcan placer. Un lugar para confiar.

## El Yo

En la formulación y reformulación del proyecto identificatorio, el Yo puede, tal vez, haber encontrado obstáculos para investir la vejez por hallarla inexorablemente unida a la muerte. Siendo encargado de los intereses propios, gestor de la motricidad y responsable de una relación realista con el mundo, por el paso del tiempo ve jaqueada su potencia. La pérdida de los grupos de pertenencia, del poder, las restricciones económicas, mnémicas, motrices y perceptivas, lo dejan debilitado, al faltarle el apuntalamiento que estos apoyos perdidos le brindarían. Queda así colocado en medio de una sucesión de duelos. Se inclina entonces, sobre una intensa erotización del cuerpo y las producciones subjetivas, que aparecen como sostenes privilegiados para preservar la mismidad. Esta pendulación hacia la interioridad, lleva a una retracción, a veces peligrosa, de los contactos con la realidad. Si consideramos que además debe defenderse de la presión social, nos encontraremos tan sobrecogidos como él frente a tal tarea.

Afirmo que el grupo provee el apoyo adecuado porque actúa como mediatizador entre el Yo y la cultura. Esta intermediación le facilitará el restablecimiento de la potencia yoica, pues le permitirá integrar o cambiar los ideales por la comparación y sujeción que la especificidad brinda en la grupalidad.

Esto le dará lugar para entender su relación con el pasado y su inscripción en el presente, le hablará de su mortalidad y de la inmortalidad de sus actos y sus obras, su progeñe, su relación con las instituciones y los grupos, la vida eterna del alma para algunos, etc. Este sentimiento de integridad no es otra cosa que el efecto de la recomposición yoica que es, en última instancia, la recomposición narcisista.

## La intersubjetividad

La identidad del ser humano no es jamás acabada. Es más bien un producto momentáneo de un trabajo psíquico incesante. Si bien el deseo bulle entre los límites naturales que da la vida y la muerte, se vehiculiza entre los límites que marcan los vínculos con sus objetos.

Veamos el origen de los vínculos. Las condiciones de prematuridad impiden al bebé al nacer, auto-





abastecerse y formar una imagen de sí. Esta imagen se la dará el Otro cuya pérdida creará una brecha en aquella unidad fusional que le permitió instaurar el sentimiento de completitud. Será el intento de restablecerla lo que llevará al sujeto al vínculo a lo largo de toda la vida.

Reconsideremos: el aparato psíquico está dotado de una capacidad de establecer relaciones y vínculos como efecto del flujo de investimento que une al Yo para su constitución con un objeto exterior a él. Instituido en los orígenes como elemento fundador de la existencia, va a producir posteriormente una búsqueda permanente que forjará encuentros ilusorios que serán motor de vínculos que sostendrán y sujetarán al aparato psíquico, y lo llevarán a una vida de relación que le dará sentido. La capacidad de ponerle a los objetos del mundo exterior las vestiduras de aquel objeto de la primera dependencia, es lo que va a mantener el flujo de las catexias libidinales fuera del sujeto y le permitirá, objetivándose, pensarse a sí mismo, invertir el futuro y obtener nuevos vínculos que lo provean de apuntalamientos psíquicos. Estos hechos nos hablan también, de que se ha podido establecer una buena relación con el proceso cognitivo, por haberse logrado instalar el deseo de conocimiento en lugar del deseo de re-conocimiento por la mirada del otro idealizado.

Todo grupo humano, sea natural, terapéutico, de discusión o de reflexión, se reúne alrededor de dos polos: primario y secundario.

En el polo primario se trabaja en la inscripción narcisista de los miembros. Es el lugar donde lo imaginario hace sus tramas. Allí se inscribe la identidad de pertenencia y se modifica y configura dentro del seno mismo de la estructura grupal. Allí el psicoanalista instala su base de operaciones.

El polo secundario es el de la inserción en la realidad externa, donde el grupo actúa para modificarla. Ha sido llamado también grupo de trabajo, tarea manifiesta, el objetivo del grupo, el proyecto explícito. Configura la identidad de rol de sus miembros. Estos dos polos coexisten y dan vida a las

diferentes formas que adquiere la grupalidad.

Hay grupo a partir de que una red identificatoria comienza a funcionar y reunir a los integrantes. La expresión de una fantasía suscita el interés por ser compartida por algunos de los miembros y así comienzan los intercambios. El grupo va a actuar como límite, continente, contenido y modelo para los individuos que lo integran. Se sostiene en una relación de apoyo mutuo con ellos, específicamente sobre las formaciones de su psiquismo individual y también sobre los grupos sociales externos a este mismo grupo.

He planteado en líneas anteriores, la masividad de las pérdidas de apuntalamiento a las que el Yo se ve sometido en el proceso de envejecimiento. El grupo, proveedor de vínculos, brinda frente a la sensación de desamparo a la que el Yo se ve sometido en la crisis de envejecimiento, el restablecimiento de aquella sensación de completitud perdida. Le otorga desde afuera lo que se ha perdido en el adentro: la sensación de continuidad, la indivisión, la seguridad de la unidad, la permanencia.

Atravesar la pertenencia a grupos es dar cuenta de que la tarea a la que en los orígenes se abocó el grupo familiar, tarea de narcisización e identificación es interminable. El grupo cumple una función materna porque instituye una relación con el entorno que remite a la época de aquellos aportes sin reciprocidad que iban desde la mamá hacia el bebé dependiente y establecieron la unidad fusional. Forma ahora de esta manera una membrana protectora de paraexcitación, que repele aquello que podría ser traumático, por ejemplo, las agresiones del exogrupo. Así, asegurando el sentimiento de con-

tinuidad, se comienza a poder tolerar la ausencia. Esto permitirá colocar un tercero donde tal vez nunca hubo dos. Porque el grupo actúa como ordenador al instaurar la terceridad (función paterna) dado que contiene en sí reglas que imponen la presencia de otros. Esto limita la realización desiderativa porque los hombres han instituido una regla para regular sus relaciones.

El grupo establece así un código instaurado sobre la posibilidad de tolerar la ausencia.

Un grupo comienza a funcionar por la "resonancia fantasmática" que pone en marcha una red identificatoria común. Se establece a partir de la existencia de un bagaje de fantasías comunes a toda la humanidad, que S. Freud llamó fantasías originarias (Urphantasien). Son la materia prima que en sucesivas transformaciones tejen el material del imaginario. Con los enigmáticos trazos de un jeroglífico quedan allí las marcas del tránsito por el vínculo. Así la fusión, la seducción y la castración sostienen el deseo.

Dice el narrador en "El diario de la guerra del cerdo":







"La vida social es el mejor báculo para avanzar por la edad y los achaques. Lo diré con una frase que ellos mismos emplearon: a pesar de las rigurosas condiciones atmosféricas, el grupo se manifestaba entonado. Entre burlas y veras, mantenían un festivo diálogo de sordos. Los ganadores hablaban del truco y los otros rápidamente respondían con observaciones relativas al tiempo".

Tratemos de entender ahora los fenómenos que en este párrafo ilustran un momento típico de un proceso grupal.

Todas las formas societarias generan una ideología. Este proceso fundante y cohesivo tiene la función de resumir el compromiso de los miembros. Por medio de la ideología se forma un ideal común a todos que resume los individuales. Ocupa el lugar del ideal del Yo y reduce las antinomias y contradicciones que pondrían en peligro un momento como el que acabamos de relatar que ejemplifica el fenómeno de ilusión grupal. Así se genera la pertenencia brindando una identidad común que formulará nuevos ideales, dando buenas razones para explicar lo que en realidad es puro compromiso narcisista. Se producen entonces por medio de la homologación y la fusión, y posteriormente la proyección, la repulsa hacia el exterior de las diferencias. Queda entonces el ideal narcisista como único parámetro regulador del funcionamiento. Los atributos valorizados de cada miembro pasan al patrimonio común. Se escuchan comentarios acerca de "lo bien que estamos juntos". Se integra así un crescendo, un continuo amoroso que repite, vigorizándolo, ese momento de completitud que remite a los orígenes. Podemos escuchar la información de que afuera han comenzado las hostilidades, peleas con hijos y maridos, familiares y amigos, nos muestra claramente dónde están las contradicciones que pondrían en crisis este momento de ilusión grupal.

Veamos una viñeta clínica: ingresa al grupo una paciente con una depresión. Dos sesiones después ese cuadro desaparece. La paciente está sorprendida. Ha hecho

muchos intentos y no ha logrado restablecerse. Una de sus compañeras le dice que es obvio, que todo eso fue posible porque ellos estuvieron durante seis meses pensando en cómo resolver una situación análoga en ellas y que fue la transmisión de sus procesos y experiencias lo que permitió esta resolución favorable tan vertiginosa. No viene aquí al caso discutir la veracidad de estas afirmaciones pero lo traigo como ilustración, para mostrar el proceso de la paciente que le aporta estos significados, que conoce muy bien la función del grupo como prótesis identificatoria que le ha permitido, con el tiempo, integrarla paulatinamente como elemento protésico del Yo. Porque en su experiencia grupal esto ha ocurrido alguna vez, pues el grupo, como ya hemos dicho, acude a la reconstrucción del Yo en el momento en que las referencias identificatorias fallan.

Así, funcionando con estas coincidencias, comienza a disolverse la llamada angustia de no asignación que remite a la de desamparo, porque al tener un lugar en el grupo, al volver a ser tomado en cuenta, volverá a ser un existente en el campo del deseo. Volverá a ser para los demás y también para sí. Volverá a forjar ilusiones.

Es así como se forma el espíritu de cuerpo. Se recorta el cuerpo grupal, integrado por cabeza y miembros, erogeneizado y erogeneizante, que iguala, unifica, y protege de la angustia de muerte. Al forjar un ideal común instaura la omnipotencia que será rectora de una nueva realidad psíquica. Y es así como otra pequeña sociedad, el grupo, sirviendo de apuntalamiento a sus miembros, formula un pacto denegativo que dejará nuevamente afuera la muerte ■

#### Bibliografía recomendada

- Anzieu, D. y col., El trabajo psicoanalítico en los grupos. Siglo XXI, México, 1979.
- Aulagnier, P., La violencia de la interpretación. Amorrortu edit. Bs. As., 1975.
- Aulagnier, P., Los destinos del placer, Ed. Petrel, 1979.
- Bernard, M., Los grupos burocratizados. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Año X, 1.
- Bernard, M., Identidad y pertenencia grupal. En Temas Grupales por autores argentinos. Ediciones Cinco, 1987.
- Bianchi, H., Le Moi et le Temps. Ed. Dunod, París, 1987.
- Bloy Casares, A., Diario de la guerra del cerdo. Emecé, Bs. As., 1969.
- Edelman, L. y Kordon, D., Discusión de "Los efectos de los grupos de pertenencia en adultos mayores" de Diana S. Singer. Actividades científicas de la A.A.P.P.G. (inédito), 1990.
- Kaës, R., El aparato psíquico grupal. GEDISA, Barcelona, 1976.
- Kaës, R. y otros, Crisis, Ruptura y Superación. Ediciones Cinco, Bs. As., 1979.
- Kaës, R. y otros, Etayage et structuration du psychisme. Connexions N° 44, 1984.
- Kaës, R., Le Négatif. Figures et modalités. Ed. Dunod. París, 1989.
- Singer, D., Un cuerpo inmortal para Ventura Alegre. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Tomo XIII, 3 y 4, 1990.
- Singer, D., Muchos interrogantes y algunas ideas en la Teoría y Clínica de las Configuraciones Vinculares. 6tas Jornadas de la A.A.P.P.G., 1990.
- Singer, D., Fornari, N., Grassano, E., Moscona, S. y Valera, M., Dictadura, democracia y trabajo psicoanalítico. En Temas Grupales por autores argentinos. Ediciones Cinco, 1987.
- Singer, D. y Selener, G., Buscando una ilusión. Narcisismo e Intersubjetividad. 4tas Jornadas de la A.A.P.P.G., Bs. As., 1988.
- Singer, D., Beliveau, O., Fornari, N. y Nusimovich, M., Psicoanálisis en la Argentina Hoy: conocimiento o fetichismo. Gaceta Psicológica N° 89. Ed. A.P.B.A. Bs. As., junio 1990.
- Sófocles, Tragedias. Editorial EDAF, Madrid, 1989



# VEJEZ,

## MEDICINA

## y PREJUICIOS

Desde 1970, cuando comencé a ocuparme del tema de la vejez en el recordado servicio de Psicogeriatría y Psicoprofilaxis de la Vejez en el Centro de Salud Mental N°1, siempre me llamó la atención la enorme cantidad de prejuicios que la rodeaban y las consecuencias desastrosas que esto tenía para los integrantes de una sociedad que envejece en proporción alarmante en relación al crecimiento de su población total. Esto motivó que me dedicara a investigar ese fenómeno y de eso me he ocupado en otras publicaciones (10, 11, 12, 13) pero nunca he dejado de considerar que el más peligroso de todos los prejuicios es el que impiadosamente equipara viejo con *enfermo*. Gran parte de las discriminaciones de las que son víctimas los viejos se sustentan en este prejuicio. Me propongo examinar aquí (I) cómo está estructurado este prejuicio, (II) cuáles son las raíces socioculturales donde se apoya y (III) qué intereses se benefician secundariamente con él y cuáles son las consecuencias que, a través de su incorporación al imaginario popular promueven identificaciones negativas en los propios sujetos que envejecen.

Al intentar este examen el centro estará puesto en el papel que la Medicina juega en esta construcción social, pero quiero advertir desde el comienzo que de ninguna manera deberá leerse esto como una crítica a la Medicina como *ciencia*, sino que intentará ser una demostración de cómo la ins-

*Leopoldo Salvarezza\**

**Mourir, cela n'est**

**rien, mais**

**vieillir...ô vieillir**

*Jacques Brel*

trumentación de sus conocimientos teóricos básicos van perdiendo el sentido de una auténtica *praxis* para convertirse, conciente o inconcientemente, en una práctica científicista sin sujeto.

### I. La estructura del prejuicio

Robert Butler(3) fue el primero en llamar la atención sobre un extendido fenómeno que se presenta en todas las culturas y que consiste en el cúmulo de actitudes negativas —pasivas algunas, activas la mayoría— hacia las personas viejas. Para definir esto acuñó el término *viejismo* (ageism) que contempla el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en razón de la acumulación de cierto número de cumpleaños. En sus consecuencias son idénticos a los prejuicios que se utilizan contra las personas de distinto color de piel, raza, religión, o en contra de las mujeres en razón de su sexo. Tanto uno como los otros, estos prejuicios se adquieren en la temprana infancia,

generalmente por identificación con las conductas de personas significativas del entorno familiar y luego se asientan y racionalizan durante el resto de la vida de los sujetos prejuiciosos sin que estos puedan reconocer el tremendo impacto que estas identificaciones tienen sobre sus propios pensamientos o conductas. De esto resulta una mala interpretación de los hechos, reacciones inapropiadas, desinterés o rechazo según el caso. Busse(2) señala que las personas prejuiciosas muestran una llamativa disociación en sus conductas, pues al serles requerida una explicación sobre su manera de comportarse la dan en términos lógicos y adultos en tanto sus respuestas emotivas muestran una sobreexageración irracional de la ansiedad, desesperación, temor o furia que corresponden a patrones de conducta infantiles de respuesta a estímulos externos difíciles de controlar.

Los prejuicios así formados adquieren, en el caso de la vejez, las formas más variadas, pero hay una especialmente dañina y que está sumamente extendida entre legos y profesionales y es el que *los viejos son todos enfermos o discapacitados*. Esto incluye cosas tales como que todos los viejos son deprimidos, seniles -y la senilidad es algo inevitable e incurable-, son asexuados, etc.

Palmore(9) señala que un tercio de la gente común asegura que los viejos "pasan mucho tiempo en cama a causa de enfermedades"; "tienen muchos accidentes en el hogar"; "tienen pobre coordinación psicomotriz lo que los hace propensos a los accidentes"; "desarrollan infecciones fácilmente" y que "la mayoría de la población cree que entre el 20 y el 50% de los viejos están hospitalizados o

\* Médico, Psicoanalista, Psiquiatra especializado en Psicogeriatría. Profesor Titular de la Cátedra de Tercera Edad y Vejez, en la Facultad de Psicología, UBA. Posadas 1120, 25 "A", (1011) Buenos Aires.



viven en instituciones especializadas". Veamos que dicen las estadísticas.

Los estudios realizados en las sociedades industrializadas y desarrolladas muestran que el nivel de internación es el siguiente: Estados Unidos 3,7%, Inglaterra 4,5%, Dinamarca 5,3%; arriba de los 75 años el promedio sube al 8% (Shanas, 1985). Es probable que las diferencias en estos resultados muestren más una diferente política con respecto a la institucionalización de los viejos que conceptos distintos sobre salud y discapacidad.

Con respecto a la idea que los viejos pasan mucho tiempo en cama debido a enfermedades, la verdad es que estos pasan el doble de días en cama que las personas más jóvenes, pero esto solamente representa el 3% del total de días del año, es decir 10 días para los hombres y 13 para las mujeres (Censo del USGPO, Washington, 1977). Solamente el 16% de las personas viejas no institucionalizadas son incapaces de desarrollar el máximo potencial de sus capacidades operativas permanentemente; el número de días anuales de actividad restringida es de solo 38.

En relación al estereotipo que los viejos desarrollan más fácilmente infecciones y tienen más accidentes hay actualmente muchas menos condiciones agudas de este tipo que entre las personas más jóvenes (1,1 por persona por año contra 2,3 por persona debajo de los 65 años). Es cierto que los viejos tienen más problemas crónicos (81% pero es sólo un 50% mayor que entre las personas entre 17 y 64 años (54%), incluyendo algunas condiciones menores tales como el uso de anteojos, reducción de la audición y alergias (9).

Hay frecuentes relaciones de viejos que corren maratones, trepan montañas, nadan largas distancias o que simplemente dan muestras de un excelente grado de funcionamiento físico. Un estudio (16) sobre un programa de un año de duración con ejercicios realizado por personas mayores de 70 años demostró que su salud y el ajuste de las reacciones corporales eran similares a los de personas 30



años menores. Estos hechos sugieren que muchas de las declinaciones en algunas habilidades se deben más a una falta de entrenamiento y a un apartamiento de la actividad que a un proceso inevitable del envejecimiento.

