

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

14



ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACION CRONICA

*Augé / Caroli
Epstein / Gabay
Guzmán / Samperisi*

15



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

14

Director:
Juan Carlos Stagnaro

Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

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.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lôo (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 (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); L. Milano (Hosp. J. Fernández); P. Gabay, H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); M. Podruzny (Mar del Plata).
CORDOBA: M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón.
ENTRE RIOS: J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero. **LA PAMPA:** C. Lisofsky.
MENDOZA: B. Gutiérrez; J. J. Herrera. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** J. Pellegrini.
SAN JUAN: M. T. Aciar. **SANTA CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini.
TUCUMAN: A. Fiorio

Corresponsales en el Exterior:

AMÉRICA CENTRAL: D. Herrera Salinas. **ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck.
CHILE: A. San Martín. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello. **EE.UU.:** A. Sudilovsky.
FRANCIA: D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky.
ISRAEL: L. Mauas. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C", (1022), Capital Federal, Argentina,
Tel. 49-0690 - 953-2353.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño:
Ana Herrera
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Callao 157 P.B. "C"

Impreso en:
Chulca impresora s. a.
Doblas 1753
(1424) Buenos Aires
Tel.: 921-5817 922-4937

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. IV N° 14, DICIEMBRE 1993 - ENERO - FEBRERO 1994.

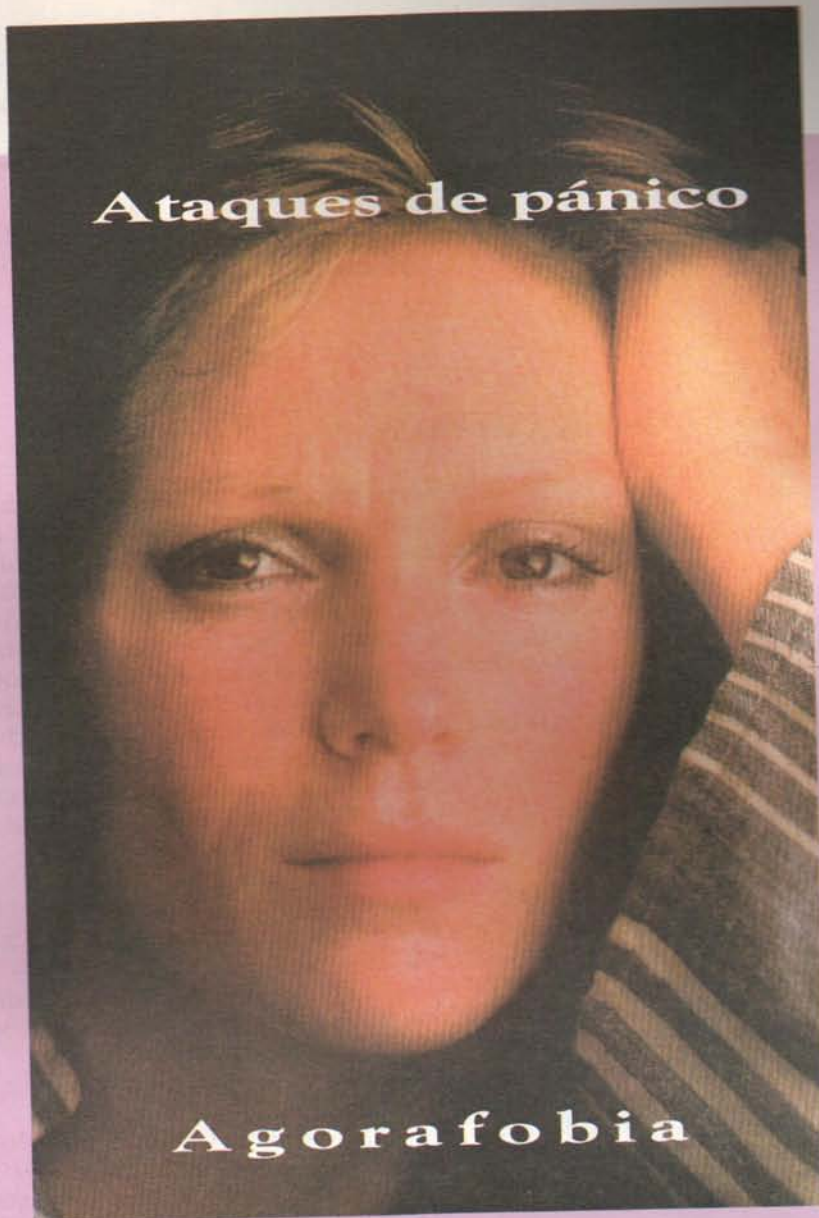
Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

Agradecemos a la Prof. Marili Gigli la invitación que trajo a la tapa de este número la imagen de la pieza escultórica "Antes de la multiplicidad" (bronce, hierro y madera), de Susana Lescano que formó parte de su muestra expuesta en las Salas Nacionales de Exposición (Sep-Oct. 1993).

Ataques de pánico



Agorafobia



TRANQUINAL

Alprazolam Bagó

2mg

*Resuelve las distintas dimensiones
de la ansiedad*

Presentaciones:
Envases conteniendo
50 comprimidos.



SNC
Bagó

EDITORIAL

L

os días 16 y 17 de noviembre de 1993 tuvieron lugar en el Centro de la Recoleta, en Buenos Aires, las II Jornadas Municipales de Residencias en Salud Mental. Durante las mismas se convocó a un Concurso de trabajos científicos, abierto a los Residentes de los Hospitales Municipales de la Capital Federal.

Oportunamente Vertex recibió de los organizadores del mismo la invitación para formar parte del Jurado encargado de la selección de los premiados. Los demás miembros fueron un representante de la Facultad de Medicina y uno de la Facultad de Psicología de la U. B. A., un representante de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad y la Dirección de capacitación y concursos de la misma.

Nos parece necesario, ante tamaña distinción, hacer un agradecimiento público por ella y expresar nuestra satisfacción por que nuestra revista sea considerada apta para cumplir esa función. Más aún tratándose de jóvenes colegas ya que su interés y lugar de inserción (el hospital público) son dos características que concitan, muy especialmente, nuestro interés y nuestra esperanza.

La selección del concurso estaba en trámite al cierre de esta edición. En el número de marzo informaremos del resultado y publicaremos los trabajos más importantes.

Debemos señalar también que hace pocos días hemos publicado un folleto especial sobre el IX Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en Río de Janeiro este año. Dicho evento fue cubierto para Vertex también por dos jóvenes y destacados colegas (S. Strejilevich y F. Triskier). Las entrevistas realizadas en él a figuras mundiales de nuestra especialidad constituyen nuestra primera experiencia de periodismo científico en un acontecimiento de este tipo, fuera del país y de talla mundial.

Todo esto nos hace reflexionar sobre nuestro crecimiento y redoblar esfuerzos para estar a la altura de expectativas que nos honran y estimulan ■

J. C. Stagnaro D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) 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 piede 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 proporcionada 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.

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Alteraciones neurobiológicas y psicofarmacoterapia de los síndromes premenstrual y menopáusico", Rodolfo M. Zaratiegui, pág. 247
- "Tratamiento del trastorno por pánico", Marcelo Beraza, pág. 253
- "¿Quo vadis psicósomática?", Roberto Gómez Fernández, pág. 258

DOSSIER

- **ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACION CRONICA. Cronicidad y cronificación**, J. C. Stagnaro, 265; **El Hostal, una alternativa de tratamiento para pacientes en crisis**, M. Augé, 267; **Casas de medio camino**, P. Gabay y M. Fernández Bruno, pág. 271; **El Hostal, ¿una alternativa o más de lo mismo?**, A. B. de Guzmán, pág. 276; **Apertura del campo de intervención en psiquiatría sectorial**, F. Caroli, Ch. Baldacci-Epinette, Ph. Ribeyre y J. Gauillard, pág. 280; **Observaciones psicodinámicas sobre la función del equipo psicoanalista-psiquiatra**, R. Epstein, C. Rozenzstroch, pág. 284; **Tratamiento psicoterapéutico en pacientes psicóticos sin internación**, A. Samperisi, G. Bazán, E. Toranzo, M. Samperisi, J. Amaya, A. Taborda, N. Vila, D. Lucero, E. Blanda, pág. 289.

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "El llanto sin lágrimas en los estados melancólicos. Su valor pronóstico", por el Dr. Aristides Barrancos, pág. 292

CONFRONTACIONES

- "Antonin", Pablo Zöpke, pág. 305
- "T. O. C. ¿Un viaje al interior del cerebro?", Entrevista a José Yaryura-Tobías. pág. 309
- "Enfoques institucionales", Daniel Herrera Salinas, pág. 313

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 316; "Señales", pág. 320

SECCIONES PERMANENTES

Revista de experiencias clínicas y neurociencias

El Rescate y la Memoria Confrontaciones y

Dossiers

- 1 **BORDERLINES, ESTADOS LIMITES, FRONTERIZOS**
Epstein / Laurent / Corsaro / Gobbi / Bergeret / Lagomarsino
- 2 **ANOREXIA, BULIMIA, FENOMENOS EN EXPANSION**
López / Rovira / Lelderman / Bello / Rimbault
- 3 **INSTITUCIONALIZACION, DESINSTITUCIONALIZACION,
POSTINSTITUCIONALIZACION**
Goldchluk / Casella / Mosotti / Cohen / Natella / Laub / García /
Campana / López
- 4 **PSICOGERIATRIA**
Lagos / Singer / Moizeszowicz / Noël / Preuss / Salvarezza
- 5 **PSICOSIS INFANTIL**
Fukelman / Cena / Gornel / Gutiérrez / Foster / Rodolfo / Di Marco /
Favre / Mannoni
- 6 **DELITOS, PELIGROSIDAD, ALIENACION**
Maskin / Castex / Rizzo / Bringas Núñez / Rego / Oviedo / Bordenave
- 7 **GRUPOS**
Edelman / Kordon / Bernard / Vanina / Ricón / Pellegrini / García /
Anzieu
- 8 **PSICOSOMATICA PSICOANALITICA**
Luraguiz / Fischbein / Repetto / Fonzi / Chevnik / Garma
- 9 **AUTISMO INFANTIL**
Strauss / Di Tella / Waisburg / Favre / Kanner / Kielmanowicz
- 10 **DROGADEPENDENCIA**
Calabrese / Curtó / Kalina / Matterazzi / Olievenstein / Rojtemberg
- 11 **SIDA**
Zirulnik / Corti / Cahn / Pérez / Wiewiorka / Haour / Rocca
- 12 **HOSPITAL DE DIA DE ADULTOS**
Epstein / Feijoo / Fernández Bruno / Gabay / Millas / Moizeszowicz
- 13 **ALCOHOLISMO**
Mahieu / Pellegrini / Starosiliz / Stingo / Zazzi

2 Suplementos por año

Ya aparecidos:

PSICOFARMACOS I - II

ESPECIFICIDAD DE LA PSIQUIATRIA

PSIQUIATRIA BIOLOGICA

ACTUALIZACION EN PSICOFARMACOLOGIA III



revista de
experiencias



clínicas y neurociencias

Alteraciones Neurobiológicas y Psicofarmacoterapia de los Síndromes Premenstrual y Menopáusicos

Rodolfo M. Zaratiegui *Médico psiquiatra. Docente en Psiquiatría, Facultad de Medicina UNLP. Comisión directiva Capítulo de Psicofarmacología APSA.*

Introducción

La Medicina ha notado desde hace ya largo tiempo una peculiar relación entre la condición femenina y algunos cambios anímicos cíclicos, así como una mayor frecuencia de determinadas alteraciones de la conducta. Dos mil años antes de Cristo aparece en un papiro egipcio una relación entre el útero y estos datos observables.

Hipócrates en "El Malestar de las Vírgenes" hace la primera referencia médica que se conserva del cambio de carácter femenino en relación con sus ciclos menstruales. En otros escritos, como es sabido, acuñó el término "histeria".

En la tradición psiquiátrica occidental ha sido Pinel el primero en utilizar el concepto de depresión premenstrual, cuestión retomada entre otros por Esquirol, Morel y Griessinger. Para fines del siglo XIX Icard en "La Femme Pendant la Periode Menstruelle" afirma que "... la función menstrual puede crear una condición mental que varía desde un simple malestar moral a una verdadera insanía; (...) de una simple debilidad a una completa irresponsabilidad." Arribamos a 1931, cuando Robert Frank configura el síndro-

me de tensión premenstrual, posiblemente el término más usado actualmente pese a su poca especificidad.

El DSM-III-R, tras largas discusiones, incluye al síndrome premenstrual bajo el larguísimo rótulo de "trastorno disfórico del final de la fase lútea", enfatizando el interés de la Psiquiatría por los matices afectivos de la cuestión. Pero en realidad lo acepta entre paréntesis, colocándolo en un apéndice con otras categorías

de "trastorno disfórico del final de la fase lútea", enfatizando el interés de la Psiquiatría por los matices afectivos de la cuestión. Pero en realidad lo acepta entre paréntesis, colocándolo en un apéndice con otras categorías

Resumen

Luego de una breve referencia histórica este trabajo presenta la sintomatología del síndrome premenstrual, discute los criterios de su diagnóstico, describe las teorías biológicas para explicarlo y el tratamiento recomendado. En una segunda parte se analiza el síndrome menopáusicos y se concluye que su sintomatología se debe más a factores psicológicos y sociales que biológicos.

Palabras clave: Síndrome premenstrual - Trastorno disfórico del final de la fase lútea - Síndrome menopáusicos.

NEUROBIOLOGIQUES DISORDERS AND PHARMACOLOGIC TREATMENT OF THE PREMENSTRUAL SYNDROME AND MENOPAUSAL SYNDROME.

Abstract

After a brief historical reference, this work presents the symptomatology of premenstrual syndrome (PMS), discusses its diagnostic criteria, describes the biologic theories that explain it, and the recommended treatment. In the second part, it analyzes the menopausal syndrome, and concludes that its symptomatology is due more to psychologic and social rather than to biologic factors.

Key Words: Premenstrual Syndrome - Late luteal - Phase dysphoric disorder - Menopausal Syndrome.

ALTERATIONS NEUROBIOLOGIQUES ET PHARMACOTHERAPIE DES SYNDROMES PRE-MENSTRUEL.

Résumé

Après une brève référence historique ce travail présente la symptomatologie du syndrome pré-menstruel, discute les critères de son diagnostic, décrit les théories biologiques pour l'expliquer et le traitement recommandé. Dans une seconde partie on analyse le syndrome de la ménopause et on arrive à la conclusion que la symptomatologie est due plus à des facteurs psychologiques et sociaux que biologiques.

Mots clés: Syndrome pré-menstruel - Trouble dysphorique de la fin de la phase luteinique - Syndrome de la ménopause.

Cuadro 1
Resumen de los criterios DSM-III-R para el diagnóstico de Trastorno disfórico del final de la fase lútea

A. Ritmicidad: los síntomas deben corresponder a la semana anterior al período menstrual y desaparecer a los primeros días de las menstruaciones. Deben aparecer en la mayoría de los ciclos.

B. Síntomas: Al menos 5 de los siguientes, uno de los 4 primeros (síntomas afectivos) presente al menos:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Labilidad afectiva | 2. Irritabilidad |
| 3. Ansiedad | 4. Humor depresivo |
| 5. Pérdida de interés | 6. Astenia o adinamia |
| 7. Dificultades de concentración | 8. Aumento del apetito |
| 9. Insomnio o hipersomnia | 10. Otros síntomas físicos |

C. Severidad: Interfiere de forma importante sobre el trabajo o las actividades sociales y cotidianas.

D. Criterio de exclusión: no es una mera exacerbación de un trastorno psiquiátrico preexistente.

E. Diagnóstico de exclusión: el diagnóstico no puede confirmarse retrospectivamente

diagnósticas propuestas "que requieren estudios ulteriores", para hacer posible más estudios clínicos y más investigación sistemática. Resulta más exacto en realidad mencionar a la última parte de la fase lútea, dado que el trastorno no respeta a las histerectomizadas (Cuadro 1).

Sintomatología y diagnóstico

No debe confundirse a la "queja" premenstrual con el síndrome premenstrual: el 80 a 90% de las mujeres se quejan de síntomas molestos en el premenstruo, pero dichos síntomas son total o parcialmente incapacitantes en una proporción mucho más pequeña, del 5 al 10%, alcanzando su pico máximo en la tercera y cuarta décadas de la vida.

La frecuencia de presentación de cada síntoma reportado es variable según los criterios diagnósticos utilizados y el tipo de ámbito médico en donde se realizan los estudios, pero puede considerarse que resulta aproximada a la del Cuadro 2.

La utilización del DSM-III-R impide el diagnóstico retrospectivo, caso prácticamente único para el manual. La razón radica en que el diagnóstico anamnésico ha demostrado ser muy poco confiable: el 45 al 50% de las mujeres que acuden a la consulta creyendo tener tensión premenstrual tienen en realidad síntomas que no permiten arribar al mismo diagnóstico. Lo más común es que la sintomatología no guarde un patrón cíclico consistente con el ciclo menstrual (ver Figuras 1 y 2), resultando en una coartada psicológica de autojustificación ("no soy yo sino mis períodos").

La otra circunstancia que se deberá aclarar es si no se trata de la exacerbación de un trastorno preexistente; es frecuente por ejemplo que como secuela de una depresión mayor en proceso de remisión aparezcan reagudizaciones premenstruales. La correcta anamnesis permite ubicarse en el diagnóstico apropiado.

Un método sencillo -sobre todo pensando en diagnóstico prospectivo- es la construcción de escalas analógicas visuales en las que la paciente colocará todos los días

Figura 1
Registro diario mediante escala analógica visual

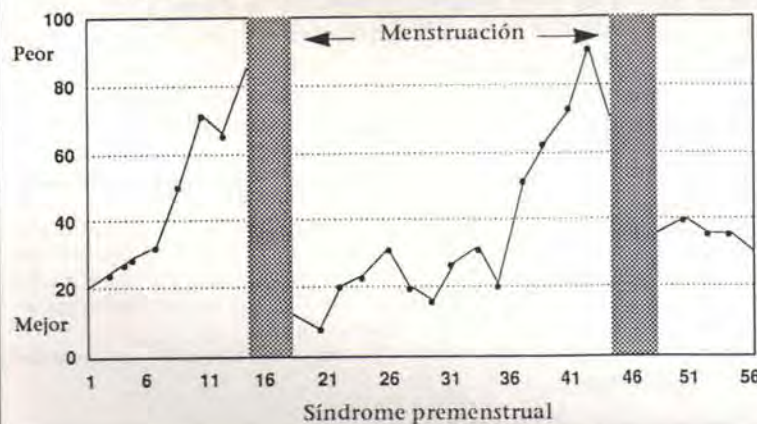
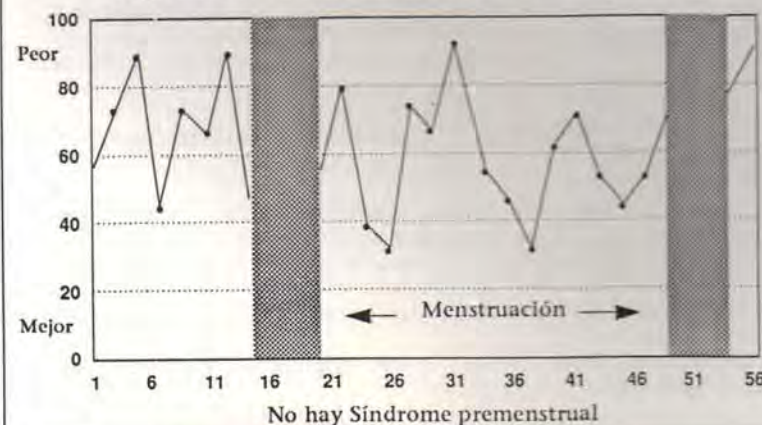


Figura 2
Registro diario mediante escala analógica visual



una marca o puntaje reglados del 0 al 100 según su estado de ánimo o el síntoma diana que se elija que irá desde el sentirse mejor que nunca (0) a pésimamente (100). Ejemplos de gráficas similares pueden verse en las figuras 1 y 2.

La exacerbación premenstrual ha sido descrita para una gran variedad de patologías psiquiátricas, pero es característica sobre todo de los trastornos depresivos. Es útil recordar que existe, porque de no advertirlo el psiquiatra puede confundir esta fenomenología con efectos colaterales de la medicación, falla del tratamiento o inminencia de recaída, tomando decisiones terapéuticas erróneas. Según un reporte reciente algunas pacientes presentarían una disminución premenstrual del antidepresivo tricíclico, por lo que para ellas bastaría con una readecuación periódica de las dosis.

Teorías biológicas

Hay tres teorías importantes acerca de la etiopatogenia del síndrome de tensión premenstrual: que se trate de una variante patológica del ciclo menstrual, que sea una respuesta conductual anormal a la sucesión de ciclos en realidad normales, o que resulte una variante de los trastornos afectivos.

Ciclo menstrual patológico: esta posibilidad ha sido intensamente explorada. Una lista de alteraciones hormonales y de indicadores de neurotransmisión que se han postulado se encuentra en el cuadro 3. Pese a ello, la evolución ulterior de las investigaciones no ha sido confirmatoria o no ha demostrado vínculos causales entre estos indicadores y el síndrome, por lo que la opinión actual es que no se trata de una patología inherente a la biología del ciclo *per se*.

Respuesta conductual anormal: en este modelo lo que está alterado no es el ciclo menstrual sino la respuesta del organismo ante él. Trastornos como la esquizofrenia o la epilepsia en determinados casos tienen muy claras exacerbaciones premenstruales, lo que puede ser considerado como una evidencia de que hay altera-

ciones que pueden quedar sujetas a una sincronización con el ritmo menstrual sin ser causadas por él.

Por otro lado, el final de la fase lútea facilita los procesos denominados de "kindling", mecanismo por el cual estímulos subconvulsivos ejercidos en forma reiterada generan con el tiempo activaciones paroxísticas de determinadas vías neuronales. El kindling ha sido invocado teóricamente como proceso subyacente a la evolución hacia la autonomía de determinadas patologías como la depresión, por ejemplo.

En último lugar, el eje tiroideo podría ser para algunos el nexo que conduce a la vulnerabilidad frente a los ciclos menstruales: dos estudios han hallado un 50 a un 80% de pruebas TRH-TSH anormales en las pacientes con síndrome premenstrual (SPM). Se aguarda confirmación.

Variante de trastorno afectivo:

Los vínculos entre la depresión y el SPM son múltiples y conocidos. La incidencia de SPM entre las mujeres con depresiones mayores alcanza al 60% y las pacientes con aquella alteración tienen una incidencia de depresión de un 57 a un 84% a lo largo de la vida, al punto que la existencia de SPM es considerada por algunos factor de riesgo para el desarrollo ulterior de depresión mayor. En un tiempo en que el "espectro" de los trastornos anímicos sigue creciendo, la tendencia va también en esa dirección para el síndrome que nos ocupa. Se supone que se verá reflejado en su ubicación en el DSM-IV

El otro trastorno anímico que

Cuadro 2
Frecuencia de los síntomas en el síndrome premenstrual

Depresión	55-56%
Irritabilidad	33-48%
Cefaleas	23-41%
Ansiedad	36%
Fatiga	23%

presenta variaciones circanuales es el trastorno afectivo estacional (TAE). El SPM comparte también con él la sintomatología de hipersomnia e hiperfagia. El TAE tendría relaciones con la obesidad por ansias de hidratos de carbono (OAHdeC), que tiene patrón estacional e hipersomnia. ¿Tendrán algún vínculo estos tres desórdenes?

Se conoce que tanto en el TAE como en la OAHdeC existe un apetito específico por los hidratos de carbono. La comidas ricas en hidratos de carbono redundan en una mayor entrada de triptofano por la barrera hematoencefálica, y la disponibilidad de triptofano es el paso limitante o decisivo de la producción de serotonina por parte del cerebro, por lo que se ha aventurado que esta conducta quizás se deba a un intento de incorporar triptofano al SNC con fines de elevar el estado de ánimo.

En una serie de ingeniosos experimentos llevados a cabo en el MIT por Wurtman y sus colaboradores, utilizando máquinas expendedoras de comida que van registrando paciente por paciente el tipo y composición de los alimentos elegidos, se ha podido

Cuadro 3
Alteraciones propuestas del ciclo

Hormonas y vitaminas

Estrógenos	↑	Prostaglandinas	↓
Progesterona	↓	Aldosterona	↑
Estróg./Progest.	↑	Vitamina B ₆	↓
Prolactina	↑	Endorfinas	↓

Indicadores de neurotransmisión

DA-B-OHsa	↓	Sensibilidad a tiraminas	↑
MAO plaquetaria	↑	Triptofano plasmático	↑
NA urinaria	↑	5-HIAA urinario	↓
MHPEG urinario	↓	Uptake ST plaquetario	↓

comprobar que las pacientes con PMS se comportan en su fase lútea como quienes presentan alguno de los otros dos trastornos: aumentan la ingesta de calorías sobre la base fundamentalmente de una mayor preferencia por los hidratos de carbono, y estas ingestas les producen –en vez de somnolencia o lasitud como a las personas normales– un aumento del alerta, del estado de ánimo y una disminución de la tensión.

Como conclusión, el recorte que vienen haciendo las investigaciones biológicas sobre esta patología está develando una relación con los desórdenes del estado de ánimo por un lado, y con las alteraciones de la transmisión serotoninérgica por el otro, campos como se sabe íntimamente relacionados.

Tratamiento

Si se cuentan los tratamientos “caseros”, los remedios ensayados superan las tres centenas. En el

área médica, este campo adolece de graves dificultades metodológicas, en virtud de que los enfoques aconsejados se basan en definiciones diversas del SPM, utilizan criterios de gravedad disímiles; la mayoría de los ensayos son abiertos en una población cuya respuesta placebo es tan alta que ronda el 60%. Por otra parte, muchos de los estudios utilizan diagnóstico retrospectivo, el que como hemos visto es muy poco confiable.

En la conducción del tratamiento no deberá omitirse obviamente la evaluación, además de las previas consultas clínica y ginecológica. Mientras se efectúa el registro prospectivo, por otra parte no muy práctico de obtener, es un buen tiempo para aconsejar medidas higiénicas generales (dieta, ejercicio, etc.) y para acompañar a la paciente en su proceso de autoobservación, siempre rico en asociaciones. Este mismo proceso, conducido psicoterapéuticamente, resulta muchas veces en la remisión de la sintomatología sin necesidad de medidas adicionales. Si

en la evaluación se concluye que las quejas sintomáticas no tienen sincronización con la fase lútea, deberá tratarse la afección de base.

Si se establece que en realidad se está en presencia de reexacerbaciones de una patología previa, se deberá, en la medida de lo posible, dosar el fármaco en ambas fases del ciclo para ver si es necesario un reajuste periódico por las razones ya apuntadas. De no ser así, es posible la potenciación intermitente, como por ejemplo las sales de litio para las reagudizaciones depresivas. No olvidar que los diuréticos, forma común de automedicación de estas pacientes, elevan fuertemente los niveles del litio.

De los psicofármacos estudiados, destaco solamente aquéllos cuya eficacia ha sido comprobada en estudios doble ciego (cuadro 4). La lista puede no ser exhaustiva, teniendo en cuenta otras medicaciones no psicotrópicas que no es pertinente tratar aquí.

A simple vista surge el predominio de fármacos serotoninérgicos. La bupiriona (Bespar) es un



PSICOFARMACOLOGIA CLINICA INFANTO-JUVENIL

Nelson F. Albiano • Luis E. Barrera • Susana P. de Bronstein • N. A. Chamoles • Pablo Croce • S. M. Ferraro • Gustavo Finvarb • Patricia Frieder • Laura R. Guelman • Julio Moizeszowicz • Héctor J. Ramos • Sergio L. Rojtenberg • Bernardo A. Sabelli • Jorge C. Ulnik • Héctor A. Waisburg • Ricardo Yamahuchi • Luis M. Zieher

Juan Carlos Stagnaro • Hugo Massei (Compiladores)

“La psicofarmacología de niños y adolescentes ha sido objeto en los últimos años de incesantes estudios y encendidas polémicas. Las opiniones sobre sus riesgos y sus beneficios han dividido a los especialistas entre quienes plantean el abstencionismo total en su uso, por un extremo, y los que recomiendan calurosamente su empleo por el otro.

Entre ambos, la mayoría se interroga, desde la clínica, sobre la conveniencia de su indicación articulada con otras técnicas –psicoterapéuticas, institucionales– en una estrategia global de tratamiento. Este volumen colectivo reúne trabajos de destacados investigadores en el tema quienes analizan en forma actualizada este imprescindible capítulo de la terapéutica infanto-juvenil”

polemos
EDITORIAL

En venta en librerías

agonista 5HT_{1A} comercializado como ansiolítico, la fenfluramina es un anorexígeno que tiene la propiedad de promover la liberación de serotonina e inhibir su recaptación, la clomipramina (Anafranil) a la que conocemos como tricíclico clásico con acción serotoninérgica potente y a la fluoxetina (Foxetin y otros) como IRSS.

Las dosis de clomipramina pueden ser más bien bajas (25-75 mg) y la de fluoxetina 20 mg, siendo factible en algunos casos administrarlas intermitentemente sólo en la fase lútea.

Síndrome menopáusico

El período menopáusico también ha sido objeto de visiones particulares y prejuiciosas. Tilt en 1857 mencionaba los "efectos demoníacos" de la menopausia. En las primeras décadas del siglo llegó a verse a la llamada melancolía involutiva como una forma extrema del "síndrome menopáusico",

y ya más contemporáneamente en algunos textos de Ginecología la depresión, el insomnio y el nerviosismo eran incluidos entre los síntomas frecuentes de la menopausia.

Sin embargo, con diversos estudios epidemiológicos se fue constatando que, si bien alguna patología psiquiátrica como la depresión resulta más frecuente en menopáusicas, esto se debería en realidad al efecto de la edad y no a una consecuencia de la biología normal o patológica de la menopausia. Lo mismo sucedería con el perfil sintomatológico.

Resulta difícil, a excepción de un tipo particular de insomnio al que me referiré luego, encontrar algún trastorno psíquico propio de la biología del climaterio. Un estudio en 1971 comparó 880 admisiones a Centros de Salud Mental con 2414 controles. Si la menopausia tuviera un efecto inductor de patología podría esperarse que su irrupción el año anterior fuera más común en las mujeres asistidas por

Cuadro 4
Tratamientos
psicofarmacológicos
eficaces en doble ciego

Alprazolam	Smith et al., 1987
Buspirona	Rickels et al., 1989
Fenfluramina	Brzezinski et al., 1990
Fluoxetina	Stone et al., 1991
Clomipramina	Sunblad et al., 1992

patología psiquiátrica. Los datos no mostraron diferencias significativas, sino una tendencia que indicaba en realidad lo contrario.

En cuanto al insomnio, puede apreciarse polisomnográficamente que algunas mujeres son despertadas en múltiples ocasiones por los sofocos o llamaradas de calor. Se trata de un caso de insomnio se-



I.D.I.A.

INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DE INVESTIGACION Y ASISTENCIA

Director Dr. Bruno Bulacio

DROGADEPENDENCIA

**ORIENTACION, ASISTENCIA, ASESORAMIENTO
PROFESIONAL, INVESTIGACION Y DOCENCIA**

**I.D.I.A. Integrante de la Red S.O.S. Drogue International
(París, Francia)**

INFORMES: Maipú 863, 10° "A", (1006) Cap. Fed.

Tel. 322 - 7822

Cuadro 5
Estudios en población general

<i>Autor</i>	<i>País</i>	<i>N</i>	<i>Método</i>	<i>Conclusión</i>
Jazzman et. al. 1969	Holanda	3000	Fatiga Irritabilidad Depresión	No diferencias
Bungay et al. 1980	Inglaterra	1120	Listado de síntomas	No diferencias
Wood 1979	Australia	948	Entrevista estructurada	Aum. en insomnio y debilidad
Hallstrom 1973	Suecia	800	Idem	No diferencias
Ballinger 1975	Inglaterra	539	General Health Questionary	No diferencias

cundario que resulta sensible a la reposición estrogénica.

Se han hecho estudios con grandes números de mujeres pre y post-menopáusicas, ya no en pacientes psiquiátricas (que indican una selección prejuiciosa) sino en la población general (cuadro 5). La metodología ha sido heterogénea, algunos estudios chequearon una lista predeterminada de síntomas como fatiga, irritabilidad o depresión y otros utilizaron entrevistas

estructuradas o cuestionarios generales. A excepción de una publicación australiana en la que hubo más insomnio y debilidad pero cuya diferencia desaparecía al eliminar la variación por la edad, no se han hallado diferencias entre la pre y la postmenopausia.