Como vemos, los hechos comprobables y los prejuicios se contradicen pero, lamentablemente la irracionalidad de estos últimos sigue prevaleciendo. ¿Cómo debemos entender esto? ¿Qué es lo que da sustento a este prejuicio tan arraigado?

## II. Raíces socioculturales del prejuicio

Cuando intentamos ver como podemos romper la sinonimia viejo=enfermo, el primer problema que se nos presenta es el de resolver que cosa significan los términos *salud* y *enfermedad*, problema cada vez más complicado dada la profusión de esquemas referenciales distintos que se utilizan para su conceptualización. Una discusión de este tipo adquiere especial complicación en gerontología por las características propias del objeto de estudio donde, al efecto conocido de determinadas noxas que actúan como generadoras o condicionadoras de patología, se suman los factores aun desconocidos que, independientemente de estos producen el proceso universal del envejecimiento de todos los seres vivos. La relación entre edad cronológica y enfermedad es bien conocida y está documentada en las tablas de expectativa de vida al nacer y en los estudios epidemiológicos sobre la dis-

tribución de enfermedades por edad. Cronológicamente la edad es el factor que se toma como indicador último de la predicción de los índices de mortalidad; la edad también se asocia con morbilidad y se toma su incidencia en la prevalencia de enfermedad o discapacidad.

Cuando tratamos de pensar que cosa es la *salud* y si nuestro rol profesional es el de médico, debemos tener en cuenta que nosotros estamos influenciados por nuestra formación universitaria que comienza la enseñanza de la medicina privilegiando el estudio de la anatomía humana, pero que la enseña desde los cadáveres y no desde el estudio de los cuerpos sanos y en movimiento. En la Facultad no nos han enseñado como es la psicología del individuo normal; nos mandaban directamente al hospicio para encontrarnos sumergidos, llenos de angustia, con lo peor de la patología psiquiátrica.

La medicina como ciencia siempre ha estado históricamente más preocupada por las cosas que "andan mal" que en clarificar los elementos intervinientes que concurren para producir y mantener la salud(3). La OMS (1946), en su célebre e ideal definición de la salud como "un estado de completa satisfacción física, mental y social y no solamente (por) la ausencia de enfermedad", al incluir las tres áreas de la conducta donde la sa-



lud se expresa, nos brinda un punto de partida importante para considerar que es lo que debe "funcionar" en relación a lo que "no funciona". Pero en la práctica, mas allá de esta definición, la salud de los viejos es generalmente descrita desde dos vertientes distintas: 1. en términos de la presencia o ausencia de enfermedad o 2. en términos de cuan satisfactorio es su *funcionamiento* en cualquiera de las 3 áreas de la conducta mencionadas.

La definición en terminos de enfermedad es la que utilizan habitualmente los profesionales médicos y afines. A esto se lo llama "modelo médico de la perspectiva de la salud"(14). Este juicio sobre la salud basado en la presencia o ausencia de patología es el resultado de la observación, exámenes clínicos y hallazgos de laboratorio y, en tanto intenta ser objetivo está, no obstante sujeto a la sofisticación de los medios tecnológicos disponibles tanto como a las características que reflejan el clima social del momento en que se producen(12).

La definición alternativa de la salud de los viejos en términos de su nivel de funcionamiento está resumida por el Advisory Group de la OMS (1959): "La salud de los viejos es mejor medirla en términos de función;...el grado de ajuste más que la falta de patología debe ser usado como la medida del monto de servicios que el viejo requiere de la comunidad". En 1974 el Comité de expertos de la OMS señalaba: "Es ahora aceptado por la profesión médica que la morbilidad debe ser medida no solamente en términos de la falta de procesos patológicos sino también en términos del impedimento de las funciones en las personas afectadas por tales condiciones patológicas... El diagnóstico funcional es uno de los más importantes elementos que deben ser introducidos en la geriatría. En este sentido la distinción debe ser hecha entre el impedimento y la discapacidad producida por una condición patológica".

Esta declaración refleja un consenso general del deseo de la aceptación del criterio de *salud funcional* en los viejos. La medida de la salud considerada como una pre-

rrogativa médica y como resultado objetivo de los exámenes de laboratorio, debería incluir en alguna medida el *como* el individuo se siente frente a sus impedimentos y, por extensión, como ese impedimento interfiere en su rutina vital. Al comentarla, Shanas(14) señala que el concepto funcional provee una herramienta mucho más conceptual que el modelo médico porque a partir de allí se puede predecir cómo la patología se traslada a la conducta y condiciona, en ultima instancia, el rol de enfermo.

No obstante estas importantes recomendaciones, que incluyen implícitamente la introducción de consideraciones psicológicas y sociales en la gerontología, las cosas están tomando un cariz muy diferente. Durante los últimos años, todos los que trabajamos en este campo hemos observado una mayor preocupación por los viejos y sus problemas; los estudios se hacen mas extensivos, las publicaciones aumentan, las Jornadas y Congresos se multiplican y los profesionales que se dedican al tema, antes difíciles de hallar, ahora son cada vez mas, muy numerosos pero...¿a qué se debe esto? Hay varias respuestas posibles y más adelante intentaré dar la mía, pero entre tanto quiero señalar que todo este interés está promovido y capitalizado principalmente por el "modelo médico de la perspectiva de la salud" quedando de lado, o en segundo lugar las consideraciones psicológicas y sociológicas a las que también apunta el modelo "funcional".

La medicina, tanto como disciplina científica cuanto como concepción del mundo, ha sido una de las fuerzas mas importantes y poderosas del siglo XX. Su importancia no arranca solo de este siglo sino que desde los albores de la Humanidad siempre han estado diferenciados -y muy prestigiados- los sujetos que se dedicaban al arte de curar, sean ellos hechiceros, brujos, magos, chamanes o médi-

cos. El imaginario popular siempre les ha conferido un status "superior" y tanto sus opiniones como sus conductas han sido motivo de deferencia, respeto y, sobre todo, autoridad, de manera tal que lo que la medicina diga por boca de sus intérpretes tiene en la sociedad un poder disuasivo irrefutable. Aun hoy, cuando nuestra profesión ha perdido las condiciones sobrenaturales y mágicas de otras épocas, nuestra palabra *pe-sa...* y mucho.

En un importante artículo de Carroll Estes y Elizabeth Binney(5) aparecido en la prestigiosa revista *The Gerontologist* estas autoras hacen un pormenorizado estudio sobre la "biomedicalización del envejecimiento" y alertan sobre el peligro que significa el pretender hacer la "interpretación social del envejecimiento como un problema médico". Tomaré *in extenso* los argumentos allí expresados porque considero que aclaran suficientemente lo que estoy comentando.

Este "modelo médico" configura una *perspectiva paradigmática que se centra en la patología orgánica individual, en la etiología fisiológica de los problemas y en las intervenciones realizadas por sus practicantes*. Este último punto -la práctica médica- es de particular importancia porque establece una relación dialéctica entre la formación de políticas públicas en relación con la investigación y la percepción popular de sus conclusiones y sus consecuencias, generalmente mediatizadas por los medios de comunicación masiva.

En el caso del envejecimiento, su interpretación exclusiva como un problema médico se centra en las enfermedades de los viejos -su etiología, manejo y tratamiento-



desde la perspectiva de la práctica de la medicina tal como es definida por sus practicantes. Esto significa que el modelo médico, con su énfasis sobre el fenómeno clínico, toma precedencia, y en muchos casos define, los problemas del envejecimiento y sus procesos biológicos, psicológicos y sociales. "El equiparar vejez con enfermedad ha llevado a la sociedad a pensar al envejecimiento como patológico o anormal. Al etiquetarlo como enfermedad se transfiere esta condición a todos los que están envejeciendo, condicionando de esta manera las actitudes de las personas en sí mismas y de los otros hacia ellos(5)". Algo de esto ya había sido entrevistado por Foucault(6) al hablar de la "mirada clínica", cuando decía que a través de esta "mirada" los problemas, los fenómenos y la gente misma es vista y conceptualizada como "problemas clínicos".

Esta intrusión excesiva de la medicina en los asuntos privados de la vida, a pesar de su indudable contribución a la prevención y curación de patología, no esta exenta de peligros los cuales derivan de la desconsideración de los aspectos psicológicos y sociales que intervienen en la producción de la enfermedad. Si la medicina consigue colocar a toda la población bajo su dependencia es porque esta sociedad fundamentalmente patógena ha producido una población fundamentalmente enfermiza. Los profesionales de la salud, lejos de atacar las causas profundas del mal, se limitan a inventariar y a perseguir los síntomas, ofreciendo a la gente atenuar su malestar, enmascarar su sufrimiento, desembarazarla de su angustia, preservarla de lo peor. La medicina se vuelve entonces el ritual técnico que reemplaza a la magia y al encantamiento (rebautizados "sugestión", "placebos", "seguridad") y que reduce la capacidad de autonomía de los individuos mucho más de lo que lo hacían los sacerdotes. "Medicalizados, los individuos dejan de considerar como natural el hecho de caer enfermos y de curarse, de envejecer y morir. En nuestros días a uno no se lo lleva la muerte sino una enfermedad de la cual "hubiéramos podido ser salvados"; no se está bien de salud sino bien cuidados,

bien preservados contra la infinidad de malestares cuyos signos no cesan de acecharnos"(1).

El adagio según el cual "lo mejor es enemigo de lo bueno" se aplica aquí mejor que en cualquier otro dominio: la mejor salud es enemiga de la salud a secas. Al sugerir a cada uno que corre el riesgo de contraer una enfermedad contra la cual podría quizás protegerse mediante exámenes, tratamientos preventivos, cuidados constantes, la medicina corre el peligro de fabricar enfermos, sus enfermos. Y no se trata en absoluto de enfermos imaginarios como los de Moliere.

### Viñeta clínica

*La Sra. K está en su mediana edad. Jamás estuvo enferma y no tiene médico de cabecera porque no lo necesita, salvo las periódicas visitas de rutina a su ginecólogo, y nunca ha tenido que recurrir a depender de ningún medicamento. La Sra.K es una mujer erótica, con una vida sexual muy satisfactoria y en su post menopausia, durante una de esas visitas al ginecólogo este le prescribe estrógenos para mejorar su déficit hormonal "para una mejor lubricación vaginal, para prevenir un infarto, la osteoporosis, para no envejecer, etc.". Los comprimidos prescritos no tardaron en provocarle flujo vaginal. Le comentó esto a una amiga médica durante una fiesta y ésta le dijo "Ah no! tenés que hacerte unos estudios para ver cual es la dosificación que precisás". En el análisis de sangre indicado aparece una ligera hipercolesterolemia y la medican con bezafibrato y le indican un severo régimen alimenticio donde le prohíben las galletitas, las grasas y la crema, las frituras, los embutidos, los fiambres, las empanadas, la repostería comprada, la yema de huevo, la cerveza, etc. La Sra K, que siempre ha comido de todo, en su casa, en los restaurantes, y en cualquier país del mundo, aun en los más exóticos sin experimentar jamás la más mínima molestia gastrointestinal, se siente desconcertada ante la limitación impuesta. Le cambian los comprimidos de estrógeno por el parche cutáneo y comienza otro problema: "que dónde se lo pone porque es verano y con la malla se le ve, que se despegue, que se le sale".*

*Poco después se le aconseja una densitometría para medir su nivel de osteoporosis y como resultado la medican con lactato de calcio y aminopropilideno para fijarlo. La Sra K se sienta a la mesa y mientras su marido come fiambres y milanesas con papas fritas, a ella le sirven pescado con ensalada y una bandeja llena de pastillas de diversas formas y colores. Comienza a sentirse "una viejita enferma". Poco después le cambian los comprimidos de calcio por calcitonina aspirativa por vía nasal -130 dólares el frasquito- y esto le provoca intolerancia, congestión y resfríos. Cuando un día descubre que sin causa aparente le aparecen hematomas cutáneos a repetición llama a su ginecólogo y este le dice que consulte a un clínico porque puede deberse a una insuficiencia hepática por los estrógenos, la Sra. K resuelve que ya se ha colmado la medida y abandona todo, médicos y medicación y decide volver a su vida normal anterior.*

Este ejemplo es muy esclarecedor con respecto a lo que estoy tratando de señalar, pero desafortunadamente no todos los sujetos tienen la capacidad o la valentía de cuestionar el poder del "modelo médico" como la Sra.K.

Las enfermedades provocadas por la medicina, la iatrogenia, están ampliamente estudiadas y difundidas por la propia literatura médica. Sobre una de sus formas, la directa, la debida a las intervenciones materiales de los médicos, estos mismos han hecho su auto-crítica al reconocer las intoxicaciones, infecciones, heridas, mutilaciones, etc, que son capaces de provocar. Pero hay otra forma de iatrogenia, estructural, y es la que se provoca o mantiene al incitar a la gente sana para que adopte una conducta enferma hecha de ansiedad, de temor y de dependencia como la Sra.K, pero ésta no sólo no está tan bien estudiada sino que ni siquiera está asumida como tal por los que la practican". La invasión médica, la medicalización de la salud, de la enfermedad, del embarazo, del nacimiento, de la sexualidad, del envejecimiento y de la muerte destruye en los individuos los fundamentos últimos de la salud: la capacidad de asumir su condición y de hacer frente, por sí mismos, a los acontecimientos y a las pruebas de su



existencia biológica" (1)

Esto lo conocemos muy bien los psiquiatras -aunque, en verdad, la enorme mayoría no lo comparte- en relación al tema de las depresiones. Las llamadas "depresiones reactivas", las que son responsables de la mayor parte de las depresiones en la vejez, en realidad no deberían llamarse así sino que su nombre correcto, establecido y suficientemente estudiado por Freud y por toda la escuela psicoanalítica es *duelo*. Las "depresiones reactivas" son siempre, y en todos los casos, *duelos*. Ahora bien, esto requiere una consideración adicional. Existen dos tipos de duelos, el normal y el patológico, con distintas formas de presentación en su evolución y con diferencias notorias en su etapa de resolución; por supuesto que la actitud profesional frente a estos fenómenos debería ser diferente, pero...¿es así? ¿realmente ocurre esto? Temo que no. Veamos. Hasta donde he podido comprobar, tanto en la literatura profesional como personalmente en confrontaciones científicas con colegas en Congresos, jornadas, simposios, etc., la enorme mayoría no vacila en medicar a estos cuadros sin entrar en consideraciones sobre si están en presencia de un duelo normal o uno patológico. Para Freud (1915) "el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, la patria, la libertad, el ideal, etc.". Dentro del concepto "abstracción equivalente" fácilmente podemos incluir las cosas de todo tipo que los viejos pierden permanentemente: capacidades, dientes, roles sociales, la audición, poder adquisitivo, velocidad, manejo del automóvil, etc. Todas estas pérdidas ponen en funcionamiento procesos de duelos normales que van -o deberían ir acompañados del afecto correspondiente que es la tristeza o la pena; pero esto no es una depresión clínica y por lo tanto no debe serle aplicada la "mirada clínica" de Foucault. Freud (1915) en este punto es muy preciso, claro y terminante: "Es también muy notable, que jamás se nos ocurra considerar al duelo como un estado patológico ni someter al sujeto a un tratamiento médico, aunque se trata



de una condición que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos, efectivamente, en que al cabo de algún tiempo desapareciera por sí solo y juzgamos inadecuado e *incluso perjudicial*, perturbarlo" (el subrayado es mío). ¿Se sigue esta contundente afirmación de Freud tendiente a rescatar los mecanismos saludables del individuo para resolver sus conflictos con sus propias fuerzas? No, no se lo sigue. Se trata y medica todo por igual, tristeza y depresión, cuando debería reservarse la "mirada clínica" sólo para el duelo patológico. En otro lugar(12) me he extendido en las razones que existen para considerar que las "depresiones reactivas" en realidad son los "duelos patológicos".

A pesar del embate permanente y sostenido del "modelo médico" para "medicalizar el envejecimiento" hay algunos problemas que cuestionan a este modelo dominante. Los desarrollos que aumentaron la longevidad no han resuelto el peso del incremento de las enfermedades ni el paso de los casos agudos a los crónicos. "La premisa médica promueve la extensión de la vida a cualquier precio e, implícitamente promete que, como resultado ésta será cada vez mejor. Lo crítico de la situación es que la medicina ha usado la ciencia y la tecnología para extender la vida física, pero todavía no ha sido capaz de conseguir una *calidad* equivalente a sus inversiones en cuanto a vías prácticas y deseables"(5).

Otro enigma al que el "modelo médico" debe responder es al lugar que deben tener los problemas macroestructurales implicados en la etiología de las enfermedades. Al utilizar modelos individualistas y reduccionistas para considerar las conductas de los sujetos como procesos unicausales, homogéneos y biológicos inevitables, implícitamente los hace a estos, a los sujetos, responsables por sus enfermedades. Se deja así de lado la importancia de la cohorte de los efectos que los fenómenos sociales, políticos y económicos tienen sobre los procesos del envejecimiento y para la salud en la vejez.

Con el paso del tiempo y así nos vayamos acercando al fin del



siglo que vió crecer a la Gerontología, habrá cada vez mas viejos: viejos sanos, viejos enfermos, viejos que necesitarán vivienda, ingresos adecuados, servicios y ayuda social y diversos tipos de cuidados de los cuales el cuidado médico *sera sólo uno de ellos*, pero no el único. Si hacemos pasar todo por el "modelo médico" no solo no podremos romper el prejuicio viejo=enfermo, sino que contribuiremos a mantenerlo o ampliarlo.

### III. Beneficiarios del prejuicio

Todos sabemos, por los aportes de la sociología del conocimiento que el conocimiento científico es producido y reproducido socialmente y que una vez que este conocimiento básico se construye y se acepta pasa a formar parte del stock de conocimientos colectivos y comienza a tener fuerza por sí mismo, con sus propias consecuencias sociales, políticas y económicas. Por supuesto que este conocimiento no es esencialmente imparcial, objetivo o políticamente neutral como generalmente se lo quiere presentar. "En el caso del paradigma biomédico esto significa que el proceso de generación de conocimientos (la investigación científica, su interpretación y validación) está determinado por importantes influencias sociales, económicas y políticas del amplio espectro social y que son distintos de las cuestiones científicas a las que se dirigen" (5). Llevando esto al campo gerontológico, Mario Strojilovich en una entrevista periodística(15) decía: "Se ha hecho un 'boom' desde hace 10 años o más con relación a los viejos, a la geriatría, a la psicogeriatría. Yo entiendo que son disciplinas que se desarrollan no por el valor humanístico intrínseco del cuidado de los viejos en general, sino porque los viejos en el mundo comenzaron a tener un pequeño ingreso por vía del Estado o por vía de la familia y son consumidores. A veces ese consumo mínimo en los sectores más pobres, genera un mercado y ese mercado recicla sus necesidades a través de los mismos viejos, especialmente el mercado farmacéutico...Es importante destacar estas cuestiones porque pareciera que

estamos frente a un tema vinculado exclusivamente a la beneficencia, al dolor por las canas y en definitiva a un monton de cosas que son puras macanas".