La "fama" de esta etapa final del ciclo reproductivo puede estar relacionada no con la biología del mismo sino con una serie de cambios psicológicos y sociales que se

producen contemporáneamente a su desarrollo, situaciones y conflictos que demandan un gran esfuerzo adaptativo.

En ese período la mujer debe enfrentar no sólo la pérdida de su función reproductiva, sino cambios importantes en la estructura familiar, la independización de los hijos con la consiguiente nueva cercanía con su pareja (a veces no justamente deseada); algunas de ellas presentarán síntomas del "nido vacío" si se proyectaron principalmente a través de su rol materno. Es también una época en la que se vive la vejez y a veces dependencia de los padres y también la época en la que frecuentemente deben asumirse enfermedades crónicas.

Es entendible que todo esto —sin contar los significados que cada historia personal les adjudica— induzca mucho más malestar psíquico que el cambio corporal llamado menopausia.

Se puede concluir, siguiendo a Ballinger, en que si algunos mitos de la menopausia persisten pese a todas las evidencias en contrario, esto tributa la poderosa determinación cultural de las actitudes hacia determinados temas en la sociedad occidental ■



INSTITUTO
EIRNA

ATENCION INTEGRAL
DE CUADROS DE
PSICOSIS
INFANTO-JUVENIL

SECCION NIÑOS

DIRECTORA: Lic. STELLA M. SELFENI
SECCION ADOLESCENTES Y RESIDENCIA
DIRECTOR: Lic. NORBERTO PISANO

INFORMES: THAMES 1678/80 Cap. Fed. (1414)
Telef.: 72-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

PAIDOS

Eva Giberti / Lucía La Bruna de Andra
SEXUALIDADES: DE PADRES A HIJOS
Preguntas y respuestas inquietantes

Barbara Rogoff
APRENDICES DEL PENSAMIENTO
El desarrollo cognitivo en el contexto social

Cloé Madanes
SEXO, AMOR Y VIOLENCIA
Estrategias de transformación

Cecilia Sinay Millonschik
EL PSICOANALISIS, ESA CONJETURA
El humano suplicio de interpretar

J. Sandler y o.
EL PACIENTE Y EL ANALISTA
(Edición rev. y aum.)

Donald W. Winnicott
LA NATURALEZA HUMANA

Tratamiento del Trastorno por Pánico

Marcelo Beraza

Médico psiquiatra
Hospital "B. Rivadavia"
Castex 3472, 9° "C" Tel.: 802-4034

Introducción clínica

Los ataques de pánico son episodios aislados de intenso pavor y malestar. El DSM-III-R establece como criterios para el Trastorno por Pánico que estos ataques sean inesperados, no provocados, y que por lo menos cuatro ataques hayan ocurrido en las últimas cuatro semanas; o que por lo menos uno haya sido seguido de un mes o más de intenso y persistente temor de padecer otro ataque. Por otra parte los ataques deben incluir, por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: disnea, sensación de asfixia, mareo, inestabilidad, sensación de desvanecimiento, taquicardia y/o palpitaciones, temblor o sacudidas, sudoración, sofocación, náusea, malestar abdominal, despersonalización, desrealización, parestesias, oleadas de calor, dolor precordial, temor a morir, temor a volverse loco o perder el control. Asimismo, por lo menos en algu-

nos ataques, estos síntomas deben haber aumentado en intensidad en los primeros diez minutos. Debe poder establecerse con certeza que el cuadro no fue iniciado ni mantenido por algún factor orgánico(1).

La agorafobia —el temor a salir y encontrarse en lugares o situaciones percibidas o imaginadas como difíciles de abandonar— frecuentemente acompaña a esta patología. El Trastorno por Pánico es más frecuente de lo que habitualmente se considera. Afecta del 2 al 5% de la población general, principalmente a mujeres jóvenes(2). El curso de la enfermedad es habitualmente crónico y fluctuante. La asociación con depresión es frecuente. Según algunos informes, hasta un 30% de los pacientes cumplen los criterios del DSM-III-R para Depresión Mayor(3). La prevalencia de episodios de Depresión Mayor a lo largo de la vida llega al 70%(4). Probablemente en la mitad de los casos la depre-

sión sea primaria, siendo secundaria al pánico en los restantes(3).

Se ha sugerido cierto grado de predisposición genética para este trastorno, verificándose una mayor incidencia en los familiares de los pacientes(5).

Dado que los síntomas de los ataques de pánico pueden confundirse con los de distintas enfermedades somáticas, deberá hacerse diagnóstico diferencial con patologías tales como angina de pecho, infarto de miocardio, hipertensión, anemia, síndrome de Cushing, hipertiroidismo y asma, entre otros(6).

El trastorno por pánico tiene una alta morbilidad, evidenciada por las altas tasas de alcoholismo, conducta suicida, depresión, y dependencia afectiva y económica que provoca. Dado este patrón resulta claro que los eventuales efectos adversos de la medicación son claramente superados por los beneficios del tratamiento farmacológico(7).

Resumen

En este texto el autor presenta el inventario semiológico del trastorno por pánico y se pasa revista bibliográfica al tratamiento psicofarmacológico sintomático y a largo plazo del trastorno de pánico primario, diferenciando las fases aguda, de estabilización, de mantenimiento y de discontinuación de la medicación.

Palabras clave: Trastorno por pánico y antidepresivos - Trastorno por pánico y benzodicepinas - Trastorno por pánico e IMAO.

TREATMENT OF PANIC DISORDER

Summary

In this text, the author presents the semiologic data of panic disorder and does a bibliographic review on the symptomatic and long term psychopharmacological treatment of primary panic disorder, differentiating the acute, the stabilization, the maintenance and discontinuation phases of medication.

Key Words: Panic disorder and antidepressives - Panic disorder and benzodiazepines - Panic disorder and IMAO.

TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE

Résumé

Dans ce texte l'auteur présente l'inventaire sémiologique du trouble panique, fait une revue bibliographique du traitement psychopharmacologique symptomatique et à long terme du trouble panique primaire, en établissant la différence entre les phases aigüe, de stabilisation, de maintien et d'arrêt des médicaments.

Mots Clés: Trouble panique et antidépresseurs - Trouble panique et benzodiazépines - Trouble panique et IMAO.

Tratamiento

Toda la literatura consultada coincide en que los pacientes con pánico deben recibir medicación. Las psicoterapias propuestas son de tipo conductista (especialmente técnicas de reexposición) o cognitivas, no habiendo casuística de tratamientos psicoanalíticos con estos pacientes.

Tres clases de drogas son probablemente efectivas: los antidepresivos tricíclicos, los IMAO, y las benzodiazepinas. El objetivo de la medicación es bloquear los ataques de pánico, y disminuir la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica. En cuanto a la elección de la droga, no existe una indicación universal. Para cada paciente en particular existirá la mejor droga.

La elección se hará caso por caso, según las características del paciente y el cuadro clínico que presente.

La imipramina fue la primera droga utilizada por Donald Klein en 1962 para el tratamiento de los ataques de pánico(8). Es la droga más estudiada y más probada. También la clomipramina se mostró efectiva, y hay trabajos en los que se la controló con placebo que lo demuestran. La desipramina también es útil(9).

Experiencias con fluoxetina requirieron de mayor comprobación, que muy posiblemente demuestren su efectividad. Entre los menos efectivos se cuentan el trazodone, la amoxapina y la maprotilina(9).

Entre las ventajas de los antidepresivos tricíclicos se cuentan: la de la toma única diaria, su efecto antidepresivo, y la larga experiencia clínica de que se dispone. Las desventajas son el inicio demorado de su acción, los efectos anticolinérgicos, la hipotensión ortostática, el aumento de peso corporal, y la disminución de la libido, impotencia y retardo en la eyaculación. También debe considerarse su riesgo letal en sobredosis. Se ha observado en un 30% de los pacientes con pánico, una reacción de activación de tipo anfetamínico al inicio del tratamiento con imipramina(10, 11).

Los antidepresivos IMAO, tanto la fenelcina como la tranilcipromina, también resultan efectivos en esta patología. Sus propiedades antifóbicas y antidepresivas son conocidas desde los años cincuenta. Al igual que los tricíclicos, el inicio del efecto no es inmediato, observándose alivio efectivo de los síntomas pasadas recién las cuatro semanas de tratamiento. Entre sus efectos adversos se cuentan severas crisis hipertensivas (de no observarse las restricciones dietéticas), crisis hiperpiréxicas y serotoninérgicas con mioclonías, fiebre alta y coma. Provocan aumento de peso, e hipotensión ortostática. En algunos pacientes pueden dar lugar a estados de hiperactivación con insomnio. La sobredosis accidental o intencional puede provocar la muerte.

Se ha comprobado que las benzodiazepinas, y en particular el alprazolam, son buenos agentes an-

tipánico, reduciendo también la ansiedad anticipatoria. La dosis media efectiva del alprazolam es de $5,6 \pm 2,2$ mg/día(12). En términos de bloqueo de los ataques de pánico 6 mg de alprazolam son equivalentes a 225 mg de imipramina(12), 60 mg de diazepam, y aproximadamente 2,5 de clonazepam. Las benzodiazepinas tienen un rápido inicio de acción, con efectos significativos a fin de la primera semana; por lo general son bien toleradas, siendo la sedación la principal queja de los pacientes. En ancianos, principalmente, pueden ocasionar ataxia y trastornos cognitivos.

La experiencia clínica demuestra que en los pacientes con pánico las cuestiones de tolerancia y escalada de dosis son menos problemáticas que en otros pacientes(13).

Entre las desventajas de este grupo se cuentan la necesidad de dosis múltiples, los trastornos de memoria, y los efectos de rebote y abstinencia. Algunos pacientes desarrollan verdadera adicción fisiológica, principalmente en tratamientos largos y a altas dosis.

El alprazolam es la droga más estudiada, sin embargo numerosos estudios reportan la efectividad de otras benzodiazepinas (diazepam, loracepam, clonazepam), siempre a dosis mayores a las utilizadas en el Trastorno por Ansiedad Generalizada.

Esquema de tratamiento a largo plazo

Una vez logrado el control sintomático, al psiquiatra se le plantea la cuestión de cómo continuar. Esto incluye preguntas tales como durante cuánto tiempo tratar, cuándo y con qué criterios suspender, cómo discontinuar la medicación. Por otra parte ¿qué particularidades presenta cada droga en las distintas etapas?

Para intentar responder a alguna de estas preguntas se propone un esquema de tratamiento (figura 1), que en algún sentido se puede homologar al de la depresión(14, 15). Así habrá una *fase aguda* inicial que dura de uno a tres meses, en la que se conseguirá el control de los síntomas. Le sigue una *fase de estabilización*, de

cuatro a seis meses, donde se busca consolidar y extender la respuesta, especialmente reduciendo la evitación fóbica. Llegado ese punto se evaluará si el paciente cumple con los criterios para entrar en la *fase de mantenimiento*. De ser así se continuará el tratamiento durante seis a doce meses para permitir al paciente la recuperación de su estilo de vida normal. Conseguidos esos objetivos se inicia una fase de *lenta discontinuación* para poder determinar si el paciente logra mantenerse asintomático sin medicación.

Fase aguda

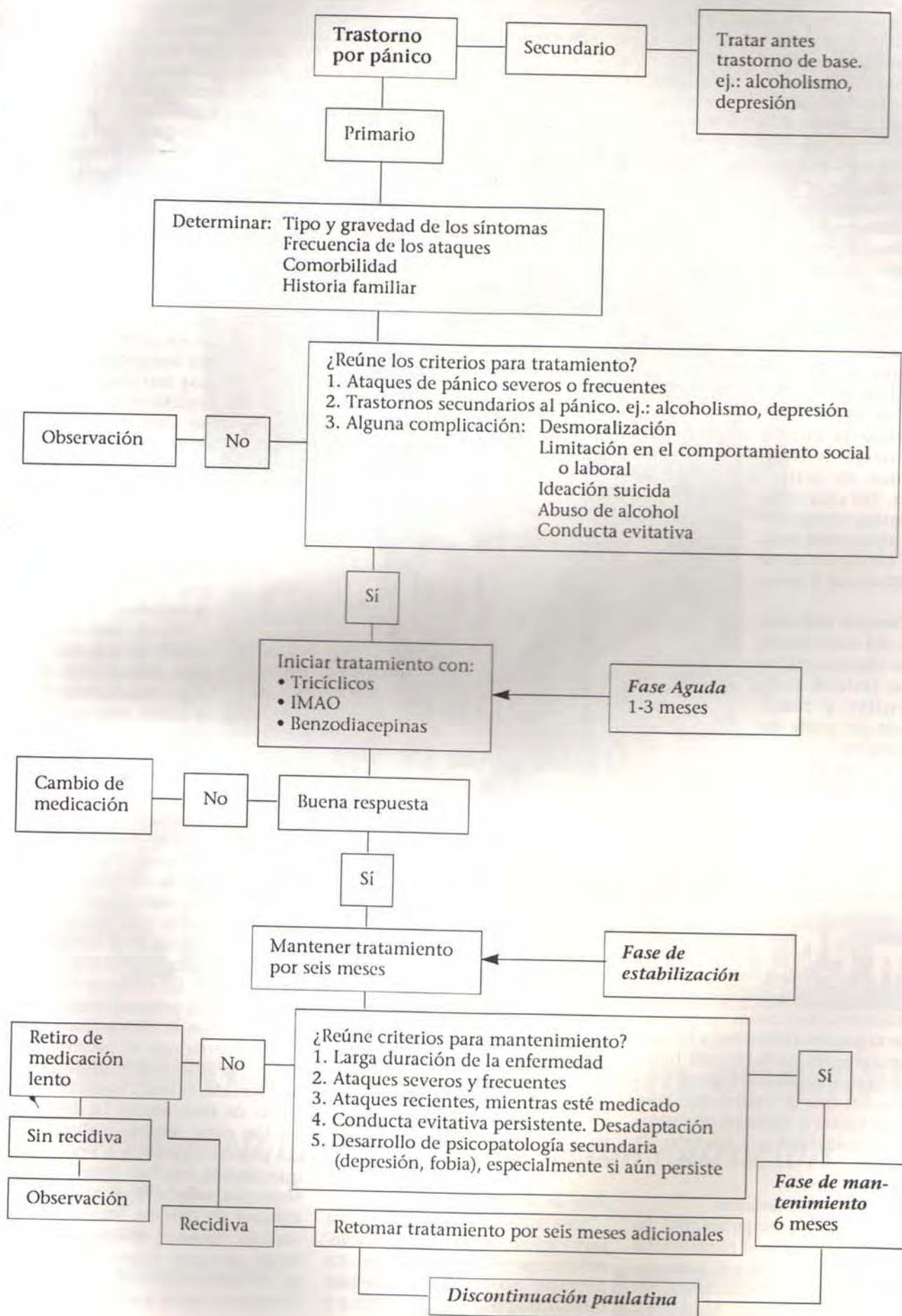
Cuando se utilizan antidepresivos tricíclicos esta fase toma de ocho a doce semanas. En cambio, la respuesta a las benzodiazepinas es mucha más rápida y se puede conseguir una reducción sintomática significativa durante las primeras tres semanas. Para todas las drogas las dosis iniciales serán bajas, aumentándolas progresivamente en la medida que los efectos adversos lo permitan. El alprazolam se inicia con dosis de 0.25 mg-0.50 mg tres veces por día, incrementándose cada cinco días(15). La sedación excesiva obliga a realizar incrementos más pequeños y espaciados. La duración del efecto del alprazolam es, en la mayoría de los pacientes, de cuatro a seis horas, lo que obliga a la dosificación múltiple.

La ansiedad de base y los ataques de pánico responden a dosis relativamente bajas (en el rango de 1 mg a 3 mg/día), sin embargo, la conducta fóbica necesita de dosis mayores, 6 mg/día(15).

Se han observado en el comienzo del tratamiento con antidepresivos tricíclicos reacciones de activación, como ya fuera indicado en este artículo. La estrategia recomendada para evitarlas es empezar con 10 mg/día de imipramina (o sus equivalentes) durante tres días, y luego incrementar la dosis en 10 mg cada tres o cuatro días(10). Si con estos aumentos graduales se alcanzan los 50 mg, podrán introducirse dosis mayores sin grandes dificultades. Esta modalidad también es aplicable para otros antidepresivos, ej. fluoxetina.

El iniciar tratamiento con dosis bajas es también útil por otra ra-

Figura 1



zón. Los pacientes con pánico suelen ser aprensivos en relación con la toma de medicación, razón por la cual, la evitación de efectos adversos al comienzo del tratamiento puede resultar crucial para el resultado final del mismo(15). De todos modos si fuese necesario un abordaje más rápido y enérgico, algunos autores recomiendan el agregado de β bloqueantes o benzodiacepinas(15). Un esquema racional para iniciar el tratamiento podría ser también combinar alprazolam e imipramina, retirando la benzodiacepina a las cuatro semanas, cuando el antidepresivo ya es efectivo. Esto proporciona un rápido comienzo de acción sin riesgo de fenómenos de activación. Por otra parte el retiro temprano del alprazolam evita los fenómenos de abstinencia y rebote.

Durante toda esta fase del tratamiento, será imprescindible una actitud comprensiva y continente por parte del psiquiatra.

La dosis terapéutica de imipramina, sugerida por un número importante de ensayos clínicos, es de 150 mg/día; sin embargo podrían ser necesarias dosis mayores (16).

Fase de estabilización

En esta fase que dura aproximadamente seis meses, se procura que el paciente restablezca su funcionamiento sociolaboral habitual, y que abandone hábitos relacionados con la enfermedad tales como visitas o llamadas de urgencia al psiquiatra o a las salas de guardia.

Fase de mantenimiento

Si luego de la etapa anterior no se hubiese logrado el control total de la sintomatología y persistieran las dificultades de adaptación (ver criterios en fig. 1) se pasará a

un período de mantenimiento. Aquí el principal problema clínico que se presenta es el manejo de los efectos colaterales, constituyéndose en un trastorno significativo en el 50% de los pacientes.

El aumento de peso corporal puede ser particularmente problemático, siendo más marcado en las mujeres. El 25% de ellas pueden registrar un aumento de 9 kg promedio. Se constata una reacción directa entre la ganancia de peso y la dosis y duración del tra-



tamiento con imipramina(17).

Otros frecuentemente reportados son: boca seca, hipoestimulación, taquicardia y palpitaciones.

El mantenimiento se consigue, para todas las drogas, con dosis menores a las de ataque. Dado que el alprazolam no pierde efectividad con el uso continuado en los pacientes con pánico, pueden ser suficientes dosis de 2 mg a 3 mg/día(18).

Fase de discontinuación

Esta etapa que toma de tres a seis meses(15), suele ser problemática por varias razones. En principio estos pacientes, que han sufrido mucho, suelen resistirse a

abandonar la medicación que los liberó de sus síntomas. Como ya se ha dicho, una actitud plástica y comprensiva por parte del médico ayudará en gran medida. A él se le plantea la cuestión de decidir cuándo la medicación ya no es necesaria. En general la discontinuación se propone luego de ocho a doce meses de tratamiento, aunque con algunos pacientes podría intentarse antes.

La suspensión de la medicación debe ser lenta y gradual, (tres a seis meses) para atenuar complejas situaciones clínicas que suelen presentarse en particular con las benzodiacepinas. Los antidepresivos tricíclicos se retiran a un ritmo no mayor de un comprimido cada siete o quince días. La suspensión brusca puede ocasionar un síndrome de rebote colinérgico con náuseas, vómitos, y calambres abdominales.

En el caso de los IMAO, el descenso es aún más lento, un comprimido cada dos o cuatro semanas. En función de lo delicado de esta fase, será necesaria una buena cuota de flexibilidad y paciencia.

Para el alprazolam un esquema adecuado es de 0.25 mg cada cuatro a siete días.

De todos modos, una vez que se alcanza una dosis de 1.5 mg/día, el descenso debe ser todavía más lento ya que las reducciones en ese punto son proporcionalmente mayores. Con la discontinuación puede ocurrir que el paciente se mantenga asintomático, que sufra una recaída, o que desarrolle síntomas de abstinencia. La diferenciación entre recaída y abstinencia puede ser difícil a veces, ya que ambos cuadros comparten síntomas tales como: ansiedad, ataques de pánico, temblor, insomnio, náuseas, diarrea, irritabilidad, síntomas depresivos, vértigo, despersonalización e hipersensibilidad al tacto y al dolor. La si-

coincidir también en el momento de la aparición, esto es, durante la primera semana luego de la suspensión de la droga. El mejor modo de evitar estos fenómenos es realizar una muy gradual discontinuación(15).

Existe un tercer inconveniente que puede presentarse que es el rebote de los síntomas de pánico

con una intensidad mayor que al inicio del tratamiento. Esta sintomatología habitualmente disminuye en una o dos semanas(12). Su prevalencia es mayor con agentes de alta potencia y vida media corta o intermedia.

Se ha sugerido el uso de clonazepam para facilitar la discontinuación, así como la carbamace-

pina para bloquear síntomas graves de abstinencia(20, 21).

Algunos estudios indicarían que 20 a 80% de esos pacientes sufrirían recaídas una vez cesada la medicación(19,15). La experiencia clínica acumulada demuestra la necesidad de tratamientos prolongados en los pacientes con pánico ■

Bibliografía

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
2. Sheehan, D. V., Panics attacks and Phobias. N. England, J. Med., 1982; 307:156-158.
3. Lesser, I. M., Rubin, R. T., et al., Secondary depression in panic disorder and agoraphobia, I: frequency, severity, and response to treatment. Arch. Gen. Psychiatry 1988; 45:437-443.
4. Breier, A., Charney D. S., Heninger, G. R., Major Depression in patients with agoraphobia and panic disorder. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41:1129-1135.
5. Judd, F. K., Burrows, G. D., Hay D. A., Genetic aspects of panic disorder. Aust. N. Z. J. Psychiatry 1987; 21:197-210.
6. Rosenbaum, J. F., The drug treatment of anxiety. N. Engl. J. Med. 1982; 306-401.
7. Weissman M. M., Panic disorder: impact on quality of life. J. Clin. Psychiatry 1991; 52 (2, suppl.): 6-8.
8. Klein, D. F., Fink, M., Psychiatric reaction patterns to Imipramine. Am. J. Psychiatry 1962; 119:432-438.
9. Ballenger J. C., Question and answer session: Long-Term Pharmacologic Treatment of Panic Disorder, J. Clin. Psychiatry 52:2 (suppl) February 1991.
10. Ballenger J. C., Pharmacotherapy of the panic disorders J. Clin. Psychiatry 1986; 47 (6, suppl.): 27-32.
11. Liebowitz, M. R., Imipramine in the treatment of panic disorder and its complications Psychiatry Clin. North Am. 1985; 8:37-47.
12. Burrows G. D., Norman T. R., Judd, F. K., Panic Disorder: A treatment update. J. Clin. Psychiatry 52: 7, July 1991.
13. Burrows G. D., Managing Long-Term Therapy for Panic Disorder J. Clin. Psychiatry 1990; 51 (11, suppl.): 9-12.
14. Kupfer, D. J., Lessons to be learned from long-term treatment of affective disorders: potential utility in panic disorder. J. Clin. Psychiatry 52 (2, suppl.): 12-16.
15. Ballenger, J. C., Long Term Pharmacologic Treatment of Panic Disorder J. Clin. Psychiatry 52:2 (Suppl), February 1991.
16. Mavissakalian M., Perel, J., Michelson, L., The relationship of plasma imipramine and N-demethylimipramine to improve in agoraphobia. J. Clin. Psychopharmacol. 1984; 4:36-40.
17. Noyes, R. Jr., Garvey, M. J., Cook B. L., et al., Problems with tricyclic antidepressants use of a naturalistic follow-up stud. J. Clin. Psychiatry 1989; 50:163-169.
18. Du Pont R. L., A practical approach to benzodiazepine discontinuation J. Psychiatric Res. 1990; 24 (2, suppl): 81-90.
19. Zitrin, C. M., Klein, D. F., Woerner M. G., et al., Treatment of phobias. I: comparison of imipramine hydrochloride and placebo. Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40:125-138.
20. Herman J. B., Rosenbaum, J. F., Brotman, A. W., The alprazolam to clonazepam switch for the treatment of panic disorder. J. Clin. Psychopharmacol. 1987; 7: 175-178.
21. Klein, E., Uhde, T. W., Post R. M., Preliminary evidence for the utility of carbamazepine in alprazolam withdrawal. Am. J. Psychiatry 1986; 143:235-236.

VILLA GUADALUPE

CLINICA PSIQUIATRICA

Director: Dr. Eduardo Kalina

TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MÚLTIPLE EN PSIQUIATRÍA

- DROGADICCIÓN
- ALCOHOLISMO
- PSICOSIS
- NEUROSIS GRAVES
- DEPRESIONES
- INSOMNIO
- BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA
- ESTRÉS

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTEGRALES

- AMINOGRAMAS
- MINERALOGRAMAS
- TEST COMPUTARIZADOS
- POTENCIALES EVOCADOS
- MAPEO CEREBRAL (BRAIN MAPPING)
- ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO

INTERNACION Hotelería de Primer Nivel

Instalados en Palermo Viejo, ofrecemos amplias comodidades para facilitar los tratamientos de recuperación (jardín, pileta de natación, sauna, gimnasio, aire acondicionado y calefacción central, sala de música y recreación, consultorios internos y externos).



SOLICITAR INFORMES Y FOLLETO A:

VILLA GUADALUPE Clínica Psiquiátrica

Ciencia contra la Dependencia

Scazzini Ortiz 1963 • (1425) Buenos Aires • Tels. 72-0258 / 831-2766 Fax: (541) 831-2248

¿Quo Vadis Psicossomática?

Roberto Gómez Fernández

Médico psiquiatra y psicoanalista.

Miembro fundador de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicossomática, Filial de A.M.G.O.P.

Secretario del Capítulo de Psicossomática de APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos)

Yerbal 6384 - 1° "4" - Buenos Aires. Tel.: 642-0490 / 781-3554

Planteo de la problemática

No podemos ser originales por lo menos en un sentido: comenzaremos con la pregunta de costumbre ...¿qué es psicossomática?

Existiendo tantos y tan calificados investigadores en el campo de lo psicossomático, un intento de definición-delimitación de sus contenidos pudiera resultar sentencioso, si atendiéramos a la diversidad y riqueza de los lineamientos que lo conforman.

¿Es psicossomático el *acto médico* que toma en cuenta al paciente como a una unidad de sus realidades psíquica y somática? ¿Es psicossomático aquel *síntoma* en el que se expresan integradamente los aspectos fisiológicos y los psicológicos de la persona, ej.: palpitaciones? ¿O son psicossomáticas esas "genuinas" *enfermedades-entidades nosológicas*, en las que el factor psíquico está regularmente presente en el espectro de causalidades, y en las que la base orgánica se halla comprometida, ej.: colitis ulcerosa?¹

Por último ¿son entidades psicossomáticas, los cuadros somáticos que se correlacionan con "tipos" de personalidad e incluso con "estilos" neuróticos?

Si bien es cierto que a veces es importante no hacer doctrina, dado que es bueno tolerar cierta tensión entre las diversas conceptualizaciones para permitir una dialéctica interactiva entre ellas, tampoco es menos veraz que en muchas circunstancias los discursos científicos suelen ser crípticos, ocultando los encuadres teórico-referenciales desde los cuales discurren. Este es indudablemente, un agregado más a la confusión teórico-asistencial, para quien desde la clínica general, desde una especialidad médica, o desde cualquier ciencia de la salud

atiende a un paciente que lo consulta a partir de su síntoma (alarma) somático. La necesidad de una mínima organicidad de las distintas formulaciones intervinientes, aparece más clara cuando se deben transmitir informaciones

para un mejor abordaje de los trastornos psicossomáticos en el área clínica.

Desde un polo conceptual es frecuente que se enuncie: "Todas las enfermedades son psicossomáticas". Esta premisa la comparten

Resumen

Es frecuente detectar disgresiones e inclusive polemizaciones sobre si "un trastorno es psicossomático o no", sin explicitar lo suficiente (y muchas veces ignorando) los marcos teórico-referenciales a partir de los cuales se discurre. El vocablo "psicossomático" aparece, entonces, siendo un transeunte, confuso, entre un código conceptual y otro diferente; desaprovechándose de esta forma la diversidad y la riqueza de los lineamientos que conforman el campo de "lo psicossomático". El autor aborda disensos y consensos sobre estas problemáticas, y postula la presencia de cuatro ejes teóricos orientativos: 1) las vicisitudes del afecto; 2) la problemática del simbolismo; 3) el enfoque psico-neuro-inmunológico; 4) la psicología de la medicina y la interconsulta. Son ejes afluentes que confluyen, constituyendo un área ("la psicossomática") que se recorta sobre aquel fondo universal antes descrito ("lo psicossomático"). Finalmente se especula sobre la posibilidad de nuevos esfuerzos teórico-clínicos para el acceso a confluencias de las escisiones cuerpo-mente.

Palabras clave: Psicossomática - Cuerpo-Mente - Interconsulta en Psicología Médica.

QUO VADIS PSYCHOSOMATIC?

Abstract

It is frequent to detect discussions and controversy on whether "a disorder is psychosomatic or not", without sufficiently explaining, and many times ignoring, the theoretical-referential frames from which it surges. The term "psychosomatic" appears then as a confused idea, between different conceptual codes; not utilizing the diversity and richness of the guidelines that conform the field of "the psychosomatic". The autor approaches the agreements and disagreements over this problem, and postulates the presence of four theoretical axis 1) of affect 2) the problems of symbolism 3) the psycho-neuro-immunologic focus 4) medical psychology and psychiatric consultation. These are axis that merge, and constitute a field "psychosomatics" which emerges from the universal background previously described "the psychosomatic". Finally there is speculation over the possibility of newer theoretical-clinical approaches, to have access in the confluence of the body-mind unit.

Key words: Psychosomatic - Body-mind - Medical psychology - Psychiatric consultation.

QUO VADIS PSYCHOSOMATIQUE?

Résumé

Il est fréquent de détecter des désaccords, voire des polémiques concernant "la nature psychosomatique, ou non, d'un trouble" sans en avoir expliqué suffisamment le cadre théorique-référentiel. Le mot "psychosomatique" apparaît alors, comme un "passant", confus, entre différents codes conceptuels perdant ainsi la diversité et la richesse des linéaments que forment le champ du "psychosomatique". L'auteur aborde les accords et les désaccords et postule la présence de quatre axes théoriques: 1) les vicissitudes des affects 2) le problèmes du symbolisme 3) l'optique psycho-neuro-immunologique 4) la psychologie médicale et la psychiatrie de liaison. Ce sont des axes qui confluent et constituent une zone ("la psychosomatique") que se découpe sur le fond universel déjà décrit "du psychosomatique". Finalement il spécule sur la possibilité de nouveaux efforts théorique-cliniques pour accéder à des confluences des scissions corp-esprit.

Mots clés: Psychosomatique - Corp-esprit - Psychologie médicale - Psychiatrie de liaison

clínicos del psicoanálisis (de orientación kleiniana, post-kleiniana y lacanianos, entre otros), también lo afirman desde la teoría sistémica, desde la teoría de la Gestalt, el holismo, etc. etc. Es así que el término "psicosomático" suele convertirse en un transeunte confuso, que deambula entre un código teórico y otro diferente.

Desde un polo conceptual mucho más circunscripto, se coincide con la idea de Heinroth, quien acuñó el término en 1818, y dice que "psicosomáticas" son las enfermedades del cuerpo originadas en la psiquis, describiendo luego (1828) la corriente de sentido inverso, como las "somatopsíquicas".

Por otro lado, en los últimos años, nos fuimos encontrando con un conjunto de trabajos de investigación y otros clínico-terapéuticos, sumamente específicos, sugerentes e interesantes, los que relacionan a la psicología -"una psicología"-, con sectores de la medicina; ej.: los estudios sobre psicología y cáncer, psicología y cardiología, psicología y pediatría, y más recientemente, psicología y SIDA, por mencionar solamente a algunos de los numerosísimos que hay publicados. Muchos articulan aspectos neuro-inmunológicos con estados emocionales normales y patológicos (stress, duelos, agresividad, ira, etc.) e inclusive con pautas psico-sociales.

Desde el psicoanálisis, principalmente, se ha vinculado "una tendencia a la vulnerabilidad somática"² con determinadas formas de operatoria mental, especialmente del preconciente y de la actividad fantasmática y simbolizadora del sujeto.

Así dadas las cosas, es válido todo esfuerzo, aunque imperfecto, para sistematizar básicamente el campo de lo psicopatológico. Máximo cuando desde la clínica, empieza a surgir "una psicopatología" que aporta soluciones y claves terapéuticas a pacientes que demandan atención médica de un modo estereotipadamente somático.

Delimitando campos

Reflexionando sobre estos tópicos distinguimos, en un pretendido intento esclarecedor, a "la

psicopatología" de "lo psicopatológico"³ como apenas un escalón de un esfuerzo teórico que debiera ser mayor. En el universo de lo psicopatológico ubicamos a todas las enunciaciones en las que el vocablo "psicopatológico" está utilizado como *calificativo*: ej: medicina psicopatológica, psicoanálisis psicopatológico, enfermo psicopatológico, emoción psicopatológica, hipertensión psicopatológica, etc. Aquí, si bien las frases son corrientemente usadas en forma automática e inconsciente, el vocablo está calificando a partir de un marco teórico a precisar. En este universo tienen cabida y eventualmente interactúan, *todas* las postulaciones teóricas y *todos* los enmarques referenciales y explicativos posibles.

Hasta aquí, "lo psicopatológico". ¿Y "la psicopatología"? Dijimos antes que hay "una psicopatología" que, si bien aún de límites imprecisos, se va recortando del fondo (el universo de lo psicopatológico). Podemos aceptar en general que a "la psicopatología" debiéramos referirnos cuando empleemos el término como *sustantivo*: La psicopatología del niño, la psicopatología del adulto, la de la normalidad, etc. Contribuyen a definirla un conjunto de hallazgos que emergiendo del campo clínico y de la investigación, y abrevando de algunos marcos teóricos del universo conceptual antes desarrollado, van contorneando una psicopatología ("la psicopatología"), cuyos *ejes-afluentes* pasamos a describir ahora.

Afluentes de la psicopatología

1. Vicisitudes del afecto. Aportes del psicoanálisis.

2. Problemática del simbolismo. Aportes varios.

3. El enfoque psico-neuro-inmunológico.

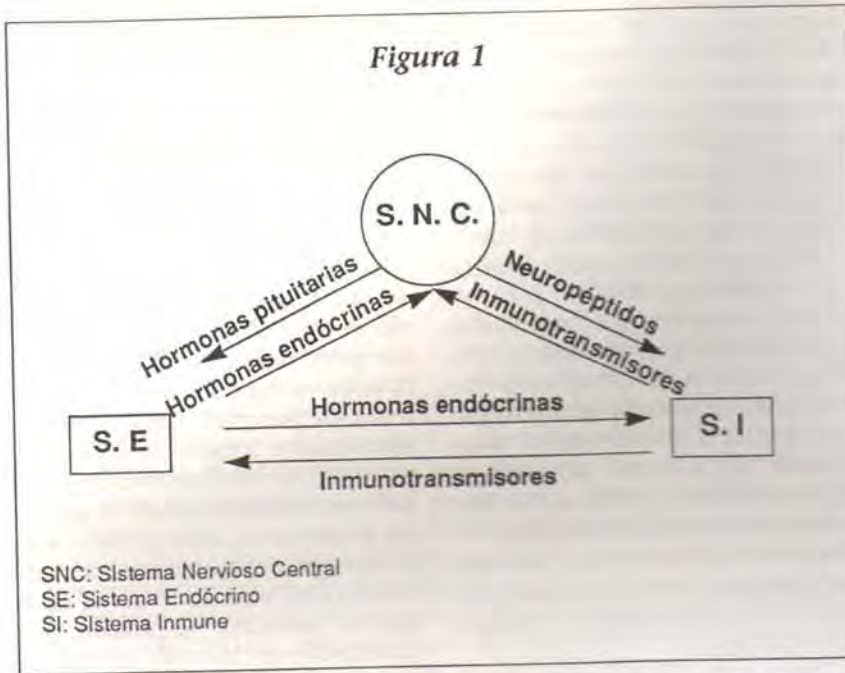
4. Los desarrollos sobre Psicología Médica y de "liaison"

1 Vicisitudes del afecto

Sabemos desde Freud, que cuando una pulsión descarga en la conciencia el componente energético lo hace como afecto; el otro componente es la idea-representación. En forma física, motora o secretoria, el afecto una vez percibido por la conciencia, es susceptible de una *significación fundacional* por parte del sujeto-niño; la cualificación-nominación del estado de descarga por parte del otro-semblante-madre, implica ya una inclusión y una categorización en el universo interpersonal. El aporte de *palabras* irá dando lugar a la formación del preconciente; este último será sede de la trama en la que se "enredará" la pulsión, mediatizando su descarga en la conciencia y dando origen al proceso secundario del funcionamiento mental. El proceso secundario es entonces un "rodeo" que dará la pulsión a los fines de alcanzar la acción más específica que deberá realizar la persona en el complejo "mundo externo" de los humanos a fin de lograr al mínimo necesario para adaptarse a él. Cualificar el afecto le permite al sujeto (niño o no), saber *qué se le ofrece* en el mundo de todo aquello que necesita para seguir viviendo (incluida la necesidad de ser deseado por los demás).



Figura 1



En general hay consenso entre los distintos autores para *caracterizar* el funcionamiento mental de quienes tienen una definida "vulnerabilidad somática", es decir aquellos que tienen una propensión al desencadenamiento de una enfermedad somática, o a una crisis dentro del curso de enfermedades crónicas. La falla radicaría en la *carencia de una adecuada inscripción* por parte del sujeto niño, lo que le impide nominar y cualificar determinadas demandas corporales. Lo innominado, no es lo reprimido como en las neuro-

sis, sino que alude a una patología en la construcción normal de un vínculo simbiótico madre-hijo, en la que la madre carece de la capacidad de "holding" que le permite al niño construir su imagen corporal en condiciones de normalidad. Situaciones como el abandono, una excesiva sobreprotección o el aislamiento precoz del niño, el distanciamiento en el vínculo y la mala codificación de los afectos por cuenta de una madre narcisista, son las causas comunes a las que se les atribuye la formación de un "splittig" temprano (en la mente del niño), entre el sujeto, el objeto y el cuerpo, de manera que este último es sentido como si fuese extraño o como teniendo autonomía. La persona vulnerable somáticamente tiene una estructuración mental (a la que muchos incluyen dentro del sector de los trastornos narcisistas), y un funcionamiento del pensamiento llamado operador; se dice que funcionan como *operadores*: no se ubican para saber qué le pasa al otro, tienen dificultades para la introspección y para la penetración intersub-



jetiva, e incluso el discurso "duplica" los hechos, como lo haría un operador informativo; se sobreadaptan al mundo ("normópatas"),⁴ y esperan del mundo (también del terapeuta) que sean operadores con él.

En estas personas es habitual hallar un especial tipo de *depresión* -aun desde antes de las somatizaciones- distinta de las depresiones neuróticas y psicóticas, que tiene una clínica de apagamiento de la dinámica psicológica, con disminución de las identificaciones, de las proyecciones y de la vida de fantasía general. En estas depresiones la identificación narcisista prevalece sobre la relación de objeto. Ante la pérdida, en lugar del rico proceso de duelo, sobreviene el *vacío*, con sensación de vida apagada, con tendencia a lo impersonal (suelen hablar en tercera persona de sí mismos, "un amigo", "un esposo debe..."), con sensación de abatimiento y fatiga del cuerpo, aburrimiento, etcétera.

2 La problemática del simbolismo

2 La problemática del simbolismo

Aquí el psicoanálisis aporta desde distintos enfoques; no es lo mismo el simbolismo corporal en Klein, que la idea sobre simbolismo y significación en Lacan, pero también debieran aceptarse otros aportes que llegan, no sólo de la psiquiatría y del psicoanálisis, sino desde disciplinas tan diversas como la filología, historia, antropología, mitología, etc.

La investigación epistemológica sobre el simbolismo, debiera atravesar la mayor cantidad posible de encierros ideológicos y dogmáticos de escuela, dentro y fuera de las disciplinas del quehacer asistencial del paciente psicósomático.

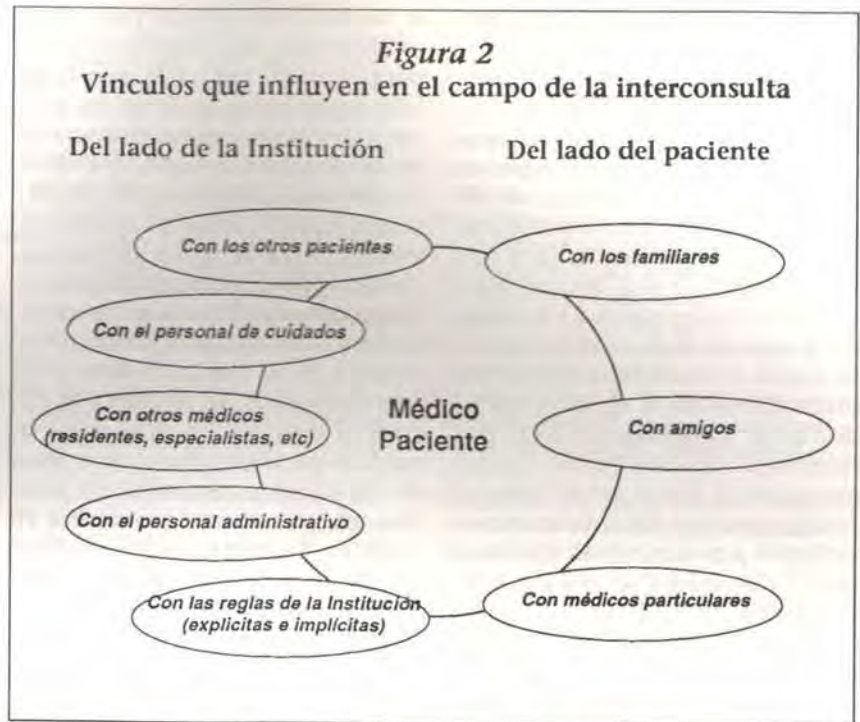
Es conocida y aceptada desde hace un tiempo, la presencia de somatizaciones que reemplazan al discurso verbalizado (el cuerpo habla), e inclusive se han correlacionado algunas fantasías específicas con determinados órganos, aparatos y sistemas del organismo (el órgano habla),⁵ sin embargo es mucho el camino que deberá recorrer la indagación clínica y teórica en este campo.

La función simbólica, en sentido amplio, consiste en generar una *tensión comunicante* entre el símbolo y la cosa simbolizada, creándose de este modo una posesión *transitoria*, de la cosa, el ser, el objeto... El símbolo tiene su raíz en la experiencia de afinidad existente entre una emoción o un pensamiento, por un lado, y una experiencia sensorial, por otro. De acuerdo con esto, y con respecto al campo de lo psicosomático, el símbolo tiene su raigambre en las propiedades de nuestro cuerpo.

La organización perceptiva es la amalgama de los elementos de las fantasías inconscientes con informaciones sensoriales; de este modo se estructura un universo simbólico, dentro del cual el sujeto pasa a vivir. Así entonces, el mundo externo del individuo, bueno o malo, es un mundo más o menos mítico según él ayudó a construirlo. El mundo externo cultural del hombre es un habitat en el que deberá vivir y adaptarse, y en el que sus expresiones pulsionales, sublimadas o no, encontrarán el lugar de descarga.

¿Hay algo más psicosomático que cuando el Ello se transforma en Yo, cuando el cuerpo se convierte en palabra.⁶ Lo simbólico debiera entenderse en relación a lo instintivo, como una situación operándose a partir de otra situación, y no como causándola en forma lineal. El *cuerpo* entonces se re-crea, se re-elabora y se reconstruye en la mente produciendo *significaciones* que permiten la *comprensión intersubjetiva*. Repiten los investigadores que en los pacientes con vulnerabilidad somática, no se logran *efectos de significación*,⁷ y en ellos la vida de fantasía –en general– es pobre (Hipo-función de la fantasía). Sami-Ali define un pasaje desde el cuerpo imaginario (en déficit) hacia el cuerpo real, a causa de una disminución de las proyecciones. Este tránsito regresivo se da en el marco de un retroceso del lenguaje –desde *lo figurado* a *lo literal* y *lo neutro*– debido a una represión de lo imaginario en favor de una particular adaptabilidad social mediada por el “Superyo corporal”.⁸

Se produciría entonces una “hipofunción” psíquica, con pobreza en las relaciones transferenciales



(relación “blanca”), sensación de falta de sentido, vacío y aburrimiento.

3 El enfoque psiconeuro inmunológico

A (falta), *lexis* (palabra), *timia* (afectos). Alexitimia, es el nombre que en 1972 los norteamericanos Sifneos y Nemiah encontraron para describir a pacientes con determinadas afecciones orgánicas (cardiopatías): los que no lograban explicitar sus afectos mediante palabras, ni distinguir sensaciones corporales de sentimientos. Estos y otros autores, correlacionaron esta descripción con hipótesis neurológicas: alteraciones en la comunicación anatómofuncional entre ambos hemisferios cerebrales, lateralización del hemisferio izquierdo, y alteraciones en la regulación fisiológica entre neocórtex y sistema límbico. Sin embargo, merced al gran desarrollo de la inmunología en los últimos años, el enfo-

que actual es más abarcativo y complejo.

La investigación sobre la inmunidad en algunas patologías (SIDA, HPV, cánceres de mama y de cérvix, entre otros) y su integración a los conocimientos neuroendócrinos acumulados desde Seyle, han permitido una visión integradora de los tres sistemas (neuroinmunoendocrinología) (fig. 1). La articulación es más interesante cuando se le asocia el estudio en conjunto con determina-



la personalidad y de los grupos sociales.

Sería abundar hasta lo excesivo, en una primera aproximación, abarcar más de dos o tres ensayos publicados. Bastarán unos pocos ejemplos: hoy hay evidencias de que los parámetros inmunológicos varían con el estilo de las personas para sobrellevar una determinada situación (*coping style*). La tendencia a suprimir *la ira* (*coping* pasivo) se asoció a un aumento de la inmunoglobulina A sérica (indicador de empeoramiento del pronóstico).⁹ Se comprobó que el apoyo social puede actuar sobre el funcionamiento del sistema inmunológico y el curso de la enfermedad.¹⁰ (La *soledad* se asoció al deterioro de las funciones celulares inmunológicas, como la disminución de la latencia del virus herpes.¹¹ Incluso algunos de nosotros, en comunicaciones de estudios preliminares, advertimos sobre la asociación de HPV y depresión, contrastando al grupo de infectados con un grupo control.¹²

4 Psicología de la medicina. La interconsulta

Entre los muchos cambios que introdujo el psicoanálisis en nuestro tiempo, se encuentran los de la propia cultura médica, al permitir que un enfoque psicodinámico transformara a la psiquiatría clásica, incorporando una visión más humanista pero también científica de la persona del paciente.

El acercamiento entre el psiquiatra y el médico se hizo posible a través del mecanismo de la *interconsulta* entre ellos, después de que se agregara el psiquiatra con orientación psicoanalítica al hospital general.¹³

El caso de la interconsulta en el campo psiquiátrico-psicológico, es indudablemente un tipo especial de interconsulta. No es la habitual entre especialidades médicas, donde única o especialmente

se solicita una opinión más calificada, o una más específica terapéutica, sino que es la que también acentúa los aspectos transferenciales y contratransferenciales de la relación intersubjetiva entre las personas integrantes de los diversos equipos médicos que intervienen en la atención de los pacientes. Debiera contemplarse a la interconsulta en el campo psiquiátrico-psicológico, como a un sistema, en el que intervienen varios elementos de interacción dinámica cuyo núcleo es la relación médico-paciente, pero que a modo de círculos concéntricos pueden integrar otros vínculos. Por el lado de la institución médica donde el paciente se halla internado: a) los vínculos con los otros pacientes; b) con el personal de cuidados; c) con los administrativos; d) con otros profesionales (médicos, residentes, otros especialistas, etc.); e) con las reglas institucionales, y por el lado del paciente internado: a) con sus familiares, b) con sus conocidos, c) con médicos particulares de su elección, etcétera. (fig. 2)

No obstante y pese al tiempo transcurrido desde el inicio de su praxis, la interconsulta en el campo psiquiátrico-psicológico no tiene aún la importancia y la vigencia que las problemáticas clínicas requieren, según lo demostró una indagación reciente.¹⁴ En ese trabajo se detectó además, la vigencia de un tipo de patología de la relación médico-paciente; se trata de una *idealización* de la figura del médico como curador por parte del paciente, transformándolo en un objeto omnipotente en el que se depositan masivamente los miedos y las fantasías terroríficas desencadenadas por la enfermedad somática. Por otro lado, los médicos hoy todavía se hacen cargo de "la magia curativa", que las sucesivas culturas de las sociedades de la historia humana les han asignado, y desarrollan una identidad profesional basada en un *falso*

self idealizado, mítico, que se ubica por "arriba" de la enfermedad somática, siendo en su imaginario inmune a ella.

Estas son algunas pocas de las muchas influencias del psicoanálisis sobre el campo de la interconsulta y sobre la psicología de la medicina. Esta última también incluye aportes de la antropología, de la filosofía y de las otras "escuelas" psicológicas, las que enriquecen no sólo el estudio de la relación médico-paciente, sino de las otras relaciones, como medicina-médico,¹⁵ estudiante de medicina-paciente, estudiantes-profesores, etcétera.¹⁶

Finalmente

Es indudable que los contenidos de este pequeño ensayo remitirán a la discusión de fondo: ¿qué es salud-enfermedad? La idea de salud ha ido cambiando a lo largo de la historia, porque cambió la historia. Antes y después de Hipócrates, Descartes o Freud, es el universo simbólico de la persona el que no es el mismo. La idea de la salud ha sido diferente según su teleología.

Dice el epistemólogo Klimovsky: "...si se quiere obtener una comprensión fuerte de qué es eso de la enfermedad, necesita acudir a algún cuerpo teórico..." "¿pero cuál cuerpo teórico?, y más adelante "la psicofarmacología, el psicoanálisis y la psicoterapia, en lugar de haberse escindido tan violentamente unas de otras, deberían adoptar *hipótesis factoriales* que implicaran límites de separación menos duros acerca de lo pertinente a la acción terapéutica".¹⁷ Es decir no se pretende una unicidad en el sentido de exclusividad, sino de integración y confluencias para la salud.

Hemos recortado cuatro pilares para "una psicósomática", que sobresalen por su preponderancia teórico-clínica del "pool" de lo psicósomático ■

Notas

1. El DSM III no habla de "enfermedades" psicósomáticas.
2. Ver "vulnerabilidad somática" en

- Chevnik, Marty y otros en la bibliografía.
3. Rev. Capítulos de Psicósomática,

- bibliografía.
4. En Mc Dougall, bibliografía.
5. En Chiozza, ver bibliografía.

6. En la obra de Freud.
7. En Marty, Sami-Ali y otros.
8. Ver Sami-Ali, bibliografía.
9. Pettingale y otros.
10. Kiecolt y Glaser. En Stone. En Levys.
11. Kiecolt y Glaser.
12. Ponencia en Congreso Mundial de Psiquiatría, ver bibliografía.
13. En 1956, en el Serv. Psicop. Lanús el Dr. Goldemberg, organizó la primera unidad con pacientes internados.
14. Ponencia en Mesa de Iguazú, IX Congreso Nacional de Psiquiatría.
15. Aforismo de Balint.
16. Muñiz J. R., en Psicossomatica Hoje, en bibliografía.

Bibliografía

- Albalustri, L., Gómez Fernández, R, Rolla, E., Rolla, S. Riegner, S. y Belardi, G., "Psycoemotional Disturbances with H.P.V." 9th. World Congress de Psychiatry. 9-12 June, 1992, Rio de Janeiro.
- Bleichmar, M., "El Narcisismo" Bs. As. Nueva Visión. 1983.
- Bleichmar, M., "La Depresión: Un estudio psicoanalítico", Bs. As., Nueva Visión, 1984.
- Chevnik, M., "La clínica del paciente con daño somático" "Diagnóstico y abordaje psicoterapéutico", Vertex, Rev. Arg. Psiq. Vol. III N° 8, 126-132, Bs. As., 1992.

- Chevnik, M., "Aspectos narcisistas en el paciente psicossomático en la cura psicoanalítica" Rev. de Psicoan. A.P.A., Bs. As., 40, 1983.
- Chiozza, L., "¿Por qué enfermamos?", Bs. As. Alianza Editorial, 1991.
- Chiozza, L., Green, A. "Diálogo psicoanalítico sobre psicossomatización", Bs. As. Madrid, Alianza Editorial, 1992.
- Consoli, S. M., "Psycho-immunologie" Encyclopedie Medico Chirurgicale, 37.402 E.10 11-1988- París, 1992.
- De Mello, F. J. y otros, "Psicossomatica Hoje", Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- Ferrari, H., Luchina, L., Luchina, N. H., La Interconsulta Médico-Psicológica en el marco hospitalario" Bs. As. Nueva Visión, 1971.
- Fischbein, J., "Algunas observaciones sobre el afecto y lo somático en el campo de la palabra", Vertex, Rev. Arg. Psiq., Vol III, N° 8, 110-114, 1992.
- Gómez Fernández, R., "Algunas reflexiones sobre la psicossomática y lo psicossomático" Rev. Capítulos de Psiq. Clínica de APSA, Año 2, N° 5, pág. 5, Bs. As. 1992.
- Gómez Fernández, R., "Ponencia en el panel de interconsultas", Congreso Argentino de Psiquiatría, Junio 1993, Misiones, Argentina.
- Kiecolt, Glaser y otros "Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students" Psychosom. Med. 1984 9, 4, 7-14.
- Klimovsky, G., "Aclertos, dificultades y

- problemas de la práctica clínica y de la teoría". Rev. Actualid. Psicolog., Año XVIII, N° 198, 7-10, Bs. As. 1993.
- Levis, Herberman y otros "Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters", Health Psychol, 1985, 4: 99-113.
- Levis, Herberman y otros "Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictor of KN cells in breast cancer patients". Psychosom. Med. 1990 52: 73-85.
- Marty, P. "La Psicossomatica del Adulto", Bs. As. Amorrortu, 1992.
- Muñiz Jr., Chazan, L. F., "Enseño de Psicología Médica", en Psicossomatica Hoje, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- Pettingale, K. W., Morris y otros, "Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor", Lancet, 1985, 1:750.
- Repetto, J. B., "La psicossomatica psicoanalítica", Vertex, Rev. Arg. Psiq. Vol. III, N° 8, 115-122, Bs. As. 1992
- Rocco, R. P., "Relação estudante de medicina-paciente" en Psicossomatica Hoje, Porto Alegre, Artes Médicas. 1992 .
- Sami-Ali, "Pensar lo somático", Bs. As. Paidós. 1991.
- Zimerman, de, "A formação psicológica do médico" en Psicossomatica Hoje, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- Mc Dougall, "En defensa de una cierta anormalidad". Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.



SUS PROBLEMAS DE CUELLO Y ESPALDA LE PIDEN UNA SOLUCION DEFINITIVA



Sillones anatómicos y reclinables, regulables en apoyacabeza y riñonera.

Divanes tapizados con cabezal regulable.

Equipamiento integral de instituciones.

Porque cada persona, por su conformación física y actitud, requiere respuestas especiales.

Cuba 132
Villa Luzuriaga
San Justo

650-1511



muebles confortables



VERTEX 263



Susana Lescano

"Antes de la multiplicidad"

Escultura

Bronce, hierro y madera, 2,70 x 0,50 x 0,40



CRONICIDAD Y CRONIFICACION EFECTO DE SUJETO Y EFECTO SOCIAL

Juan Carlos Stagnaro

Médico psiquiatra. Jefe de trabajos prácticos, Depto. Salud Mental U. B. A., Médico del Servicio de Admisión Htal. "J. T. Borda" Rivadavia 1984, 12 "E", Buenos Aires.

Cuando Occidente encomendó a la Medicina ocuparse oficialmente de la locura (y un cierto Pussin comenzó a instruir al Prof. Pinel) los insanos constituían un fenómeno social heteroclitico y adocenado a las demás formas de la marginalidad(1). Por esos años en la opaca percepción que se tenía del hecho psicopatológico no se establecían mayores distinciones categoriales y se detenía la visión de cada caso en la instantánea de su mera descripción.

En el nuevo campo teórico-práctico que se inauguraba se recortó primero la noción de género: la alienación mental, y se comenzó a esbozar, como todos sabemos, la clasificación madre de todas las nosografías. La sincronía del inventario sintomático ocupaba a la sazón toda la escena, y así fue hasta promediar el siglo.

Hizo falta que se rescatara la observación de Bayle(2) sobre la aracnoiditis cerebral, que ésta hiciera serie con la de la reiteración de crisis de manía y melancolía en la vida de un individuo (lo que J. P. Falret llamara "locura circular"), y que otros siguieran en el tiempo a sus pacientes asilados, para que se fuera esbozando, hasta tomar forma, el paradigma de las enfermedades mentales(3) en la entonces flamante clínica psiquiátrica de fines del siglo XIX.

Con la producción de los gran-

des clínicos de esa época —que sintetizará Kraepelin— el edificio llega a su esplendor máximo. El individuo sufre una enfermedad mental, esta puede ser aguda o crónica, es decir, evolucionar en un solo episodio, al estilo de las tormentas estivales, o comenzar brutal o insidiosamente para ir luego invadiendo progresivamente la existencia del paciente e instalarse para no partir jamás. El resultado en el plano subjetivo es un lento apagamiento de lo que hoy llamaríamos capacidades cognitivas, un amortiguamiento afectivo y un debilitamiento vincular pronunciado; vía final común de esas existencias de hospicio que plasmaron los tratados clásicos de nuestra especialidad.

La Medicina utilizaba el concepto de diacronía en el estudio de las enfermedades desde que conceptualizó la evolución temporal en el estudio de la úlcera péptica en el siglo XIV. La Clínica Psiquiátrica comenzó a utilizarlo desde mediados del siglo pasado en donde aparecen en la literatura los términos delirio y crónico yuxtapuestos para designar el destino prolongado de la locura. "Hace falta tiempo para volverse loco" dirá recientemente Gorceix(4).

Dos elementos aparecieron ligados desde entonces: cronicidad y deterioro. La presencia o la au-

sencia del segundo sirvió para, en el marco de la evolución crónica, separar los delirios de un tipo y de otro permitiendo al bisturí nosográfico diferenciar las paranoias, las psicosis alucinatorias crónicas y ciertas parafrenias, de la demencia precoz, o si se prefiere la modernización bleuleriana, del grupo de las esquizofrenias.

El deterioro fue entendido en el sentido de defecto, propio de las demencias vesánicas, resultado de las evoluciones psicóticas, para diferenciarlo de la destrucción cerebral propia de las demencias degenerativas, vasculares o de otras enfermedades neurológicas.

Atrás en el desarrollo, al alba de la constitución subjetiva, quedan los que nunca se podrían demenciar por que nunca fueron completos: los oligofrénicos.

Luego vino el psicoanálisis y todo el edificio tembló ante la clínica de la escucha.

Pero también advinieron la antipsiquiatría y la psicofarmacología (*su alter ego*); aparentemente enemigas que coincidían en el mismo resultado: el cuestionamiento y la inutilidad del encierro asilar. Varias consecuencias se sacaron del fuego cruzado al que se sometieron las concepciones clásicas. Y de entre ellas la de que el observable clínico que delineaba la silueta de cada entidad crónica era un *patchwork* de proceso psico-

patológico y patoplastia asilar. Los locos del hospital psiquiátrico eran hombres psicóticos que habían vivido años allí y esto tenía pesadas consecuencias sobre su estado psíquico. ¿Cómo separar un efecto del otro? ¿Cómo discriminar en la textura del trabajo delirante las hebras del hospitalismo?

Algunos sondaron las poblaciones de los manicomios y en una nueva clasificación al estilo de Pinel en Bicêtre apartaron a unos habitantes de otros. Hoy día y en nuestro país podríamos suscribir con algunas adaptaciones a esos estudios(5)(ver Cuadro). Con el paso de los años la experiencia clínica, realizada en los países que hicieron una oferta de desinstitucionalización más o menos exitosa (EE. UU., Francia, Italia), demostró que la estructura de la constitución subjetiva psicótica hacía recaer en sucesivas crisis que puntuaban de descompensaciones la vida de los pacientes aún en las mejores condiciones de externación(6).

Es decir, que superada la cronificación generada por el hospitalismo subsistía la propia evolución del devenir vital de quienes habían iniciado un proceso psicótico.

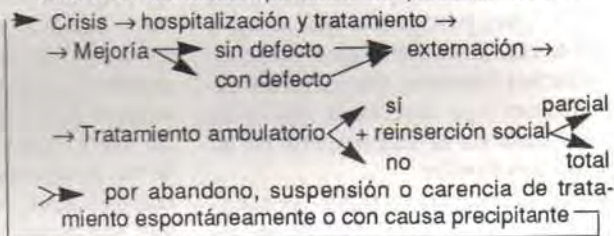
Se hacía necesario entonces, mitigadas las viejas ilusiones antipsiquiátricas, aceptar la realidad del hecho psicopatológico y crear nuevas estructuras para acoger y acompañar la emergencia de la locura.

Una sucesión de dispositivos de gran plasticidad (hospitales de día y de noche, hostales, casas de medio camino, departamentos terapéuticos, etc.) crearon una red extrahospitalaria para avanzar desde el concepto de resocialización y reinserción al de gestión de la salud diferenciando lo que corresponde a la asistencia psiquiátrica de la asistencia social. El viejo concepto de cronificación de-

CRONICIDAD Y CRONIFICACION ASILAR

(adaptado de Raymondis)

- | | |
|--|--|
| <p>1. LOS DEBILES MENTALES</p> <p>2. LOS DESEQUILIBRADOS o DISARMONICOS DE LA CLINICA CLASICA o PEQUEÑOS PSICOPATAS (en sentido médico-legal)</p> <p>3. LOS AFECTADOS POR QUIMIOTERAPIAS PROLONGADAS</p> <p>4. LOS SEDIMENTADOS</p> <p>5. EL "FONDO del TARRO" ASILAR</p> <p>6. LOS EX-PSICOTICOS CURADOS y ENVEJECIDOS</p> <p>7. LOS VERDADEROS CRONICOS</p> <p>Son los que evolucionan así:</p> <p>Descompensación</p> | <p>Antiguamente los "locos del pueblo", habitualmente conservados en el seno de sus familias (estructura de familia ampliada) Estos pacientes podrían vivir afuera en un medio protegido pero como este es inexistente el "darwinismo social" los empuja hacia el interior de las instituciones.</p> <p>Generalmente débiles mentales moderados, muy influenciados por el medio. De origen proletario o subproletario. Se unen a bandas de pequeños delincuentes y pasan muchos años de su vida entre el H. P. y la cárcel. Al envejecer se aproximan al grupo 1.</p> <p>Con atonía del comportamiento que acarrea una dificultad a veces irreversible para situarse en un medio de vida ordinario.</p> <p>Ex-psicóticos de edades diversas que en un cierto momento dejaron de estar enfermos y quedaron en el Hospital sin tratamiento. No quedaron con deterioro o defecto como consecuencia del proceso psicótico pero son poseedores de una personalidad infantil, con fuertes rasgos de dependencia y se adaptaron muy bien al H. P. y se resisten a salir de él, a veces agresivamente.</p> <p>Son sujetos que entraron por un episodio reactivo frecuentemente social, no tienen diagnóstico o se los cataloga con el apelativo de "psicópatas/ones". Frecuentemente no tienen tratamiento ni historia clínica actualizada.</p> <p>Que luego de un período agudo quedan con un defecto residual y al envejecer combinan los efectos del mismo con los de la senilidad. Pueden pertenecer al grupo 7 y en una de sus descompensaciones quedar en el H. P.</p> |
|--|--|



bería quedar así ligado a lo que el aislamiento, la falta de estimulación, la marginación manicomial, hacen del ciudadano psicótico. Y para la posible, aunque no ineluctable, sucesión de crisis que suscita lo estructural de la psicosis debería acuñarse otro término (¿cronización?). De esta manera quedaría discriminado lo ineludible del ser psicótico, estructuralmente considerado, del efecto social que

genera la vieja concepción manicomial, es decir, la cronificación; y el necesario proceso de desinstitucionalización no correría el riesgo de ser un romántico salto al vacío o un ahorro presupuestario encubierto, sino que se constituiría en un campo de investigación en la interfase psiquiatría/psicoanálisis que formule una nueva posición teórico-técnica ante la locura ■

Bibliografía

1. Postel, J., Quétel, C., Historia de la Psiquiatría, F. C. E., México, 1987.
2. Bayle, A. L. J., T., Recherches sur les maladies mentales. Thèse, París, 1822.
3. Lanteri-Laura, G., Psychiatrie et con-
- naissance. Ed. Sciences en situation. París, 1991.
4. Annales médico psychologiques. Vol. 149, N° 9, 1991.
5. Raymondis, L. M., La sedimentation asilaire. L'Evolution Psychiatrique, Tome XXXIV, III, pág. 563-594.
6. Garrabé, J., Kapsambelis, V., Nouvelles structures intermediaires et mouvement de désinstitutionnalisation. Edit. Techn. E. M. Ch. (París-France) Psychiatrie 37-930, N° 10, 1993.