No hay ninguna duda que la vejez, y especialmente el envejecimiento han sido descubiertos como "mercado de consumo" y hacia allí se han disparado masivamente los cañones de las ofertas, tanto de productos como de servicios. Encontrar la Fuente de Juventud ha sido, desde siempre un anhelo de toda la humanidad pero ahora las cosas parecen haberse invertido y la Fuente nos busca a nosotros. Como efecto colateral de las investigaciones sobre cuidados médicos, tecnología y servicios, aparece la alta promoción de todas aquellas cosas que prometen demorar o eliminar los supuestos fisiológicos del envejecimiento y allí florece la multimillonaria industria de la cosmética, vitaminas y suplementos dietéticos, prótesis y cosmética quirúrgica. "De esta manera, en un amplio espectro social, la biomedicalización del envejecimiento, tanto como la continua medicalización de cualquier aspecto de la vida cotidiana ha contribuido al crecimiento y consolidación de un complejo médico-industrial multibillonario (en dólares) y al poder e influencia de la profesión médica. En gran parte estos intereses dependen de la aceptación pública de la autorización y legitimación por la medicina. Los representantes de las industrias, la profesión médica y los medios de comunicación masiva están prontos para reforzar la opinión pública sobre este punto enfatizando curaciones dramáticas y por el marketing vigoroso de productos medicinales para la vejez" (5). Un artículo publicado el 5 de marzo de 1990 en la revista Newsweek ilustra claramente estas afirmaciones: Un derivado de la vitamina A, el Retin A, era conocido desde hacía mucho tiempo como una medicación anti-acné. Un estudio aparecido en 1988 en el Journal of the American Medical Association *sugería* que si esta medicación se aplicaba sobre la piel dañada por el sol ésta lucía mejor y más joven. De la noche a la mañana los dermatólogos fueron sobrepasados por los pedidos de

prescripciones y las farmacias vendieron todo su stock. Johnson & Johnson, compañía madre de la manufacturera Ortho Pharmaceutical Corp. rápidamente pidió a la FDA (Food and Drug Administration) permiso para publicitar al Retin A como una droga anti-vejez y su venta subió en un año de 20 a 60 millones de dólares.

Proposiciones de dudoso nivel científico como los tratamientos con Gerovital H-3 de la Dra. Aslan, la Clinica La Pairie con las especulaciones de Niehans, los implantes de Filatov, la organoterapia de Evian, aseguran "tratamientos" maravillosos para evitar el envejecimiento y captan su clientela explotando los mecanismos de omnipotencia de los que se niegan a aceptar el paso del tiempo. Como anzuelo exhiben en su catálogo a Winstoll Churchill, Pio XII o Christian Barnard entre otros personajes célebres. El resultado es una interminable caravana de contingentes de ricos turistas que engrosan permanentemente las arcas de estas instituciones antes de regresar y comprobar que si hay algo invencible en la vida, eso es el envejecimiento y la muerte.

Existen autores desaprensivos que fabrican best-sellers especulando con el ingenuo deseo de inmortalidad de mucha gente. Durk Pearson y Sandy Shaw publicaron un libro *Life Extension: A Practical Scientific Approach* e inmediatamente después, dado el éxito obtenido publicaron *The Life Extension Companion*. Entre los dos en poco tiempo vendieron 2.5 millones de ejemplares obteniendo un beneficio de más de 31 millones de dólares. Eso sí —y esto viene en refuerzo de lo que estoy señalando— los autores indican que los lectores deben tener la precaución de estar bajo supervisión médica cuando sigan las sugerencias que ellos proponen en sus libros.

Estos ejemplos podrían multiplicarse interminablemente pero sólo serían variaciones sobre un mismo tema: la búsqueda desaprensiva de beneficios a través de la ingenuidad o la desgracia ajena. Pero quiero volver a insistir sobre algo que dije al principio para no ser malinterpretado: no *toda* la medicina ni *todos* los médicos participan de este tipo de prácticas,







sino que la tesis que quiero sustentar aquí es que *en la medida en que conciente o inconcientemente se contribuye a mantener el prejuicio viejo=enfermo sin cuestionarlo ni romperlo, se posibilitan los beneficios de los inescrupulosos, lo que secundariamente se vuelve en contra de toda la población que envejece.* "Un aspecto importante de la biomedicalización del envejecimiento ha sido su influencia en la opinión pública fomentando la tendencia a ver el envejecimiento negativamente, como un proceso de declinación inevitable, de enfermedad y deterioro irreversible (en oposición a lo reversible, remediable y a los aspectos socialmente explicables). El público parece estar convencido de la primacía y del "derecho" de la medicina para el manejo del "problema" del envejecimiento. Este proceso hegemónico se extiende hacia las experiencias individuales y subjetivas en las cuales la visión biomédica del envejecimiento es reforzada por la familia, amigos y por el contacto personal con la profesión médica y por el propio sistema de creencias. Puntos de vista alternativos sobre el envejecimiento les resultan inconcebibles" (5). Pero más importantes son las consecuencias que esta interpretación dominante de la realidad adquiere cuando las propias personas así etiquetadas, los viejos en este caso, se identifican con esta mirada del otro y la hacen suya. "Sentirse" que son enfermos, dependientes y que sólo pueden ser ayudados por servicios de alta tecnología y altísimo costo los lleva a que efectivamente actúen ese rol, a que se conviertan en enfermos y dependientes mientras, "simultáneamente se reafirma el 'modelo médico' para definir lo que es real e importante"(4). Si son enfermos es porque existen enfermedades; si hay enfermedades hay que buscarles remedio y los remedios para las enfermedades son los medicamentos... y así entra en juego la poderosa industria farmacológica. Todos sabemos que el grupo de edad mayor de 65 años es el principal consumidor de medicamen-

tos aún siendo un grupo minoritario en relación a la población total (10 a 14%). Esta suerte de "abuso" se ve muy claro con un pequeño ejemplo: en el último ateneo clínico al que asistí se presentó un paciente de 75 años que ingería por día 25 comprimidos y una cucharada, correspondientes a ¡19 medicaciones distintas!

### Conclusión

En esta comunicación he intentado mostrar que la medicalización del envejecimiento juega un papel dominante en la discriminación social de la vejez que se hace por la vía de la consolidación de prejuicios, en este caso el que equipara *viejo con enfermo*. Por las razones ya expuestas veo un gran peligro en esta tendencia que cada vez se arraiga más; tendencia a "crear" enfermos a través del prestigio médico, algo difícilmente resistible desde el imaginario popular que siempre tiende a identificarse con aquellos que detentan el poder.

Para terminar quisiera hacer mía la conclusión del importante trabajo de Estes y Binney que ha motivado profundamente las reflexiones aquí expuestas y que me ha brindado el marco conceptual necesario para entender este prejuicio: "La biomedicina merece todo nuestro respeto y el ser mirada y honrada por el lugar que tiene por su contribución a nuestra salud y bienestar. Pero su extensión hacia, y el control sobre todos los aspectos de la vida, no sólo disminuye su propia efectividad sino que inhibe a la sociedad para aplicarse a entender temas más complejos en caminos novedosos y necesarios. Por consideración a la vejez y por todos aquellos que van a ser viejos, la biomedicalización del envejecimiento debe ser resistida" ■

### Bibliografía.

1. Bosquet, M., Cuando la medicina mata, Suplemento cultural del diario La Opinión, Buenos Aires, 30- III, 1975 .
2. Busse, E.W. and Blazer, D., The Theories and Processes of Aging, en Handbook of geriatric psychiatry, New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1980 .
3. Butler, R. and Lewis, M. I., Aging and mental health: positive psycho social and biomedical approaches, St.Louis, C.V. Mosby Co., 1982 .
4. Estes, C., The aging enterprise, San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
5. Estes, C. and Binney, E., The Biomedicalización of Aging: Dangers and Dilemmas, The Gerontologist, Washington, 1989, vol 29, N° 5, 587-596.
6. Foucault, M., The birth of the clinic. An archaeology of the human sciences, New York, Vintage, 1973.
7. Fresud, S., La Aflicción y la melancolía, O.C. IX, Buenos Aires, Santiago Rueda Ed. (1915).
8. Lyman, K., Bringing the Social Back in: A Critique of de Biomedicalization of Demencia, The Gerontologist, 1989, vol. 29, N°5, 597-605.
9. Palmore, E., The Social Factors in Aging, en Busse, E. W. and Blazer, D., Handbook of geriatric psychiatry, New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1980.
10. Salvarezza, L., Psicogeriatría ¿Porqué es un campo inexplorado? en Psicología argentina, hoy, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, 1973.
11. Salvarezza, L., Carta abierta a todos los Médicos que trabajan con viejos, Medicina de la Tercera Edad, Buenos Aires, 1982, N° 7-8, 5-8.
12. Salvarezza, L., Psicogeriatría. Teoría y Clínica, Buenos Aires, Paidós, 1988 (a).
13. Salvarezza, L., Sociedad y Vejez. Una aproximación psicoanalítica, Psyche, Buenos Aires, 1988 (b), N°9, 33-37.
14. Shanas, E. and Maddox, G.L., Aging, Health and the Organization of Health Resources, en Binstock, R.H. and Shanas, E., Handbook of Aging and the social sciences New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1976.
15. Strejilevich, M., Temas de psicogeriatría, Buenos Aires, Ediciones 1919, 1990.
16. DeVries, H., Vigor regained New York, Englewood Cliffs, 1986.



## ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS

De la "Encuesta de necesidades de los Ancianos", (INSSJP. Bs. As. 1988) uno de los más recientes y completos estudios realizados sobre la población de tercera edad en Argentina.

Los ancianos fueron determinados como personas de 60 y más años de acuerdo a la definición de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982) y se usaron dos criterios adicionales para definir la población bajo estudio:

1. Sólo fueron muestreadas las comunidades urbanas de 500.000 y más habitantes; y
2. El estudio fue restringido a aquellos ancianos no recluidos en instituciones y física y mentalmente capaces de responder personalmente al cuestionario.

(Todas las cifras se dan en %)

**Sexo:**  
Hombres 40.9; Mujeres 59.01

**Edad:**  
60 a 64: 31.1  
65 a 69: 25.4  
70 a 79: 33.6  
80 a 84: 6.5  
85 y más: 3.2

**Estado civil:**  
La viudez en la mujer adquiere proporciones importantes (41.5 a 53.3) También la soltería es más manifiesta en ellas.

**Nivel de estudios:**  
La proporción de analfabetos de la encuesta se ubica entre 4.0 y 19.2 con diferencias interciudades obvias.  
La tasa de ancianos con bajo nivel de estudios (analfabetos y primaria incompleta), es muy alta (44 a 67.7), excepto en Capital Federal (23.2) y mayor en las mujeres que en los varones. La escolaridad primaria varía entre 26.5 y 57.1 con grandes diferencias interciudades.

**Necesidades insatisfechas:**  
Un sector de la población anciana (26.8 a 44.4) declara no tener problemas, aunque la mayoría (55.6 a 73.2) revela problemas de variada naturaleza.

Entre los problemas principales del diario vivir se destacan los económicos (22.2 a 39.6) y los de salud (14.5 a 23.3). Entre el 8.7 y el 25 de los encuestados declara tener dificultades con el transporte público; las causas aducidas son la prevalencia de problemas físicos y calidad del servicio siendo estas últimas prevenibles. Este rubro es importante por los límites que impone al empleo del tiempo libre y actividades del diario vivir.

**Convivencia:**  
1.2 a 3.3 viven acompañados por no familiares.  
5.6 a 17.2 viven solos (en mayor proporción mujeres).  
47.7 a 64.2 viven con cónyuge (en mayor proporción los varones por su menor expectativa de vida).  
23.9 a 38.7 viven con familiares. La mayoría de los ancianos solteros, viudos o divorciados viven acompañados.

**Trabajo actual:**  
La mayoría (79.5 a 86.8) no realiza actividad laboral. La participación en la actividad laboral es mayor entre los 60 y 75 años y muy baja más tardíamente.

**Beneficio previsional:**  
El 26 al 44 de los consultados no reciben beneficio previsional. Están más protegidos los hombres que las mujeres y en ambos sexos los de más edad.

**Condiciones de salud:**  
Alrededor del 50 por ciento de los encuestados en Cap. Fed, conurbano Sur y La Plata, asegura gozar de buena salud. En el resto de las ciudades este porcentaje disminuye, por el incremento de los que afirman estar en regular estado de salud. (41.5 a 49). El peso de los que perciben su salud como mala (4.6 a 11.9) o muy mala (0.4 a 2.5) o muy buena (3.6 a 84.) es relativamente bajo.

**Consumo de medicamentos:**  
65.2 a 89.4 toman medicamentos.  
64 a 84.9 lo hacen mediante receta médica.

# SURCO

## ESCUELA HOSTAL

Lugar de trabajo e investigación en psicoanálisis y pedagogía. Institución para el tratamiento de niños y adolescentes con perturbaciones psicóticas.

**Directora:**  
*Lic. Beatriz Gutierrez*  
**Director Asesor:**  
*Lic. Norberto Rabinovich*

Informes: 93-3487 / 296-3448

Constanzo 234  
Monte Grande - Pcia. de Bs.As.

ENGLISH FOR  
COMMUNICATION

**FORUM**  
CARLOS PELLEGRINI  
331 8° PISO "D"  
ESQ DIAG NORTE  
TELEFONO 35 2691  
1009 BUENOS AIRES

Hay  
diversas  
opciones  
en cuanto al  
aprendizaje  
de idiomas.

De todas ellas, American Forum le ofrece la más simple, realista, honesta. Aprenda inglés hablando y comunicándose en un ambiente agradable en nuestro Instituto o en su lugar de trabajo.

INGLES NORTEAMERICANO  
PARA ADULTOS  
CONVERSACION / AUDIO / VIDEO  
CURSOS REGULARES  
PARA TODOS LOS NIVELES  
TOEFL / MICHIGAN / TRAVELERS  
BUSINESS ENGLISH  
PLANES ESPECIALES PARA EMPRESAS

Acreditando su suscripción a VERTEX, Ud. se beneficiará con un 15% de descuento







## La pasión de mirar *Aníbal E. Goldchluk\**

**G**aétan Gatian de Clérambault se suicidó frente a un espejo en su pabellón de Montrouge en noviembre de 1934, cuando tenía 62 años. Melancolía de un célibe (había enfatizado tanto la vinculación entre el automatismo mental y la soledad de las viejas solteras) o imposibilidad de sobrellevar una enfermedad de catarata operada sin éxito poco tiempo atrás, fueron las conjeturas para explicar esa decisión.(1)

Desde 1905 era médico adjunto de la Enfermería Especial de la Prefectura de Policía, y desde 1921 era su médico jefe. La Enfermería Especial era una dependencia adonde eran llevados para su examen aquellos individuos que en París mostraban afectadas sus facultades mentales. Constituía así un sitio de paso que atendía un promedio de 2000 casos al año.

A partir de su autonomía, en 1872, el primer médico jefe de la Enfermería había sido Ernest Lasègue, quien estaba convencido de que las enfermedades mentales eran efecto de trastornos orgánicos del cerebro. Este es un dato valioso porque sugiere el marco doctrinal del sitio donde Clérambault desarrollará su práctica clínica durante tantos años.

Ver donde otros no ven es una forma del talento. Tuvo Clérambault la virtud de extraer el máximo provecho del lugar en el que había decidido trabajar. Ese lugar fue para él el atalaya de una pene-



*Sala de Guardia. Asilo de Sainte Anne*

trante mirada clínica, la cual produjo descripciones impecables y detalladas de los trastornos mentales que se le presentaban en la Enfermería: las intoxicaciones, las ebriedades, los delirios alcohólicos, los delirios epilépticos, las psicosis alucinatorias, los delirios pasionales. La Erotomanía, como forma de estos últimos discriminada de los delirios querulantes y persecutorios, es de su invención.

Su Obra Psiquiátrica fue recogida por diversas publicaciones durante su vida. Su propósito era reunirla en un volumen que expresara sus posiciones doctrinales. No llegó a hacerlo. A su muerte, sus alumnos publicaron sus escritos en dos tomos. De ellos, llega al lector un fragmento cuyo tema es el Automatismo Mental.

### El automatismo mental

A partir de 1920, Clérambault se abocó a la descripción de lo que él llamó Psicosis a base de Automatismo. Concretamente el Automatismo Mental era un síndrome que constituía el elemento esencial de las Psicosis Alucinatorias Crónicas.

Desarrollemos estos enunciados paso a paso, a la vez que recomendamos al lector interesado en ellos consultar la bibliografía mencionada.(2,3)

1. Se trata de un síndrome. Los signos y síntomas que le componen son pocos en las primeras descripciones: eco del pensamiento, enunciación de los propios actos, diálogos interiores, pensamiento anticipado, fenómenos sin sentido. Esta lista se amplía en descripciones posteriores: sucesión muda de recuerdos, ideorrea, falsos reconocimientos, desaparición de pensamiento, olvidos, vacío de pensamiento, perplejidades sin razón, para citar algunos.

2. La característica común de estos elementos es que son fenómenos psíquicos, experimentados por la consciencia pero originados por una irritación histológica cerebral secuela de una lesión tóxica, vascular, infecciosa o traumática. Lo que queda subrayado aquí es el origen extraconsciente, subconsciente o inconsciente (los tres son términos usados por el autor) de los fenómenos.

3. El término Automatismo enfatiza este carácter de causado por una excitabilidad nerviosa patológica que se propaga automáticamente. Lo que se contrapone radicalmente a algo causado por la consciencia o la voluntad.

\* Jefe de Servicio de Terapia a Corto Plazo N° 4. Hosp. "J. T. Borda". Barracas 375. Buenos Aires. Analista miembro de SABA (Sociedad Analítica de Bs. As.)



4. Este carácter automático es precisamente lo que despoja a estos fenómenos de todo matiz ideico. Esto implica que ellos, pese a ser experimentados en la consciencia no son comprensibles psicogenéticamente.

5. El término Mental recalca que estos fenómenos son experimentados centralmente a nivel del pensamiento. Más adelante, en el desarrollo del dogma, agregará fenómenos automáticos a nivel de lo sensorial y de lo motor; por ello hablará entonces de Automatismo Motor y Automatismo Sensitivo además de Automatismo Mental.

6. Los fenómenos del Automatismo Mental tienen un carácter neutro, es decir cuando son experimentados no recae sobre ellos carga afectiva. La carga afectiva será posterior y solidaria de la reacción de la personalidad.

7. El Delirio constituye la reacción segunda de un intelecto a menudo intacto, destinada a ex-

plicar los fenómenos que la consciencia está experimentando como extranjeros a ella. El Delirio tomará formas diversas (persecución, megalomanía, posesión, hipocondría) de acuerdo a la personalidad premórbida del sujeto.

8. El Delirio no siempre sobreviene; existiendo la eventualidad hipotética de Automatismo Mental en estado puro.

9. Cuando la lesión cerebral que causa el Automatismo Mental ataca otras funciones psíquicas como el intelecto, la voluntad o la afectividad se produce la Demencia Precoz; término que Clérambault sólo utiliza a partir de 1925. Si esto no ocurre se está en presencia de las Psicosis Alucinatorias Crónicas. Existe la posibilidad de un gradiente entre ambas.

10. El Automatismo Mental, en tanto reconoce un origen extracosciente y por lo tanto el Yo no lo reconoce como propio, implica una escisión de la personalidad. El

Delirio será un intento también de explicar esta escisión.

11. Desde el punto de vista dogmático, el Automatismo Mental se ubica en oposición a la concepción que otorga a la idea delirante patológica el papel de causa y motor del resto de fenómenos psicopatológicos. Para Clérambault, entonces, el núcleo de las Psicosis Alucinatorias Crónicas está en el Automatismo Mental y la ideación patológica es secundaria a él.

12. En consecuencia, como el Automatismo Mental está producido por procesos mecánicos originados en secuelas de procesos neurológicos, estas Psicosis reingresan al campo de la Neurología.

### La actualidad de G. de Clérambault

La Erotomanía es, dentro del estricto campo de la Psiquiatría, la idea de Clérambault que promueve mayor discusión. Ella ha reingresado al léxico psiquiátrico oficial dado que el DSM-III-R la ha vuelto a mencionar como un subtipo del Trastorno Paranoide. (4). Otros trabajos subrayan su presencia dentro de otros trastornos como Trastornos Afectivos, Epilepsia y Secuela de Traumatismo Craneano. (5, 6)

Por otro lado, un reforzamiento del interés por este autor proviene actualmente del campo del Psicoanálisis. ¿Cómo un psiquiatra que hace del más ortodoxo mecanicismo organicista su fe puede haber causado a los psicoanalistas el deseo de leer su obra?

Es el reconocimiento que Jacques Lacan, ya como psicoanalista, hace de él ("nuestro único maestro en Psiquiatría") (7) lo que responde a esta pregunta.

Es interesante historiar este reconocimiento. Cuando Lacan escribe su tesis sobre la Paranoia (8) ataca por simplistas las concepciones organicistas y mecanicistas de Clérambault. Ellas no tienen ninguna posibilidad de explicar el fenómeno de la Paranoia. El síndrome de Automatismo Mental es citado por Lacan en dicha tesis, pero otorgándole su autoría a Mignard y Petit. Si se recorre la bibliografía usada en la tesis sobre la Paranoia, se advertirá que los trabajos de Clérambault sobre el Automatismo Mental no figuran.



*"... personajes fantasmáticos, bamboleantes en envolturas blancas con los rostros en parte ocultos, se mueven en silencio y lentamente, como un fluido espeso, suerte de antiguas escafandras detrás de los vidrios de un acuario..."*

*Recuerdos de un médico operado de catarata  
G.G.de Clérambault*



En cambio, en la medida en que el interés de Lacan está dirigido a dar sentido humano a las conductas y a los fenómenos mentales observados en los enfermos su reconocimiento está puesto en Jaspers y en sus conceptos de comprensión y proceso psíquico.

Veinte años después la posición de Lacan se invierte, cuando dicta su Seminario sobre Las Psicosis (9). Entonces, "las concepciones mecanicistas extremas" de Clérambault pierden importancia al lado del "valor clínico incomparable de sus observaciones clínicas". El Automatismo Mental ahora es considerado como una concepción que aporta una dimensión anideica en la evolución de las psicosis, la que se contraponen a todo criterio psicogenetista. El concepto jasperiano de comprensión queda ligado a este último criterio y por ello es criticado.

¿Cómo entender esta mutación en el pensamiento de Lacan? Indart (10) opina que en el primer momento a Lacan le interesa ubicar a la psicosis en la dimensión de la subjetividad, mientras en el segundo momento la concepción de fenómenos psíquicos anideicos se le vincula más precisamente con su tesis sobre la función del lenguaje y la palabra.

Podría decirse, entonces, que en un primer momento a Lacan le interesa arrebatar a las psicosis del dominio de la Neurología; mientras

que en un segundo momento necesita hacer el mismo movimiento pero esta vez destinado a arrebatarlas del campo de la Psicología.

Pero la actualidad de Clérambault no se agota —tal como ocurrió durante su vida— en la Psiquiatría o en el redescubrimiento que de él hace ahora el Psicoanálisis. Recientemente fue organizada una exposición de su obra fotográfica en el Centro Pompidou. Clérambault había comenzado esta actividad en 1915, en el frente, fotografiando las explosiones causadas por los disparos en las filas enemigas. (11)

Herido, es trasladado a Marruecos donde se dedicó a obtener tomas de mujeres marroquíes vestidas con sus trajes tradicionales. Es notable la minuciosidad estética dedicada al juego de luces y sombras sobre los plisados de las telas captados de mil maneras en las casi 500 placas que se reconstruyeron para la exposición.

Recordemos que Clérambault había propuesto un cuadro clínico exclusivo de la sexualidad femenina, el cual se contraponía al fetichismo masculino: se trataba del efecto afrodisíaco irresistible producido en la mujer por el contacto de la seda o de otra tela.

Luego de su muerte fue publicado un libro suyo "Souvenirs d'un médecin opéré de la cataracte", en el cual testimonia para la ciencia los trastornos ópticos padecidos por esa enfermedad.

En un modo que evoca al de Schreber cuando ofrece su cuerpo a la ciencia para que se verificaran en él las fabulosas transformaciones que experimentaba, una de las últimas frases de Clérambault fue: "Nous tenons nos yeux à la disposition de tout confrère qui voudrait les examiner" ("Tenemos nuestros ojos a la disposición de todos los colegas que deseen examinarlos) ■

#### Bibliografía

1. Postel, J. Quérel C., Historia de la psiquiatría (trad. española F. González Aramburo) Fondo de Cultura Económica. México, 1987.
2. Clérambault, de, *Œuvre Psychiatrique*. París, Presses Universitaires de France, 1942.
3. Clérambault G. G. de, *Psychoses a Base d'Automatisme et Syndrome d'Automatisme*, Ann. Med.-Psych, 12<sup>e</sup> série, t1 Fevrier 1927.
4. Segal J., *Erotomania Revisited: From Kraepelin to DSM-III-R*, Am J Psychiatry 1989; 146: 1261-1266.
5. Signer S., Isbister S., *Capgras syndrome, de Clérambault syndrome, and folie a deux*, British Journal of Psychiatry, 1987; 151:402-404.
6. Signer S., Cummings J, *De Clérambault Syndrome in Organic Affective Disorder*. British Journal of Psychiatry, 1987; 151: 404-407.
7. Lacan J., *De nuestros antecedentes*, en *Escritos 1* (traducción española T. Segovia). Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 1971.
8. Lacan J., *De la Psicosis Paranoica en sus relaciones con la Personalidad* trad. esp. Antonio Alatorre. Siglo Veintiuno, México 1976.
9. Lacan J., *Libro 3 Las Psicosis* (trad. esp. J. L. Delmont-Mauri y D. Rabinovich). Paidós, Barcelona, 1985.
10. Indart J. C., *Crisis de la Comunicación Intersubjetiva e Introducción a la Metáfora*. Clase dada el 18-4-88 en las Jornadas Preparatorias del Quinto Encuentro del Campo Freudiano.
11. Liauzu J-P., Battistella N., "Gatien De Clérambault Photographe". *L'Information Psychiatrique* N° 4, Abril 1990; 327-329.



INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Directores: Dr. Felipe Díaz Usandivaras

Dra. Mirta I. Méndez Puig

## CLINICA

Internaciones discriminadas y breves, autonomía creciente, espacios físicos independientes.

Clínica para pacientes agudos. Clínica intermedia (abierta). Clínica para pacientes con neurosis aguda descompensada.

Coordinadora: Dra. Graciela Fiorentino

Ciudad de la Paz 31

Tel.: 771-2993/8114/8108



# Automatismo mental y escisión del yo

G. G. de Clérambault\*

Presentación de enfermos (1920)



G. DE CLÉRAMBAULT (1872-1934).

## PRIMERA ENFERMA

"Amélie L., 46 años, soltera, lavandera de un convento. Enfermería Especial.- Automatismo mental. Escisión psíquica. Voz interior que la inhibe y sustituye su pensamiento, sentimientos contradictorios. Habla de ella misma en tercera persona: 'uno' Distracciones; movimientos subcontínuos del orbicular de los labios; probablemente musitación por alucinaciones psicomotrices. Posturas, gestos, juegos fisionómicos y movimientos impuestos (altanería, frotamiento de manos, etc.) Discurso místico y megalómano (ella es Dios). Claustación, inactividad. Rechazo de alimentos."

G.G. de Clérambault  
2 de Abril de 1920

La enferma habla de ella misma con fórmulas del siguiente tipo: "cuando uno dice 'uno', uno pareciera hablar de dos personas. Cuando uno dice uno quiere decir que uno es doble y que es la persona que habla. Hay allí algo que es más fuerte que la persona. Hay algo que habla cuando él quiere y que se detiene cuando él no habla más. En el momento en que uno quiere hablar hay algo que detiene. El alma de otra no puede habitar en un cuerpo". En una carta escrita en la Enfermería, la enferma habla de ella misma, ora en tercera persona ("señorita L."), ora en primera persona: "mi habitación, mis pertenencias, me gusta tal cosa". Esta carta no tiene más que un objetivo material (ordenar su habitación). Es pueril aunque ordenada.

En la Enfermería, se declaró muy satisfecha de ser comprendida por primera vez. Interrogada sobre sus reglas, responde: "terminados los lavabos" y parece

alegremente conmovida pero se rehusa a explicar por qué. Ulteriormente ella deja comprender que ha visto en los lavabos un signo secreto que quería decir que ella era una mujer purificada y capaz de dar a luz un Dios; ese Dios está presente en ella o bien ella es enteramente ese Dios. Su erotismo se manifiesta por sonrisas y rubores de contento en presencia de los médicos; sonrisas y rubores prolongados.

Comienza y detiene bruscamente gestos impulsivos. Dice en voz alta lo que supone que nosotros pensamos: "yo pregunto a la señora para saber si hay alguna cosa doble en su pensamiento". Una mitad de ella se fatiga por fin del interrogatorio y la insta a no responder; la otra mitad que nos es favorable se irrita y de viva voz reta a la primera: "uno quiere responder, deje, uno bien puede esperar un poco". Ella ha previsto la guerra e influido sobre la misma. En resumen: Automatismo. Erotismo. Misticismo. Megalomanía. Igual actitud en el servicio de admisión (Dr. Briand). Ante el auditorio de la Sociedad Clínica la enferma se muestra de acuerdo a la anterior descripción. Repite sus dichos con pocas variantes, encantada de aparecer ante hombres; sonriendo y ruborizándose ante alguno de los médicos.

## Comentarios clínicos

Esta enferma presenta una escisión de la personalidad que le objetiva su propio "yo". Habla de ella objetivamente, parecida en esto a la célebre enferma de Falret, llamada "la Persona de yo misma". Amélie no tiene eco del pensamiento o al menos no lo tiene más. Por el contrario, sufre una ideación automática subcontínua; esta ideación parece consistir en fenómenos psicomotores más que en fenómenos auditivos. La enferma percibe como propia, aunque de inspiración exógena, la voz interior (desde el pecho o desde el vientre) que demuestra con

\* Extraído de G. G. de Clérambault. *Œuvre psychiatrique* PUF 1942, t II, p. 457-467. Traducción de J. C. Stagnaro.



imágenes verbales. La definición del pensamiento automático hecha por los enfermos no es siempre así; pueden percibir por ejemplo la palabra automática como integralmente extranjera. Son entonces o maniobrados o habitados por un espíritu o positivamente desdoblados; estas diversas concepciones designan mecanismos quizás de diferente graduación pero de naturaleza absolutamente única. Nuestra enferma vivía solitaria, sumergida en un medio religioso con el cual simpatizaba, pero desinteresada de hecho en toda actividad normal desde hacia por lo menos dos o tres años. Descuidando alimentarse progresaba hacia una existencia incorpórea llegando a hacer de ello una teoría. ¿Qué relación existe entre el mentisimo banal de un sujeto que vive solitario y el desarrollo del automatismo?. Probablemente ninguna. Cabe sin embargo señalar que los delirios a base de automatismo mental son particularmente frecuentes en las solteras. Más aún es en ellas en quienes lo observamos más frecuentemente en estado puro. La enferma no es una perseguida. Su humor es más bien optimista y soporta sin irritación los fenómenos que la aquejan. El trabajo espiritual que hace de ella una megalómana o una mística no es más que un proceso secundario. El modo de interpretación que un enfermo dá a los fenómenos que experimenta depende del grado de imaginación y de razonamiento; de optimismo o de desconfianza que poseía anteriormente. Depende también, pero solamente para sus locuciones e imágenes, de un conjunto de ideas también preestablecido. El delirio propiamente dicho no es más que la reacción obligatoria de un intelecto razonante, y frecuentemente intacto a los fenómenos que salen de su subconsciente, es decir, al automatismo mental. El delirio es aquí una reacción sobre todo imaginativa. Hay enfermos de este tipo, sobre todo solteras, en quienes la reacción intelectual al automatismo mental es débil o nula.



*"... entre las cualidades intrínsecas de la estofa nueva, su frescura uniforme parece ser apreciada especialmente..."*  
En *Œuvre Psychiatrique* de G. G. de Clérambault, Tomo II, PUF, 1942. p. 699

## SEGUNDO ENFERMO

Roger P., 24 años, estudiante veterinario.

Enfermería Especial.- "Delirio complejo de hipocondría e influencia. Sifilofobia inicial. Posesión psíquica reciente. Accesoriamente tendencia interpretativa aplicada al ambiente. Inhibiciones y sugestiones de orden motor y mímico. Intuiciones. Mutismos forzados, sonrisas hipnóticas. Apariencias de alucinaciones auditivas y psicomotrices, distracciones súbitas, actitudes concentradas, mascullamientos. Dos hipnotismos se combaten en él. Chancros blandos al parecer desde los 17 años. Obsesiones hipocondriacas desde entonces. Reproches diversos desde su servicio militar. Incapacidad de trabajo desde hace dos años. Peregrinaje por múltiples consultas médicas. Agravación reciente en París. Agravación de la idea de posesión y de la excitación luego de conocer una magnetizadora; gratitud hacia ella. Consciencia parcial de la enfermedad.

G. G. Clérambault  
1º de Abril

### Comentarios clínicos

En este enfermo el período de automatismo mental ha sido precedido por un período hipocondríaco con tema sifilofóbico. ¿La larga rumiación con introspección que constituyó esta hipocondría tiene relación con el automatismo mental?. Este punto es dudoso. El automatismo mental tiene más que ver aquí con las sensaciones motrices que con las ideas. El enfermo se siente empujado y dirigido. Es posible que exista un lazo entre esta predominancia motriz del automatismo mental y la hipocondría inicial. En los dos casos es la representación del yo físico que está aquejada. El enfermo que se siente influenciado no se pertenece más. ¿La fuerza motriz superior reside en su cuerpo o fuera de él?. La respuesta a esta pregunta nos parece sin importancia porque ella depende sobre todo del razonamiento; por consiguiente es secundaria, exenta in-





*"... La estofa... parece actuar por sus cualidades intrínsecas (consistencia, brillo, olor, ruido) las que son secundarias ante las cualidades táctiles. Estas son ciertamente variadas, sutiles, complicadas, innumerables para una epidermis refinada..."*  
 En "Œuvre Psychatrique" de G. G. de Clérambault Tomo II, P.U.F., 1942, p. 699.

trínsecamente de morbilidad y contingente. Nuestro enfermo desea hacerse desembrujar. Tal sentimiento de posesión se manifiesta frecuentemente en los maníacos, sobre todo en los maníacos alcoholizados. Estos últimos tienen a veces un automatismo verbal muy activo (verificación con rimas), y un automatismo gráfico (escritura semi-involuntaria), como así también actitudes y gesticulaciones semafóricas (sic), enigmáticas, de inspiración puramente motriz. Los actos desordenados del enfermo le son dictados por pensamientos de carácter exógeno. Se producen en él frases a la vez explosivas y absurdas a la manera de las que surgen de estados hipnagógicos. Estas frases percibidas en un estado de emotividad realimentan una subsansiedad que conduce a actos absurdos. El enfermo es frecuentemente distraído, en nuestra presencia, por pensamientos indeterminables. Puede ser que se trate en este último caso de simples representaciones auditivas, sin objetividad cierta pero que adquieren una pseudo-objetividad por el hecho de ser muy imprevistas en su contenido y en consecuencia muy extranjeras al yo. ¿En qué grado este enfermo es un perseguido?. Ha estado irritable, casi violento. Comienza a atribuir a otro las influencias sufridas y podrá devenir peligroso como todos los que creen en una dominación física y como todos los hipocondríacos. 1) Desde antes de su delirio, el enfermo ofrecía un terreno propicio a la rumiación y a la introspección. 2) Estuvo largo tiempo alucinado antes de comenzar a perseguirse. 3) Sus interpretaciones se mantuvieron confinadas en si mismo durante largo tiempo antes de buscar "afuera" la explicación de sus sensaciones. 4) La intensidad de su actividad interpretativa e imaginativa dependió de su constitución anterior. Parece ser a la vez imaginativo e interpretativo; sin embargo, no nos ha expuesto una narración bien sistematizada y sus especulaciones aluden sobre todo a agentes supra terrestres.