EL HOSTAL, UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES EN CRISIS

Marta Augé de Depino

Psicóloga, psiconalista, Directora del C. P. I. Amenábar 1000, Buenos Aires, Tel.: 784-2722

A los convocantes y asistentes a las primeras jornadas de Hostales en Salud Mental, recientemente efectuadas en Buenos Aires, nos ha sido permitido confrontar –en el intercambio de experiencias de convivencia de personas que padecen sufrimiento psíquico– resultados similares, aún partiendo de marcos teóricos distintos.

Conocimos en este encuentro las *casas de pre-alta* de distintas curadurías, que responden a la necesidad que sin duda se les plantea a los juristas y curadores, cuando se está frente al alta de un paciente, tras largos años de internación en una institución psiquiátrica. Estas personas han perdido su entorno familiar o éste ya no está dispuesto a aceptarlas nuevamente, no cuentan con me-

dios económicos y el entorno social (el de las grandes ciudades) no puede responder mínimamente a las necesidades del enfermo mental. Surgen así las casas de convivencia que– sobre la base de una estructura mínima: vivienda, control psiquiátrico y ubicación laboral– les permite una vida independiente supervisada.

Otras propuestas pueden agruparse en los *hostales para personas defectuadas* por su enfermedad, asociada muchas veces a tratamientos inadecuados que han profundizado su deterioro. No es posible para ellas un proyecto de vida independiente. En estas casas la propuesta terapéutica suele estar centrada en la rehabilitación y re-socialización del paciente crónico. Algunos de estos hostales son presedores de grandes obras sociales,

que encuentran allí una solución para un gran grupo de afiliados.

Somos conscientes de no haber inventado nada, las primeras experiencias datan del siglo VII en la ciudad de Ghell donde “los lunáticos” vivían en una exclusiva colonia comunal en cabañas o casas particulares de la villa y de las aldeas vecinas adyacentes (Henry, 1941). En Vermont (1933) se define al *hostal* del siguiente modo: “un ambiente entre el hospital y el mundo exterior haría una importante contribución a la rehabilitación de algunos pacientes adecuadamente seleccionados. Traslándose desde la existencia restringida y dependiente de un hospital psiquiátrico, hacia la más independiente, pero todavía relativamente simple vida en el *hostal*, (el ex-paciente) lógicamente estaría mejor preparado para tomar su lugar otra vez en la propia comunidad”.

Hoy, nosotros proponemos un *hostal para pacientes en crisis* (agudos) apoyados en tres pilares que consideramos esenciales y articulables en nuestra práctica; estos son:

- el tratamiento psiquiátrico,
- el psicoanálisis individual, y
- el tratamiento institucional.

Ofrecemos así una casa abierta donde un equipo interdisciplinario, desde un marco teórico psicoanalítico, dé lugar a la palabra del sujeto, soportado por un tratamiento psiquiátrico que al reducir el monto de angustia y la intensidad de los fenómenos



elementales, facilite la convivencia del asistido con su entorno.

Creemos contradictorio con una ética de la condición humana deseante, pensar en una propuesta psicoanalítica donde está en juego algo de la verdad del sujeto, en un contexto institucional donde se lo priva de sus derechos civiles, se le impide comunicarse con su medio social y familiar y se lo somete a fuertes tratamientos medicamentosos. Muchas veces se dan internaciones compulsivas o engañosas, colocando al paciente como objeto a ser tratado. ¿Cómo subjetivarse desde esa experiencia?, ¿qué lugar tendrá el analista apoyando o acordando con esa propuesta?, ¿será posible un análisis en estas condiciones? Pensamos que no, o por lo menos que no es un buen comienzo.

Si le damos lugar a la palabra el sujeto, al poco tiempo formulará alguna demanda referida a sus angustias, a su entorno familiar o laboral, a sus voces; y será ese el punto de partida para acordar un espacio donde ser escuchado.

Las barreras de contención desde el inicio serán simbólicas; que dejen a los asistidos la posibilidad de jugarse como sujetos de deseo, y no barreras mecánicas o químicas que le den la certeza de su lugar como objeto de un otro gozador, que puede hacer con él lo que quiera.

El hospital ofrece un ámbito de convivencia que tiene como principal objetivo restaurar el orden simbólico, por eso se acuerdan con cada asistido normas y reglas de convivencia que irán surgiendo en el devenir del tratamiento, según las necesidades de cada uno y teniendo en cuenta los derechos de los demás. Así estamos atentos en no posicionarnos como "amos", lugar donde constantemente nos ubican los asistidos, ni tampoco en esclavos de sus caprichos.

Al no caducar sus obligaciones y derechos como ciudadano deberá responder por ellos, y por no aislarse tendrá que estar atento a las convenciones sociales: vestimenta, higiene, uso del dinero, etcétera.

Se establecen normas para las

salidas según las necesidades de cada asistido, así como también el lugar donde es posible desplegar su mundo delirante: psicoanálisis individual y hospital de día. No es escuchado en cualquier lugar ni en cualquier momento; tendrá que esperar la oportunidad.

El ofrecimiento general es que participe de las actividades de clínica de día, taller laboral, o actividades recreativas; podrá hacer uso de algunas de estas instancias o de ninguna de ellas, siempre que emplee su tiempo en algo que le sea útil o lo gratifique y no lo aisle de su entorno fuera o dentro del hospital.

Como terapeutas con formación psicoanalítica nos ubicamos en interlocutores del asistido, en escuchas de aquello de lo que él habla, poniendo en discusión los puntos a convenir. Algún miembro del equipo es "elegido" y resulta un interlocutor que el asistido valida, seguramente porque alguna transferencia se ha establecido allí, y será ese el terapeuta encargado de establecer los puntos de acuerdo. Esos puntos de acuerdo van desde la aceptación de vivir momentáneamente en el hospital, tomar determinada medicación si es necesario, acceder o no a salidas, realizar o no llamados telefónicos, y múltiples cuestiones que hacen a la estadía en el hospital, como así también intervenciones que tiendan a la estabilización del sujeto.

Algunas de estas intervenciones podríamos agruparlas del siguiente modo:

- estimular a través de los grupos terapéuticos la identificación y de allí la interacción;
- estar atentos para aprovechar el delirio a fin de que éste dé lugar a un lazo social medianamente satisfactorio;
- crear espacios para hacer posible el acto creativo, para cuya realización el paciente psicótico está particularmente dispuesto;
- realizar maniobras que ubiquen al asistido en posición de hacerse cargo de sus palabras y de sus actos;
- establecer límites que respondan a las necesidades del sujeto y/o su entorno.

Indicaciones

Intentaré en este espacio dar cuenta de algunas situaciones clínicas, que si bien no abarcan toda la gama de posibilidades dan cuenta de aquellas que, en nuestra experiencia, se repiten con mayor asiduidad, colocando al equipo o terapeuta tratante en la disyuntiva de una internación.

Lo más sencillo será comenzar por lo que consideramos la única **contraindicación**, para que una persona se aloje en el momento de la crisis en el hospital. Esto es cuando existe riesgo de vida, en lo inmediato, para sí o para otros. Como es el caso de los períodos de excitación psicomotriz, melancolía, manía, y episodios de violencia en distintas estructuras psicopatológicas.

No disponemos, por decisión, de una infraestructura que permita tratar este tipo de situaciones. De contar con ellas correríamos el riesgo de usarlas aun en los casos en que no fuera estrictamente necesario. Bleuler, en su "Tratado de Psiquiatría" (1911), dirá que: "el mayor riesgo del aislamiento (a lo que agregó y de los sistemas de fuerza de contención, chalecos de fuerza, altas dosis de medicación, etc.) estriba en lo cómodo de su aplicación, que conduce fácilmente a abusar de él y a descuidar la tranquilización psíquica".

El hospital es una casa abierta que cuenta con 11 camas para la convivencia de los residentes y 30 plazas entre hospital de día y taller laboral. Número que nos permite tener el conocimiento de la problemática y de la evolución del tratamiento, en cada uno de los asistidos en forma cotidiana. El equipo se halla formado por 15 profesionales: musicoterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, médicos, acompañantes terapéuticos diurnos y nocturnos, contando con un único instrumento de contención: la palabra, absteniéndonos del uso de la fuerza física o de la contención farmacológica.

Si por error diagnóstico, como nos ha sucedido, llega un paciente melancólico con decididas

ideas suicidas, solicitamos el traslado de esa persona a una clínica psiquiátrica, donde podrá entre otras cosas ser contenido físicamente y asistido por el cuerpo médico en forma inmediata en el caso de infligirse algún daño.

Los hostales no cuentan con guardia médica activa, aunque en nuestro caso disponemos de guardias psiquiátricas pasivas las 24 horas.

Descartando este grupo de pacientes que no representan más que una ínfima parte de las consultas que reciben profesionales e instituciones, podemos decir que toda otra situación puede y debe ser tratada en un lugar de puertas abiertas, siempre que se cuente con un equipo entrenado.

Personas que se niegan a ser tratadas

No es común que un sujeto psicótico demande tratamiento, ya que cuenta con la certeza de sus voces: es él quien sabe, e instalar un saber en el otro es un punto al que no llega fácilmente. Rechaza psicoterapias, medicación, provocando trastornos en el medio familiar y social haciendo necesaria una instancia institucional que lo contenga. Para hacer posible un comienzo de tratamiento en estas circunstancias tendremos que encontrar el punto donde el sujeto se siente insatisfecho y desde ahí partir.

"O" (38 años), viene con su madre a conocer el hostel; pesa sobre él una orden judicial de internación, por múltiples conflictos que ha desatado en el edificio donde vive solo. Rechusa todo tratamiento, él sólo habla con Dios. Ha fracasado una internación forzada que se realizó hace 2 años fugándose de la clínica a pocos días de su ingreso.

O se presenta mal vestido, sucio y adelgazado, "no le pasa nada", "vino porque su madre quería hacerle conocer el lugar", ¿quiere conocer el lugar?, ¿para

qué?, ¿será esta una primerísima forma de demanda? Le explico someramente lo que podemos ofrecerle poniendo en duda que él nos necesite. En el salón donde se desarrolla la entrevista hay una guitarra, solicita tocarla y comenta que le robaron la suya. Pregunta si podría venir durante el día a tocar la guitarra, acepto pero le digo que deberá higienizarse. Pone otra condición: no tomará me-

tando al tiempo permanecer en el hostel y luego iniciar un tratamiento individual.

Desborde psicótico

Cuando la productividad del desborde psicótico es muy intensa, el sujeto se halla invadido por alucinaciones, ideas delirantes, despersonalización... etc., se hace



dicación. Le digo que puede ser, pero que si en algún momento consideramos que es estrictamente necesario él podrá optar entre concurrir al centro. Acepta. A partir de allí comienza a venir en el horario de hospital de día incorporándose paulatinamente, solici-

necario un tratamiento intensivo que permita un control mínimo que haga posible su vida independiente. ¿Pero qué beneficio tendría el aislamiento en estas situaciones? Seguramente ninguno o muy pocos, más bien el encierro le permitiría no tener que realizar ningún esfuerzo para mantener

un mínimo contacto con su entorno. Por lo tanto pensamos que en estos casos es necesario que el asistido conserve lo más posible sus obligaciones ya que esto redundará en una más pronta recuperación y en un menor riesgo de deterioro.

"M" (34 años). La voz de un vecino perturba toda su vida, la injuria, la crítica, no la deja sola un minuto, no le permite dormir. Todo esto porque su máquina hace un ruido que lo molesta. M está muy angustiada por esto, e intenta diversas formas para convencer a su vecino en lo equivocado de su proceder, pero este niega sentirse molesto, situación que angustia más a M.

Acepta la propuesta de su familia de ser trasladada al Hostal, inicia el tratamiento propuesto: hospital de día, medicación, psicoanálisis y entrevistas familiares periódicas. En ningún momento pierde contacto con su familia, ni con las cuestiones relacionadas con un negocio que comparte con su madre.

Se acuerda que en sus salidas sea acompañada porque las "vozes" del vecino podrían distraerla y tener un accidente en la calle.

Adicciones

Cuando las adicciones no responden a tratamientos ambulatorios, se recurre a la internación como modo de hacer frente a los primeros tiempos de abstinencia.

El hostal ha resultado de utilidad en algunos casos que nos hemos propuesto asistir. Desde el comienzo tratamos de tener claro sobre qué estructura se halla asentada la adicción y qué demanda de cura hace el asistido. De haber

una total negativa no será el hostal el lugar indicado. Pero si se esboza alguna queja aunque no esté referida a la adicción, le proponemos intentar acordar algunos puntos para comenzar a pensar con él, "eso que le sucede".

La abstinencia se va logrando paulatinamente por la puesta de barreras en el sujeto y no en la estructura institucional, apelando desde un comienzo a su palabra, apoyado por propuestas de actividades, organización del tiempo libre, y un "cuerpo a cuerpo" constante entre el asistido y los miembros del equipo.

Las fugas

Paradójicamente también podemos anunciar que nuestra casa abierta ha resultado de utilidad para aquellos asistidos que se fugan de sus hogares por largos períodos, algunas veces por conflictos netamente de orden familiar, y otros, poseídos por voces que los instan a realizar ese acto. En distintas oportunidades pacientes a los que no ha sido posible mantener en internaciones tradicionales por sus fugas o negativa total a pensar en sí mismos, han accedido a nuestra propuesta de tratamiento.

No han tenido la necesidad de "desaparecer"; porque esto está facilitado, si han transgredido la indicación de no salir solos lo han hecho por breve tiempo y en algunas oportunidades han telefonado para avisar dónde se encontraban.

Crisis familiares

Cuando los conflictos familia-

res están depositados en uno de sus miembros y se desencadenan situaciones de violencia, se hace necesario separar a ese individuo de su entorno. Pero ¿por qué internar a esa persona que no presenta grandes dificultades fuera del ámbito familiar? El hostal suele ser una opción que permite un paréntesis para trabajar con la familia preservando al miembro asignado.

Pacientes sin cobertura en sus lugares de origen

Nuestro hostal nació por el pedido de una familia extranjera que necesitaba un tratamiento para su hijo adolescente, y que no contaba en su país de origen con propuestas terapéuticas. El joven se alojó en el hostal no teniendo que trasladarse parte de su familia a Buenos Aires y permitiéndole al mismo tiempo, pasado el primer período de crisis, preparar en un instituto de enseñanza las materias que adeudaba de su tercer año.

Ha resultado de utilidad para personas del interior de nuestro país, a los que por falta de cobertura en los lugares de origen, se les hace necesario el traslado a nuestra ciudad con el consiguiente costo económico y de desarraigo que trae para la familia, si parte de ella tiene que acompañar al paciente el tiempo que dure su tratamiento.

Vemos así, que son múltiples las posibilidades que da nuestra propuesta terapéutica, abarcando desde un lugar de resocialización después de mucho tiempo de internación y aislamiento, hasta el tratamiento de una primera crisis ■

Bibliografía

- Apollon, W. y otros, "Traiter la psychose". Woend-Griffic, Quebec, Canadá, 1989.
Augé de Depino y otros, "El Hostal. Una experiencia de tratamiento sin encierro en psicopatologías graves."

- Psicoterapias Integradas Editores, Bs.As., 1993.
Bleuler, E., "Tratado de psiquiatría", Espasa Calpe, Madrid, 1967.
Rausch, H. y Rausch, C., "The Halfway House Movement. A Search For Sa-

- nity", The Century Psychology Series, New York, 1968.
Soler, C., "Estudios sobre las psicosis" Manantial, Bs.As., 1989.

CASAS DE MEDIO CAMINO

Pablo M. Gabay
Mónica D. Fernández Bruno

Médicos Psiquiatras (U.B.A.)
Charcas 3939 - PB "B" (1425) Buenos Aires.

Introducción.

La hospitalización psiquiátrica durante las 24 horas del día es una modalidad de tratamiento necesaria en el enfoque global del paciente(15), pero idealmente debería limitarse a un período breve, de modo que la vida de éste sea alterada lo menos posible(7, 15). Durante las internaciones prolongadas la red social del paciente se cierra rápidamente, éste pierde sus referentes, sus vínculos y sus roles. De este modo, invariablemente, suma a su patología alteraciones a nivel de sus relaciones afectivas, ocupacionales y con el medio ambiente.

Al yugularse la crisis que motivó la internación y hallándose en condiciones de alta, el paciente no puede reinsertarse, no encuentra un lugar(15). Sobrevienen pérdida de continencia y, en consecuencia, marginación; queda encerrado en un "afuera" que no lo acepta(15). Esta situación, a su vez, crea y realimenta el hospitalismo, en el cual el eje de la cultura pasa por los valores y costumbres del hospital que el sujeto se niega a abandonar(10), lo que dificulta cada vez más la salida de la internación y la reinserción social. Un círculo vicioso se ha establecido. El paciente es abandonado. Cuanto más larga es una internación, más probable es que ocurra esta situación.

En el informe del Joint Information Service, *Partial Hospitalization for the Mentally Ill* (1969), Glasscote(9) mostró que los cuidados diurnos resultan beneficiosos para muchos pacientes al realizar la transición desde una situación de internación hasta reintegrarse por completo a la vida en

la comunidad. Herz et al. (1971) demostraron que los pacientes tratados con una internación más breve, seguida de algún tipo de tratamiento externo, presentaban menor probabilidad de reinternación que los pacientes tratados con internaciones prolongadas. Además, en el largo plazo, mostraban una mejoría notablemente superior en las escalas que evalúan el deterioro del empleo del tiempo dedicado a la rutina diaria y al ocio, así como en la actividad relacionada con el manejo de la casa(11). Por otro lado, los estudios que compararon internaciones cortas y prolongadas no mostraron ventajas en estas últimas(3). El "síndrome de pobreza clínica" del esquizofrénico está asociado con la pobreza social del medio institucional y la infraestimulación resultante(3).

"Muchos pacientes esquizofrénicos crónicos son rehospitalizados más como resultado de sus capacidades sociales y vocacionales inadecuadas que a causa de su psicopatología. A menudo se encuentran con problemas para obtener un empleo y, una vez conseguido, experimentan problemas para llevar a cabo adecuadamente su labor debido a sus pobres habilidades vocacionales y sociales y a la falta de motivación. Para estas personas, los esfuerzos de rehabilitación tienen especial importancia(7)".

Estos cuidados deben ofrecerse fuera del hospital y en la comunidad, por lo que muchas veces es necesario proporcionar una forma de vivir protegida a los pacientes que no tienen familia o amigos con quienes vivir. Distintos autores señalan la importancia de una rehabilitación social y vocacional con una orientación terapéutica

de tipo comunitario que incluya talleres protegidos, dando gran importancia a la formación de grupos pequeños y a la interacción entre sus miembros.

La OMS estima que a la discapacidad psiquiátrica le corresponden hasta 2/5 del total de discapacidad mundial, afecta especialmente a gente joven y muestra el porcentaje más bajo de recuperación de capacidad social y laboral total(3). Para evitarla o reducirla surge la necesidad de crear instituciones que brinden continencia al ex-internado en su vuelta a la comunidad y lo apoyen y ayuden durante este difícil proceso(16).

Antecedentes históricos

El tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con patología mental en el seno de la comunidad no es nuevo(8). Los cambios en el tratamiento psiquiátrico comenzaron cuando Pinel liberó de su cadenas a los enfermos mentales a fines del siglo XVIII(3, 4). En la América del Norte colonial todo el cuidado de los enfermos mentales graves y crónicos se hacía en la comunidad. En el pueblo de Ghell, en Bélgica, ya se realizaba el pupilaje de alienados incurables e inofensivos en el seno de familias de agricultores(2, 4). Esta modalidad se extendió luego a Alemania y Francia(4). En Inglaterra, John Conolly implementó el *non restraint system* (1839) y se establecieron hostales para insanos pobres (1870)(2); en Escocia se comenzó a utilizar el *open door system* (1870)(4). El cuidado de pacientes en familias sustitutas se inició en Massachusetts en 1883 y se intentó en gran escala en la década de 1930(8).

Un pionero en América fue el Dr. Domingo Cabred quien, inspirado en las experiencias de Connolly(20), creó el asilo de Open Door en la Prov. de Buenos Aires (1899-1901). Esta fue la primer colonia rural autosuficiente que funcionó en el continente(20). Su objetivo era la reintegración social del alienado por medio de una modalidad de *moral management* y *non restraint system*, "un enfoque que acentúa el papel del medio" en la rehabilitación(20). Luego se crearon otras en EE. UU: Gould Farm en 1910 y Spring Lake Ranch en 1932(2, 8). De este modo surgió "una intención de reforma del paradigma alienista en términos de un desplazamiento desde la figura central del alienista soberano en el manicomio [...] hacia los efectos de la institución como sistema(20)".

La rehabilitación psiquiátrica moderna comenzó asociada con la rehabilitación física, luego de las dos guerras mundiales, con un énfasis inicial en el funcionamiento vocacional(3), que luego se amplió a las necesidades del paciente en todas las áreas de su vida(3, 17).

Desde la década de 1950, concomitante con la aparición de los neurolépticos, el lugar primario de cuidado pasó desde las instituciones a la sociedad, y el tratamiento cambió de intervenciones basadas en el hospital a otras basadas en la comunidad(8). El movimiento de desinstitucionalización tuvo un gran impulso y cambió "el objeto de trabajo [...]: un ser humano con su cualidad esencial expresada en lo social(5)". Esto trajo como necesidad concomitante la reubicación de los pacientes y resaltó la importancia de la adaptación mutua de los individuos discapacitados y los sanos, dentro y fuera de la familia(3).

La experiencia italiana (1978) fue exitosa cuando se hizo gradualmente y se desarrollaron simultáneamente servicios comunitarios y hospitalarios(3, 18). En el caso de Venecia, luego del cierre de los asilos, el 62% de los pacientes volvió a vivir con sus familias,

a una vivienda propia o a una residencia comunitaria con otros ex-pacientes(6).

Casas de medio camino

"Un problema mayor de la psiquiatría es el proveer ambientes de vida adecuados para los pacientes mentales discapacitados crónicos, para que la salida del paciente de la internación a la comunidad no sea sólo la transferencia de una carga de un plantel pago de especialistas a familiares sobrecargados(2)".

En la década de 1950 se trasladó parcialmente el modelo de las colonias rurales a casas de medio camino urbanas no autosuficientes(2). "Se llamaron así porque estaban a mitad de camino entre dos lugares, como un punto intermedio de transición entre la institución cerrada y la comunidad(8)", "entre la dependencia y la autonomía(16)".

Carpenter (1978) definió a las casas de medio camino como "residencias no médicas en la comunidad". Intentan ayudar al ex-paciente a participar tanto como sea posible de la vida en la comunidad, siempre con la esperanza de que luego se mudarán a arreglos de vida más "normales". En 1970 se agregó el concepto de residencias transicionales, que incluyó a las "casas de tres cuartos de camino" y los "programas de residencias satelitales(8)".

Representan una solución que tiene su lugar en una larga lista de medios, en la que ninguno puede resumir al grupo, cada uno con su especificidad y su indicación(16). Implican reconocer la necesidad de muchos pacientes de disponer de formas de vida supervisada para evitar las internaciones crónicas y, para un período largo de vida bajo supervisión, son el método más económico y menos regresivo y lo más aproximado a la vida familiar dentro de la comunidad(7).

Son necesarias para permitir que los programas diurnos traten pacientes que no tienen familia;

actúan como residencias de transición para pacientes procedentes de una internación y permiten que muchos pacientes se vayan haciendo cada vez más independientes mientras empiezan a funcionar en empleos, en el cuidado de la casa o como estudiantes, o mientras buscan trabajo o vivienda. Les ofrecen apoyo hasta que se sienten seguros como para desempeñarse solos.

En Buenos Aires, con muchas dificultades y con pocos recursos, el trabajo pionero en esta modalidad es realizado desde hace más de diez años por la Dra. María Catalina Gimeno y su equipo.

El objetivo es la inserción social y la autogestión(16) (prevención terciaria); la rehabilitación es el medio para lograrlas. Para ello se busca un marco de condiciones que permita a los pacientes asumir el grado más alto de autonomía personal. La reinserción en la comunidad -en especial, pero no exclusivamente, laboral- es de gran importancia ya que eleva la autoestima, posibilita la identificación y gravita decisivamente sobre los núcleos sanos del enfermo, produciendo desde allí reacciones positivas que contribuyen a reconstruir y a reafirmar su personalidad(12,13).

Estas residencias están indicadas en pacientes en proceso de rehabilitación cuando la familia no existe o no es continente por diversas razones, o cuando lo es de modo parcial.

Una casa de tipo familiar, con un medio terapéutico continente y un mínimo uso de psicofármacos probó ser muy efectiva(3). Se hallan insertadas en la comunidad y en la red social, en barrios. Funcionan con un sistema de autocuidado y autogestión, tutorial. Se trabaja en la interacción con la comunidad a partir de las capacidades de cada paciente en particular. La red social es trabajada para gestar condiciones favorables y evitar el rechazo y los prejuicios, conectándose con centros de jubilados, clubes barriales, sociedades de fomento, etc.

Criterios de admisión y exclusión

Una comisión de admisión evalúa cada caso.

Son criterios de **exclusión** para el programa:

- a) trastornos severos de conducta (psicopatías, ideación paranoide severa, delirio crónico que afecte severamente la conducta);
- b) peligrosidad manifiesta o latente (agresión, beligerancia, explosividad, antecedentes penales);
- c) desconexión con el medio (catatonia, negativismo, abulia);
- d) adicciones diversas;
- e) trastornos orgánicos;
- f) caracteropatías graves;
- g) estados agudos.

Son criterios de **inclusión** para el programa:

- a) No estar incluido en las categorías precedentes;
- b) Haber completado o estar realizando el tratamiento necesario de la patología de base, de modo tal que el equipo tratante considere que esté en condiciones de iniciar la rehabilitación y resocialización.

Estos criterios son tentativos, de orden genérico, y deben adaptarse a cada caso en particular.

Etapa de pre-alta de la internación

El proyecto de externación debe ser el de cada interno, para evitar la expulsión y que la salida sea compulsiva como el ingreso(15). Es indispensable un procedimiento informado y personalizado con servicios que provean a las necesidades del paciente(3, 17). Por ello, se hace una planificación somera con el mismo, acerca de su futuro y sus expectativas e intereses.

Se realiza trabajo de pre-alta con el internado y el grupo fami-

liar, si este es incluíble(15). El paciente inicia una etapa de adaptación a la casa de medio camino y a su organización, compartiendo progresivamente actividades con los residentes hasta su inclusión completa.

un licenciado en psicología, una asistente social, terapistas (ocupacional, corporal, musical) y distintos acompañantes, ya que es conveniente que los pacientes tengan varios modelos identificatorios(2, 16).



Organización de la casa

Los pacientes conviven en un grupo de hasta doce a quince ex-internados. Para darles un marco de referencia sólido y, a la vez, alentarlos a participar de las decisiones, se utiliza una organización semiestructurada cuya elasticidad está en función de las características de los pacientes.

El equipo terapéutico se compone de un médico psiquiatra,

La principal expectativa para los residentes es que serán capaces de llevar a cabo sus propios arreglos para vivir una vez que hayan realizado su ajuste dentro de la comunidad. Se debe tener en cuenta que la limitación del discapacitado depende no sólo de su déficit sino también de las situaciones que le genera el medio ambiente que lo rodea. La discapacidad es una situación relativa, marco en el cual deberá



desarrollar un rol activo(12).

Las actividades, realizadas según un cronograma que se adapta de acuerdo al grupo, incluyen: laborterapia orientada a actividades de la vida cotidiana, grupos de reflexión, grupos de orientación familiar, actividades recreativas, plásticas y corporales, musicoterapia, salidas grupales, discusión y lectura de diarios y de información de actualidad, higiene y cuidado de la casa.

Los residentes están acompañados durante las 24 hs. Son alentados a asumir responsabilidades los unos por los otros y ciertas actividades cotidianas son utilizadas para facilitar la interacción y la cohesión grupal. Otras contribuyen a la adaptación del paciente a la vida en la comunidad de modo que pueda continuarlas una vez que haya abandonado la residencia.

La laborterapia orientada con sentido práctico ensancha las posibilidades de reinserción social. Gracias a ella, cada paciente puede hallar un trabajo adecuado a sus condiciones y destrezas, progresando simultáneamente en su

rehabilitación laboral y social(13). Se busca rescatar el potencial remanente en todo paciente. Si no tiene profesión, se contacta a los talleres protegidos para su capacitación. El trabajo se gradúa, se dosa, porque es un medio de tratamiento y no tiene una finalidad de producción(1). El paciente aprende a asumir responsabilidades, desarrolla confianza en sí mismo y tiene sentimiento de independencia, estructura y valora su tiempo y condiciona una serie de hábitos adaptativos. Para esto, más importante que el diagnóstico psiquiátrico es la capacidad laboral remanente, pues con el transcurso del tiempo se uniforman las condiciones de abulia, aislamiento y pérdida de autonomía que condicionan la discapacidad psiquiátrica: carencia de intereses, segregación social y pérdida de status laboral(12).

Externar a un paciente equivale a poner en marcha un proceso en el que la familia debe asumir la incapacidad y las limitaciones del enfermo; esto supone muchas dificultades. El tabú de la

enfermedad mental, "suele alcanzar ribetes francamente aberrantes entre los allegados al paciente(13)". Existe evidencia de que las crisis agudas y las exacerbaciones son precipitadas por factores inductores de stress; han sido estudiados como responsables la presencia de un medio familiar crítico, dominante e intrusivo y el exceso de presión sobre el paciente o el ignorar sus necesidades de apoyo(3).

Hay que crear o restablecer espacios esenciales entre la familia y el paciente. Para ello se deben realizar desde técnicas de apoyo o esclarecimiento con objetivos limitados y grupos de familiares hasta la derivación para una terapia familiar, buscando establecer un vínculo fluido y permanente y lograr un grupo familiar receptivo, dispuesto a aceptar al paciente en su condición de tal, con sus logros y limitaciones. Así será posible que éste obtenga un grupo propio de apoyo al abandonar la residencia y disminuya su riesgo de reinternación.

Periódicamente se evalúan:

- a) grado de independencia alcanzado;
- b) grado de autosubsistencia alcanzado;
- c) estabilidad laboral y/o pensión, subsidio, jubilación, etc.;
- d) posibilidad de vivienda estable;
- e) habilidad laboral alcanzada;
- f) socialización y vínculos comunitarios establecidos;
- g) estabilización de la patología psiquiátrica.

Los tratamientos psiquiátricos ambulatorios se realizan fuera de la casa, manteniéndose contacto con el equipo tratante. Los pacientes continúan con los mismos al completar su rehabilitación. La permanencia en la residencia puede prolongarse por un período de 6 meses a dos años, existiendo la posibilidad de flexibilización según el caso, su evolución y las necesidades de cada paciente en particular.

Conclusiones

"El proceso [...] es de central importancia para lograr la externalización exitosa. Permite, en un ámbito conocido y protegido, la reconexión del individuo en situación asilar con elementos sanos productivos y creativos de su mundo interno y el entrenamiento necesario para su desarrollo, como así también la reconexión paulatina con el mundo externo y las posibilidades reales de inserción en él(14)".

Este tipo de residencias proporciona una "estructura para la socialización y la rehabilitación de pacientes crónicos. La comunidad sale así beneficiada, no sólo económicamente, sino también porque aprende a adoptar actitudes más realistas con los pacientes mentales y a reconocer que no son peligrosos en absoluto y que no deben ser temidos(7)". Produce un importante ahorro al sistema de salud, al evitar internaciones de por vida, al prevenir re-

caídas e internaciones en agudo y al devolver a la sociedad un individuo productivo.

"La practicabilidad de este sistema (depende) de la misma naturaleza de la locura [...] pues el sentimiento de libertad persiste en el mayor número de estos enfermos(4)".