Este enfermo parece tender a la cronicidad.

### TERCER ENFERMO

Jean-Baptiste G., 37 años, jardinero.

Enfermería Especial.- (pasó por ella en dos oportunidades).

1er Pasaje: "Subtilismo crónico. Depresión. Trastornos sensoriales y psicomotores. Vagos síntomas de posesión psíquica y grandeza. Persecución. Relata injurias recibidas por extraños en la calle. Voces exteriores diversas. Voz femenina que lo halaga y le provoca erecciones por influencia. Voz interior. Su palabra sigue paso a paso el pensamiento de un ser invisible. Su lengua es en esos momentos un aparato de recepción.

Lenguaje misterioso llamado la 'Blache' el cual deriva de la "hipnosia" (sic). Descubrimientos cosmogónicos (predice el tiempo). Ligera torpeza psíquica. Relativa consciencia de enfermedad. Herida en el cuello en 1916. Pulso 68. Arritmia".

G. G. de Clérambault  
 17 de Octubre de 1919



El enfermo escucha dos voces femeninas, una de una amiga, la otra de la malvada, la celosa, la llamada Gélos, que es una mujer pagada para complotar. Dos o tres voces más influncian sus oídos. Otras voces salen de las casas. Le detienen la palabra, le toman los pensamientos, comprenden su conversación antes que él, le agarran la lengua haciendo presión sobre ella. También sufre desviaciones de su pensamiento. La Gélos le hace perder sus pensamientos por medio de opresiones eléctricas. Sobre este tema practica numerosas interpretaciones retrospectivas con innumerables anécdotas demostrativas. Su espíritu está actualmente enfermo porque "no lo han dejado en paz", ha escuchado demasiado, lo vuelven loco. Su etilismo está demostrado (numerosos testigos). El enfermo ha sido observado ulteriormente por el Dr. Briand (debilidad mental, polimorfismo y cronicidad), el Dr. Leroy (debilitamiento intelectual, delirio de persecución, alucinaciones psico-motrices y auditivas, ideas de grandeza, excitación), el Dr. Rogues de Fursac (delirio alucinatorio, desaparición rápida del mismo, calma, se ocupa desde hace 3 meses. Normal. Liberado el 11 de Febrero de 1920).

2º Pasaje: "Debilidad mental. Automatismo mental con alucinosis y trastornos cenestésicos. Construcciones imaginativas (riqueza y persecución; novela mundial). Cronicidad muy probable.

Posesión psíquica y física.

Opresiones que sirven para castigarlo, dominarlo, hacerlo morir lentamente. Erecciones impuestas; garras oprimiendo sus órganos genitales. Intervenciones en su pensamiento que perturban su escritura, etc.

Explicación por personajes de alto rango social, conciudadanos de los que conoció tardíamente sus encumbrados orígenes, etc. Interpretaciones débiles. Falsos reconocimientos. Optimismo. Período étlico de varios semestres (1916-1917) luego de heridas graves en las regiones parotídea y frontal.

Fimosis. Balanitis con ulceración.

Antecedente de internación en 1919.

Las dos derivaciones a la Enfermería fueron motivadas por idéntico acto: detenerse ante un edificio del que salían voces diciéndole que el mismo le pertenecía. Pulso 60."

G.G. de Clérambault  
9 de Abril de 1920



Este enfermo ha hecho su delirio alcohólico principalmente bajo la forma de automatismo mental.

Desde el punto de vista de las alucinaciones psico-motrices es un caso típico. La toma de posesión de su aparato verbo-motor por un pensamiento extraño le es confirmada por las inhibiciones. Describe muy claramente el andar automático de su palabra: "mi palabra sigue paso a paso el pensamiento de otro".

En el asilo el enfermo cura rápidamente de su automatismo mental. Lo hace a la manera de los alcohólicos y los maniacos. En libertad recidiva bajo la influencia de nuevos excesos.

Por otro lado parece ir hacia la cronicidad (hay informaciones para afirmarlo). Su inhibición antes de la primera internación era profunda. Su estado re-

*"... la hiperestesia al contacto de la seda, con repercusión sexual... La palpación de la estofa se hace aquí necesaria ya que, ni su representación mental, ni el sonido que produce pueden suplirla... las sensaciones epidérmicas son necesarias y decisivas..."*  
En "Œuvre Psychatrique" de G. G. de Clérambault Tomo II, P.U.F., 1942, p. 697.



cuerda, con un poco más de complejidad, la alucinosis típica, si definimos a esta como una sobrevivencia residual de varias crisis agudas en un intoxicado crónico. La alucinosis, como su nombre lo indica, consiste sobre todo en voces muy objetivadas que ciertos enfermos reconocen como inofensivas. Nosotros hemos visto una alucinosis reducida (audición de un llamado repetido siempre igual) persistir en un alcohólico seis meses después de la curación.

Nuestro caso es más complejo ya que se trata de todo un juego de ideas con concepciones relacionadas entre sí, trastornos psico-motores, influencia, posesión y trastornos cinestésicos.

Tales automatismos son frecuentes en el alcoholismo subagudo. Ciertos etílicos subagudos quedan (al menos un cierto tiempo) casi monosintomáticos, no presentando otra cosa que trastornos del carácter o alucinaciones visuales o alucinaciones auditivas limitadas o ansiedad o automatismo mental.

Muy frecuentemente hemos podido reconstituir un automatismo mental bien claro como forma de comienzo de un acceso en alcohólicos alucinados visuales y subansiosos. Ese automatismo muy neto comprendía en forma simultánea o gradual, todos los mecanismos conocidos: eco del pensamiento, anticipación del pensamiento, contradicción sistemática, asociación por contraste, diálogos interiores, etc.- El alcohol es un reactivo susceptible de provocar aislada y directamente uno u otro de esos procesos clásicos.

Nuestro enfermo ha recorrido en poco tiempo, bajo la influencia del tóxico, exactamente el mismo proceso que tardaron años en constituir nuestros dos precedentes casos. El alcohol organiza en tales casos experiencias bien demostrativas ya que tiene la capacidad de accionar entre los mecanismos tan entrelazados del inconsciente aquéllos listos para funcionar aisladamente en las psicosis ya sean estas tóxicas o vesánicas. (\*)

Nuestro enfermo presenta trastornos cenestésicos. En los alcohólicos todos los procesos pueden aparecer simultáneamente sin que la producción de cada uno de ellos derive de los otros.

Los trastornos cenestésicos en este enfermo como en otros acompañan al automatismo mental. Constituyen en sí un automatismo sensitivo. El alcohol desarrolla fácilmente estas dos formas de automatismo. Parecería ocurrir lo mismo en las psicosis.

¿Sobre estas bases alucinatorias cómo reacciona el enfermo?, ¿por medio de la imaginación, por medio de interpretaciones?. Lo hace sobre todo por medio de un trabajo imaginativo: recibirá una fortuna, tal propiedad le pertenece.

(\*) Paul Bercherie, señala en el N°50 de la revista *Analytica* (Paris-Navarin-1987) que una versión reducida publicada en 1927 que termina aquí el autor agrega: "Este artículo aparecido en abril de 1920 enuncia casi todo lo esencial de nuestra doctrina; cohesión de un cierto síndrome particular, carácter basal de dicho síndrome en las psicosis alucinatorias crónicas, carácter neutro de ese síndrome, disociación de ese síndrome y del carácter, naturaleza compuesta de la psicosis conteniendo a la vez ese síndrome y un carácter perseguido, valor doctrinal idéntico de los tres órdenes de fenómenos automáticos, insignificancia de las formas ideicas del delirio, existencia del síndrome en otros cuadros que en las psicosis alucinatorias crónicas"

Tales ideas no nacen en él por razonamiento ni por intuición, ellas germinan en su subconsciente, los hechos le son anunciados por medio de voces más o menos claras. Es por obedecer a una voz que Jean-Baptiste se detenía ante una casa determinada.

Este individuo es optimista. Tiende a la megalomanía sin pasar por un delirio de persecución. En esto reacciona según su humor. Es un delirante a base de automatismo psíquico y no un perseguido.

#### COMENTARIOS DOGMATICOS COMUNES A LOS TRES CASOS

Nuestros tres enfermos presentan numerosos trazos comunes:

1) Automatismo mental predominante con tendencia a establecer una escisión en el yo.

El modo de interpretación de esta escisión depende de las aptitudes imaginativas o interpretativas del sujeto. La naturaleza de la construcción explicativa dependerá en gran medida de las ideas preexistentes características de la época, del medio, de la cultura (diablos, animales, hipnotismo, telegrafía sin hilo).

Solamente una actividad interpretativa dará un perseguido y aún en ese caso será necesario que dicha actividad sea sostenida, como siempre lo hemos observado, por una desconfianza preestablecida, un carácter paranoico. La orientación del sujeto hacia una explicación endógena o exógena depende también de diversos matices de sus percepciones, de sensaciones que se les asocien (genitalidad, por ejemplo) y de la proporción recíproca de elementos intuitivos psicomotores y auditivos.

2) Los tres individuos presentados aquí son muy poco interpretativos: reaccionan sobre todo por la imaginación. Al mismo tiempo son optimistas. Trabajo imaginativo y optimismo están, en efecto, casi siempre asociados en los delirios y los delirios de persecución a forma imaginativa no son jamás ni los más sistematizados ni los más hostiles. Podríamos llamar a tales enfermos perseguidos sin persecución.

3) En numerosas solteronas que son a la vez seres inertes y débiles el trabajo espiritual sobre agregado es rudimentario, no se manifiesta por interpretaciones sobre otros, la tendencia a las reacciones es nula. Se trata de falsas perseguidas. Es más bien su miseria que alguna eventual reacción ruidosa lo que llama la atención de la Policía quien las deriva a la Enfermería Especial. Su automatismo se presenta aislado o bien acompañado de una pequeña ficción erótica y orgullosa. Lo más frecuente es que esas mujeres solteras vivan desde mucho tiempo atrás completamente solas sin recibir ni correo ni visitas, y pasando desapercibidas a su entorno social durante 10, 15 ó 20 años. Esta forma de delirio inerte es casi privativo de las solteronas.

4) En numerosos delirios de persecución que presentan alucinaciones es necesario distinguir dos órdenes de hechos:

a) El hecho primordial que es el automatismo mental;





*“... Para designar esta investigación especial de un contacto dotado de virtudes afrodisíacas nos parecen necesarios dos términos: hifefilia para designar la búsqueda de la estofa y la locución hifefilia erótica que daría cuenta del proceso sinestésico. en Œuvre Psychiatrique de G. G. de Clérambault, tomo II, P.U.F., 1942, p. 700.*

b) La construcción intelectual secundaria que es específicamente el delirio de persecución.

El grado de sistematización de ese delirio es función de las cualidades intelectuales preexistentes.

5) Es tan evidente es que el automatismo es el fenómeno primordial que sobre su misma base pueden edificarse delirios secundarios muy variados. En ocasión de un mismo síndrome de automatismo un enfermo hará por interpretación un delirio de desconfianza, otro un delirio megalomaniaco por imaginación, un tercero un delirio místico o erótico o bien una mezcla de todos ellos.

En esta concepción la porción alucinatoria (sensitiva, sensorial, motriz), de los delirios llamados de persecución es fundamental, primitiva. Las ideas de persecución son un trabajo subagregado, el enfermo es secundariamente un perseguido. Los únicos perseguidos primitivos son los delirantes intelectuales, es decir, los interpretativos puros y, con otros mecanismos, los querulantes. En ellos la idea de persecución es primitiva, fundamental, dominante. Esos enfermos son perseguidos, lo son desde un principio y no son más que eso.

6) Desde el punto de vista de su repercusión sobre el intelecto las cenestopatías nos ofrecen un paralelo

con el automatismo mental. Diferentes formas de delirio pueden edificarse sobre una misma base cenestésica. Es decir que a partir de un mismo trastorno cenestésico un individuo se convertirá simplemente en un hipocondríaco, otro hará un delirio de posesión interna sin persecución, un tercero un delirio de posesión interna con persecución; habiendo uno reaccionado con depresión, el segundo con imaginación, el tercero con imaginación e interpretación a la vez. Estas elaboraciones diferentes de un mismo dato dependen manifiestamente de una constitución diferente.

En cada enfermo los mismos elementos (tendencia a la depresión, temerosidad, imaginación, interpretatividad, desconfianza) pueden o no estar todos presentes o estarlo en dosis variables.

7) Las cenestopatías se asocian frecuentemente al automatismo mental. Los trastornos de automatismo mental propiamente dicho (eco del pensamiento, enunciación de actos, diálogos interiores, alucinaciones motrices diversas) están frecuentemente asociados en los enfermos crónicos a trastornos puramente pasivos, es decir, sensitivos. Estos últimos son a veces parcialmente agradables y en ese caso se agrega un complemento erótico o místico.

Las causas del despertar de los trastornos cenestopáticos deben ser lo más frecuentemente centrales,



exactamente como los trastornos del automatismo mental. Tanto unos como otros resultan probablemente de un eretismo casi idéntico: los trastornos cenestopáticos son una suerte de automatismo sensitivo. La acumulación de los dos órdenes de hechos habla en ese sentido

8) El término delirio de persecución es una designación empírica, aplicada a los detalles más evidentes del estadio avanzado de una psicosis cuyo punto de partida y cuyo modo de génesis son muy diferentes en razón de la misma persecución. El trabajo interpretativo y el ordenamiento sistemático de concepciones no son más que epifenómenos; resultan de un trabajo consciente y en sí mismo no mórbido o apenas mórbido, sobre una materia impuesta por el inconsciente. Uno podría decir que en el momento en que el delirio aparece la psicosis ya es vieja. El delirio no es más que una superestructura.

9) El automatismo mental es un proceso primitivo susceptible de subsistir largo tiempo o indefinidamente en estado puro. El solo no es suficiente para engendrar una idea de persecución.

La idea de persecución, cuando se produce, es secundaria; resulta a la vez de un ensayo de explicación y de una predisposición hostil (constitución paranoica).

El mismo intento de explicación hecho sobre la base de facultades imaginativas y de sentimientos optimistas dará lugar a un delirio místico o megalomaniaco.

El automatismo mental no comporta por sí mismo ninguna clase de hostilidad. Cuando subsiste al estado puro comporta una tendencia vagamente optimista. El sujeto es halagado, las voces lo acompañan o en el peor de los casos es sólo molestado por estos fenómenos que, de todas maneras, no están destinados a perjudicarlo. Como, por otro lado, los

delirios imaginativos son más bien optimistas que pesimistas hay una razón de más para que los enfermos con automatismo mental sean benévolos.

Por estas razones el enfermo se presenta al examen médico con una actitud confiada y expansiva que lo diferencia netamente de los perseguidos intelectuales y de los perseguidos alucinados sistemáticos.

10) En resumen, el automatismo mental es un síndrome que parece ser fundamental en un gran número de psicosis. Los sistemas delirantes se le superponen y son posteriores a él en el tiempo.

Delirios de apariencia muy diferente (misticismo, grandeza, persecución, posesión) tienen de este modo como punto de partida un proceso idéntico.

Las denominaciones que le damos en la práctica apuntan al delirio sobreagregado y no al trastorno fundamental.

En particular, los delirios de persecución a base de automatismo mental no son más que secundariamente delirios de persecución.

Esta denominación sólo es aplicable rigurosamente en un estado avanzado de su evolución. Por otro lado, es la más cómoda y frecuentemente la única posible en la práctica.

El automatismo mental no comporta por sí mismo hostilidad. Aquellos delirios de persecución que tuvieron ese punto de partida y que conservan esa predominancia se distinguen muy claramente de los otros perseguidos por el modo de presentación ante el médico y también de ordinario por una sensiblemente menor incidencia de complicaciones médico-legales.

11) Aquellas psicosis en que el automatismo mental se mantiene exento de este agregado merecen conservar un lugar aparte entre los cuadros nosográficos ya que constituyen un punto de reparo útil para el estudio de otras psicosis ■

**temporal**

INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Directores: Dr. Felipe Díaz Usandivaras  
Dra. Mirta I. Méndez Puig

## HOSTAL

**Residencias terapéuticas intermedias donde vivir sin estar internado,  
en una vivienda organizada terapéuticamente.**

Casa del Puente - Ciudad de la Paz 31  
Casa Abierta - Guatemala 6061

Coordinador: Lic. Enrique Goldengruss  
Lic. Walter Audero

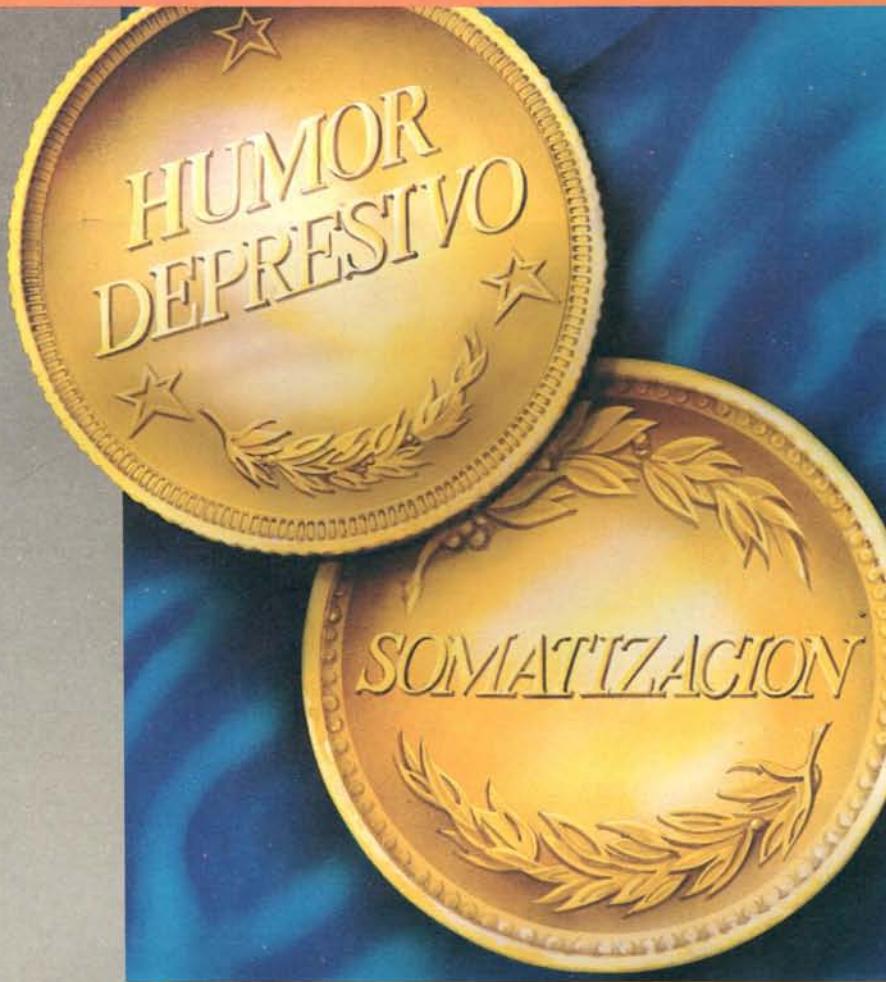
Tel.: 771-2993/8114/8108



# TRANQUINAL

0,5/1 mg

Alprazolam Bagó



## *Ansiolítico con acción antidepresiva*

▲ *Tranquinal,  
mejora el humor del  
paciente ansioso*

■ *Tranquinal,  
revierte las manifestaciones  
somáticas de la ansiedad*

## *Elimina la depresión y la somatización ansiosas*



SNC  
▲ Bagó

Presentación:  
Envases conteniendo 50 comprimidos.









## Comentarios sobre el tratamiento propuesto por la Dra. Bello\*

Lic. Irene E. Celcer\*

Viví en los Estados Unidos durante seis años. Durante mi estadía allí me especialicé en la problemática de los trastornos de la alimentación como subdirectora del Brooklyn Heights Center for Counseling. Centro especializado en bulimia, anorexia y obesidad, llegué a ver y a tratar enfermas de toda clase social, raza y procedencia demográfica en profundidad. A los cuatro meses de estar nuevamente en Buenos Aires llegó a mis manos la revista Bello en el Dossier sobre Anorexia y bulimia.

Quisiera comentar ciertos aspectos de la entrevista, emitir mi

opinión al respecto y compartir mi experiencia en el tema.

Como el DSM—III—R indica, 95% de las pacientes anoréxicas son mujeres, usaré el pronombre femenino a lo largo de mi exposición. Esto no significa que no haya varones aquejados por la enfermedad, o que mi tratamiento de los mismos difiere de lo planteado en este artículo. La anorexia nerviosa es una enfermedad complejísima: factores personales, familiares y sociales están íntimamente imbricados entre sí. Me parece de fundamental importancia entender el sentido de ser mujer desde lo social para poder entender a la paciente anoréxica. Si observamos bien, vemos que la anoréxica es una caricatura de la mujer actual. La mayoría de las mujeres ha estado alguna vez, o está a dieta y ha estado o está, en mayor o menor grado, en lucha con su cuerpo. La anoréxica tomó las reglas y expectativas sociales de su condición de mujer y las exageró hasta lo absurdo.

La Dra. Bello comenzó diciendo que hay muchas formas de tratar la anorexia. Dice: "...Soy un hacedor

de soluciones y un estratega. A veces uso medicación, a veces la persuasión de la palabra y otras veces soluciones prácticas, pragmáticas."

Es imposible tratar la anorexia sin entender a la paciente y respetarla en su totalidad. Esto significa respetar también el síntoma, los miedos y las fobias de la paciente. La Dra. Bello habla de usar la persuasión de la palabra. Esta técnica ha sido usada por la familia de la paciente, evidentemente, sin grandes resultados, como lo demuestra el hecho de que la paciente esté en nuestro consultorio, aun anoréxica. La persuasión de la palabra no funciona porque se dirige solamente a la parte racional del individuo y no a su totalidad. El otro problema, al que la persuasión de la palabra puede remitirnos es la facilidad con la que se pasa de la persuasión de la palabra a otros tipos de persuasión. Este desliz puede llevar fácilmente a la utilización de métodos de persuasión poco éticos y punitivos, en nombre, por supuesto, del bien de la paciente. La paciente anoréxica es un ser humano que además, su-

\* Este artículo polemiza con el reportaje a la Dra. Mabel Bello aparecido en *Vertex* N° 2, 1990.

\*\* Licenciada en Psicología (Buenos Aires). Master en Psicología (San Francisco). Master en Trabajo Social (New York). Subdirectora del Brooklyn Heights Center for Counseling (Especialidad en desórdenes de la Alimentación: 1988-1990) Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano.



fre de la enfermedad anorexia. Es por ello, que el tratamiento no puede, a mi entender, ofrecer soluciones prácticas y pragmáticas. El ser humano es complejísimo. Es justamente, la búsqueda de una solución práctica y pragmática (la dieta) lo que ha enfermado a la paciente.

El ser un hacedor de soluciones y un estratega implica a mi entender dos cosas: 1º) que el modelo utilizado para intervenir en una problemática típicamente femenina (recordemos que el 95% de los anoréxicos son mujeres) es típicamente masculino como lo indica ser un "hacedor de soluciones" y un "estratega".

2º) que el profesional está en una guerra como lo indica la palabra "estratega". Pareciera que hay que derrotar al enemigo sea como fuere. El enemigo es la anorexia. La guerra como modelo de tratamiento para la anorexia es justamente, el peor de los caminos. La paciente anoréxica ha llegado a nuestros consultorios precisamente porque esta envuelta con familiares y amigos en una guerra sin cuartel. Nosotros somos, muy probablemente, la primera persona con la cual ella pueda comenzar el difícil trabajo de bajar la guardia y relajarse. Su dificultad estriba en que no puede admitir sus necesidades de dependencia, su necesidad de ser cuidada. Está hambrienta, no solo de comida, sino de vínculos humanos también. Focalizar todo el esfuerzo terapéutico en lo que la paciente come o deja de comer, en cuanto pesa y cuanto engorda, es no ver el problema real. La paciente anoréxica necesita volver a comer "desde adentro". Cuando ella y el/la terapeuta logran un diálogo que incluye todos los aspectos internos de la paciente, ésta se siente comprendida. A medida que la situación de ser comprendida se repite y la paciente acumula estas experiencias en su haber, la lucha alrededor de la comida se hace menos y menos necesaria hasta que finalmente no tiene cabida. La anoréxica utiliza la comida y el no comer, para verbalizar una protesta para la cual no tiene aún, palabras. Una protesta que es personal, familiar y social.

La mujer ha sido socializada de forma tal, que se siente más cómoda dentro de un marco relacional, que de uno autoritario y auto-

crático. Soluciones a los problemas deben y pueden encontrarse respetando sentimientos y necesidades. La paciente anoréxica es la primera en no tomar en cuenta sus propias necesidades. No hace falta que nosotros hagamos lo mismo. Puede argumentarse que estas pacientes son agresivas y no pueden conectarse entre sí, o con los profesionales, debido en parte a los cambios fisiológicos y psicológicos derivados de la inanición. Mi experiencia es que la agresión proviene más que de la inanición, de sentirse acorraladas en un medio donde deben complacer o sucumbir, un medio en el que no hay diálogo, sino premios o castigos. Los problemas fisiológicos y psicológicos derivados de la inanición pueden ser sin duda graves. Mis pacientes eran examinadas por el staff médico que determinaba el peso mínimo que la paciente podía tener, para que su vida no peligrara. Este peso estaba muy por debajo de las tablas de pesos y medidas, pero el cuerpo puede tolerar pesos bajos y estables si no hay desequilibrios electrolíticos. La paciente que venía con un peso muy bajo debía acordar un contrato con su terapeuta de que no podía bajar aun más de peso pero, no estaba obligada a subir tampoco. Esta no era una medida punitiva, sino basada en la imposibilidad de que ella pudiera pensar y hablar por debajo de cierto peso.

Paciente y terapeuta trabajan juntas en el temor a la comida de la primera. ¿Cuál comida le es más fácil de comer? ¿Qué cantidad de comida le resulta tolerable? ¿Qué cantidad le es imposible ingerir? ¿Qué cantidades la asustan? Terapeuta y paciente entablan un diálogo en el cual la comida es una metáfora para las necesidades, miedos y deseos de la paciente. Hay idas y venidas. Marchas y contramarchas. Cuando la paciente pierde peso entiendo que esta comunicándome algo. Algo que todavía no puede decirme con palabras. Poder entablar este diálogo con una anoréxica y verla vencer sus fobias y sus miedos es un privilegio. Es conmovedor ver el nacimiento del self de la paciente que invariablemente va acompañando por la aceptación que ella hace del alimento que sustentará a ese self desde lo concreto.

La Dra. Bello dice: "Veó la anorexia como una incapacidad del individuo de superar el estrés de la adolescencia". Afirma que: "ese individuo fue incapaz de superar el desafío que es la adolescencia."

Ver a la anorexia nerviosa como una incapacidad de superar el estrés de la adolescencia es para mí un reduccionismo. No toma en cuenta una variable tan importante como el género. Mi opinión es que la anoréxica esta verbalizando con su cuerpo el mensaje doble y circular que la sociedad le propone y que va mucho más allá de la adolescencia. El mensaje es el que vemos y leemos en todas las revistas femeninas. No comer para ser esbelta y bella como la modelo de la página de la izquierda pero cocinar la receta de la exquisita torta de chocolate de la página de la derecha para ser además, de esbelta y bella, un ama de casa, novia o esposa de primera categoría. Este mensaje va mucho más allá de la adolescencia como lo atestiguan todas mis pacientes anoréxicas que tenían entre 24, 28 y 40 años.

La Dra. Bello hace una división entre anoréxicos procesales y otros culturales. Dice que los procesales vienen de familias con trastornos alimentarios de hace generaciones mientras que los culturales son aquellos que por falta de un proyecto propio copian el proyecto patológico ajeno.

Creo, que si bien hay familias, en las que el acto de comer y la relación con la comida, está más emocionalmente cargado que en otras; toda familia esta inmersa en la cultura y es imposible sustraerla de la misma.

La Dra. Bello afirma que todos sus pacientes salen del episodio anoréxico y que aquellos que desertan lo hacen por motivos coyunturales del país, no por el tratamiento.

Salir del episodio es relativamente fácil. No olvidemos que la paciente anoréxica es tan experta en pelear como en someterse. Estos son justamente los dos lados de su ambivalencia y de su conflicto. Aceptar que necesita ayuda versus no aceptar que ayuda es lo que más quiere. Someterse le permite jamás estar en contacto con su propia necesidad "desde aden-



tro, sin pelea, oposición o sumisión". Lo que no es fácil, es entablar un diálogo tal con la paciente, que ésta quiera seguir en tratamiento pasada la crisis y a pesar de la coyuntura socio-económica del país. Lo que no es fácil, pero sí, definitivamente posible es que la paciente quiera continuar porque ha encontrado un lugar en el que empezar a ser.

La Dra. Bello habla del paciente "sincero en su deseo de curarse". "Que esté comprometido. Es un sistema donde privilegiamos la honestidad".

El hablar de "honestidad" aporta un elemento moral al tratamiento, que no hace más que empeorar la situación. Estas pacientes ya tienen una autoestima deplorable. Acusarlas de deshonestas acentúa la desdichada percepción que tienen de sí mismas. La anoréxica no tiene justamente, un superyo lábil o tendencias sociopáticas. En la mayoría de los casos, los hospitales de internación para anoréxicas, bulímicas y obesas estructuran su servicio de tal forma, que las pacientes crean una subcultura en la que la mentira y la picardía son la manera de sobrevivir largos días bajo técnicas de tratamiento que generan tremendo sufrimiento.

La exigencia de compromiso hacia la paciente denota una total negación de los distintos aspectos de la enferma. La paciente no deja de comer porque es deshonesto o porque esta poco comprometida con el tratamiento. Lo hace porque está profundamente perturbada en su relación consigo misma y con el mundo. No es que sea mala, dañina y manipuladora, sino que es un ser humano en constante sufrimiento. Tradicionalmente, se ve a la anoréxica como a una niña que no sabe lo que quiere y/o lo que debe hacer. Es, sin duda mucho más tolerable, ver a la anoréxica como a una niña irresponsable, de la que hay que hacerse cargo, a ver en ella a una mujer luchando por hacerse cargo de su rol como tal, a las puertas de un mundo adulto, que enarbola valores altamente cuestionables. La anoréxica genera sentimientos poderosos en familiares, amigos y profesionales. Los profesionales también tenemos sentimientos y sensaciones. También nuestro cuerpo, especial-

mente para las terapeutas mujeres es fuente de inseguridades y conflictos. La anoréxica puede generar envidia con su flacura y su capacidad de control frente a la comida. Cuando éste y otros sentimientos no son tomados en cuenta por los profesionales que trabajan con trastornos de la alimentación, dichos sentimientos de envidia, competencia, celos (sentimientos incitados y a la vez prohibidos por nuestra sociedad) pueden volver iatrogénico el tratamiento.

La Dra. Bello dice que en el tratamiento que ella propone está prohibido hablar del cuerpo, de la comida o de aquello que sea autorreferencial. Esto, explica ella, es en pos de crear una cultura libre de enfermedad.

Estamos inmersos y vivimos en la cultura en que estamos inmersos y vivimos. Es imposible escapar de ella. Pretender curar un desorden de la alimentación silenciando justamente, aquello que es central al mismo, es como intentar hacer un bypass cardíaco sin abrir al enfermo. Es hablando del

pasado (y no sólo del futuro y de proyectos como la Dra. Bello propone), es hablando del cuerpo anhelado que jamás se podrá tener (porque cada uno tiene la constitución físico—genética que cada uno tiene), es hablando de lo que el cuerpo es y de lo que representa, de lo que la comida es y de lo que representa, que la anoréxica podrá salir otra vez, al mundo. Es después de haber enfrentado y conocido a sus propios fantasmas y demonios en relación a sus más íntimas necesidades, deseos y sentimientos que la anoréxica puede volver a un mundo donde el comer y la comida ya no sean sus enemigos ■

#### Bibliografía

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1987.
2. Orbach S: Fat is a feminist issue II. New York, Berkley Books, 1987 3 Orbach S: Hunger Strike. New York, W.W Norton & Company, 1986.
4. Roth G: Feeding the hungry heart. New York, Signet & Mentor, 1982



**LIBRERIA  
PAIDOS**

**CENTRAL DEL LIBRO PSICOLOGICO**

**Nuevo Servicio:**

**PSICOLIBRO**  
*club*

**Con una Suscripción Anual de  
U\$S 10. -Ud. recibirá:**

**REVISTA:**

**En forma gratuita con toda la  
información "PSI" para estar  
actualizado de todas la novedades  
bibliográficas y eventos.**

**PROMOCIONES Y OFERTAS:  
Serán anunciadas en cada revista.**

**REGALOS:**

**De acuerdo a su compra anual  
CUENTAS CORRIENTES  
VENTA TELEFONICA CON TARJETA  
COMPUTADORA AL SERVICIO DE  
LA INFORMACION**

**Av. Las Heras 3741, Local 31  
Capital - Tel: 801-2860**



# Acerca de CYRANO de BERGERAC

*"Roxane: ¡A vuestra edad volver! ...*

*¡Eres el que siempre fuiste! ...*

*¿Dónde, di y cómo te heriste?*

*"Cyrano (como un niño): jugando al amanecer,  
¡jugando!"*

*E. Rostand Cyrano de Bergerac.  
Acto segundo. Escena VI. Ed. Tor.*

Esta nueva versión cinematográfica de *Cyrano de Bergerac* de E. Rostand dirigida por J.P. Rappeneau (no se puede dejar de evocar aquella en blanco y negro de M. Gordon con José Ferrer) nos permite hacer algunas reflexiones sobre el texto, sobre la mirada y sobre las consecuencias de la clausura narcisística.

Tomaremos tres escenas para nuestro análisis: la de la pastelería, la del balcón y la del final.

El encuentro de los hermanos —primos— hermanos Cyrano y Roxane en la hostería de los poetas de Ragueneau (exquisita combinatoria oralidad — escritura — voz, a través de los singulares envoltorios de los manjares) pone en evidencia el inexorable destino trágico del —paradójicamente— desencuentro con el otro.

Cuando Roxane habla del amor que siente por Christian ante Cyrano y cuando Cyrano cree que ha llegado el momento de confesar su amor por Roxane ambos quedan expuestos a la escena primaria: siendo niños jugaban, él a lastimarse, ella a curarlo como una mamá. Esto se hace patente en el rostro de Depardieu que como un niño frustrado, asustado, escucha la confesión de su amada ("Roxane: yo la mano ensangrentada/ os asía tiernamente / y, como madre pendiente ...") Aquello que buscaba desplegarse a través de la palabra, ellos ya adultos, como amor a otro ubica a los personajes en una enunciación diferente, pro-



pia de ese tiempo infantil de omnipotencia narcisística. Tiempo donde Cyrano encontraba el modo, a través de Roxane, de restañar la herida que abría su madre cuando lo encontraba muy feo. Tiempo donde Roxane se erigió como una mamá en una suplencia esencial. ("Roxane: para la confesión / que tenía yo intención / de haceros preciso otra vez / a aquel pequeño Cyrano, mi primo, casi mi hermano ..."). El de-

sencaje escénico (de la escena actual a aquella otra) se produce porque el corte de la castración que les hubiese permitido salir de una escena (infantil) para pasar a otra (adulto) no operó. Quieren pasar a otra pero el "recuerdo" de la primordial los atrapa. Los personajes no están recordando en verdad, están repitiendo, pero en el sentido del "agieren" freudiano. Cyrano necesitó ir a pelear con cien hombres (la noche anterior al encuentro con Roxane) para demostrar su potencia, pero también para tener la mano lastimada y lograr así que Roxane ¡nuevamente! lo cuide. Equivalencias: nariz — rechazada — deseada por la madre — herida demasiado rápidamente curada por Roxane — madre — espada — potencia. Se presentifica aquello que debería quedar en el archivo de la memoria. Esta escena termina con la despedida de Roxane diciendo embelesada: "que me escriba (por Christian)" — "¡luchaste contra cien hombres! (por Cyrano)", en una banda continua sin corte.