"No hablamos de cura sino de seres humanos con derechos y necesidades. En la medida en que vayamos satisfaciendo esas necesidades y garantizando esos derechos estaremos ayudando a recuperarse a las personas y a que salgan del sufrimiento; [...] a organizar la vida, (a) comprometerse con la existencia cotidiana [...] hasta que desarrollen un grado máximo de autonomía, [...] (a) encontrar una respuesta más humana a su sufrimiento, [...] la alternativa de una vida más digna. La posibilidad de que estas personas se sientan protagonistas de sus propios cambios y actores principales en la recuperación de sus pares(5)" ■

Bibliografía

1. Anales de Sanidad Militar (Tomo 6, pág. 770, 1904), *Asilo de puertas abiertas Open Door (La obra del Dr Cabred)* Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2 (3):67-70, 1991.
2. Bhagat A., Prasad A., Padankatti B., *A half-way house for schizophrenic patients*. International Journal of Rehabilitation Research, 14:310-343, 1991.
3. Burti L., Yastrebov, V. S., *Procedures used in rehabilitation* en Sartorius N., De Girolamo G., Andrews G. et al. Eds. *World Health Organization - Treatment of mental disorders. A review of effectiveness*. American Psychiatric Press, Washington-London, 1993.
4. Cabred D., *Discurso Inaugural de la Colonia nacional de Alienados*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2 (3):62-66, 1991.
5. Cohen H., Natella G., *La salud Mental en la Pcia. de Río Negro*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2 (3):41-47, 1991.
6. Fiore M., Galante S., Härter M. et al., *Die Dehospitalisierung des psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig*. Psychiat. Prax., 18:30-35, 1991.
7. Freedman A., Kaplan H., Sadock B., *Tratado de psiquiatría*. Salvat, Barcelona, España, 1982.
8. Geller J. L., Fisher W. H., *The linear continuum of transitional residences: debunking the myth*. Am. J. Psychiatry, 150 (7):1070-1076, 1993.
9. Glasscote R. M., Kraft A. M., Glassman S. M., Jepson W. W., *Partial Hospitalization for the Mentally Ill: A Study of Programs and Problems*. Joint Information Service and National Association for Mental Health, Washington, 1969, en Freedman A et al. ob. cit.
10. Goldchluk A. E., Casella R., *La elección del encierro*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2 (3):27-31, 1991.
11. Herz M. I., Endicott J., Spitzer R. L., Mesnikoff A., *Day versus inpatient hospitalization: A controlled study*. Am. J. Psychiatry, 127:107, 1971.
12. Iroz J. C., Lamberghini, A. T., *Talleres Nacionales Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica. Su referencia a nivel nacional*. Dirección Nacional de Salud Mental, Ministerio de Bienestar Social, Buenos Aires, 1980 y 1989.
13. Marchant, N. F., *Experiencias comunitarias en el Hospital Nacional Braulio A. Moyano. 10 años de adaptación a la comunidad terapéutica*. Ediciones Iberindia, Bs. As., 1987.
14. Ministerio de Salud y Acción Social, Dirección Nacional de Salud Mental. *"Huertas y granjas de medio camino. Proyecto piloto"*. Buenos Aires.
15. Mossoti, J. A., *Proyecto de extenuación de la colonia psiquiátrica de Oliveros. Pcia. de Santa Fe*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2 (3):33-40, 1991.
16. Odoul, P., Weil, D., *La maison à mi-chemin*. Nervure 5 (5): 46-50, 1993.
17. Segal S. P., Liese L. H., *A ten-year perspective on three models of sheltered care*. Hospital and Community Psychiatry, 42 (11): 1120-1124, 1991.
18. Soboleosky M., *Sobre la reforma psiquiátrica italiana*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 3 (8):150-154, 1992.
19. Stagnaro, J. C., *Viena: una experiencia de desmanicomialización en marcha*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 3 (8):149, 1992.
20. Vezzetti H., *Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2 (3):59-61, 1991.

EL HOSTAL: ¿UNA ALTERNATIVA O MAS DE LO MISMO?

Adriana B. de Guzmán

Psicóloga, Directora de la Residencia terapéutica Huamahuaca desde su creación en 1988 hasta mayo de 1993.

Bulnes 1883, 6° "B", Buenos Aires. Tel.: 826-2766 / 983-0423

Motiva este trabajo la convocatoria al intercambio de ideas respecto del Hostal como alternativa al tratamiento de la psicosis. Las reflexiones que siguen son consecuencia de mi trabajo como integrante de la dirección de la Residencia terapéutica Humahuaca.

Creo que ni la práctica solitaria de aquel momento, ni el intercambio de hoy nos conducirán a un proceso de cambio si no podemos reflexionar sobre el contexto social y político en el que surge esta alternativa posible, ni sobre los obstáculos que encontramos en la práctica cotidiana. Reflexionar se me hace hoy imperioso y me es facilitado por la circunstancia de encontrarme fuera de la cadena de relaciones que hacen a una Institución y que nos atrapa de manera engañosa la mayoría de las veces.

Lo primero que se me ocurre pensar es que el espacio que hoy los Hostales tratan de definir y ganar, ya está delimitado por una resolución de Salud Pública: "...establecimiento que suministra servicios supletorios del hogar familiar (alojamiento, pensión, pertenencia grupal) para pacientes o ex-pacientes que, en relación, o a consecuencia de enfermedad mental, no pueden convivir con un grupo familiar o hacerlo en forma individual y requieren de esta estructura para la mejor inserción social, estando o no bajo asistencia médica especializada... Las actividades a desarrollar incluyen el suministro y administración de los servicios de alojamiento, comidas, servicios generales...". Esta resolución no hace alusión a ningún objetivo terapéutico del hostal, ni siquiera re-

quiere para la habilitación la dirección ejercida por un médico. Entonces, el primer espacio que lo define es el social. El Hostal viene a dar solución a la problemática social, problemática que no debería ser peyorativizada ya que se aparece como obstáculo a todo

tratamiento de la psicosis. Todos sabemos que tanto en el hospital como en las clínicas un número importante de camas está ocupado por pacientes crónicos compensados carentes de vivienda, de familia, de trabajo, de medios económicos, a quienes no se les



da el alta porque no hay quien los reciba del otro lado de la muralla. Sería librarlos al abandono, al desamparo. Abandono-encierro dos caras de la misma moneda. Para estos pacientes la internación se convierte en su lugar de vivienda y en un modo de vida; la internación se flexibiliza, se hace abierta de hecho y muchas veces pagan el lugar que ocupan cumpliendo algunas tareas: mandados, trámites, compras etcétera.

Pero la convocatoria es ambiciosa, intenta definir otro espacio según da cuenta el enunciado que nos convoca: *tratamiento sin encierro desde una perspectiva anti-manicomial*. Enunciado tentador pero que me produce cierta incomodidad causada por la preposición *anti* que me hace pensar en aquello de que los polos opuestos se tocan. Pienso entonces que este enunciado nos tiende una trampa. Así planteado el *hostal* ya no es una alternativa, es el *hostal* contra el encierro de la internación. Se erige adueñándose de cierto saber respecto de la locura. Entonces cuidado, el *hostal* puede ser el manicomio mismo. Esta trampa se repite como obstáculo en nuestra práctica cotidiana.

El interés de hoy por el *hostal* aparece influenciado por un contexto socio-económico y político determinado. Se habla de desmanicomialización pero ésta no responde solamente a un avance respecto del tratamiento de la psicosis, ni a un cambio social respecto de la locura, sino también a complejos factores de poder. La frescura del comienzo se ha perdido: Salud Pública estaría pidiendo directores médicos para las nuevas habilitaciones y la obra social proveedora de la mayoría de pacientes en su afán de disminuir costos estaría evaluando la incorporación por contrato de *hostales* y elaborando los requisitos que éstos deberán reunir.

También se me ha ocurrido pensar respecto de algunas de las nominaciones de los *hostales*. Me llamó la atención que algunos no se hagan llamar *Hostal psiquiátrico X* u *Hostal XX*; pareciera que en el

nombre se busca la definición que los diferencia del encierro de la internación. Sin embargo, *residencia terapéutica, pensión terapéutica, tratamiento sin encierro*, coinciden en la alusión que hacen a la idea de tratamiento, es decir que por un lado se alejan pero a su vez quedan atrapados en la problemática del encierro.

Surgen dos preguntas; *¿Puede el hostal dar solución al tema del encierro?, ¿Que es lo que diferencia al hostal de la internación ya que en ambos el paciente se encuentra en un medio separado de su grupo familiar y social?*

Respecto de la primer pregunta depende qué entendamos por encierro. Si encierro equivale a las rejas o las cerraduras de una sala, entonces sí el *hostal* es una solución. El *hostal* es de puertas abiertas, no hay llaves. Si por encierro entendemos la violencia con que se acalla la irrupción de la locura cuestionadora de nuestro saber y del orden social, la respuesta es más delicada y compleja en tanto que nos implica.

Un tratamiento para la psicosis es posible en tanto no perdamos de vista la singularidad de cada paciente y de cada situación ya sea en el consultorio, hospital de día, *hostal* o internación. Tarea valiosa pero difícil. Un desafío. Cuando estamos frente a un psicótico debemos estar muy atentos porque la angustia que nos produce la aparición de lo inesperado, lo inexplicable de la sinrazón, nos tienta más de una vez a tirar mano del recurso psiquiátrico más tradicional y cuestionado: refuerzo de medicación, suspensión de salidas, rótulos diagnósticos, chaleco, internación, etc., indicaciones válidas cuando responden adecuadamente a una situación singular, pero la mayoría de las veces esas indicaciones dan respuesta a nuestra propia angustia frente a una situación que nos desborda. Paradójicamente una intervención que tendría que apuntar al cuidado, al entendimiento del hecho psicótico apunta a la confirmación de la locura, la fija, la produce.

A situaciones como ésta estamos expuestos a diario los que trabajamos en *Hostales*. Todos sabemos de lo intranquilizador que es trabajar sin un médico de guardia a mano, sin un *office* de enfermería cargado de medicación, sobre todo durante la noche. Así es como nosotros los *terapeutas*, los directores y dueños de instituciones públicas o privadas somos uno de los principales obstáculos para llevar adelante un proceso de transformación. Nosotros formamos parte de esas instituciones que cuestionamos y cuando hablo de institución hablo de una compleja red de relaciones donde tienen lugar principalísimo los factores de poder y económicos. Para que las instituciones existan tienen que existir los locos y es allí donde está la trampa que permanentemente y no siempre con éxito tenemos que sortear. Y si no estamos atentos y esto se nos pierde de vista veremos que la ilusión que hoy tenemos respecto del *Hostal* como alternativa posible, se convertirá casi sin darnos cuenta en una forma más humanizada y moderna del encierro cuestionado.

Pasemos a la segunda pregunta: *¿Qué diferencia al hostal de la internación?* La internación es para pacientes en crisis agudas de descompensación que tienen riesgo para sí y para terceros. Se caracteriza por un sistema de cuidados y de control más estricto. El paciente es aislado de su grupo familiar y social y pierde su posibilidad de decisión, es el equipo quien decide qué puede y qué no puede. En aquellos lugares donde la modalidad es más dinámica el día del paciente transcurre entre el ocio y actividades terapéuticas: terapia individual, grupal, familiar, terapia ocupacional, musicoterapia, etc.; toda la energía está puesta en la elaboración de lo que le ocurre.

El *Hostal* en cambio brinda cuidados pero el sistema de control se flexibiliza, el paciente puede decidir, se implica con el equipo de profesionales.

Al *Hostal* pueden llegar:

- pacientes en crisis agudas siempre y cuando no revistan riesgo para sí y para terceros y puedan implicarse en un proceso de tratamiento.

- pacientes que dados de alta de internación necesitan un período de transición para reubicarse en el medio familiar y/o social.

- pacientes crónicos compensados que no tienen familia ni vivienda y no pueden vivir solos porque no pueden hacerse cargo de sí mismos.

En los dos primeros casos el Hostal es una alternativa transitoria, en el tercer caso adquiere un carácter permanente.

En todos los casos el paciente debe tener cierto grado de reconocimiento de su padecimiento y poder hacer un contrato con la institución en el que se comprometa a aceptar los cuidados que ésta le brinde. En mi experiencia la mayor parte de pacientes provienen del tercer grupo. Los pedidos de admisión en su mayoría fueron efectivizados por Asistentes Sociales de Obras Sociales y de la Curaduría General de Alienados.

Yo creo que no hay y que no debería haber un único modelo de Hostal y lo ideal sería que a partir del intercambio se pudiera organizar una red de trabajo de manera que si un Hostal no es adecuado para un paciente haya otro u otros que sí lo son.

Tengo como propuesta un modelo de Hostal que se fue gestando durante años de trabajo y que voy a definir:

- El Hostal no es una clínica por lo tanto no hay médicos de guardia ni enfermeros. El equipo deberá estar compuesto por

- personal de cocina y muca-
mas que garanticen que se cumplan las necesidades más primarias

- por el equipo de acompañantes que serán el referente permanente, ayudarán a resolver las situaciones grupales que se generen y serán el soporte en el proceso de reubicación en el afuera de cada

caso en particular

- por la Dirección siendo conveniente que alguien del equipo coordine la información.

- Dentro del Hostal no se realizarán actividades terapéuticas específicas (terapia individual, grupal, familiar etcétera). Estas deben realizarse fuera del Hostal. Será condición para ser admitido estar en tratamiento. El Hostal tendrá que tener pensado cómo resolver las situaciones de urgencia imprevistas; para eso tendrá que estar conectado con un servicio al cual poder recurrir de ser necesario.

- El Hostal no es una clínica pero tampoco es un hotel, tiene una función, un objetivo. La actividad debe organizarse alrededor de dos actividades centrales y obligatorias: las reuniones de convivencia y las de resocialización que si bien apuntan a objetivos diferentes son complementarias. A su vez ambas deben organizarse alrededor de un reglamento interno que prevea algunas prohibiciones y algunas obligaciones como hacerse cargo de la higiene, del lavado de ropa, algunas compras, del cuidado de la casa, incluso de la cocina.

- La especificidad del Hostal es ser un lugar de convivencia donde el proceso terapéutico se realice de manera no aislada del contexto social general y particular al que cada uno pertenece. Esto a pesar de que el paciente en alguna medida se encuentre separado del grupo familiar y social.

- En el Hostal la locura no es silenciada ni es un hecho individual, sino que puede ser desplegada para ser compartida e interperada por el resto del grupo. Dado que el número de personas que viven en un Hostal es reducido se genera un clima de familiaridad, el grupo se hace solidario y tolerante, la locura es respetada y muchas veces es el grupo mismo que hace contención cuando alguien protagoniza algún desborde.

- El Hostal se ofrece como un lugar de pertenencia que debe garantizar permanencia y perdurabilidad. Esto permitirá la construc-

ción de una historia. Si algún paciente se descompensa se intentarán todos los recursos para evitar la internación, pero si ésta es inevitable el paciente no pierde su lugar, se va pero vuelve, hay una historia que no se interrumpe.

- En resocialización se deben estimular las actividades externas, los objetivos se planifican según cada caso en particular. Esta tarea tendrá dos puntas, por un lado el paciente, por el otro la comunidad, se buscará generar fuera, espacios que permitan una integración y reubicación real y no desde la marginalidad.

- Respecto del tiempo de permanencia en el Hostal deberá ir pautándose según cada caso.

- Otro tema a tener en cuenta es la evaluación de admisión. En lo que hace a mi experiencia este modelo no fue adecuado para pacientes con características psicopáticas y transgresoras, ni para pacientes adictos. La admisión de estos pacientes no fue buena, ni para ellos que tuvieron que enfrentar otro fracaso, ni para el grupo consolidado que se vio expuesto a su disolución.

Poner en marcha y llevar a cabo un proyecto de Hostal no es tarea fácil, no todo transcurre sobre rieles aceitados. Pasadas las alegrías del inicio aparecen los obstáculos que no deben sorprendernos.

Estos pueden provenir de:

- pacientes y familiares: Los pacientes que no quieren perder su condición de enfermos mentales y comienzan a reclamar se implemente una modalidad de internación. Los familiares que al lograr un lugar que les facilita y regulariza el vínculo, efectivizan un abandono desculpabilizado depositando las responsabilidades en el Hostal.

- Nosotros mismos: por lo que expuse anteriormente se hace difícil armar un equipo capaz de tolerar la angustia que produce la locura y que pueda prescindir de la soberbia de saber que abunda entre nosotros.

- Los terapeutas externos al Hostal que se niegan al intercam-

bio, que consideran al paciente como un objeto de su propiedad y lo aíslan entre las cuatro paredes del consultorio no teniendo en cuenta ni la realidad familiar ni la social que lo rodean.

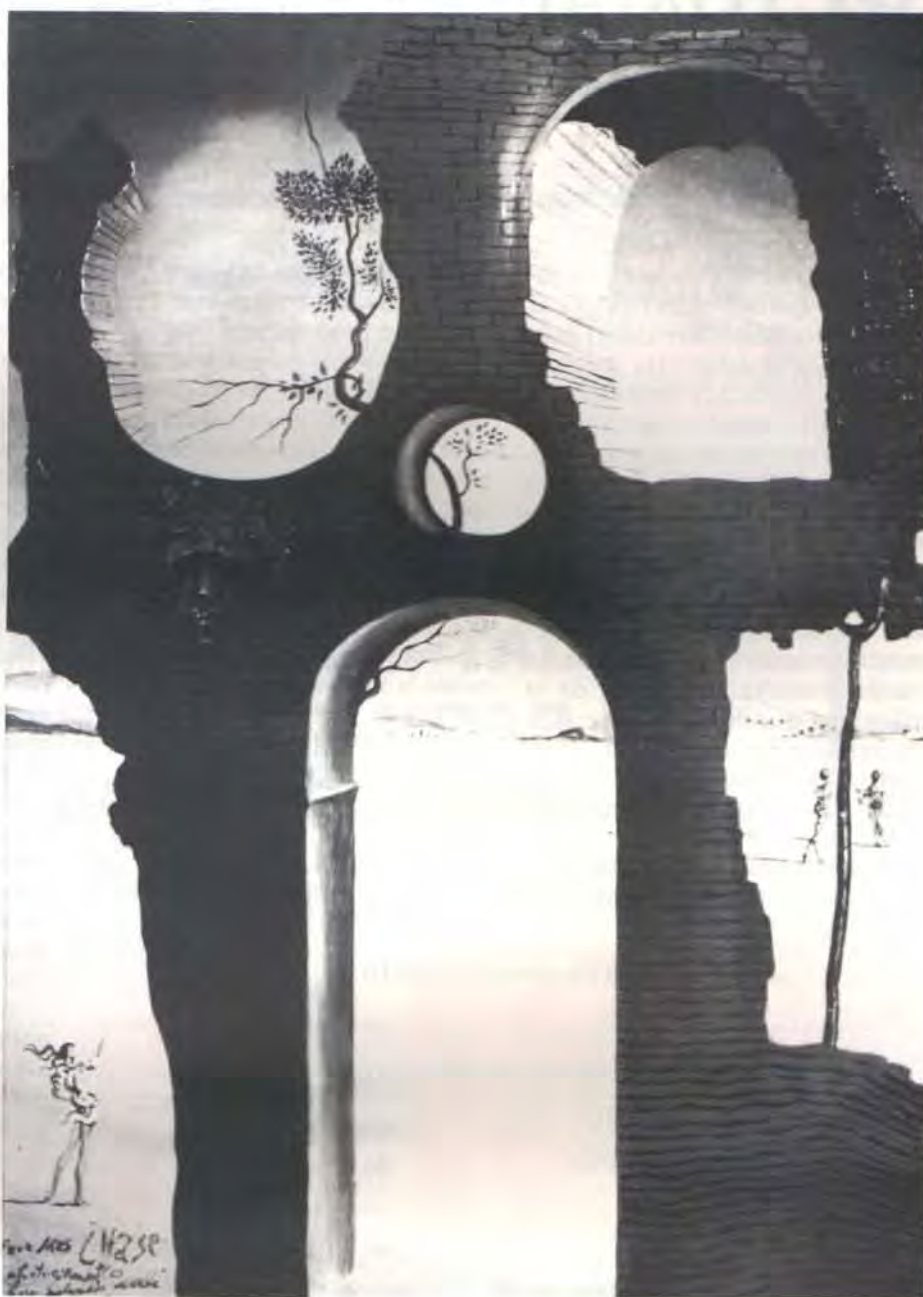
- La institución que se va complejizando. Con el crecimiento van apareciendo aspectos legales, jurídicos, laborales, sindicales, impositivos, obras sociales etc., que a su vez tienen sus propias reglas. Estas reglas que son ajenas pasan a formar parte de la pequeña institución y la mayoría de las veces operan en el sentido contrario a nuestro objetivo.

- La comunidad se resiste a un proceso de cambio, lograremos que nos integren pero no nos dejará fácilmente un lugar que no sea desde la marginalidad.

Este texto si bien parte de la crítica no quiso ser escéptico. Creo nuestro trabajo valioso. Es nuestra responsabilidad saber cuál es nuestro lugar en la red de la que formamos parte. Es desde allí que podremos avanzar por un lado en lo que hace a la clínica y por otro debemos pelear para generar políticas de salud y legislaciones que tengan como objetivo principal la salud misma. Toda alternativa posible en Salud Mental deberá ir acompañada de una legislación adecuada y de un trabajo en la comunidad. Con esto no me estoy refiriendo a lograr una reglamentación del funcionamiento de las instituciones, voy más allá; por ejemplo

difícilmente podremos hablar de una política de desinternar pacientes y reubicarlos socialmente si por el otro lado no contamos con una legislación que reglamente la actividad laboral para

los discapacitados. Llevar adelante un proyecto de manera solitaria y aislada de la realidad social lleva el riesgo de ser una reproducción del mismo aislamiento que cuestionamos ■



Bibliografía

Elizague, J., Salvador Minuchin, *La Locura y las instituciones*, Gedisa, 1991.
González Duro, E., *Distancia de la locura (Teoría y práctica del Hospital*

de Día), Editorial Fundamentos, España, 1982.
Varios autores, *El espacio institucional 1*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1991.

Psicoanálisis y el Hospital, Ediciones del Seminario, N° 2 y 3.

APERTURA DEL CAMPO DE INTERVENCION EN PSIQUIATRIA SECTORIAL

François Caroli
Chantal Baldacci-Epinette
Philippe Ribeyre
Jacques Gaillard

Médicos Psiquiatras.
Centro Hospitalario Sainte-Anne
1, rue Cabanis - 75014, París.

La idea del sector se constituye a partir del rechazo de la institución asilar y del deseo de restituir la asistencia psiquiátrica a la ciudad. Se instituyó entonces un esquema terapéutico portador de este mensaje a través de la constitución de dos polos de asistencia, el intra-hospitalario, representado por el hospital y el extra-hospitalario representado por el dispensario. Muy pronto esta teorización del sector se demostró negativa, ya que era una visión hospitalocentrista de la asistencia donde el riesgo estaba en ver que lo extra-hospitalario multiplica el aislamiento del enfermo en una sociedad hermética y hostil.

La pregunta era entonces ¿cómo evitar que un paciente esté

permanentemente aislado afuera?

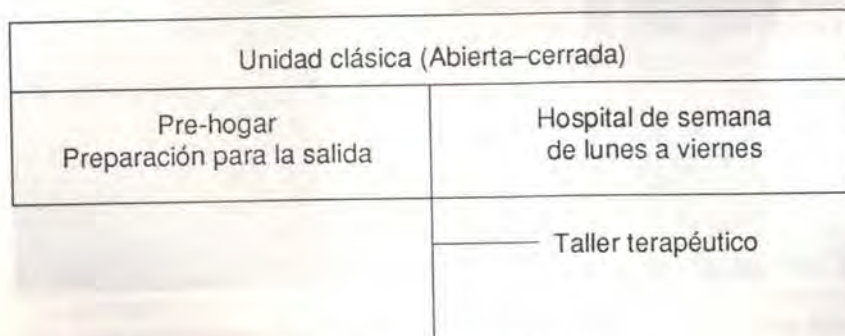
Para luchar contra este cronicismo, se pasó de una psiquiatría de sector a una psiquiatría ramificada donde la fragmentación y la multiplicidad de las estructuras debían evitar este cronicismo en el exterior. Pero también allí sabemos que no basta con abrir estructuras fuera de los hospitales para que dejen de ser lugares de aislamiento o simples apéndices del hospital.

Además, este enfoque topológico de la asistencia psiquiátrica, en términos de afuera y adentro, contribuiría a la noción de crisis a través de esta devolución permanente del paciente de una estructura a la otra, siendo la crisis a partir de allí el síntoma privilegiado para hacerse entender. Sería

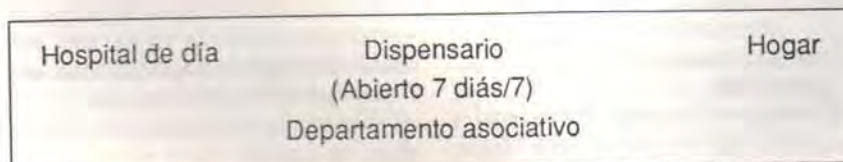
por lo tanto en parte un efecto iatrogénico de un dispositivo de asistencia pensado en término binario de afuera y adentro; de allí la proliferación de centros de crisis que se convierten en verdadero tamiz obligado para poder pasar de una estructura a la otra.

Podría imaginarse una organización de asistencia que ya no estuviera orientada solamente hacia el vínculo con lo social y el concepto de exclusión y de segregación, sino también hacia una teoría que pusiera en el centro del dispositivo de asistencia una reflexión sobre la psicopatología, siendo la idea permitir ayudar al psicótico, dominado por su terror de pensar y su miedo de vivir movimientos afectivos, a reintegrar un funcionamiento psíquico por vía de respuestas institucionales diversificadas.

Intra-hospitalario



Extra-hospitalario



Algunas observaciones clínicas podrían servir de base a esta reflexión:

1. Los psicóticos, los estados-límites o también los adolescentes, que constituyen lo esencial de nuestros pacientes, evacuan su contenido psíquico en la realidad, mediante actos (ya sea el delirante que expresa su temor del otro atribuyendo a su vecino intenciones malintencionadas, o ese paciente fijado en un apragmatismo y un aislamiento que lo condujeron a no tener ningún vínculo social y para el cual la reinserción es ilusoria, tanto que permanecerá fijado en una relación secular a la imagen materna). *Por consiguiente*

la asistencia deberá ser pensada en torno a la articulación entre realidad pragmática y realidad psíquica.

Este es el sentido de diferentes estructuras de asistencia donde asistidos y asistentes comparten una realidad cotidiana (ya sea dentro del marco del hospital de día o en el de un taller asociativo). La asistencia toma entonces su valor transicional, y estará entre el paciente y el equipo asistente, entre la realidad pragmática y la realidad psíquica.

2. Segunda observación: los pacientes oscilan entre una necesidad de seguridad donde el riesgo de la regresión es mayor, siendo ella misma fuente de angustia, y una brusca puesta de distancia para escapar a una relación con el otro demasiado angustiante. Esta dificultad del psicótico para encontrar la distancia justa entre la fijación a una relación maternal y la ruptura total del vínculo para escapar, necesita pensar estructuras de asistencia donde los mensajes transmitidos sean a la vez mensajes de seguridad y mensajes de distanciamiento y de reconocimiento en tanto que sujeto, a través por ejemplo, de tomas de responsabilidad compartida. Este es el sentido de estructura donde hay una discontinuidad de asistencia en el tiempo y/o en el espacio.

De este modo dentro del marco del hospital de semana donde el paciente vuelve a su casa el fin de semana, le decimos explícitamente, tanto a él como a su entorno, que pensamos que está enfermo pero que también estamos seguros de su capacidad para salir de su comportamiento mortífero.

Asimismo, el marco de asistencia del departamento asociativo fue pensado con la misma preocupación de continuidad y de discontinuidad de asistencia para que se transmita la noción seguridad/autonomización. En los hechos la seguridad se traduce por la ausencia de duración del contrato de alquiler del departamento y el llamado (siempre posible) al equipo asistente; en cuanto a la autonomización, esta está explicitada por la ausencia de asistente en el departamento y la obligación por parte del paciente de pagar regularmente el alquiler y asumir las consecuencias de sus actos.

En estas medidas terapéuticas, las nociones de continuidad y de discontinuidad de asistencia no se oponen sino que están íntimamente relacionadas.

3. Finalmente nuestra reflexión sobre la apertura del campo de las intervenciones se refiere a los diferentes mecanismos defensivos del pensamiento psicótico, es decir, la omnipotencia, la separación, y esa tendencia a vaciar el contenido psíquico de todo sentido, de amortiguar y ahogar toda vida emocional que hace la relación intercambiable con su corolario, que es secretar a su alrede-



dor la cronicidad y la muerte psíquica. ¿Qué respuestas pueden darse a este ataque en regla del otro?

La noción de pequeños grupos estructurados en torno a una actividad permite estimular las relaciones inter-individuales menos amenazadoras que las relaciones duales, jugando así el grupo el rol de contra-excitación. El paciente a través de lo cotidiano será solicitado como sujeto. Podrá entonces autorizarse a acceder a identificaciones hasta ahora amenazadoras, protegido por la relación terapéutica. De este modo, dentro del marco de talleres asociativos, los pacientes acompañados por dos enfermeros efectúan trabajos de arreglos de departamentos de otros enfermos. Mediante este trabajo de "reparación" se vuelven a su vez capaces de solicitud para con otros, que aceptan -por un juego de identificación con los asistentes y con los otros enfermos- tomar un lugar parental activo, sin temer a la dimensión agresiva con respecto a la imagen maternal que supone necesariamente el abandono de una actitud de pasividad, y sin temer tampoco a ser, en revancha, abandonado después de este movimiento psíquico agresivo. Toda esta elaboración de la posición depresiva, sólo puede hacerse gracias a la inscripción del taller asociativo en el campo social sirviendo de intermediario entre los pacientes y los asistentes, es decir, el hecho de que a los pacientes se les pague por su trabajo a través de una Asociación y que el enfermero permanezca en su posición de asistente siendo remunerado por el hospital, permite evitar que uno esté en una posición de reconocimiento afectivo permanente y el otro en una posición de reparación omnipotente.

A modo de ilustración, relatamos brevemente la historia de un paciente psicótico que se había ido marginando poco a poco en un apragmatismo casi total, en el que toda tentativa de reinserción social se traducían finalmente

en un resurgimiento de las angustias psicóticas y de los fenómenos delirantes y alucinatorios; todo ello asociado con una alcoholización masiva. Asistíamos impotentes a repetidas hospitalizaciones por vía de servicios de urgencia, ya que escapaba en el intervalo a la asistencia ambulatoria. Se le propuso participar en los talleres asociativos. El trabajo manual facilitó la relación terapéutica mediatizándola y permitió un mejor dominio de la angustia. Poco a poco fue tomando en el seno del grupo un lugar preponderante autorizándose a tomar responsabilidades de jefe de equipo junto a la enfermera, menos calificada que él. Esta posición activa fue fuente de angustia que lo asustó y que sólo pudo negociar en un primer momento abandonando bruscamente el taller y desapareciendo. Luego envió una carta al jefe de servicio diciéndole que trabajaba "en negro" como pintor de obras. Sin embargo, volvió a trabajar a los talleres asociativos después de haber verificado que la agresividad contenida en esa toma brusca de distancia fue soportada por los asistentes sin perjudicarlos, y de esta manera que ellos estaban allí para permitirle que los abandonara.

Una segunda observación clínica ilustrará también el interés de utilizar las diferentes estructuras ofrecidas por el sector como otros tantos contenedores de los conflictos y movimientos psíquicos de los pacientes. Pero esto supone que cada lugar de la institución esté preparada para jugar el rol que se le tiene reservado por la historia y la evolución del paciente, y que la circulación de éste entre las diferentes estructuras se haga con flexibilidad y complementariedad.

Un joven psicótico de unos veinte años fue hospitalizado después de haber sido violento en el seno de su familia; permanentemente escuchaba voces que le ordenaban matar o matarse. Hacía algún tiempo había abandonado su país de origen donde vivía solo con su madre, a quien había lasti-

mado, para reunirse con su hermano mayor en Francia. Su hermano tenía una brillante carrera profesional y no comprendía los comportamientos del paciente, atribuyéndolos a pereza o a mala voluntad.

En una primera fase del tratamiento la hospitalización a tiempo completo permitió mejorar la sintomatología delirante y considerar la salida, pero el rechazo familiar devolvía una y otra vez este joven paciente de un afuera, donde no tenía lugar, a un adentro hospitalario con angustias intensas que expresaba repitiendo en forma estereotipada: "yo doy vueltas, doy vueltas". A la vez amenazado en su identidad por un ícono maternal muy inquietante y por un hermano mayor que aparecía como todopoderoso e inatacable, proyectaba de un modo delirante sus sentimientos de dependencia acusando al equipo asistente de no querer dejarlo salir, de impedirle hacer su vida, de querer enviarlo nuevamente a su país, y por último de querer hacerlo desaparecer. Se consideró entonces una solución de hospedaje y de inserción social fuera de la familia, pero también allí el paciente se encontró en una situación kafkiana, ya que las obligaciones administrativas de los hogares y de los CAT devolvían en eco su historia personal. Sólo podía lograr un lugar en el hogar si ya tenía una inserción profesional o un lugar en CAT; pero sólo podía lograr un lugar en CAT si ya tenía un lugar de hospedaje. En efecto, la Seguridad Social rechazaba hacerse cargo doblemente, lo cual le hubiera permitido permanecer en el hospital el tiempo necesario para su adaptación en un lugar de reinserción.