En la famosa escena del balcón aunque están los tres (Cyrano, Christian y Roxane) sigue habiendo dos (en el sentido del dualismo especular) atrapados en un infinito juego de espejos aunque aquí el espectador tiene la posibilidad de "ver" el des-punte de lo que podría haber sido otro destino para ellos. Se pasa de la palabra escrita (intercambio epistolar) a la voz. Cabe, destacar el admirable trabajo del guionista J. C. Carrière, predilecto de Buñuel, quien se



arriesga junto con el director a mantener la fidelidad al texto en la construcción de los diálogos, en las introspecciones, conservando la forma del verso, esencial a la psicología de los personajes. Decíamos que Cyrano — Christian pasa a ejecutar el texto frente a Roxane, sin embargo no hay una adecuada apropiación enunciativa de esa declaración de amor. Son voces apuntadas por otro. Cyrano le apunta palabras hermosas a Christian, Christian le apunta a Cyrano que quiere darle un beso a la amada. Pero no hay quien pueda encarnar esa declaración a una mujer, otra que madre. El escrito parece representar una distancia necesaria ante el peligro del encuentro incestuoso. También los juegos de apariencias, de engaños, podrían tener el sentido de la necesaria represión. En otro momento Roxane le responde a Christian cuando éste le dice "te amo": "ese es nuestro tema, ahora adornadlo" ("Roxane: Bordad el tema"). La poesía, el texto dramático, la puesta en escena filmica (con las luces, sombras, encuadres que dan entrada y salida a los personajes) parecieran representar los rodeos necesarios para encontrar el objeto del

amor que —aunque siempre es reencontrado— es otro. Pero en la clausura narcisística no hay otredad. El finísimo juego de miradas con los velos de las sombras y de los árboles (es decir —con Freud, con Lacan— algo tiene que perderse para que advenga la posibilidad de la sexualidad adulta) que Rappeneau ("Cyrano: aprovechemos la ocasión que se ofrece.../ de hablar sin ver") propone se precipitan a la mirada obscena de la escena incestuosa. El texto discursivo — visual de esta bella escena alude entonces a otro.

Por eso la escena del balcón concluye con Christian y Roxane en la alcoba pero con la interrupción — irrupción de Cyrano. Por eso la escena del final del film es un travelling hacia arriba, hacia esa luna fascinante (espejo deslumbrante, enceguedor) que recuerda una significación parecida a las lunas de Bertolucci ("La Luna"), los Taviani ("Kaos" episodio "Mar de Luna", Pirandello).

Hay una rebeldía en Cyrano (contra determinado militarismo, contra determinado teatro, contra determinada iglesia) un coraje, una creatividad (Ej: superar el hambre en la guerra de Arras con la música, la nostal-

gia, y la decisión de luchar) que igualmente no le permite resolver esa compulsividad mortal de quien en definitiva es su "propio rival" (dicho esto por su doble Christian). Quijote delirante condenado a ser apuntador (¡aunque lo sea de Molière!) porque él necesita quien lo apunte. Rappeneau y Depardieu ponen en escena magistralmente esto al final cuando Cyrano pone su voz al escrito pero ya herido de muerte frente a Roxane. Pero como ¡siempre es el mismo! —clausura en la pastelería, clausura en el balcón— Cyrano queda al final atrapado en el delirio, se siente estatua inmortal, completo con su penacho (Rostand recordemos remata su tragicomedia así: "Cyrano:... pero quedame una cosa que arrancarme no podréis ... Roxane (Besándole a la frente): ¡Dí! Cyrano (exclama riendo): Mi ... penacho". Cyrano emprenderá su fabuloso ascenso a la luna. En la versión con Ferrer, la toma es desde arriba, en la de Depardieu, como dijimos, se enfatiza el ascenso.

Lic. Rubén Mario Dimarco  
Psicoanalista

## CENTRO PSICOPATOLOGICO BELGRANO

Directores  
Dr. Ernesto Pérez  
Lic. Ricardo Nacht  
Lic. Aníbal Dreyzin

### NIÑOS - ADOLESCENTES

#### HOSPITAL DE DIA

- Talleres de creatividad
- Psicopedagogía
- Fonoaudiología
- Psicomotricidad
- Musicoterapia
- Recreación

#### CONSULTORIOS EXTERNOS

Conde 2024 4º H - (1428) Cap. Fed.  
Tel. 552-5908 - Informes: 9 a 17 hs.

## CLINICA DE DIA

### "EL ALEPH"

Comunidad Terapéutica de Aprendizaje Social

DIRECTORES MEDICOS

Dr. Julio Moizeszowicz - Dr. Herbert Chappa

- Concepción Interdisciplinaria de la Comunidad Terapéutica.
- Psicoterapia grupal dinámica y cognitiva.
- Control psicofarmacológico.
- Terapia ocupacional
- Musicoterapia
- Recreación
- Plástica
- Educación Física
- Lectura dirigida.

Lunes a Viernes de 13 a 18 hs

GURRUCHAGA 2144  
TEL: 71-4076



# EL SISTEMA DOPAMINERGICO MESOLIMBICO: *una vía final común para los antidepresivos*

H. Ollat\*

## Resumen

Datos comportamentales electrofisiológicos y neurobioquímicos recientes, demuestran que cualquier clase de tratamiento antidepresivo tiene efectos comunes a nivel del sistema dopaminérgico mesolímbico. Efectos por otra parte indispensables para su actividad antidepresiva: desensibilización de los receptores D<sub>1</sub> y aumento de la transmisión, la cual se lleva a cabo por medio de los receptores D<sub>2</sub>.

También corrigen los desórdenes de la neurotransmisión dopaminérgica del deprimido.

Es lógico entonces, esperar que un antidepresivo actúe directamente sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico como lo hace el amineptino

**Palabras clave:** - Mecanismo de acción. - Antidepresivo - Efecto dopaminérgico - Amineptino (Survector).

Para el estudio de los substratos neurobioquímicos de la depresión o del mecanismo de acción de los antidepresivos, es habitual que se privilegien las vías noradrenérgicas y serotoninérgicas y que se deje de lado, incluso fuera de discusión el papel de las vías dopaminérgicas

Una serie de resultados recientes llevan a considerar nuevamente el papel del sistema dopaminérgico mesolímbico que aparece como una "vía final común" de la actividad de los antidepresivos, sea cual fuere el mecanismo que se lleve a cabo.

## ANTIDEPRESIVOS Y SISTEMA DOPAMINERGICO MESOLIMBICO

La interacción entre antidepresivos y sistema dopaminérgico mesolímbico fue estudiada desde varios puntos de vista: comportamentales, electrofisiológicos y neurobioquímicos.

### Estudios comportamentales

• La administración prolongada de antidepresivos de todo tipo potencializa la respuesta motriz, de mediación mesolímbica, a los agonistas dopaminérgicos administrados por vía sistémica; por el

\* Médico Interno de los Hospitales de París. - Ex-Jefe de Clínica, Asistente, Director Científico de la Asociación para la Neuro-Psico-Farmacología 16, boulevard Charonne - 75020 París.

contrario, no afecta las estereotipias medidas por la vía nigro-estriada (Maj, 1987).

De igual modo hace aparecer su actividad en el test de Porsolt de inyecciones de microdosis de dopamina en el núcleo accumbens, sin efectos propios (Plaznik y Kostowski, 1987).

• El haloperidol antagoniza los efectos de los antidepresivos en el comportamiento de desesperación de la rata en el test de natación forzada (test de Porsolt), cualquiera sea el mecanismo de acción a nivel sináptico. (Borsini y colaboradores, 1985). El efecto de los electroshocks en este mismo test se acusan por la destrucción de la innervación catecolaminérgica del núcleo amigdalino medial (Kawashima y colaboradores, 1987).

• La interacción antidepresivo - sistema dopaminérgico mesolímbico se hace presente igualmente en otro modelo animal de depresión ajustado por P. Willner: la administración repetida de stress poco intensos pero variados, inevitables e imprevisibles, inducidos por trastornos comportamentales en la rata, de la cual se desprende una reducción de su apetencia por los azúcares. La imipramina, sin efectos sobre el consumo de azúcares de las ratas "normales", restablece el de las ratas estresadas. Un neuroleptico, el pimozide, antagoniza su actividad.

### Estudios electrofisiológicos

• La toma repetida de desipramina induce una hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas del mesencéfalo (White y Wang, 1983).

• La toma de imipramina potencializa las respuestas excitatorias de las células piramidales del hipocampo con la inyección local de dopamina.

Esto es antagonizado por el haloperidol, y no por un antagonista D<sub>1</sub> selectivo, el SCH 23390 (Smialowski y Bijak, 1987).

Por lo tanto, hay que señalar que la hetero-regulación es la explicación deducida por la desensibilización de los receptores beta-adrenérgicos corticales con tratamiento antidepresivo.

En lo que respecta a los receptores D<sub>1</sub> podemos formular hasta ahora sólo hipótesis, teniendo sin embargo, sólidos argumentos.

• D<sub>1</sub> receptor y beta-receptor, ambos se encuentran apareados de manera positiva con la adenil-ciclasa.

Se puede deducir entonces que, como para los beta-receptores, la estimulación

de los receptores serotoninérgicos 5 HT<sub>2</sub>, situados sobre las mismas neuronas que los receptores D<sub>1</sub>, termina en una fosforilación de la proteína uniendo el receptor D<sub>1</sub> y la adenil-ciclasa, por medio del metabolismo de los fosfoinosítidos. El resultado final, sería un desacoplamiento del sistema receptor D<sub>1</sub>-adenil-ciclasa, de allí su menor actividad.

• Tassin y sus colaboradores (1982) demostraron que los receptores D<sub>1</sub> de la corteza prefrontal son modulados por las vías noradrenérgicas que inervan esta región: la noradrenalina se opone a la hipersensibilidad de denervación de los receptores D<sub>1</sub>. Razonablemente, se puede inferir asimismo que a nivel del sistema límbico, los receptores D<sub>1</sub> son desensibilizados por la noradrenalina, y que el mecanismo de esta desensibilización es también una fosforilación de la proteína transductora, esta vez por medio de la adenil-ciclasa acoplada a los receptores beta.

Resumiendo, los antidepresivos reducen el número y/o la eficacia de los receptores D<sub>1</sub> límbicos, vía efectos noradrenérgicos y/o serotoninérgicos-

La reducción de los efectos transmitidos por los receptores D<sub>1</sub> tiene dos consecuencias:

- por un lado, gracias a los mecanismos de retro-control, la hiperactividad de las vías dopaminérgicas presinápticas situadas más arriba de sus receptores,

- por otro lado, una hipersensibilidad de los receptores D<sub>2</sub>, liberados de la interacción negativa que ejercen los receptores D<sub>1</sub> en su estimulación.

Finalmente, los tratamientos aumentan la transición por medio de los receptores D<sub>2</sub> límbicos.

### Estudios neurobioquímicos

• Un tratamiento prolongado con diferentes antidepresivos (imipramina, amitriptilina, iprindole, bupropion, citalopram, mianserina) reduce el número de lugares de fijación del SCH 23390 en las membranas mesolímbicas (Kimek y Nielsen, 1987), pero podría aumentar el número de receptores D<sub>1</sub> corticales (Antkiewicz y Michaluk, 1985).

• Por el contrario, el número de receptores D<sub>2</sub> mesolímbicos, no se modifica.

En conclusión, cualquiera sea el tratamiento antidepresivo, este provoca un aumento de la actividad del sistema dopaminérgico mesolímbico, e induce una desensibilización de los receptores dopa-





minérgicos D<sub>1</sub>, de modo que la activación dopaminérgica se expresa solo por medio de los receptores D<sub>2</sub>.

#### HIPOTESIS Y CONCLUSIONES

De acuerdo a la modulación que ejercen los antidepresivos sobre la actividad dopaminérgica mesolímbica, estos resultados plantean dos preguntas:

- ¿Cual es el mecanismo de esta modulación?

- ¿Cual es su significado funcional?

Más allá de estas consideraciones un poco teóricas, aclaran de manera novedosa la eficacia terapéutica de los antidepresivos directamente activos sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico.

#### Mecanismo de la modulación del sistema dopaminérgico mesolímbico

La desensibilización de los receptores D<sub>1</sub> no es, por cierto, el hecho de su hiperestimulación por una cantidad acrecentada de dopamina en el espacio sináptico: solo aparece en el transcurso de un tratamiento prolongado, en tanto que los efectos sinápticos son inmediatos; sobre todo los de los antidepresivos sin ningún efecto sobre la recaptación de la dopamina (como el clopam, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) que reducen el número de receptores D<sub>1</sub> límbicos. Por el contrario, productos inhibidores de la recaptación de dopamina pero desprovistos de efecto antidepresivo, como la benztropina, no poseen

efecto regulador sobre el número de receptores D<sub>1</sub>.

#### Significado funcional

La existencia de un hipofuncionamiento dopaminérgico central en los deprimidos fue establecido con bastante claridad, gracias a los dosajes de los metabolitos de la dopamina en la sangre o en el LCR.

Por el contrario, no se sabe nada acerca de los receptores dopaminérgicos. Esperando (una vez más), los datos que nos dará la tomografía por emisión de positrones se debe proceder por analogía con otra patología marcada por hipofuncionamiento dopaminérgico, la enfermedad de Parkinson. En el transcurso de la enfermedad de Parkinson, cuya patología esta dominada por la degeneración de las vías dopaminérgicas nigro-estriada, el número de receptores D<sub>1</sub> es normal o ligeramente mayor, el de los receptores D<sub>2</sub> es normal o ligeramente menor (Rinne y colaboradores, 1983).

Sucedería lo mismo en el curso de la depresión, es decir, hay una "hipersensibilidad" de los receptores D<sub>1</sub> límbicos, mientras que los receptores D<sub>2</sub> serian normales, incluso "hiposensibles", pero su transmisión estaría reducida por la inhibición que ejercen los D<sub>1</sub> sobre ellos.

Y los tratamientos antidepresivos restablecerían el equilibrio de las interacciones D<sub>1</sub>-D<sub>2</sub>, reduciendo los efectos D<sub>1</sub>, y reactivando la transmisión D<sub>2</sub>.

#### Eficacia de los antidepresivos que actúan directamente sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico

Si los efectos de los antidepresivos pasan finalmente por el sistema dopaminérgico mesolímbico, parece lógico utilizar productos que actúan directamente en ese nivel.

Considerando estos aspectos, el amineptino (Survector), es un antidepresivo de elección: los estudios farmacológicos demostraron que inhibe selectivamente la recaptación de la dopamina a nivel del sistema mesolímbico (Labrid y colaboradores, 1987).

#### Bibliografía

- Antkiewicz-Michaluk L., Rokosz-Pelc, A. y Vetulani, J., Increased low affining 3H spiperidol binding to rat cortical membranes after chronic antidepressant treatments. *Pol. J. Pharmac. Pharm.*, 1985, 37: 317-324.
- Borsini, E., Pulvirenti, L. y Samarin, R., Evidence of dopamine involvement in the effect of repeated treatment with various antidepressants in the behavioural "despair" test in rats. *European Journal of Pharmacology*, 1985, 110: 253-256.
- Kawashima K. and coll., Amygdaloid catecholaminergic mechanisms involved in suppressive effects of electroconvulsive shocks on duration of immobility in rats forced to swim. *Eur. J. Pharmacol.*, 1987, 139: 163-169.
- Klimek, V. y Nielsen, M., Chronic Treatment with antidepressants decreases the number of (3H) SCH 23390 binding sites in the European Journal of Pharmacology, 1987, 139: 163-169.
- Labrid, C., Kamoun A. y Setrakian, A., Effet antidépresseur de l'amineptine (Survector) et voies dopaminérgiques centrales. *Psychologie Médicale*, 1987, 19, 7: 1103-1112.
- Maj, J., Repeated treatment with antidepressant drugs and functional changes of catecholaminergic receptors at the behavioral level. 6th International Catecholamine Symposium, Jerusalem, 1987.
- Plaznik, A. y Kostowski, W., The effect of antidepressant and electroconvulsive shocks on the functioning of the mesolimbic dopaminergic system: a behavioral study. *European Journal of Pharmacology*, 1987, 135: 389-396.
- Rinne, U. K., Lonnberg, P. y Koskinen, V., Dopamine receptors in the parkinsonian brain. *J. Neurol. Transm.*, 1983, 51: 97-196.
- Smialowski, A. y Bijak, M., Repeated treatment with imipramine enhances the excitatory responses of hippocampal neurons to dopamine. *Neurosci.*, 1987, 23: 1021-1024.
- Tassin, J. P., Simon, H., Hervé, D., Blanc, G., Le Moal, M., Giowinski, J. y Bockaert, J., Non dopaminergic fibres may regulate dopamine-sensitive adenylate cyclase in the prefrontal cortex and the nucleus accumbens. *Nature*, 1982, 295: 696-698.
- White, F. J. y Wang, R. Y., Differential effects of classical and atypical drugs on A<sub>9</sub> and A<sub>10</sub> dopamine neurons. *Science*, 1983, 221: 1054.
- Willner, P., Dopamine and antidepressant drugs. 6th International Catecholamine Symposium, Jerusalem, 1987.



# LECTURAS & SEÑALES

## LECTURAS

*Gurmendez, C.,* TEORIA DE LOS SENTIMIENTOS, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1984, 230 Págs.

Si por un lado la tentación neokantiana vuelve a recostarse sobre la eliminación de la subjetividad desde las teorías cognitivistas y determinadas corrientes psicoanalíticas, centran las terapias en los efectos del discurso y las estructuras del pensamiento, la obra de este filósofo uruguayo —o habrá que decir epistemólogo puesto que es más “aceptable”— es un oasis y un retomar el horizonte de la materialidad y la dialéctica de los afectos. Los sentimientos como eje que centra al ser humano en su determinación corporal entre otros seres. “Sujeto que es objeto para el otro”, premisa del vínculo y de la relación intersubjetiva que hace al hombre y lo historifica. El recorrido del libro conduce desde los sentidos materiales (ojo y mano, el placer y el gusto), el cuerpo y desde allí a una re-elaboración del concepto de pulsión, con una semántica clara en la explicitación de las pulsiones para desembocar en la diversidad de los sentimientos —de la alegría al dolor— y su alienación.