Se intentó otra solución: hacerlo salir y hospedarlo en un hotel para que pudiese obtener secundariamente un lugar en un CAT. Pero la víspera de la salida golpeó en el servicio a dos enfermeras con una raqueta de tenis, lastimando seriamente a una de ellas. Expresó que le había sido imposible inscribirse en un pro-

yecto, que vivía como un abandono de nuestra parte, y que no respondía al ideal familiar del hermano (éste no aceptaba el estatuto de trabajador discapacitado del paciente).

Ante los fracasos repetidos, se propusieron, al mismo tiempo entrevistas psicoterapéuticas de sostén y entrevistas familiares con el hermano, que permitieron a ambos recomponer sus imágenes recíprocas, distanciándose el paciente de una imagen ideal persecutoria y aceptando su hermano darle un trabajo en una de sus empresas. Por otra parte, era importante que la mejoría clínica del paciente no se resolviera como en el pasado por una salida del hospital, sino por el paso de una estructura a otra del servicio; un lugar que le significara a la vez su toma de autonomía y también la continuidad de nuestro sostén y del marco de asistencia.

El servicio acababa de abrir el hospital de semana que, a priori, estaba consagrado sobre todo a recibir pacientes para asistencias de poca duración. Sin embargo, luego de reflexionar sobre el modo de funcionamiento del hospital de semana se llegó a un acuerdo con sus responsables y el paciente fue admitido en esa unidad de asistencia durante la semana y cada fin de semana salía para vivir en un hotel pagado en parte por él y en parte por su familia. Esta solución permitió un amortiguamiento de las angustias de abandono del paciente y una participación activa de la familia. Por otra parte, ese verano pudo salir por primera vez de vacaciones con su hermano, volviendo a ver a su madre en su país.

Actualmente, el proyecto terapéutico para este paciente se orienta hacia su inserción en un departamento asociativo. El paso de una estruc-

tura a otra permitió una disipación progresiva del marco de asistencia en su carácter objetivo paralelamente a su introyección creciente.

Conclusión

Nos parece que pensar la apertura del campo de intervención en psiquiatría de sector no puede reducirse a la apertura de nuevas estructuras de asistencia sino que debe ser pensada en términos de psicodinámica. Esto permite, a través de la reflexión y el trabajo del equipo asistente sobre los conflictos psíquicos del paciente, que éste encuentre placer en pensar y en vivir experiencias emocionales. En otras palabras, a través de la elaboración de una estructura de asistencia, el equipo partirá de un pensamiento y una

inverso y pasar de la externalización incomprendible de su vida psíquica a una elaboración de su pensamiento.

El dispositivo de asistencia y la apertura de intervenciones en el campo sectorial deben poder responder al mismo tiempo tanto a los movimientos regresivos y defensivos de los pacientes (por eso la importancia de la hospitalización a tiempo completo) como a la necesidad de acompañar, inclusive anticipar, la capacidad de autonomización y de subjetivación de los pacientes y finalmente de poder pensar su partida.

Para ello, es necesario el montaje de la asistencia en pequeñas unidades, dentro de marcos claramente pensados, pero lo suficientemente flexibles como para adaptarse a cada caso clínico y responder por vía de una realidad cotidiana a la realidad intra-psíquica de cada paciente.

La apertura del campo de intervención deberá oscilar permanentemente entre la continuidad y la discontinuidad de la asistencia en el tiempo y el espacio, entre los actos y las palabras, entre los marcos de asistencia claramente pensados y explicitados y una permeabilidad y flexibilidad entre las diferentes estructuras de asistencia.

De otra manera, nos exponemos al aislamiento en el silencio de la cronicidad o a la repercusión de las rupturas y crisis que son tan imputables a insuficiencias de la red asistencial como a la patología misma de los pacientes.

Finalmente, la verdadera apertura estaría también en la apertura de un equipo al contenido psíquico del paciente y al suyo propio

mediante un trabajo permanente de reflexión y de búsqueda en común ■



imagen del conflicto del paciente, para desembocar en una acción que le permita hacer el camino

OBSERVACIONES PSICODINAMICAS SOBRE LA FUNCION DEL EQUIPO PSICOANALISTA-PSIQUIATRA

René Epstein*
Carlos Rozensztroch**

* Especialista en Psiquiatría. Adscripto, a la Carrera Docente de la Fac. de Medicina de la U. B. A. y miembro de APdeBA.
** Médico especialista en Psiquiatría. Miembro titular de APdeBA. Mansilla 3267, 3° "A", 1425, Buenos Aires.

En las últimas décadas, al abrigo del movimiento de desmanicomialización, nueva vuelta de tuerca del proceso de desalienación que inició su exitoso trayecto junto con la epopeya freudiana, se han ido ampliando las formas de acceso terapéutico al aspecto psicótico de la personalidad.

Son dos los fenómenos que se pueden detectar en relación con ello. Uno es el progresivo desarrollo práctico -y en cierta medida también teórico- de nuevos y no tan nuevos canales comunicacionales, por la importancia que adquieren, además de la terapia ocupacional, la musicoterapia, actividades plásticas, la expresión corporal, los talleres, etc. El otro cambio significativo, es el de la integración, aunque por ahora más bien como situación de hecho, de las distintas actividades terapéuticas en sistemas de trabajo conjunto, lo que siempre implica una institucionalización de la tarea.

El psicoanálisis es a nuestro juicio, hoy por hoy, el cuerpo teórico-científico más acabado en el campo de los estudios sobre el aparato mental.

La índole del objeto de estudio llevó a que la historia de la epopeya freudiana y sus continuadores asociaran estrechamente los planos del cuerpo teórico, por un lado, y los de la intervención te-

rapéutica y sus instrumentos por el otro¹. Es natural entonces que el psicoanálisis individual, como técnica terapéutica ocupe, de lejos, el lugar fundamental en la atención de los analistas, tanto en lo metodológico como en lo práctico.

En tanto teoría comprensiva de los procesos naturales del aparato mental, y particularmente de aquellos que avanzan por los andariveles de la enfermedad -excediendo la psicopatología de la vida cotidiana-, creemos que la discriminación en aspectos neuróticos y psicóticos, la dialéctica de las series complementarias, y la de los niveles estructurales, dinámicos y económicos, en fin, el conjunto conceptual psicoanalítico, debe ser utilizado también para la consideración de los otros desarrollos terapéuticos. Un emergente en esta línea es el que intenta uno de nosotros en relación con el hospital de día(4, 6).

En esta postura y otro ángulo se ubica un trabajo referido a una expansión progresiva del uso del psicoanálisis como base teórica de las psicoterapias hospitalarias(3).

Desde una valorización mayor de los conceptos metapsicológicos se llega incluso a vislumbrar la importancia epistemológica de dicha base teórica para diseñar un modelo de interfases. Por ejem-

plo, partir y valorizar la existencia de las representaciones mentales sociales, permite pensar los distintos dispositivos terapéuticos institucionales, en particular los destinados a realizar una intervención en el terreno de lo mental, en cuanto a su función, pero además también como instrumentos que necesariamente reflejan algo del objeto sobre el que actúan(10).

Estudiarlos de esta manera permite el aprovechamiento de nuevas vías de abordaje para seguir investigando, y aportar nuevos conocimientos sobre la mente y su funcionamiento, además de ir ajustando la técnica para lograr progresos terapéuticos, en una extensión de nuevas interfases y su metapsicología particular.

Hoy tratamos de agregar a este terreno fértil la base del funcionamiento de otro dispositivo psicoterapéutico. Intentaremos mostrar el interior del campo terapéutico que genera la colaboración entre un terapeuta -en función de psicoanalista- y un psiquiatra, formando un equipo, un trabajo en conjunto para el caso de pacientes severamente perturbados por sus aspectos psicóticos. Pensamos que así podremos desarrollar pautas para la ubicación de los diferentes roles cuando dichos pacientes imponen recurrir a esa combinación de técnicas y entenderlos mejor y con mayor amplitud.

Como dijéramos anteriormente(7), Bion(2) y H. Rosenfeld(11) nos hablan de los pacientes que pueden "desbordar" el vínculo bipersonal del psicoanálisis o que no son capaces de "manejarse consigo y su medio". Son pacientes que requieren no sólo formas de contención diversas, sino la ampliación de los canales comunicacionales, que ayuden a establecer contacto con ellos, lo que a su vez redundará en un aumento de dicha contención.

Como psicoanalistas afirmamos que es el vínculo bipersonal

del tratamiento interpretativo el lugar que posibilita una elaboración que pueda simultáneamente satisfacer necesidades curativas y desarrollos mentales, produciendo finalmente un crecimiento mental que evitará la perpetuación de la enfermedad, o una recaída.

En este sentido es útil reparar que incluso el Informe del año 1987 de la División de Esquizofrenia del National Institutes of Mental Health de Estados Unidos comunica que, luego de recorrer todo lo producido en los campos

de la biología, genética, técnica diagnóstica, terapéutica, etc., llega a la conclusión de que uno de los avances primordiales –sino el principal– es el haber establecido que el mejor tratamiento para evitar los rebotes está representado por la combinación de la psicofarmacología con alguno de los tratamientos psicosociales (que incluye todo el campo de las psicoterapias).

El rol psiquiátrico habitualmente es vinculado íntimamente a la administración de psicofár-



macos. Observamos el acontecer terapéutico en nuestro medio –sólo en años recientes se lo ha considerado, en el seno de un tratamiento compartido con un psicoanalista, y por ser casos de pacientes severamente perturbados–, como el que dispensa y administra una serie de medidas terapéuticas.

Ahora bien: desde el punto de vista psicoanalítico, ¿que significa la existencia de una figura como el psiquiatra para el paciente que está en análisis?

Los pacientes (fronterizos, esquizofrénicos, melancólicos, trastornos de personalidad) tienen una identidad, una organización yoica y una forma de vincularse deficitarias, que no sólo impide una relación satisfactoria con el mundo externo, sino también que éste devuelva una imagen identificatoria y de referentes estables que actúen como funciones “supletorias” de dichos déficits.

Esta función del mundo externo, muchas veces no suficientemente tenida en cuenta, está sustentada en las representaciones sociales o transubjetivas, que deben estar catectizadas adecuadamente por una inscripción en el “contrato narcisista”³ que define Piera Aulagnier(1).

En la relación psicoanalítica la cuestión es que el terapeuta permite al paciente establecer un campo vincular en el que éste despliega transferencialmente su mundo interno. Surgen allí los vínculos intrasubjetivos distorsionados, o las evidencias de las carencias vinculares que han surgido de su proceso psicogenético. Esto debe permitir el desanudamiento de los conflictos que se han corporizado en su mente originando esos vínculos.

El rol del psiquiatra, además de lo ya dicho de incidir sobre los distintos tipos de ansiedad⁴ a través de los psicofármacos, siempre agrega un monto de realidad externa, por el simple accionar como medicador. A esto se agregan todas las otras intervenciones del psiquiatra, que rea-

liza en forma de consejos, indicaciones, sugerencias generales de medidas e incluso conductas recomendadas –y muchas más–, sobre la base de una actitud hacia el paciente que transmite pero no impone el realismo de esas recomendaciones.

Esto rescata la existencia de una exterioridad benévola, con un código social, lo que excede ampliamente lo científico de la psicofarmacología; tiene un efecto continente esclarecedor, y en general también incluye un reconocimiento del condicionamiento por la exterioridad, de parte de las figuras de la familia significativa⁵. Se confirman así los elementos del contrato narcisista vigentes en el paciente, en su grupo de pertenencia, que son “extraídos” de su mundo representacional conflictivo, incrementando la base de la continencia al aumentar la capacidad de discriminar. Es obvio para todos que si esto no se da, el psiquiatra y el psicoanalista comparten usualmente la misma suerte de ser reemplazados.

Uno de los aspectos esenciales del autosostenimiento de un paciente severamente perturbado, como vimos, es su estado identificatorio. Salvo que existan elementos de personalidad, en general de características caracteropáticas, su estructura yoica está muy expuesta a oscilaciones que pueden ir desde la invasión delirante hasta la desestructuración confusional, por períodos más o menos prolongados. Si existen esas características, su progresiva disolución puede llevar a oscilaciones semejantes por ausencia de la coraza defensiva.

Hagamos un breve paréntesis para señalar que, en general, en un tratamiento psicoanalítico bien instalado, esto significa lograr en el proceso que las oscilaciones se reduzcan lo más ajustadamente posible a producirse en los límites temporales de la sesión. Pero puede llevar tiempo alcanzar esta situación, y en el interín el psiquiatra contribuirá enormemente a lograr que los períodos entre sesiones no se constitu-

yan en momentos de fracaso irreductibles y/o irreparables.

Ahora bien. Pensamos que resultará bastante fácil reconocer que lo dicho, que representa los resultados más visibles, se complementa con otro aspecto muy valioso. En el caso de la constitución de un equipo psicoanalista-psiquiatra –particularmente si este último tiene una cierta concepción de lo que es el proceso psicoanalítico, por su misma función de representante de los vínculos sociales, transubjetivos– su intervención actúa como un valioso coadyuvante de dicho proceso. En muchos momentos, por no decir en general, amplía la envergadura del mismo⁶, reforzando los recursos yoicos de la alianza terapéutica, además de ayudar a garantizar su continuidad.

Vamos a tratar a continuación de ejemplificar esto a través de situaciones compartidas en la clínica al trabajar en equipo con la inclusión de estos dos roles en la forma descrita.

El paciente severamente perturbado a predominio psicótico tiene una alteración pragmática y semántica(9) que le genera un aspecto desestructurado de base. Los elementos objetales están desarticulados y, por consiguiente, las relaciones objetales internas no son realistas, enmarcado esto en la mala instalación de la señal de alarma, elemento codificador esencial(8). Esta mala constitución de la identidad es fácilmente proyectada en el encuadre del psicoanálisis, y su función de representante de la exterioridad se desdibuja en cualquier momento. Es allí donde se generan las frecuentes amenazas de interrupciones del tratamiento con la consiguiente discontinuidad, y/o las búsquedas de resultados mágicos.

En la entrevista con el psiquiatra, Luisa comenta la incredulidad y sospecha que le genera una manifestación de Benjamin –su “partenaire” ocasional–: cree que le miente cuando le comenta que su

casa, de un barrio algo periférico, ha sido decorada por un conocidísimo atelier y casa de amoblamiento. Ella no puede relacionarlos con dicho barrio.

Le cuenta al psiquiatra que quiere investigar la realidad de la información, y pedir a un amigo con una personalidad que le permite realizar tareas detectivescas, que le averigüe si esa decoración se realizó.

Luisa hace una extraña traslación de los elementos falaces del relato de Benjamin: el psiquiatra le plantea que su postura es altamente prejuiciosa y que no necesitaría iniciar una tarea de investigación, sino preguntarse por qué no le cree. Luisa no escucha razones y hace las averiguaciones.

La información confirma la veracidad de lo comentado por Benjamin. El psiquiatra puede entonces demostrarle a Luisa con más claridad que esos "prejuicios" que la confundieron y le impidieron la percepción más realista de los comentarios de su "partenaire", ocultaban que ella en realidad falla en su reconocimiento del mundo externo (lo que refuerza su motivación para el psicoanálisis).

Por otra parte, cuando Luisa se entera poco después que la esposa de Benjamin "volvió" de Europa, comenta que había obviado de la información recibida datos que le deberían haber hecho registrar que Benjamin no estaba separado de su esposa y de sus hijos, como éste le decía para obtener su incondicionalidad.

El señalamiento del campo y función de los prejuicios permitió derivar en el análisis hacia una comprensión de los escotomas y la telescopización que ella realiza de sus percepciones y las ajenas, lo que la lleva a establecer un pensamiento bizarro.

En la transferencia esto quedó vinculado con fantasías idealizadas acerca del analista, en una traslación lineal y por lo tanto a través de una alteración semántica(9), de ciertos conocimientos de la vida familiar de éste, que le

ocluían la introducción de los conflictos en la sesión.

Desde otro aspecto vemos que con frecuencia fenómenos corporales interfieren en el nivel mental del proceso analítico: proyecciones en el cuerpo, delirios corporales, hipocondría, somatizaciones y fenómenos conversivos, -junto con la existencia de los elementos caracteropáticos que implican un pseudo-self con su correlato de trastornos cenestésicos-, generan actuaciones o tendencias a un control excesivo por el alto grado de persecución, y a veces depresión, que esconden. Así se llega a diversas situaciones que van desde los episodios de desrealización, despersonalización, hasta la sollicitación de frecuentes "intervenciones" médicas que son depositaciones, y que generan discontinuidades que pueden ser importantes.

Paula es una adolescente tardía que sólo puede sufrir sus sensaciones corporales sexuales, sin pensarlas como fenómenos destinados a recibir una interpretación, dado el carácter persecutorio de la relación con la figura materna.

Justo antes de la entrevista con el psiquiatra había tenido un desvanecimiento por estrés e hipotensión en su trabajo: el psiquiatra la ayudó a discriminar las sensaciones corporales de la situación padecida, de otras de desrealización vinculadas a su sexualidad fáctica, y las contrastó con las francas vivencias de despersonalización de su etapa puberal.

La entrevista le permitió ordenar estas informaciones cenestésicas, pero lo interesante surge en la próxima sesión analítica: la paciente lleva a sesión recuerdos precisos de la muerte del padre ocurrida durante su etapa de latencia. Y en sesiones posteriores esta posibilidad se incrementa: la relación con el psiquiatra, otorgando en el campo de lo real una transferencia más permisiva de la sexualidad, permite avanzar en el tema de la fantasmática paterna,

con su correspondencia edípica, vinculada a la muerte de éste y sus efectos traumáticos en el desarrollo de Paula.

La precariedad de las representaciones sociales adquiere en los pacientes severamente perturbados una fuerte tendencia a las soluciones mágicas, particularmente en el campo de lo terapéutico, de lo cual la drogadicción, las conductas sociopáticas de los grupos de colusión, o las "folie a deux", en particular las familiares, son los subrogados más peligrosos.

Se pierde el espacio social intermedio(12), con su contenido de contrato narcisista como parte del espacio "al cual el yo puede advenir", y se altera dicho espacio que representa una exterioridad a la escena primaria, por la mala cacterización de las relaciones sociales de la pareja parental: el psiquiatra soportaría el defecto de contrato narcisista que no se ha terminado de constituir y que es indispensable para coadyuvar a la coherencia mínima de las identificaciones y el sistema relacional del paciente.

En síntesis: éste es el campo-espacio y momento del psiquiatra, que aporta a la situación psicoanalítica un "entorno social"(5) como referente empírico para la cuestión de la supervivencia y de la aceptación, no sólo de una ideología terapéutica, sino también de una ideología que acepte la existencia de una terapéutica.

Así, en una visión más detallada de la situación analítica, el psiquiatra no sólo interviene desde lo biológico en la medicación, sino también -por de pronto de hecho- en lo psicológico, estableciendo un marco de continencia: en el extremo, el paciente puede "discutir" con el psiquiatra en el terreno de las opiniones sin que por ello el tratamiento se rompa. Se establece así un equipo psicoanalista-psiquiatra que permite la facilitación de la experiencia necesaria de encuentro con los per-

seguidores de la escena primaria interna del Edipo temprano, en camino a su resolución.

El psiquiatra puede colaborar a cada momento, con una breve intervención que disminuya la necesidad del paciente con ansiedades psicóticas severas de recluírse en la cámara del terror que es el aislamiento, el delirio, la desorganización, o el desliz al mundo fácil del desorden (perversiones,

adicciones, grupos marginales). De ahí que a la medicación le adjudiquemos un papel determinado, de acción sobre lo "cuantitativo". La acción cualitativa la atribuimos a la formulación de parámetros contextualizadores y esclarecedores (inclusive con la familia real) que ayudan a constituir y preservar las constantes fundamentales para una terapéutica organizada(13) mientras se va esta-

bleciendo el proceso analítico.

La función es más denotadora y explicativa que connotadora. Y cuando el predominio del diálogo analítico logra que los conflictos se desarrollen y resuelvan en el área de lo mental, su destino, en principio, es ir disminuyendo su acción: reducir la medicación, y transferir al paciente la posibilidad de tener motivaciones, aconsejarse, elegir, decidir ■

Notas

1. Vale la pena considerar que ese estrechamiento muchas veces fue y es llevado más allá de lo deseable, lo que produjo y produce en las discusiones cotidianas muchos malos entendidos, confundiendo la utilización de la base teórica, conceptual sobre el aparato mental, con el ejercicio y las condiciones de un psicoanálisis clínico.

2. No podemos sin embargo dejar de señalar que también en muchos casos los psicoanalistas prefieren asumir por sí mismos ambos roles, de acuerdo a sus posiciones teóricas o, en otros casos, en función de las características particulares de un paciente dado.

3. "... Diremos que el sujeto ve en el conjunto" (del campo social) "el soporte ofrecido a una parte de su libido narcisista", es decir, de la libido que catectiza las representaciones del sí mismo. "La calidad y la intensidad de la catectización presente en el contrato (narcisista) que une a la pareja parental con el conjunto..." intervendrá en el espacio al que el yo del niño (el sujeto) debe advenir.

4. Recordemos que para cierta concepción psicoanalítica, las dos ansiedades básicas son las paranoides y las depresivas.

5. Dice P. Aulagnier que cuando la pareja parental rechaza las cláusulas esenciales de ese "contrato" con el medio, un pacto de intercambio con lo social, por el cual el grupo social "garantiza el reconocimiento del nuevo miembro", habrá consecuencias directas sobre el destino psíquico o representacional del sujeto, que tendrá dificultades para "adherir" al campo social y apropiarse

de "una serie de enunciados que su voz (la propia del sujeto) repite", para "encontrar fuera de la familia un soporte que le allane el camino hacia la obtención de la autonomía necesaria para las funciones del yo". (El subrayado y los agregados entre paréntesis son nuestros).

6. Una de las cuestiones principales es desarmar, desde su posición como representante del mundo externo, situaciones de traba de dicho proceso. Y, en particular, una de dichas trabas es la que se asienta en las "colusiones" frente a las situaciones conflictivas transferenciales montadas, por lo menos parcialmente, en representaciones transubjetivas o sociales no realistas. Estas en general se asientan en el armado de una familia, con una representación correspondiente al contrato narcisista mal constituida, pero en la que el psiquiatra puede estar habilitado para intervenir.

Bibliografía

1. Aulagnier, Piera C., (1975) "La Violencia de la Interpretación. Del Pictograma al Enunciado", Amorrortu, Buenos Aires, 1977.
2. Bion, W., (1958) "Volviendo a Pensar", Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1977.
3. Carlino, R. Epstein, R. y Rosenthal, J. C., (1993) "La Terapia Psicoanalítica como Base de la Atención Hospitalaria en Salud Mental". Presentado en el Ateneo de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA).
4. Epstein, R., (1986) "Psicoanálisis del

Hospital de Día", R. Vergara Libros, Buenos Aires.

5. Epstein, R., (1987) "La Función de la Terapia Multifamiliar en el Hospital de Día". Comunicación en las II Jornadas Municipales de "Hospital de día", Buenos Aires.
6. Epstein, R., (1993) "Algunas Ideas sobre el Hospital de Día: Su Estructura y su Especificidad como Espacio y Dispositivo Terapéutico", Vertex, 6(12): 121-127.
7. Epstein, R. y Rozenztrach, C., (1992) "Intervención Psiquiátrica en el Tratamiento de Pacientes Limítrofes". En: "Pacientes Limítrofes. Diagnóstico y Tratamiento". Ed. Beatriz Dorfman Lerner, Buenos Aires, Lugar Editorial.
8. Freud, S., (1926) "Inhibición, Síntoma y Angustia".
9. Liberman, D., (1976) "Linguística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico", Nueva Visión, Buenos Aires.
10. Roszenztrach, C., (1990) "Alcances y Objetivos de la Supervisión Clínica en una Institución". Presentado en las Jornadas de Intercambio para la Inserción del Psicoanálisis en la Comunidad "Salud Mental, Psicoanálisis e Instituciones". Asoc. Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires.
11. Rosenfeld, H., (1976) Una Conferencia sobre la Psicosis. Cortesía del Dr. D. Rosenfeld.
12. Winnicott, D. W., (1971) "Realidad y Juego", Gedisa, Buenos Aires, 1972.
13. Zac, J., (1968) "Relación Semana-Fin de Semana. Encuadre y Acting Out", Rev. de Psicoanal. 25 (1), 27-35.

TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO EN PACIENTES PSICOTICOS SIN INTERNACION

Alberto Samperisi*
Graciela Bazán*
Elena Toranzo**
Mercedes Samperisi**
Juanita Amaya**
Alejandra Taborda**
Nancy Vila**
Domingo Lucero**
Elizabeth Blanda**

* Médico psiquiatra

** Psicólogo o Asistente Social

*Todos los autores son miembros de la
Asociación Puntana de Psicoterapia
Psicoanalítica. San Luis, Pcia. de San Luis*

El tratamiento de pacientes psicóticos es un desafío, dado que no siempre nos encontramos hacia resultados previsibles. Las dificultades psicoterapéuticas surgen, en primer lugar, por las características propias de este tipo de pacientes y en segundo lugar por la movilización de temores y ansiedades que producen en los terapeutas. Ambas cosas hacen necesario idear un encuadre de trabajo, desde la teoría psicoanalítica, donde se recurre a la instrumentación y combinación de técnicas psicoterapéuticas que permitan hablarle al paciente de diferentes aspectos de la personalidad. A su vez, permitirán al terapeuta sentirse contenido en las emociones contra-transferenciales que se generaron en la atención de pacientes psicóticos.

Así como la salud mental al permitir vincularse, crecer y disfrutar, es generadora de sentimientos envidiosos, la "locura" promueve temores conscientes e inconscientes.

Partimos de la base de que en toda persona coexisten aspectos psicóticos y no psicóticos con predominio de uno u otro con distintos grados de estructuración y estabilidad, creando un modo de funcionamiento mental propio.

El predominio de los aspectos psicóticos de la personalidad se caracteriza por la intolerancia a la frustración y la preponderancia de los impulsos destructivos.

Por ende, sólo si el terapeuta se siente contenido podrá tolerar las identificaciones proyectivas y así acercarse al paciente, creándose así un encuadre de trabajo que posibilite gestar y cuidar el vínculo paciente-terapeuta.

Así, el principio básico del tratamiento de personas con una descompensación psicótica sin internación, es el trabajo dentro de un equipo de psicoterapeutas, constituido como un grupo, reunido y organizado en una Clínica con un fin laboral y que desarrolla la capacidad de pensarse a sí la cual se ha ido posibilitando en el interjuego dinámico de la psicoterapia individual y grupal de sus miembros, la supervisión individual y grupal, y los seminarios de formación, en una permanente lectura del contexto social-regional en que realizamos la tarea asistencial.

Este principio básico se fundamenta en dos supuestos centrales:

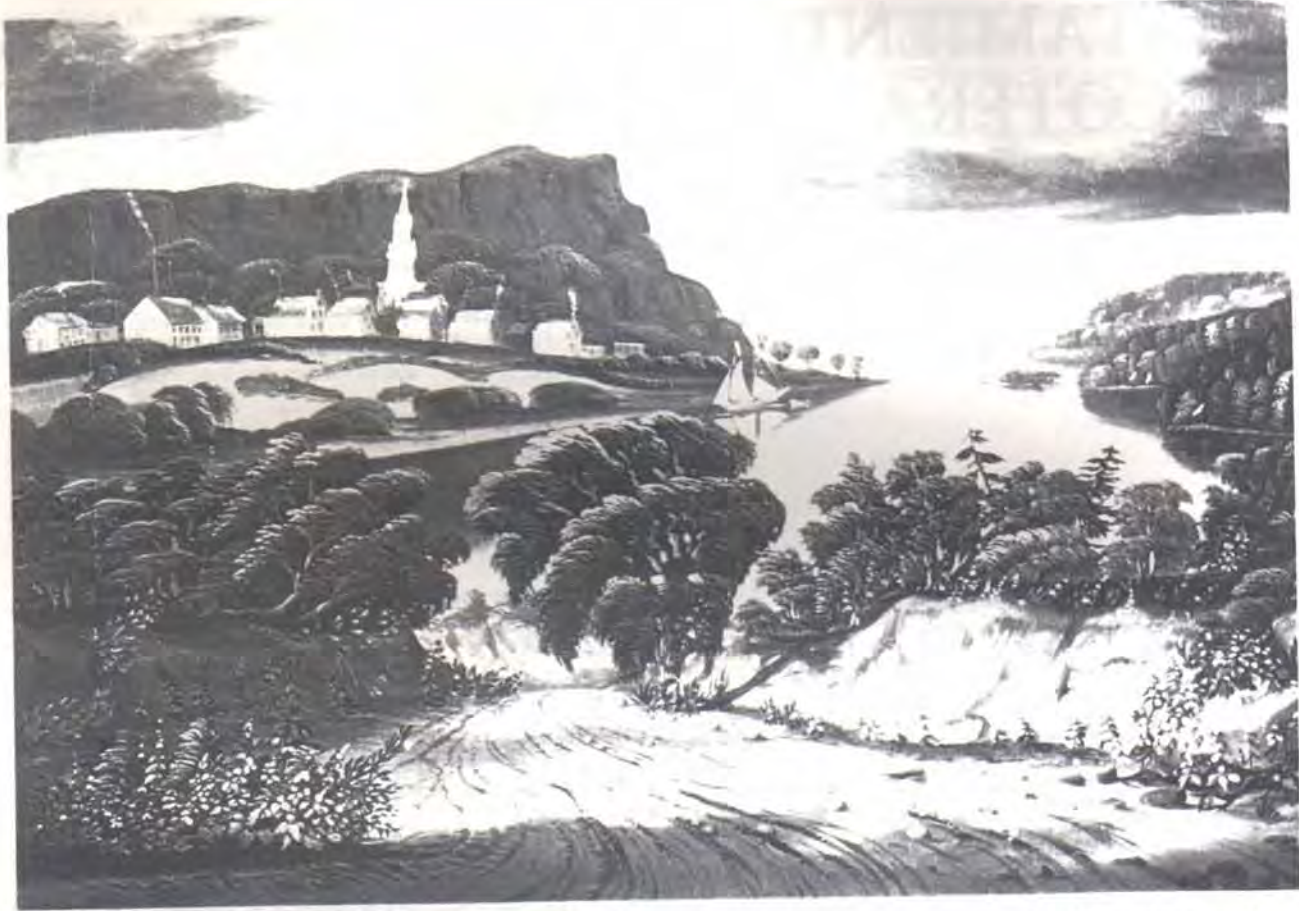
1. Las fantasías psicóticas se depositan fragmentadas en los distintos miembros de una institución, la cual permite recolectarlas,

interpretarlas e iniciar el camino a la integración.

2. Los terapeutas a cargo de los pacientes se sienten contenidos por el grupo de trabajo, lo que permite tolerar más fácilmente las proyecciones recibidas y responder a las intensas demandas del paciente y el grupo familiar. Así, el grupo de trabajo se configura como un objeto bueno que da la esperanza de restaurar la calma, lo cual se puede transmitir al paciente; se percibe la función continente del encuadre de Clínica, aludiendo a su capacidad de "reverie".

El grupo mismo se transforma en un recurso psicoterapéutico, porque se constituye en una institución con la fuerza y omnipotencia que ello implica, dado que las instituciones permanecen más allá de los hombres. Al ser las fantasías psicóticas esencialmente omnipotentes se le brinda un continente aún más omnipotente.

Este recurso se convierte en un factor que convoca múltiples reacciones transferenciales, depositadas y recibidas por los miembros de la Clínica; serán el o los terapeutas tratantes los encargados de recolectarla y reintegrarla oportunamente a través del terapeuta de cabecera.



Antes de continuar desarrollando este encuadre psicoterapéutico psicoanalítico, puesto en juego en un espacio y tiempo determinados, en el que se insertan múltiples posibilidades técnicas destinadas a convocar, intensificar e interpretar la transferencia, es necesario reflexionar sobre algunas características de la personalidad psicótica.

La psicosis como enfermedad aparece cuando se conjugan en una persona:

- a. una predisposición congénita,
- b. fuertes sentimientos de envidia,
- c. disposición destructiva primaria,
- d. una incapacidad de la madre para devolver modificadas las proyecciones terroríficas que el bebé depositaba.

Lo primitivo del origen de la sintomatología en sí misma nos habla de lo difícil que resulta en-

contrar técnicas psicoterapéuticas adecuadas. El enfermo aparece como alguien incapaz de tolerar la frustración quedando sus esfuerzos dedicados a evitarla en vez de resolverla, pagando con esto un alto costo, dado que la odiada realidad interna y externa queda mutilada. Este odio intenso ataca también a los sentidos y a todo lo que en sí mismo tenga una "función vincular", la cual conlleva a un aterrador miedo por la aniquilación, que trata de ser ineficazmente contrarrestado con relaciones precipitadas, prematuras y frágiles, que marcarán el desarrollo transferencial, en lo que a su vez se condensan los procesos de *splitting* e identificaciones proyectivas patológicas.