El autor trabaja desde lo spinoziano hasta el concepto de creatividad y el arte como evidencia de lo que llama pasión-reflexión. Una obra abierta a la polémica y absolutamente necesaria en los momentos actuales. Del mismo autor “El hombre actor de sí mismo” y “Tratado de las pasiones”, obras que completan el que comentamos y se abren al debate.

Vertex

*Rey, P.,* UNA TEMPORADA CON LACAN, Seix-Barral, Barcelona, 1990, 189 Págs.

En el V Congreso Internacional de Psicoanálisis realizado en Budapest en 1919, Freud afirma “... el proceso analítico deberá desarrollarse (...) bajo

privación (...) debe dejarse al paciente con abundantes deseos insatisfechos. Es conveniente negarle precisamente la satisfacción que desea más intensamente y que expresa más pertinazmente”. Este libro cumple de cierta forma con la prescripción anterior: muestra aspectos de la relación terapéutica —en privación— y deja al lector insatisfecho en la intención de acceder a su deso: pasar él también una “Temporada” con Lacan. Un Lacan cotidiano, amable, en un consultorio diminuto, cara a cara, con varios rituales que lo dibujan y desdibujan como sombras chinosas. Por un lado aparece la Sala de Espera con parte de la biblioteca (llena de libros-fetiché) y lugar de especial coloración transferencial, y por otro, el afuera, donde el autor recorre el mundo buscando algo parecido a una vocación: escribir, contar, mirar, palpar.

Es evidente el buen dominio de la técnica narrativa en alguien que sabe cómo construir “best-sellers” y por si no alcanzara, logra —didácticamente— explicitar algunas de las perspectivas lacanianas básicas: ese hueco de donde nacen los imposibles y los registros polifacéticos que vinculan el lenguaje y la estructura, con la física y las matemáticas. En resumen: un poco de todo, a lo pos-moderno.

Vertex

*Meltzer, D. y otros.* “METAPSICOLOGIA AMPLIADA - Aplicaciones clínicas de las ideas de Bion”. Spetia, editorial, Buenos Aires, 1991, 1 tomo, 237 Págs.

*Meltzer, D y Harris Williams, M.* “LA APREHENSION DE LA BELLEZA - El papel del conflicto estético en el desarrollo, la violencia y el arte”. Spetia, editorial, Buenos Aires, 1 tomo, 240 Págs.

En la “Metapsicología ampliada - Aplicaciones clínicas de las ideas de Bion”, Meltzer nos presenta un fructífero recorrido teórico-clínico por las organizaciones conceptuales de Bion, con un método que denomina “así como se me han planteado en mi consultorio”.

Pero, y no podría ser de otra mane-

ra, es obvio que Meltzer se escapa de esta promesa: por de pronto cuando se orienta a cuestiones colindantes, por ejemplo, cuando plantea temas como la irritabilidad, la estupidez (a la que define como la suspensión de la capacidad de identificación), los efectos de la imposición de la obediencia (afloramiento de la resistencia pasiva y la insinceridad), como situaciones afectivas cotidianas en las organizaciones jerárquicas con sus rangos de superioridad e inferioridad, las que define como basadas en la vieja lucha por el deseo de “evitar el dolor mental...”, “los laboriosos conflictivos procesos de pensamiento cargados de ansiedad...”. También cuando plantea que “...el estudio serio de la historia... es crear entendimiento, ... revelando... nuestra propia vergüenza por perpetuar las estructuras de privilegio y tiranía que erigieron nuestros antecesores...”.

Meltzer nos plantea “la belleza del método por el cual la mente —como un fenómeno hecho posible por la computadora gigante del cerebro— actúa en las experiencias emocionales de nuestras vidas para darles una representación... que posibiliten reflexionar sobre dichas experiencias, y se apoya en el modelo bioniano de una vida proto-mental (nominativa no simbólica, compuesta de hechos exteriores, cuantitativa) y una mental (emocional, simbólica, vinculada a lo interno, estética).

Nos acerca sus reflexiones y vivencias cuando estos procesos se desarrollan en el carril de los procesos de reversión, elementos beta, los desórdenes psicómáticos o la generación de los “comportamientos grupales” de mentalidad de supuesto básico.

En continuidad con la metáfora de Meltzer de “raíces, tronco y ramas” aplicada a Freud, M. Klein y Bion en la Introducción a la primera parte de su “Desarrollo Kleiniano”, quizás podría decirse que Meltzer continúa con una tarea de tratar de podar aspectos no bien nacidos o crecidos del jardín de las teorías psicoanalíticas fundamentales, que oscurecen los perfiles de Sigmund Freud, Melanie Klein y Wilfred Bion, y aculturizarlos en un paisaje



científico, para que todos sepan mejor a que atenerse.

Pero la tarea no acaba ahí pues también establece relaciones entre ellos, ayuda a un nuevo retoñar, a una organización del conjunto como un jardinero y paisajista, delineando una ecología para avanzar desde allí a un nivel y de organización epistemológica superior. Como el mismo dice, no se trata de formar nuevos especímenes, de abonar las luchas de la "interna" del psicoanalista, sino más bien sacar los cercos (y por ello lo de la ecología), y producir "acercamientos con otras actividades humanas: filosofía, sociología, mitología.

Parecería que el aculturamiento ha producido también algún efecto en el propio Meltzer que en "Aprehensión de la belleza" nos introduce diciendo que él y Meg Harris consideran al libro como una "celebración de la belleza del método que Freud descubrió y desarrolló", con un mayor nivel de afectividad o menos fastidio del que en algunos momentos trasuntaba ante lo conflictivo que resulta el sistema de entradas múltiples que produjo Freud ("Freud fue un escritor compulsivo", en "Desarrollo kleiniano", Parte I).

Queda en pie, sin embargo un cierto desacuerdo con la idea de conflicto, por ejemplo, tal como lo plantea la división freudiana estructural con las instancias, que Meltzer vincula a un modelo social, cuando plantea que de lo que se trata es de la lucha en el individuo entre las sensibilidades estéticas, y las fuerzas de la incultura, el puritanismo, el cinismo y la perversidad, o que la experiencia emocional es el hecho evolutivo primario, lo que minimiza el conflicto entre experiencias emocionales, que la y tensión siempre presente entre L, H y K y menos L, menos H y menos K, además se combina con variantes entre sí, o que nuestros objetos internos combinan "formas narcisistas de identificación" y "procesos introyectivos" con "crecimiento del self" que se expanden en procesos irregulares.

Meltzer se apoya en una postura de reaceptación de la experiencia emocional que cree no haber sido "aprehendida" en toda su "significación" por la influencia del modelo "neurofisiológico" que la considera como la subjetividad emocional de cantidades de excitación, y lo revierte desde la teoría de pensamiento de Bion.

Así coloca un punto de partida del conflicto en el impacto estético de la exterioridad de la madre bella que los sentidos del bebé perciben, y el interior enigmático que deberá ser construido por la imaginación creativa.

Y paraleliza este conflicto estético con la experiencia del vínculo del analista, "en romance con el método psicoanalítico y su marco teórico sobre la personalidad y el proceso terapéutico"

René Epstein

## SEÑALES

### VI Congreso Metropolitano de Psicología

La Asociación de psicólogos de Buenos Aires organiza del 2 al 6 de octubre de 1991 este evento bajo el título... "La clínica, La Realidad, Los atravesamientos de una práctica"

En los albores del siglo XXI "han surgido problemáticas nuevas, en nuestro país y en el mundo, impensadas por los modelos tradicionales" señalan sus organizadores proponiéndose dar cabida en el temario del Congreso a enfoques provenientes de diversas escuelas del ámbito psi. Con la presidencia del Lic. Jorge Helman, la Secretaría General a cargo de la Lic. Marita Manzotti de Pardo y la Secretaría Científica bajo la coordinación de la Lic. Aurora Favre de Dimarco, los colegas psicólogos, a poco de organizar su Colegio profesional, convocan a todos los profesionales del campo psi a una reflexión conjunta. Informes: Secretaría APBA, Francisco Acuña de Figueroa 730 (1180) Capital Federal tel. 862-4971/1928.

### 37 Congreso Psicoanalítico Internacional

\*28 DE JULIO - 2 DE AGOSTO 1991 BUENOS AIRES

El Comité Local del 37º Congreso Internacional de Psicoanálisis, IPAC 91, lo invita cordialmente a participar en este evento, que tendrá lugar en Buenos Aires desde el 28 de julio hasta el 2 de agosto de 1991. Este Congreso tiene particular significación para América Latina, ya que es el primero que se realiza en la región, y es también, además, la primera oportunidad en que se elegirá como futuro Presidente de la IPA a un latinoamericano. Estas características le dan un particular sello, que lo convierte en un acontecimiento histórico, siendo la expresión visible y formal de la corresponsabilidad que nos cabe en el desarrollo del psicoanálisis internacional. Un largo camino hemos recorrido desde que los pioneros llegaron a Buenos Aires en

la década del treinta. El aporte de los psicoanalistas de esta parte del mundo ha dado fruto creando instituciones caracterizadas por su seriedad y pluralismo científico. La población de analistas de América Latina es hoy de más del veinte por ciento de la de la IPA.

En la Argentina desarrollan su actividad cuatro organizaciones (tres Sociedades Componentes y un Grupo de Estudios)—APA, APdeBA, Mendoza y Córdoba—con más de mil miembros y quinientos candidatos.

La importancia que el psicoanálisis ha alcanzado en nuestro país se ha visto reconocida en el auspicio que FE-PAL ha brindado a la realización del 37º IPAC en Buenos Aires y en el apoyo que ha tenido por parte de todas las Asociaciones Latinoamericanas en los Congresos Internacionales de Madrid, Hamburgo, Montreal y Roma.

### INFORMACION ACERCA DEL PROGRAMA CIENTIFICO

El programa científico del 37º Congreso Psicoanalítico Internacional, IPAC '91, tiene un tema general: EL CAMBIO PSIQUICO, la evolución de la Teoría de la Técnica Psicoanalítica. Es un tema que plantea un problema crucial en la práctica y la teoría de la investigación psicoanalítica para cuya introducción calificada se podrán leer los trabajos prepublicados que aparecerán en las revistas correspondientes.

Para que se puedan tratar extensamente y con la profundidad que exigen se han destinado tres mañanas completas, en cada una de las cuales tendrá lugar: una Reunión Plenaria, dos Paneles simultáneos a continuación de la misma, y doce Workshops para completar la reflexión y discusión.

Los temas de los Paneles serán:

Primera mañana (Lunes): EL CONCEPTO DE CAMBIO PSIQUICO. Evaluación clínica.

Segunda mañana (Martes): FACTORES DE CAMBIO: DE LA TEORIA A LA PRACTICA.

Tercera Mañana (Jueves): FACTORES DE CAMBIO: DE LA PRACTICA A LA TEORIA.

Destacaremos que los Plenarios de los días Martes y Jueves contarán con presentaciones clínicas.

Les brindaremos una pincelada más del menú científico en sus múltiples posibilidades de interés:

Habrán los llamados programas de medio día. En principio sus temas serán: Investigación, Cambio Psíquico, Psicoanálisis de Niños: Cambio Psíquico. Efecto del holocausto en la segunda generación. Corrientes actuales en la investigación psicoanalítica. Divorcio.



Familia. Psicoanálisis de la Adolescencia. Cambio Psíquico y desarrollo.

Se programaron también Grupos de Discusión, una actividad ya tradicional para un intenso intercambio científico. Las propuestas serían: Autorreflexión el Analista durante el proceso Psicoanalítico. Aproximación Psicoanalítica a Jorge Luis Borges. Historia del movimiento psicoanalítico en América Latina. Abuso sexual en Niños y pesadillas. Psique y soma. Encuentro de dos mundos: conquista y sacrificios. Psicopatología del desarrollo. "Multilingualism" en el Proceso Psicoanalítico. Violencia Social. Antisemitismo. SIDA, perspectiva analítica en pacientes HIV seropositivos.

#### QUINTA CONFERENCIA DE ANALISTAS DIDACTICOS DE LA IPA

La Conferencia de Analistas Didácticos tiene como tema general: ENTRE EL CAOS Y LA FOSILIZACION: Los problemas de la integración de los distintos marcos de referencia teórico-clínicos en la formación del Psicoanalista.

Se pretende estimular a los participantes a examinar nuestro actual sistema de formación desde la amplia perspectiva de la metodología educativa contemporánea.

Tres artículos de fondo, de unas 2500 palabras aproximadamente escritos por analistas didácticos que están trabajando en América Latina, Europa y América del Norte, y previamente distribuidos a los asistentes a la Conferencia, proporcionarán puntos de vista distintos entorno al tema general y a los dos subtemas.

El primer día (el viernes anterior a la inauguración del Congreso) tras una breve alocución del Presidente del Comité Organizador, Dr. Otto Kemberg, un orador hará una presentación de unos 15 minutos de duración, del primer subtema: "Teoría. ¿Cuál y Cuánta?" Se pasará luego a la discusión en pequeños grupos, respetando las posibilidades idiomáticas.

Al día siguiente se repetirá el mismo esquema: una presentación de 15 minutos del segundo subtema: "Fronteras Fijas o Participación Institucional", seguida luego por tres sesiones de dos horas en pequeños grupos de discusión.

Esta Quinta Conferencia tendrá lugar en la sede de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

#### COMITE LOCAL DE ORGANIZACION

Co-Presidentes: Elfriede S. Lustig de Ferrer, Isidoro Berenstein. Co-Secretarios: Sara Zac de Filc, Miguel Angel Rubinstein. Co-Tesorereros: José G. Plaza de Ayala, Samuel Zysman. Miembros de Honor: Angel Garma, Arnaldo Rascovsky. Consejeros: Ra-

quel Zak de Goldstein, R. Horacio Etchegoyen, Jorge Garcla Badaracco, Leonardo Wender. Enlace del Comité de Programa con el Comité Local: Carlos Mario Aslan, Isidoro Berenstein. Miembro de Enlace con la Sociedad Psicoanalítica de Mendoza: Jorge Olagaray. Miembro de Enlace con el Grupo Psicoanalítico de Córdoba: Abraham Reznichenko.

#### SUBCOMISION DE INFORMACION Y PRENSA:

Edmundo Saimovib (Coordinador APA), Rodolfo José Moguilansky (Coordinador APdeBA), Pablo Daniel Abadi, Eduardo E. Agejas, Nora Barugel Abel Mario Fainstein, Francisco Guillermo Kadic, Héctor A. Krakov, María Inés Raitzin de Vidal, Norberto E. Schenquerman, Jaime P. Stubrin, Carlos Eduardo Trosman.

#### DIRIGIR CORRESPONDENCIA A: "37º IPAC - 1991"

Rodríguez Peña 1674 (1021) Buenos Aires TELEFAX: 814-0079, TEL. 812-3518/42-7292/814-0757

Maure 1850 (1426) Buenos Aires TELEFAX: 775-7985, TEL: 775-7985/7867"

Comité Organizador del 37º IPAC

#### Biblioteca y Hemeroteca del Hospital Nacional "Dr. José T. Borda".

La Biblioteca del hospital tiene una antigüedad similar al mismo, por cuanto hemos encontrado material encuadernado y registrado, con las siglas del ex-Hospicio de las Mercedes.

Por el sector pasaron importantes investigadores, como los doctores Melgar, Moyano, Borda, Outes, entre otros, que dieron lustre a la Psiquiatría de nuestro país, llegando a figurar en el quinto lugar en el orden mundial y el primero en Latinoamérica.

Luego de varios traslados, la biblioteca quedó ubicada en la Casa de los Médicos, donde a partir de junio '89 comienza su organización y clasificación. Se separa el material acumulado: por un lado los libros y por otro las publicaciones periódicas, formando así la Hemeroteca.

A la fecha se efectúa el inventario de los libros, registrándose su ingreso en un libro habilitado a tales efectos. Ya han sido incorporados 975 títulos, por autor y materia.

En cuanto a las publicaciones periódicas, se registraron: 77 títulos de origen latinoamericano, 115 de procedencia europea y 60 provenientes de los Estados Unidos. Las correspondientes a nuestro país, se hallan distribuidas alfabéticamente por título, se dará entrada primeramente a las en-

cuadernadas, para después continuar con las sueltas.

Se estima en un total aproximado de 3.500 los libros existentes en la Biblioteca (entere los que se destacan las obras liminares de los clínicos franceses, alemanes e italianos), que sumados a las publicaciones periódicas, dará una muy importante cifra de material bibliográfico a disposición de los investigadores, docentes y estudiantes de la especialidad, que asisten habitualmente al hospital.

El servicio de préstamo se encuentra por el momento restringido; solamente se facilitan por el fin de semana a los profesionales rentados, quienes son fácilmente ubicados en los distintos Servicios, donde cumplen sus tareas.

El horario de la Biblioteca-Hemeroteca es el siguiente: Lunes a Viernes de 08.00 a 13.00 hs.; en la Sala de Lectura se puede consultar y tomar fotocopia de los temas solicitados, dejando como garantía el documento de identidad.

La atención a los usuarios es llevada a cabo por una pequeña dotación, compuesta por un Jefe de Sección, un bibliotecario profesional y una técnica. Con los citados, la Biblioteca del Hospital "J. T. Borda", ha cobrado vida y presta un importante servicio a la comunidad hospitalaria.

N. A. Ortiz

#### Curso Intensivo de Actualización en Psicofarmacología

Organizado por el Prof. Dr. Julio Moizeszowicz en la Unidad Docente de Salud Mental (H. Israelita) este evento tendrá lugar en el Hotel "El Conquistador" de Suipacha 948, los días 18 y 30 de junio. Contará con la participación de clínicos, docentes e investigadores; entre otros los Dres. Marmer, Frieder, Encabo, Gershnik, Verruno y Alvarez de los Hospitales Francés e Israelita, Fleni, Crisamen y Ministerios de Acción Social. Se entregarán certificados de asistencia. Información: 797-2050 y 795-2064/8.

#### 5º Congreso Argentino de Psicopatología Infante Juvenil 8º Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil.

Tema: "Identificación, Mito y Creencia en la Estructuración del Aparato Psíquico". Octubre 12 y 13 de 1991. Presidente del Congreso: Prof. R. Uribarri. Organiza: ASSAPIA y Fac. de Psicología UBA.