Si a lo expuesto le agregamos que los psicóticos no pueden formar símbolos, se hace necesario encontrar un modo diferente de comunicación, además de la palabra, y se implementan una cantidad de técnicas auxiliares (psi-

codrama, T.A.D., sesión prolongada). En este tipo de pacientes generalmente se utiliza la psicoterapia individual y familiar, y los otros van a depender del momento particular de la salida, la crisis y las características vinculares.

Es así que ante una situación de emergencia, lo más frecuente es que a través del teléfono o personalmente llegan a la Clínica preguntando si se internan o cómo es el modo de atención de este tipo de pacientes; frente a esta demanda la Clínica responde inmediatamente, haciéndose cargo de esta angustia inicial que generalmente es presentada por alguien de la familia, a quien se lo contiene a partir de escucharlo. En algunos casos se suelen dar indicaciones terapéuticas precisas, con la finalidad de llegar a realizar la entrevista al paciente en su domicilio o en la Clínica. Generalmente la familia busca un lugar donde "depositar al paciente".

En las primeras entrevistas se va a trabajar tratando de evaluar las características del paciente y del grupo familiar, con la finalidad de ayudar a que pueda contener al miembro descompensado como para no desvincularlo del mismo.

Realizado el diagnóstico individual y familiar se organiza la estrategia terapéutica.

El pedido de atención es realizado por lo general a un terapeuta, quien será el que llevará la dirección del tratamiento decidiendo quienes serán los co-terapeutas; si es necesario se implementará tratamiento psicofarmacológico. Si bien el paciente tiene horario de atención estipulado previamente, el equipo está preparado para atenderlo en cualquier momento. Cuando el paciente logra compensarse, el tratamiento es reencuadrado atendiendo a esta nueva situación.

La supervisión grupal permite reunir los distintos elementos que hace a una red de información acerca del paciente del que todos los miembros del equipo forman parte; esto permite ir evolucionando desde los elementos nuevos simbólicos o más concretos hacia las palabras; los terapeutas y co-terapeutas se mueven de un modo distinto en este Encuadre de Clínica ■



Bibliografía

- Abadi, Mauricio, "Psicoanálisis, recorte y montaje", Ed. El Cid. 1982.
- Bion, Wilfred R., "Elementos de psicoanálisis", Ed. Hormé. 1966.
- Bolwby, John, "La pérdida afectiva. Tristeza y depresión", Ed. Paidós. 1983.
- Bolwby, John, "Los cuidados maternos y la salud mental", Ed. Humanitas. 1974.
- Fontana, Alberto, "Psicoanálisis y cambio", Ed. La Flor, Buenos Aires. 1971.
- Fontana, Alberto y col., "Sesión prolongada", Ed. Gedisa. 1982.
- Freud, Sigmund, "Obras Completas", Biblioteca Nueva. 1945.
- Grinberg, Sord y Tabak, "Nueva traducción a las ideas de Bion", Ed. Tecnipublicaciones S.A., España. 1951.
- Klein, Melanie, "Obras Completas", Ed. Paidós-Hormé. 1983.
- Meltzer, Donald, "El proceso psicoanalítico", Ed. Hormé. 1987.
- Moreno, J. L., "Psicodrama", Ed. Hormé. 1987.
- "Revista de Psicoanálisis", T. XXVIII, N°1, 1971.
- "Nuevas Formas de Psicoterapia"
- "Historia"
- "Tratamiento de una paciente Anoréxica"
- "Tratamiento de una familia a partir de un equipo de trabajo"
- "Abordaje y tratamiento de la depresión a partir de un equipo de trabajo"



El Llanto sin Lágrimas en los Estados Melancólicos. Su valor pronóstico

Por el Dr. Arístides Barrancos

Profesor Suplente de Psiquiatría en Córdoba. Médico del Asilo Colonia Mixto de Allenados de Oliva Pcia. de Córdoba

A principios de siglo se produjo una verdadera revolución en las concepciones de la salud mental en nuestro país al crearse el dispositivo institucional de la moderna psiquiatría. Domingo Cabred, como es bien sabido, fue el piloto que timoneó ese proceso, que no hubiera sido posible de no contar con un grupo de hombres que sostuvieron la tarea en la monótona y oscura cotidianidad de las flamantes colonias y hospitales psiquiátricos. En Córdoba, Vidal Abal comenzó a dirigir uno de ellos: el Asilo Colonia Mixto de Alienados de dicha provincia fundado en Oliva en 1908. Un grupo de médicos lo asistió en esa tarea, entre ellos Arístides Barrancos quien se trasladó desde Buenos Aires nombrado por la Comisión de Hospitales.

Aunque un estudio biográfico de fondo queda por hacer, cabe mencionar de Barrancos su inclinación por la investigación clínica, su parentesco con Gregorio Bermann (era primo hermano de la profesora Leonilda Barrancos, esposa de Bermann), su actividad docente como Profesor Suplente de Psiquiatría en la U. N. C.

desde cuya cátedra dictó una enseñanza partidaria de la interpretación psicodinámica de los síntomas(1). Hacia fines de la década del '30, a poco de la apertura de Consultorios Externos de Psiquiatría en diversos hospitales del país y de la creación de la Escuela de Visitadoras Sociales de Higiene Mental, Barrancos se interesó en la atención ambulatoria de pacientes psicóticos(2). En esta Sección presentamos una comunicación que nuestro autor realizó a la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires y que se publicó en el número de Mayo-Junio de 1931 de la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal dirigida a la sazón por el Dr. Osvaldo Loudet.

J. C. S.

Generalidades

En la melancolía, como en todos los síndromes mentales, es de capital importancia lo que atañe al pronóstico, máxime cuando éste ha de ser funesto en el sentido de cronicidad e incurabilidad.

Hemos tenido ocasión de seguir numerosos casos, más de 200, en nuestra práctica diaria, de estados melancólicos, en el Asilo de Oliva. Algunos de ellos nos han servido para nuestro trabajo publicado en 1927 sobre el síndrome de Cotard.

Siempre ha llamado la atención la presentación más frecuente de síndromes melancólicos en mujeres que en hombres. También podríamos asegurar, así en términos generales, que en hombres reviste caracteres más serios.

Siendo la melancolía una de las más curables de las enfermedades mentales, lógico es que en ella interese grandemente su pronóstico. Consideraremos nosotros en esta comunicación los estados melancólicos como síndrome más que como entidad autónoma.

Casi todos los autores que se han ocupado de la melancolía mencionan diversos signos pronósticos, muchos de ellos de apreciable valor. El llanto sin lágrimas ha sido mencionado de paso, incidentalmente, por Bleuler en su "Tratado de Psiquiatría" (1). Se refiere a que en los casos graves de melancolía los enfermos lloran sin lágrimas. Tienen abolida la secreción lagrimal. Este signo había sido ya apuntado por Griessinger mucho tiempo antes (2). Nosotros hemos tenido en cuenta este signo en numerosos casos y nos ha sido muy útil y práctico, principalmente para el pronóstico, opinando que cuando se presenta se le debe dar una importancia de primer orden. No es un signo que se presente siempre, pero cuando se presenta debe ser considerado como primordial.

1. Entrevista personal del Dr. José Luis Fitó al Prof. E. Bringas Núñez. El psicoanálisis en el siglo. Córdoba, 1993, pág. 83.

2. Barrancos, A. "Dispensarios Psiquiátricos". La Semana Médica, 1938. N° 43, 977-981.

Como mi estadística abarca pocos casos —tan sólo siete— ruego a los colegas especialistas su investigación y su comprobación minuciosa, del mismo modo que las objeciones desde el punto de vista clínico.

Para la explicación racional de este trastorno morboso permítaseme una breve incursión por el campo de la psicología comparada, estudiando el fenómeno de la emoción general, normal y patológica.

Definir una emoción, o definir qué es una emoción en general, es una de las tareas más difíciles del psicólogo y también del psiquiatra. Nos contentamos con apreciar su exteriorización para con ello interpretar lo que es útil en el campo médico. El ilustre Jaspers, de Heidelberg, se declara incapaz de dar una definición de las emociones y de los sentimientos. Es un conjunto de fenómenos tan complejos y desemejantes que resulta realmente ardua la tarea de clasificarlos y explorarlos en su esencia íntima. Han pasado ya los tiempos en que se los consideraba desde el punto de vista puramente filosófico y literario; hoy se considera a la emoción como un fenómeno biológico, orgánico, palpable, mensurable si se quiere.

La emoción ha sido tema de estudios que han abordado los grandes pensadores; desde Darwin, Spencer, James, hasta los más modernos Lange, Sergi, Dumas, etc.

Darwin estableció para la expresión de la emoción, tres principios fundamentales:

- 1.º Principio de la asociación de las costumbres útiles;
- 2.º Principio de la antítesis;
- 3.º Principio de los actos debidos a la constitución del sistema nervioso, completamente independientes de la voluntad y, hasta cierto punto de la costumbre.

La expresión del sufrimiento y por ende la expresión de la tristeza, no es exclusiva del ser humano; los animales también la expresan, aunque de manera más elemental y diversa. Así por ejemplo, un animal torturado por el sufrimiento se desahoga con impresionantes contorsiones; si tiene costumbre de hacer uso de la voz deja escapar gritos o gemidos

penetrantes; casi todos los músculos de su cuerpo entran en acción.

En el ser humano la expresión de la tortura y del sufrimiento se caracterizan por la contracción de los músculos de la boca; los latidos del corazón se aceleran; los dientes se aprietan o rechinan ruidosamente; etc.

Otras veces la expresión del sufrimiento difiere completamente

detenerse, congestionándose la cara por estancación sanguínea, la que adquiere un color encarnado subido, casi cianótico. Si el sufrimiento es muy intenso pueden sobrevenir fenómenos más graves: postración, desfallecimiento, convulsiones.

El llanto no es una expresión exclusiva de la pena o del dolor. Comparando la expresión del dolor en el hombre y en los demás



pareciéndose a la del estupor; los ojos grandemente abiertos, a veces se contraen los músculos de las cejas; el cuerpo se ve lleno de transpiración abundante, sobre todo el rostro; la respiración y la circulación se alteran profundamente; las ventanas de la nariz se dilatan y a veces se ve como si temblaran. La respiración puede

animales comprobamos que el llanto no es constante. Es sumamente frecuente que el hombre no lllore; más aún, se tendría ello como un signo de evolución perfeccionada; sufrir y no llorar es para el hombre civilizado una prueba de estoicidad y de gran valor espiritual. En algunos pueblos orientales la moral y la costumbre



han establecido que el hombre no llora, aunque se halle ante los momentos más culminantes y dolorosos de su vida.

Numerosas circunstancias penosas y afligentes no producen llantos sino movimientos diversos, gritos, sudores, defecación, etc.

Por antítesis: hay circunstancias que, lejos de ser penosas, son gratas, de júbilo, de sentimiento amoroso, que hacen llorar en un transporte de alegría extrema. También la ira puede ocasionar el llanto o el sollozo. Pero la ira es una emoción o una pasión penosa; ocasiona sufrimiento y tortura al espíritu. La vergüenza es también susceptible de ocasionar la misma expresión. Lo mismo po-

dríamos decir del miedo y de otras emociones varias.

Siguiendo a Darwin en su clásica obra, comprobamos que los animales inferiores se limitan a sus funciones instintivas que les hace eludir los peligros, prevenirlos, no manifiestan exteriorizaciones de pena ni de alegría. Los animales superiores, desde los vertebrados en adelante, en cambio, son más ricos en expresiones emotivas; principalmente los mamíferos. Los animales domésticos que exteriorizan el sufrimiento en forma más o menos conocida son el gato, el perro, el mono. Un mono de Borneo, el *macacus maurus*, llora con lágrimas cuando está enternecido. En algunos monos la emoción penosa o el sufrimiento

ligero son difíciles de distinguir de la cólera moderada. Estos estados se transforman rápidamente los unos en los otros. Según Rengger (citado por Darwin) el *cebus azarae* cuando se asusta mucho, llora con lágrimas. Humboldt dice que el *callithrix sciurens* llora también con lágrimas cuando es presa del miedo.

Expresiones características del sufrimiento son los gemidos, ya sea en el hombre, ya sea en los demás animales. También lo son los gritos. Algunos animales emiten sonidos únicamente en los momentos de gran sufrimiento.

La expresión del dolor del perro es demasiado conocida para que nos detengamos en ella.

El llanto de los orangutanes ha sido comparado, por ser tan expresivo, al de los seres humanos. Algunos chimpancés tienen una expresión de gran sufrimiento, pero sin llorar.

Por lo que se refiere al ser humano, ya sabemos la gran importancia que Darwin le daba a la expresión de las emociones. Ya él insinuaba lo interesante que sería el estudio de las expresiones emotivas en las diversas razas humanas. Es, en efecto, importante, ver si en las diversas razas existen las mismas expresiones, los mismos

gestos, sobre todo en aquellas que han tenido poco o ningún contacto con pueblos de civilización más o menos evolucionada, sean ellos asiáticos o europeos. Si los mismos movimientos de las facciones o del cuerpo expresan las mismas emociones en razas humanas diferentes, podría deducirse de esto, según Darwin, que tales expresiones son las verdaderas, es decir, que son innatas o instintivas. Las expresiones o gestos convencionales adquiridos por el individuo en los comienzos de su vida podría creerse que son distintos en las diversas razas. Una encuesta demostró a Darwin que un mismo estado de espíritu es expresado en todos los países con notable uniformidad.

El principio de la asociación habitual ha debido desempeñar un importante papel en la adquisición de los diversos movimientos expresivos de emociones o sensaciones violentas. Esto se demuestra considerando que las emociones vivas son de una naturaleza tal que generalmente no solicitan movimiento voluntario alguno para procurar su correspondiente alivio o satisfacción. Además, hay un contraste esencial entre los estados de espíritu excitantes y los deprimentes.

Sea o no exacta la aseveración de Darwin acerca de la uniformidad de expresión emotiva en las diferentes razas, lo cierto es que hay variedades que llaman la atención. Por ejemplo, la observación de Azara en sus "Viajes por la América Meridional" refiriéndose a los indígenas del Paraguay, nos dice que algunas razas no lloran a sus muertos, y dice que hay razas en que el llanto es casi exclusivo de las mujeres. Según Eokine (citado por Darwin), en la India algunos naturales de la zona Bombay *disimulan* toda clase de emoción en presencia de los europeos.

Un gremio curioso que ha existido en nuestro país durante muchos años es el de las "lloronas" que acudían a los velorios o ceremonias fúnebres a llorar mediante una paga o una limosna. Estas mujeres imitan como artistas consumadas el llanto con lágrimas. Es el mismo caso de las lloronas de Córcega y de aquellas mujeres de Nueva Zelandia que dice el Rev. Taylor; se reúnen a llorar a sus muertos y lloran cuando quieren. Similar en cierto modo a esto sería la actitud de los actores dramáticos al realizar el llanto en forma perfecta, con lágrimas.

En los pueblos civilizados hay diferencias en la expresión de la pena; los británicos, por ejemplo lloran solamente cuando los agobia un dolor moral penetrante. En cambio los individuos de raza latina tienen facilidad para llorar por causas insignificantes.

Darwin en la Tierra del Fuego vió indígenas que lloraban con lágrimas en ocasión de una desgracia o en señal de duelo. Algunos indígenas del Paraguay enterraban a sus muertos sin llorarlos; otros los abandonaban.



De las emociones en general en el hombre y en los animales

Las teorías para explicar la emoción han sido todas ellas parecidas; solamente la alteración de uno de sus elementos generales ha suscitado comentarios. Veamos: la teoría antigua explica la génesis de la emoción como si se produjera en tres etapas, a saber: a. *una idea*, por un misterio no explicado, ocasiona b. *una emoción*, sentimiento misterioso, que, por un mecanismo tampoco explicado, ocasiona c. *perturbaciones vaso-motrices, respiratorias y secretorias*.

La teoría de James y Lange, más aceptada, resiste mejor a la crítica y satisfice más a la fisiología y a la psicología; dice así: a) *una idea*, por un misterio no explicado, ocasiona b) *perturbaciones vaso-motrices, respiratorias y secretorias*, cuya conciencia es lo que constituye c) *una emoción*. Esta última teoría, con lo que parece una

simple inversión del orden de los términos, elimina, al menos uno de los misterios. Sin embargo, habría que comprobar si esa inversión de términos se justifica y si es también posible eliminar el otro punto oscuro.

Un ejemplo parecido al de Lange al referirse a la emoción penosa nos da Medeiros e Albuquerque (3) que sirve muy bien para darse cuenta de la sucesión de los fenómenos íntimos de la emoción. Dice así: la tristeza de una madre al saber la muerte de su hijo. La vieja teoría psicológica diría que la madre supo la muerte del hijo; se puso triste y por eso sintió gran abatimiento y lloró. La teoría moderna en cambio, referiría los hechos así: la madre tiene noticia de la muerte del hijo; *por eso* sintió gran abatimiento y lloró; *por haber llorado y quedado abatida* sintió tristeza.

Queda por descubrir el motivo, o mejor dicho, la vía, por donde la emoción perturba las funciones

respiratorias y circulatorias, aumenta o disminuye las secreciones y da lugar al abatimiento y a las lágrimas.

Adoptando la teoría de James o de Lange uno de los enigmas desaparece, como decíamos anteriormente, quedando reducido el proceso de la emoción a este esquema: idea, perturbaciones orgánicas, emoción. Este orden de cosas basta para comprender que la emoción es la conciencia de las perturbaciones que están ocurriendo en el organismo.

Las emociones fundamentales que han sido estudiadas por Lange y que figuran en su esquema son: contrariedad, tristeza, miedo, embarazo, impaciencia, alegría y cólera. Considera a grandes rasgos que haya disminución o aumento de la inervación voluntaria.

El estudio de las emociones ha ido ganando terreno y claridad poco a poco; después de Lange y su teoría lo más importante ha sido tal vez la afirmación de Sergi al decir que el centro de las emociones está en el bulbo. Más contemporáneamente Dumas nos habla en forma admirable del "choc emocional" y Lapicque hace estudios por medio de la cronaxia, que prometen mucha luz en este asunto. En 1929 Targowla y Lamache estudian el síndrome biológico de los estados melancólicos.

Pero las emociones que han sido objeto de mayor atención son sin duda la alegría y la tristeza. Una de las cosas que primero han llamado la atención ha sido la acción paralizante de la tristeza sobre los músculos voluntarios, rasgo característico de la fisiología y de la fisonomía de la tristeza; es, sin embargo, una parálisis mucho menos marcada que la del espanto o la del terror.

La debilidad del sistema nervioso y muscular de la vida animal voluntaria no es más que un aspecto de la fisiología de la tristeza; hay otro aspecto más significativo por sus consecuencias en el sistema de los músculos involuntarios y principalmente en los músculos de las tónicas arteriales, que pueden aminorar por su constricción el calibre de los vasos; es el sistema vaso-motor que se comporta bajo la influencia de la tristeza de un modo completamente opuesto al aparato motor

voluntario. Mientras estos últimos (los músculos, se comprende) se debilitan y relajan, los vaso-motores, al contrario, se contraen más de lo ordinario; los diversos tejidos u órganos quedan exangües. La consecuencia de esta anemia es la palidez, la debilidad acentuada y el colapso; los músculos de la cara se relajan y dan a la fisonomía una expresión especial, característica. Esta expresión podría ser la del enflaquecimiento; pero ello no puede ser explicado por perturbaciones de la nutrición. La anemia es constante en los órganos internos, lo mismo que en la piel. Las secreciones disminuyen, al menos aquellas que se pueden controlar más fácilmente: la boca se seca por la disminución de la secreción salivar, la lengua se pone viscosa, el gusto amargo. En las mujeres que amamantan es muy frecuente el fenómeno de la disminución de la leche a consecuencia de una emoción fuerte. Sin embargo uno de los caracteres más constantes de la tristeza parece estar en contradicción con esto, y es el llanto y la secreción lagrimal. La dilatación vascular de la cara y en la mucosa nasal hace aumentar las secreciones y aparecer la cara congestionada y rojiza. Podría admitirse que esta dilatación es una reacción posterior a un estrechamiento, un relajamiento de los músculos arteriales después de una fuerte constricción.

Se puede suponer que las lágrimas son el resultado de una dilatación de los vasos, dilatación espasmódica que reemplaza en los casos de tristeza a la vasoconstricción habitual. Una sola y única excitación de los nervios vasculares puede producir una dilatación de los vasos o una constricción; la fisiología y la patología lo demuestran, sin que se dé una razón convincente de ello.

En la tristeza con llanto se siente un evidente alivio, disminuye la tensión del ánimo. Las lágrimas alivian cuando corren; disminuyen la tristeza.

Según Lange los fenómenos vaso-motores son primitivos. Las emociones afectan a todas las funciones del sistema nervioso; se manifiestan por perturbaciones de la inervación, o sea, trastornos

de la impulsión motriz, que por medio de los nervios llega a los músculos, y parcialmente a las glándulas; o de otra manera, por trastornos de la sensibilidad, hipo-estesia o hiper-estesia; en fin, por trastornos de la inteligencia, depresión o exaltación. Aquí no entenderemos al pie de la letra lo que dice Darwin.

Se pregunta Lange: ¿es posible que las perturbaciones vaso-motrices, las modificaciones del calibre vascular y por consiguiente la irrigación sanguínea de los diferentes órganos sean el efecto primitivo y esencial de la emoción, mientras que las otras manifestaciones, irregularidad de los movimientos, anestias, sensaciones subjetivas, modificaciones de las secreciones, trastornos intelectuales, no serían más que trastornos secundarios determinados por las anomalías de la inervación vascular? ¿No es posible, por ejemplo que en la tristeza la debilidad muscular provenga de la anemia producida en el sistema nervioso?

Una seguridad que se puede dar es que la emoción en general va acompañada de modificaciones circulatorias cerebrales. La teoría vasomotriz del mecanismo emotivo es tan verosímil que Lange no trepida en tomarla como punto de partida en la consideración de todas las emociones; tesis fundamental que estaría dispuesto a no cambiar aún cuando experiencias ulteriores le hicieran considerar el origen múltiple para cualquier emoción.

Sea como fuere, la psicología científica comparte las ideas corrientes y admite que las emociones provocan y determinan sus expresiones físicas; pero no se pregunta qué son en sí mismas, para disponer sobre el cuerpo de tal potencia. Acerca de este punto es en vano buscar explicación.

En cada emoción existen como factores verdaderos y manifiestos: 1º una causa, una sensación que obra comúnmente por intermedio de un recuerdo o una asociación de ideas; 2º un efecto, o sea, las modificaciones vaso-motrices ya citadas y los cambios que ellas acarrear en las funciones orgánicas y mentales.

¿Qué ocurre entre estos dos factores? Es una pregunta que tie-

ne preocupados a todos los psicólogos modernos.

Si un suceso es seguido de emoción, su efecto primero e inmediato es psíquico, creando una nueva fuerza mental, o también modificando el estado mental anterior. La emoción verdadera, tristeza o alegría verdaderas, son hechos pertenecientes a la "psique", mientras que las expresiones físicas son epifenómenos, siempre presentes, es cierto, pero que en realidad nada tienen de esencial en sí.

Al investigar las causas de las emociones se descubre que muchas veces éstas nada tienen que ver con lo anímico y que pueden ser igualmente reprimidas y vencidas por medios físicos; es el caso de la tristeza y el miedo ahuyentados con el vino, la violencia y la cólera producidas por la ingestión de algunos agáricos. Recuérdese también la emoción adrenalínica, verdadera emoción experimental, y la euforia morfínica. Se conocen algunos medicamentos que disminuyen y hasta paralizan la angustia y la tristeza por intermedio de las vías vaso-motrices. Típico sería el bromuro de potasio.

No es tan fácil como parece trazar una línea de demarcación precisa entre las causas materiales y las causas psíquicas de las emociones; analizando su diferencia fisiológica vemos que ella se resuelve en una cosa irreal fisiológicamente y que se nos escapa de la mano (Lange). En las emociones de origen físico y de origen moral el fenómeno es el mismo en la producción de los dos estados: la excitación de los centros nerviosos vaso-motores; la diferencia radica en la vía que sigue el influjo para alcanzar esos centros.

En la expresión física de las emociones, las hay típicas y las hay convencionales; otras son de significación simbólica. En el pánico un hombre puede aparecer congestionado en vez de pálido; en la alegría uno puede quedar mudo, mientras que otro puede mostrarse locuaz y expansivo.

Hoy podemos sumar a las varias interpretaciones de la emoción la influencia temperamental y constitucional que escapaba a Lange. También puede comprobarse que el conjunto de signos y síntomas emotivos puede no estar



completo e incluso encontrarse reunidos en forma contradictoria (p. ej. reír de pena).

No se puede tampoco esquematizar arbitrariamente en el terreno de las emociones; la realidad presenta una variedad infinita de transiciones imperceptibles entre los diversos tipos esquemáticos.

La influencia de la civilización sobre las expresiones emotivas tampoco escapó a la sagacidad del ilustre psicólogo de Copenhague. Lange afirmaba que los individuos, como los pueblos en general, son tanto menos accesibles a las emociones cuanto más civilizados son. Los pueblos salvajes son violentos, indóciles, exuberantes en la alegría, más abatidos en la tristeza. Una diferencia análoga se aprecia entre varias generaciones de una misma raza. También se encuentra una análoga diferencia entre las diversas clases sociales de una misma genera-

ción. Indicio indudable de educación y cultura es el dominio sobre sí mismo, la impassibilidad (o mejor dicho, la serenidad) en presencia de acontecimientos que en las gentes de pueblo harían estallar explosiones de pasión desenfrenada. Por la educación desde la infancia el hombre civilizado aprende a dominar sus impulsos, a anularlos si es posible. Podría decirse que la educación (comprendiendo la pedagogía), tiene por objeto suprimir los reflejos simples y originales, o reemplazarlos por otros más elevados. Recuérdese la importancia de la supresión de los castigos y penitencias con su efecto benéfico en la educación infantil. Recuérdese también que en el Japón, como producto de la moral, la religión y la pedagogía, unidos a los caracteres somáticos y étnicos, los niños no lloran, y los adultos consideran los asuntos más graves con serenidad y sangre fría admirables.

Volviendo a la cuestión de la génesis de las emociones, habíamos dicho que Dumas (4) ha estudiado el "choc emocional". No podemos pasar por alto sin decir algunas palabras al respecto.

La influencia de los chocs emocionales sobre las secreciones externas ha sido poco estudiado. Según parece, los chocs leves son excitantes para todas las secreciones externas y los chocs intensos son *inhibidores*. Esto rige para cualesquiera secreciones. Compréndase aquí a la secreción lagrimal también.

Se pregunta Dumas si es posible, más allá de las modificaciones emocionales de las grandes funciones orgánicas, contracciones, relajamientos musculares, perturbaciones exócrinas, insuficiencias o hiper-funciones endócrinas, trastornos del metabolismo y auto-intoxicaciones, entrever otros efectos del choc emocional que se manifestarían por perturbaciones súbitas y bruscas del medio sanguíneo, incluso aquellas que han sido señaladas desde 1920 en otros chocs, bajo el nombre de hemoclásicos.

También Dumas se pregunta en qué medida el choc emocional puede ser comparado al choc hemoclásico e incribirse como dicho choc en el equilibrio de los humores.

Según Joltrain la emoción debe ocupar un lugar importante entre las causas de chocs hemoclásicos; pero se refiere de preferencia a la cólera y al miedo.

Dumas considera que es irse demasiado lejos al hablar de psicoclasia como se habla de hemoclasia y aconseja prudentemente cuidarse de usar demasiadas metáforas. Confiesa que si es un verdadero choc, no sabemos cómo se origina, ni por qué.

Entre las excitaciones leves, decía Dumas, que se traducen por reacciones más rápidas o más energéticas y las excitaciones más intensas que se traducen por depresión, hay lugar para excitaciones fuertes. Estas pueden traducirse en todos los dominios, no sólo por reacciones rápidas o fuertes sino también por reacciones desordenadas. De esta manera la excitación emocional en lugar de seguir las vías ordinarias se fragua paso a distancia, a lo lejos, por ví-

as no usuales, determinando así reacciones funcionales incoherentes. Estos desórdenes no obedecen a ley alguna, al menos que pueda sospecharse por ahora.

Daría la razón a Sergi el hecho de que el choc emocional repercute por intermedio del cerebro sobre los centros bulbares; produce el paro o el simple retardo de las funciones de estos centros. Por eso se explicarían las reacciones de paro respiratorio y circulatorio.

Dumas explica las lágrimas como una derivación de las reacciones motrices que no se ejecutan, pero hace notar que la llamada ley de las alternativas o ley del balanceo se debe considerar en un sentido muy amplio. No debe oponerse únicamente el sistema cerebro-espinal y el neuro-vegetativo. Las variaciones orgánicas del choc interesan tanto al uno como al otro.

Como no es nuestro objeto primordial la profundización de este arduo problema, sino la interpretación de un signo anormal, pasaremos por alto los pormenores que tan bien descritos se encontrarán en el trabajo citado de Dumas.

La expresión de la tristeza. La facies y la mímica. El llanto

En el individuo triste llama inmediatamente la atención su facies. En el alienado es de capital importancia el estudio de la fisonomía. Los mejores estudios de la fisonomía triste que refleja el sufrimiento lo han realizado los grandes artistas, los autores de anatomía artística y algunos pocos biólogos.

En la práctica psiquiátrica la cara del hombre triste debe saber observarse, no sólo como un complemento de la semiología sino como una vía para descubrir lo que el enfermo oculta y no dice. (Sufrimiento moral, ideas de suicidio).

La actitud del deprimido es más o menos la siguiente: cabizbajo, la cabeza y casi todo el cuerpo en posición casi fija, inclinado hacia un lado, los párpados entornados, con el típico pliegue de Veraguth, el entrecejo con dos o tres arrugas verticales; cejas y zo-

nas superciliares con pequeñas arrugas oblicuas; las mejillas ligeramente abultadas, los labios en su centro casi rectilíneos, en las comisuras vueltos hacia abajo, con pequeñas arrugas que acompañan al surco nasogeniano. El puño cerrado o semi-cerrado, a veces tapando la boca; la respiración disneica y "saccadée", inspiración brusca, corta, gimiente. Pulso: 74 a 79; la secreción nasal discretamente exagerada.

En realidad en la expresión de la tristeza se trata de una serie de expresiones parciales que traducen y significan una disminución del tonus y de la inervación motriz. Hay una disminución de la inervación del facial.

Como el objeto de este estudio da la preferencia a las perturbaciones lagrimales, en ellas haremos más hincapié.

Al referirse Darwin a su tercer principio de las expresiones dice: la secreción de las lágrimas es un fenómeno que depende ciertamente de las conexiones de ciertas células nerviosas; pero en este como en otros fenómenos nos veremos detenidos cuando queramos investigar cuáles pueden ser las vías que *la costumbre* hace recorrer al influjo nervioso bajo la influencia de emociones determinadas.

Spencer también dió su interpretación diciendo que un flujo de fuerza nerviosa, no dirigido, seguirá evidentemente en su origen las vías habituales, y, si éstas no le bastan, desbordará por las vías menos usadas. Esto mismo lo han dicho después muchos autores en formas diversas. Darwin insiste en la influencia de la costumbre; dice que las glándulas lagrimales necesitan cierta costumbre adquirida antes de poder entrar cómodamente en acción, de igual modo casi que los diversos movimientos y gustos consensuales transmitidos por la herencia reclaman cierto ejercicio antes de ser fijados y llevados a su estado definitivo. Esto es perfectamente verosímil para el llanto, que ha debido adquirirse posteriormente a la época en que el hombre se separó del origen común del género "hombre" y de los "monos antropomorfos" que no lloran.

En el primer período de la vida humana, ni el dolor ni ninguna

otra emoción provocan la secreción de las lágrimas. Pero no podemos afirmar nosotros si en esa época de la vida se produce en realidad la emoción.

La secreción lagrimal en los niños se inicia más o menos a los dos meses del nacimiento. Sin embargo se conocen casos de lágrimas en niños de quince días. Pero esto no es frecuente.

El llanto con lágrimas en los niños lactantes refleja una angustia o sufrimiento elemental, una emoción que podríamos llamar primaria o primordial. Por cierto que es un estado emotivo muy diferente del que experimenta el adulto: sufrimiento inteligente este último.

Neurológicamente la secreción de las lágrimas es distinta en los casos de parálisis: en unos hay hiper-secreción; en otros supresión casi completa en el lado enfermo y en otros, que son los más, no puede hacerse constar ninguna anomalía. Sin embargo, a veces, en la parálisis del VII par, en su comienzo, suele observarse una anomalía en la salida de las lágrimas del saco conjuntival a consecuencia de suprimirse la oclusión del ojo; falta el pestañeo que normalmente conduce las lágrimas hacia la carúncula. El borde del párpado inferior aparece descendido, las lágrimas se coleccionan allí formando un lago anormal.

Feré (5) que se ha ocupado extensamente de la patología de las emociones, dice que la secreción exagerada de las lágrimas en las emociones tristes puede atribuirse no sólo a la acción directa de los nervios sobre la glándula, sino también a la congestión sanguínea determinada por las perturbaciones de la respiración. Darwin hace desempeñar un papel considerable a la presión de los músculos peri-orbitarios sobre la secreción de la glándula lagrimal. Se apoyaba en la analogía que encontraba entre el llanto y el lagrimeo que se producen en diversos actos, cuando el orbicular de los párpados entra en juego (en la risa, bostezo). Este lagrimeo no es debido, como el de los llantos, a un aumento de la secreción, sino a una simple retención de la secreción normal; retención que se realiza por un mecanismo

que Darwin no ha tenido en cuenta.

El derrame de las lágrimas en las fosas nasales se ve favorecido por el tiraje nasal en la espiración. Rava (citado por Feré) ha visto que los colirios de ácido cítrico o de sulfato de soda no pasan a la nariz cuando se taponan el orificio poste-

cisamente porque el tiraje nasal está aumentado.

La secreción lagrimal está amonada en las emociones depresivas muy durables y después de chocs nerviosos muy intensos; el ojo se nota visiblemente seco. En los estados de depresión es general que las secreciones estén todas



rior de las fosas nasales. Hay varias maneras de probar el tiraje nasal. Pero este no es el lugar ni la oportunidad de entrar en tales detalles. Bástenos saber que la supresión del tiraje nasal es un obstáculo al derrame de las lágrimas en las fosas nasales; esta supresión se encuentra precisamente realizada en el bostezo, en la risa, el vómito, etc., grandes esfuerzos musculares que se acompañan de oclusión de la boca no provocan lagrimeo pre-

disminuídas. La piel está seca y rugosa, excepto en las extremidades, donde se la ve a veces cubierta de un sudor viscoso; la mucosa bucal árida, según la expresión de Feré; los dientes cubiertos de una especie de untado pegajoso, la lengua empastada. Las secreciones intestinales y gástricas están también en cantidad insuficiente, las digestiones son lentas y penosas, hay constipación tenaz. Estos trastornos ocasionan a menudo,

como se comprende, una anorexia completa; el rechazo de alimentos deberá considerarse como un síntoma secundario, dado que con frecuencia se comprueba un acentuado enflaquecimiento antes del momento en que la alimentación ha comenzado a ser insuficiente. Las perturbaciones del estómago son, con el decaimiento y el insomnio, los primeros síntomas de las enfermedades mentales en general.

En la melancolía, a pesar del estado de dolor moral que predomina en el sujeto, la secreción de las lágrimas está sólo rara vez exagerada. A menudo, por el contrario, está el ojo seco, recordando el ojo del pescado hervido, según la pintoresca expresión de Feré. Los enfermos se quejan a menudo de no poder llorar, de tener los ojos secos como el corazón. Se ve en ciertos casos a una emoción violenta con gran derrame de lágrimas actuar como una crisis feliz en la evolución de la enfermedad.

Masselon (6) hace constar también el síntoma de las secreciones disminuídas en los ansiosos y en los deprimidos simples. Las glándulas sudoríparas y las sebáceas no funcionan, la piel está seca y los cabellos sin brillo. También hace mención de la menor actividad de los jugos gástrico e intestinal, segregados en menor cantidad que al estado normal.

La cantidad de orina excretada se encuentra disminuída. Su densidad puede, no obstante, permanecer normal. En cuanto a la composición química no hay opiniones uniformes a las cuales atenderse. Lo que sí asegura Masselon que son orinas de una *toxicidad mayor que las normales*.

Las vías lagrimales

En el estudio anatómico de las vías lagrimales hay que tener en cuenta, aparte de las experiencias de Bechterew, la experiencia de los oftalmólogos. Las vías que sigue la energía nerviosa cuando expresa una emoción no están del todo dilucidadas. Hay que estudiar los nervios de la glándula lagrimal, el facial, el petroso superficial, etc. El centro gris se conecta en forma todavía poco clara.

Bechterew ha hecho experiencias según las cuales considera haber probado que los tálamos ópticos presiden esencialmente a los movimientos llamados de expresión y a la emisión de gritos expresivos. Lange consigna estas experiencias pero no les da un valor muy categórico. Lo único que prueban —dice— es que los fenómenos emocionales se producen aún cuando los hemisferios se hayan destruído.

Las fibras secretoras que inervan las glándulas lagrimales son suministradas al nervio facial por el *ramo orbitario del nervio maxilar superior*, el cual, como se sabe, es una de las ramas del trigémino.

Según Gley no es exacto que estas fibras provengan del trigémino. Vendrían del *facial*, y se adosarían simplemente al ramo orbitario después de haber atravesado el nervio maxilar superior. Esto estaría comprobado por el hecho que las secciones intra-craneales del facial, como las parálisis completas del mismo nervio, suprimen la secreción de las lágrimas.

Según Aubaret intervendrían el trigémino y el simpático, pero el facial intervendría en las lágrimas de origen psíquico, en los llantos.

La función del VII par es esencialmente motriz: inerva los músculos mímicos de la cara, con excepción del elevador del párpado.

Los tálamos ópticos, o más bien la región opto-estriada, son el asiento de los centros reflejos de la mímica emocional; estos centros reciben de la corteza excitaciones motrices y por eso experimentan también una influencia inhibitoria constante. En la misma región se encuentra el centro reflejo de las lágrimas; excitando la comisura gris del tálamo se provoca la secreción de las lágrimas. Quizá todos los fenómenos asociativos, de derivación, de antagonismo, se explican por un hecho de mecánica cerebral: una excitación de los centros opto-estriados de la expresión pueden asociarse primitivamente y normalmente a la excitación de los centros secretorios, o también, cuando ella es demasiado fuerte inhibir la acción de estos centros; o bien, en fin, derivarse sobre ellos cuando no puede seguir su vía ordinaria de descarga.

Es interesante, a propósito del estudio de los cuerpos estriados, consultar los trabajos del sabio profesor Jakob (7).

Clínica. Evolución y pronósticos de los estados melancólicos

En presencia de un enfermo que llora debemos inmediatamente pensar si nos encontramos ante un alienado o un enfermo de la clínica general o un caso de neurología. En este último caso bien podría ser el llanto espasmódico; pero generalmente va acompañado de risa también espasmódica. Estos casos han sido bien estudiados entre nosotros por Castex y Vivaldo. Son enfermos que lloran sin pena, hacen solamente la mueca del llanto, que estalla por cualquier estímulo, aun por el más insignificante.

Tratándose de alienados se pensará en la melancolía, en la locura maniaco-depresiva y también en la depresión melancólica.

Como el objeto de este trabajo es hacer recalcar la importancia de un signo, que es a la vez un síntoma, pasaremos por alto los pormenores del diagnóstico. Consideraremos en general los *estados melancólicos* de cualquier índole que ellos sean. Así se verá en las historias clínicas al final.

Según Benon el pronóstico de la melancolía, que puede ser aguda o crónica, es el siguiente. Para los adultos de 30 a 60 años:

Curación 60 %.

Evolución hacia astenia crónica 5 %.

Hipocondría 5 %.

Distenias periódicas 5 %.

Delirio persecutorio crónico 5 %.

Incurabilidad 10 %.

Muerte (por complicación visceral) 10 %.

En los jóvenes de 18 a 30 años:

Curación 25 %.

Demencia precoz e hipotimia crónica 40 %.

Otros varios 35 %.

Cuando los estados melancólicos se terminan por la muerte, ésta se debe a: I) suicidio; II) consunción melancólica, por rechazo de alimentos, trastornos digestivos; III) intercurrentes, neumonía, gripe, tuberculosis; IV) ictus,

hemorragia, reblandecimiento cerebral.

Según Masselon los estados melancólicos pueden terminar por:

1. Curación completa.
2. Mejoría apreciable que permite un retorno a la vida normal.
3. Pasaje al estado crónico.
4. La muerte.

La duración en general de los estados melancólicos es de tres a seis meses, a veces un año; cuando se prolongan hasta tres años por lo regular pasan a la cronicidad.

Este paso a la cronicidad se conoce por una disminución de la ansiedad con conservación del fondo mental intacto; por la agregación de nuevas concepciones delirantes *absurdas*; en ocasiones por la aparición de ideas de negación y de enormidad; por la forma estereotipada de los lamentos y llantos.

¿Cómo se conocería la *gravedad* de un estado melancólico? Solamente Blenler dice que en los casos graves de melancolía los enfermos lloran sin lágrimas.

Nosotros hemos buscado cuidadosamente síntomas que denuncien gravedad y hasta ahora el único que no nos ha engañado ha sido el llanto sin lágrimas. Pero hay que tener en cuenta que es un signo que no se presenta siempre; pero cuando se presenta es de una importancia de primer orden. Hemos comprobado que la gravedad aumenta proporcionalmente con la edad de los sujetos; así, en los enfermos que hemos visto de 70 años o más, el pronóstico ha sido fatal.

Debe considerarse, como se comprende, el llanto franco y no esbozado o rudimentario, lo mismo el llanto reiterado, persistente, y no el efímero e interrumpido por pausas demasiado largas.

Un detalle que no quiero pasar por alto y que me ha llamado poderosamente la atención ha sido el referente al tipo constitucional de los pacientes; ninguno tenía el tipo correspondiente al somático emotivo (8). No eran pícnicos sino asténicos, atléticos y displásicos. ¿De eso dependería su gravedad? ¿Dependería del síndrome biológico?

A propósito de esto último es

útil recordar aquí las principales conclusiones de Targowla y Lama-che (9) para los estados ansiosos: signos de toxi-infección discreta, hiper-azotemia leve y frecuente, ictericia frustra transitoria, curva de la colesterinemia poco marcada, ausencia de alteraciones importantes en la excreción renal, exageración más o menos marcada de los recambios (metabolismo basal, metabolismo de los azúcares, hiper-endocrinia), desequilibrio e hiperexcitabilidad del sistema neuro-vegetativo. En resumen: desequilibrio y exageración del metabolismo en general, probable encefalitis o toxi-infección.

Observaciones clínicas

Historia 10474 – Diagnóstico: Melancolía senil.

Rafael M., 65 años, argentino, casado. La madre murió alienada. No hay antecedentes de alcoholismo ni de venéreas. Casado con una mujer sana, de su matrimonio no ha habido hijos ni ha tenido abortos su esposa. Ha sido un hombre de un carácter "algo nervioso"; ha estado enfermo de "neurastenia" en dos ocasiones: en 1901 y en 1914. En julio de 1917 empezaron sus primeros trastornos mentales con rechazo de alimentos, ideas delirantes de carácter triste, cree padecer de una enfermedad incurable, "está concluido", "no tiene aliento", pide que lo maten, etc. Su sitiofobia ha sido el síntoma predominante. Su síndrome melancólico se exacerba cada vez más; lo vemos en consulta con el profesor Bermann aconsejando la internación urgente.

Ingresa al Asilo de Oliva el 29 de octubre de 1927. Al examen de ingreso se presenta sumamente deprimido y ansioso, responde a las preguntas con aire lastimero y triste; acusa ideas melancólicas y de negación: "¡Ay!... no puedo más... estoy concluido... no tengo más que los huesos... no tengo aliento... no puedo pasar nada, ni la leche siquiera..." No sabe en qué fecha vive, ni adónde se encuentra, debido a que está desmemoriado, dice. Constipado, lengua saburral. Se queja de no poder orinar. Físicamente los signos típicos de la senilidad.

Los días subsiguientes a su internación sigue más o menos igual, con grandes amnesias, con ideas de muerte próxima. Está encogido en la cama en un continuo lamento, con llantos sin lágrimas. Insiste en que su estómago y su intestino no funcionan, que no puede orinar, que no tiene órganos, etc. Sensación de vacío somático. Sigue su sitiofobia; pide que lo maten. Se desnuda rápidamente y llega al marasmo, falleciendo el día 5 de noviembre de 1927.

Historia 12697 – Diagnóstico: Melancolía senil.

Josefa T. A., española, de 71 años de edad, viuda. Se ignoran antecedentes hereditarios. Ha tenido ocho hijos (uno ha fallecido). Hace un mes –dos meses después de muerto el marido– se inicia su enfermedad mental con gran excitación, crisis de angustia. Ingresa al Asilo de Oliva el 29 de noviembre de 1929. Se pasea de un lado a otro, no hace caso del interrogatorio, se queja de temores vagos. Comprende, al parecer, lo que se le dice, pero no contesta absolutamente nada a las preguntas, absorta en sus pensamientos penosos.

Durante su estada en nuestro servicio ha estado siempre intranquila, ansiosa, llorando sin lágrimas. Pregunta con terror por qué la van a quemar, por qué la van a matar. "¿Qué me van a hacer?... ¡Amparadme!...", etc. Se pellizca, se da puñetazos en el pecho, se tira al suelo. No se acuerda de sus hijos. Ha tenido gatismo vesical inconstante. Se alimenta discretamente. La familia la retira sin mejoría, sin escuchar la opinión médica el día 3 de enero de 1930.

(La misma enferma en su segunda entrada) – *Historia 12931*

Reingresa el 8 de febrero de 1930. Su estado es más o menos el mismo: ansiosa, con ideas tristes, de auto-culpabilidad, de indignidad. En su casa se auto-mutilaba, gatosa, se mostraba inquieta, caminando de un lado para otro; algunos días se negaba a comer. Nuevamente la familia la retira sin mejoría.

(La misma enferma en su tercera entrada) – *Historia 13116*

Reingresa el 13 de mayo de

1930 en el mismo estado que las veces anteriores: llorona, sin derramar lágrimas. Dice que le va mal... que está perdida...

Durante su permanencia en el servicio está siempre triste, ansiosa, temerosa de todo; habla sola; acusa casi exclusivamente ideas melancólicas, de negación, de ruina, humildad, etc. Pesimista, escéptica, "no hay nada que hacerle... todo se acabó..., estamos sin nada...". Desorientada. No se acuerda de su familia. Se alimenta bien; constipada. Duerme bien, 7 u 8 horas. Quince días más tarde sigue ansiosa, se lamenta, gime, con ayes lastimeros y casi estereotipados. Apenas atiende al medio externo y a las preguntas que se le dirigen; contesta con vocablos aislados, exclamaciones de angustia y sufrimiento, suspiros, etc. No conexiona una frase con otra; las pausas prolongadas y frecuentes dan la sensación de vacío demencial más que de estado confusional o de estupor melancólico. Desorientada en espacio y en tiempo; auto-crítica nula. Memoria con enormes lagunas. Juicios erróneos, a veces contradictorios y pueriles. Ansiedad casi continua; llora sin lágrimas, siendo este signo más evidente que en su primera entrada. Desafectividad familiar. Dice que no tiene hijos. Tiene ahora ilusiones visuales. Está algo más delgada que en sus anteriores entradas. Las pupilas son iguales. Lengua algo saburral. Reflejos rotulianos normales. Su estado empeora paulatinamente, llega al marasmo, falleciendo el día 20 de septiembre de 1930.

Historia 13217 – Diagnóstico: Melancolía ansiosa.

Heraclio B. P., español, de 58 años de edad, casado. La madre se suicidó ahogándose en el mar. No da antecedentes de alcoholismo. Ingresó al Asilo de Oliva el 13 de junio de 1930, habiendo comenzado sus primeros síntomas mentales un año antes. Síndrome de melancolía ansiosa, con ideas delirantes persecutorias e hipocondríacas. Cree que los compradores de su negocio han hecho una operación fraudulenta para estafarlo. Su fondo mental está conservado. Su memoria es buena y su afectividad parece aumenta-

da. Ha cometido varias tentativas suicidas: Dice que quiere matarse "para dejar de sufrir".

Se ha asistido en varias clínicas particulares, teniendo períodos de calma, pero sin desaparecer sus ideas suicidas. Padece de persistentes insomnios. Permanece por espacio de 16 días en el Asilo, siempre ansioso, llorando sin lágrimas, con autoacusaciones reiteradas, ideas de culpabilidad, pantofobias, etc. Lo retira la familia sin mejoría. Posteriormente, (unos quince días más tarde), tuvimos noticia de su suicidio de un tiro de revólver.

Historia 13650 – Diagnóstico: Melancolía ansiosa senil.

Nephi F., inglés, de 71 años de edad, casado. Padre alcoholista; alcoholista él también. Ha sido empleado ferroviario hasta jubilarse hace 8 años.

Enferma mentalmente en mayo de 1930; se inicia su afección con ansiedad, soliloquios incoherentes, ideas místicas, insomnios. Más adelante se ha mostrado agresivo. Ingresó al Asilo de Oliva el 22 de noviembre de 1930. Se nos presenta al interrogatorio en estado de excitación psico-motriz moderada; mezcla el castellano con el inglés haciendo difícil el interrogatorio. Parece desorientado en espacio y en tiempo. Se queja de padecer del estómago. Físico precario. Viene con certificado de su médico en el que consta que padece de tuberculosis pulmonar. Se muestra hostil y no se deja examinar somáticamente. Ocho días más tarde sigue muy inquieto, agitado, amenazador, pero sin llegar a ser agresivo. Constantemente hablando. Desorientado. Su discurso está plagado de disparates. Se alimenta poco; su sueño es escaso; de noche pasa largas horas agitado. Pide que lo dejen ir a su casa. Dos semanas después de su internación sigue más o menos lo mismo: ajeno al interrogatorio; habla solo, expresándose casi exclusivamente en inglés. Parece, sin embargo, un estado demencial, con desorientación. Mira en torno suyo con extrañeza, como si tuviera alucinaciones auditivas y visuales. La memoria con enormes lagunas. La atención sumamente difícil de fijar. No podemos apreciar bien

la coordinación por la gran dificultad del idioma. Hay una intensa depresión melancólica, alterando con agitación y llanto sin lágrimas. Lamentos, gemidos, disnea. Con frecuencia gatismo vesical y rectal. Llega poco a poco a la caquexia, falleciendo el día 22 de diciembre de 1930.

Historia 13701 – Diagnóstico: Alcoholismo crónico.

Daniel C., argentino, de 33 años, viudo, labrador. Ingresó al Asilo de Oliva el 8 de diciembre de 1930. El padre se suicidó; la madre falleció repentinamente. Tiene 5 hermanos, todos viven sanos.

Está procesado por haber dado muerte a su mujer por celos, infiriéndole un sinnúmero de puñaladas, y luego decapitándola. De su matrimonio hay dos hijos, que viven sanos.

Hay antecedentes de alcoholismo inveterado. El cuadro mental que presenta a su ingreso es el de la confusión mental, con alucinaciones, ideas delirantes polimorfas, tanto melancólicas, como persecutorias y de grandeza. Ansioso. Lloro sin lágrimas. Su físico es precario. Los reflejos rotulianos están muy débiles. La lengua saburral y temblorosa. No se deja examinar las pupilas. Durante su estada en el servicio "Admisión" sigue durante unos días ansioso, intranquilo, lamentándose, gimiendo.

Diez días más tarde está algo más tranquilo. No recuerda nada del crimen que cometió; más aún, niega que su mujer está muerta; afirma que está viva. Niega los celos; dice que se querían mucho. Se aflige cuando le hablan del crimen. Las ideas delirantes han desaparecido, quedando en cambio un estado de estupidez. Comprende con retardo las preguntas que se le dirigen; contesta con monosílabos. Su comportamiento es discretamente bueno; se alimenta bien; es limpio.

Hasta mediados de junio de 1931 su estado no ha variado

Historia 13724 – Diagnóstico: Idiocia.

Matilde O. de 16 años, argentina, soltera. Ingresó al Asilo el 17 de diciembre de 1930.

Ha estado internada durante

muchos años en un asilo en su provincia; se ignoran los antecedentes personales y hereditarios. No habla; grita en forma inarticulada; ríe; juega con estrépito; es completamente pueril en todas sus maneras y en sus actos; sucia en cuanto a su higiene personal, pero no gatosa. Se alimenta bien. Su sueño es satisfactorio. Su facies es idiótica, inexpresiva. De pronto estalla en llanto espasmódico sin lágrimas, sin causa alguna. Otras veces ríe también espasmódicamente y sin motivo.

Desarrollo mental casi nulo. No comprende las órdenes que se le dan. Por señas comprende lo más elemental. Memoria nula. La atención casi imposible de fijar.

Sus sentimientos y afectividad se reducen a una evidente euforia idiótica. Es indolente y abúlica. Tiene sus menstruaciones normalmente. Al examen somático se advierten anomalías dentarias (incisivo superior derecho supernumerario); paladar muy poco excavado. Las pupilas iguales, con buenas reacciones.

Historia 13767 – Diagnóstico: Melancolía ansiosa.

Carmen V. argentina, soltera, de 56 años de edad, ingresa al Asilo el 31 de diciembre de 1930. Viene sin antecedentes. Lo único que se le ha podido averiguar es que tiene un hijo de 20 años; dice también que ha tenido su menopausia hace muchos años.

Ingresaba tranquila, un tanto deprimida, desorientada, acusando ideas delirantes persecutorias vagas e imprecisas.

Los 8 días siguientes a su internación los pasa triste, intranquila, ansiosa; da muestras de profundo miedo; cree que le van a hacer mal, que la van a matar. Hace preguntas con aflicción. Pide que la perdonen, pero no dice *de qué*. Presenta en el muslo derecho y en el brazo izquierdo lesiones ulcerosas de aspecto gomoso. Se alimen-



ta regularmente. Duerme de 6 a 7 horas. Es aseada.

Al interrogarla se muestra sumamente ansiosa; contesta al interrogatorio con aire lastimero, frases breves y entrecortadas por pausas. Desorientada en espacio y con aproximada noción del tiempo. Manifiesta un intenso miedo a la muerte (tanatofobia); quiere que le den una inyección para no sentir la muerte; quisiera no morir nunca. Hay ideas melancólicas francas. La memoria está globalmente debilitada; la atención es

fugaz y se desvía pronto del tema que se le plantea, para dirigirse a sus ideas melancólicas. Coordina fraccionalmente. Intensa y persistente ansiedad; llora sin lágrimas. No se descubren alucinaciones. Marcada abulia, apatía. Docilidad, sugestibilidad esbozada.

Somáticamente: sus pupilas son iguales, con buenas reacciones; la dentadura incompleta. El paladar blando, anaranjado. Hay un leve temblor digital. Los reflejos rotulianos normales; constipación crónica ■

Bibliografía

Bing, "Diagnostic topographique des lésions encéphaliques". París, 1921.
Cantonnet & Lapersonne, "Neurologie

oculaire". París, 1923.
Stock, (In Axenfeld: "Tratado de Oftalmología").

Pitres & Testut, "Système nerveux en schèmes".
Jakob, "Histo-fisiología normal y patoló-

gica del sistema estrío-hipotalámico". La Semana Médica. Enero 15/1931.

Darwin, "La expresión de las emociones". Traducción española de E. Heras.

Ribot, "La logique des sentiments".

Sergi, "Las emociones". Edición española, traducción de Julián Besteiro, Madrid, 1906.

Lange, "Les émotions". Traducción francesa de G. Dumas.

Gilbert Ballet, "L'Encéphale", 1910.

Medeiros e Albuquerque, "¿Qué es una emoção?". Archivos Brasileiros de Psiquiatria. Río de Janeiro, 1905.

Dumas, "Le choc émotionnel" Journal de Psychologie, 1928.

Léri, (in Achard: "Sémiologie nerveuse". París, 1925)

Bleuler, "Tratado de Psiquiatria". Edición española, Madrid, 1924.

Castex y Vivaldo, "Contribución al estudio de la risa y el llanto espasmódico". Buenos Aires, 1925.

Reinecke, "Consideraciones sobre la melancolía ansiosa". Tesis de Buenos Aires, 1908.

Feré, "Pathologie des émotions". París, 1892.

Lalanne, "Les états anxieux dans les maladies mentales". Congrès de Grenoble, 1902, vol. II.

Masselon, "La mélancolie". París, 1906.

Benon, "La mélancolie", París, 1925.

Jaspers, "Psychopathologie générale". Edición francesa, París, 1928.

Notas

1. Bleuler, "Tratado de psiquiatria", edic. españ., 1924; pág. 352.

2. Ya en 1838, simultáneamente con las teorías de la evolución, Darwin hacía recalcar la importancia que tendría el estudio de las expresiones emotivas en los alienados. Asesorado por Maudsley y por Crichton Browne hizo estudios en el Asilo de Wakefield y en el Lunatic Sussek Asylum por intermedio de Patrick Nicol.

3. Medeiros e Albuquerque, "¿Qué es una emoção?". Archivos Brasileiros de Psiquiatria. Río de Janeiro, 1905.

4. Dumas, "Le choc émotionnel" (Journ. de Psychol. 1928, pág. 139).

5. Feré, "Pathologie des Emotions". París, 1892.

6. Masselon, "La mélancolie". París, 1906.

7. Chr, Jakob, "La Semana médica". Enero 15/1931, pág. 129.

8. En la Societé de Psychiatrie, en la sesión del 9 de diciembre de 1909, Sollier y Janet se encargaron de sostener que la emotividad se manifiesta según sea el tipo constitucional, con mayor o menor intensidad.

9. "L'Encéphale", Febrero y marzo, 1929.



CENTRO PSICOPATOLOGICO
ARANGUREN s. r. l.

CASA DE MEDIO CAMINO

La libertad no es abandono
Un programa de rehabilitación para
alcanzar la independencia individual

Informes de lunes a viernes de 14 a 21 hs. Tel.: 72-8262

Zoloft

sertralina droga investigada y desarrollada por



CAMBIA LA CARA DE LA DEPRESION

ACCION:

ZOLOFT® (sertralina) es un inhibidor potente y específico de la recaptación neuronal de serotonina.

CONTRAINDICACIONES:

ZOLOFT® (sertralina) está contraindicado en pacientes con una hipersensibilidad conocida a la droga.

ADVERTENCIAS:

Inhibidores de la monoamina oxidasa

Han sido reportados casos de reacciones serias en pacientes que reciben ZOLOFT® (sertralina) en combinación con un inhibidor de la monoamina oxidasa (MAO). Se presentaron algunos casos con características que hacen recordar el síndrome serotoninérgico maligno. Casos similares, a veces fatales, han sido reportados con otros antidepresivos durante el tratamiento combinado con un MAO y en pacientes que recientemente han discontinuado un antidepresivo y han comenzado con un MAO.

En consecuencia, ZOLOFT® (sertralina) no debe utilizarse en combinación con un MAO o dentro de los 14 días de discontinuado el tratamiento con un MAO. De igual manera, por lo menos deben esperarse 14 días luego de discontinuar ZOLOFT® (sertralina), antes de comenzar con un MAO.

PRECAUCIONES:

GENERAL

Activación de manía/hipomanía - Durante los estudios de pre-marketing, se detectó manía o hipomanía en aproximadamente el 4% de los pacientes tratados con ZOLOFT® (sertralina). La activación de manía/hipomanía también fue reportada en una pequeña porción de pacientes con desórdenes afectivos mayores tratados con otros antidepresivos.

Convulsiones - Las convulsiones son un riesgo potencial con las drogas antidepresivas. Como ZOLOFT® (sertralina) no ha sido evaluado en pacientes con convulsiones, debe ser evitado en pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser cuidadosamente monitoreados. La droga debe ser discontinuada en cualquier paciente que desarrolle convulsiones.

Suicidio - Dado que la posibilidad de intento de suicidio es inherente a la depresión y puede persistir hasta que ocurra una remisión significativa, los pacientes deben ser estrechamente vigilados durante el curso temprano de la terapia.

Uso en insuficiencia hepática - ZOLOFT® (sertralina) es ampliamente metabolizado por el hígado. El uso de ZOLOFT® (sertralina) en pacientes con enfermedad hepática debe realizarse con precaución.

Si se administró ZOLOFT® (sertralina) a pacientes con deterioro hepático, debería considerarse una dosis menor o menos frecuente.

Uso en insuficiencia renal - Como ZOLOFT® (sertralina) es ampliamente metabolizado, la excreción de la droga sin cambios por la orina es una ruta menor de eliminación. Sin embargo, la farmacocinética del estado estable de ZOLOFT® (sertralina) no ha sido adecuadamente estudiada en este grupo de pacientes, por lo que se recomienda precaución en el tratamiento a pacientes con deterioro renal.

Uso en niños - La seguridad y eficacia de ZOLOFT® (sertralina) en los niños no ha sido establecida.

Uso en el embarazo - No hay estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. Debido a que los estudios de reproducción animal no siempre predicen la respuesta humana, ZOLOFT® (sertralina) debe ser usada durante el embarazo solo si los beneficios percibidos sobrepasan los riesgos. Las mujeres fértiles deben emplear un método anticonceptivo adecuado si están tomando ZOLOFT® (sertralina).

Uso durante la lactancia - No están disponibles datos concernientes a niveles de ZOLOFT® (sertralina) en leche materna, por lo que su uso en madres amamantando no es recomendado.

Uso en los ancianos - Varias cientos de pacientes ancianos han participado en estudios clínicos con ZOLOFT® (sertralina). El patrón y la incidencia de efectos adversos en los ancianos fue similar a la de los pacientes más jóvenes.

BAJO NINGUN CONCEPTO, POR SUS GRAVES RIESGOS TOXICOS, ESTE MEDICAMENTO NO DEBE UTILIZARSE DESPUES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO. ESTE MEDICAMENTO DEBE SER USADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCION MEDICA Y NO PUEDE REPETIRSE SIN UNA NUEVA RECETA MEDICA.

INTERACCIONES:

Alcohol - La co-administración de ZOLOFT® (sertralina) y alcohol no potenció los efectos del alcohol sobre las funciones cognitivas y psicomotoras en sujetos sanos, sin embargo, no está recomendado el uso concomitante de ZOLOFT® (sertralina) y alcohol en pacientes depresivos.

Interacción con otros drogas - Como ZOLOFT® (sertralina) se une a las proteínas plasmáticas con potencial para interactuar con otras drogas que se unen a proteínas plasmáticas debe ser tenido en cuenta.

Se han llevado a cabo estudios formales de interacción con drogas y ZOLOFT® (sertralina). La co-administración de ZOLOFT® (sertralina) con diazepam o klobamidon provocó pequeños cambios estadísticamente significativos en algunos parámetros farmacocinéticos. La co-administración con cimetidina causó una disminución sustancial de la depuración de ZOLOFT® (sertralina). El significado clínico de estos cambios se desconoce. ZOLOFT® (sertralina) no tuvo efectos sobre la capacidad adrenérgica beta bloqueante del atenolol. No se observó interacción con glibenclámid o digoxina.

La co-administración con warfarina resultó en un pequeño, pero estadísticamente significativo, aumento en el tiempo de protrombina cuyo significado clínico se desconoce. De acuerdo a esto, el tiempo de protrombina debe ser cuidadosamente monitoreado cuando se inicia o finaliza la terapia con ZOLOFT® (sertralina).

Litio - En investigaciones controladas con placebo en voluntarios normales, la administración combinada de litio y ZOLOFT® (sertralina) no altera la farmacocinética del litio. Sin embargo no hay estudios clínicos controlados con ZOLOFT® (sertralina) en pacientes tratados con litio. En consecuencia, se recomienda monitorear los niveles de litio en plasma luego de iniciar la terapia con ZOLOFT® (sertralina) a efectos de modificar las dosis apropiadas de la dosis de litio si es necesario. La co-administración con litio puede llevar a una mayor incidencia de efectos adversos asociados con la 5-HT.

Drogas serotoninérgicas - Existe una limitada experiencia controlada respecto del tiempo óptimo para cambiar el tratamiento de otros antidepresivos a ZOLOFT® (sertralina). En estos casos, es importante un cuidado y prudente criterio médico, particularmente cuando se reemplazan agentes de acción prolongada. No ha sido establecida la duración del período de lavado que debe existir antes de cambiar de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) a otro.

Hasta que haya más información disponible, las drogas serotoninérgicas tales como triptanos o trametamina, no deben usarse concomitantemente con ZOLOFT® (sertralina).

Terapia electroconvulsiva (TEC) - No hay estudios clínicos que establezcan los riesgos o beneficios del uso combinado de TEC y ZOLOFT® (sertralina).

Manejo/Uso de maquinarias - Estudios de farmacología clínica han demostrado que ZOLOFT® (sertralina) no tiene efectos en el rendimiento psicomotor. Sin embargo, como antidepresivo, puede deteriorar las habilidades mentales o físicas requeridas para la realización de tareas potencialmente peligrosas tales como manejar un automóvil u operar una máquina; el paciente debe ser advertido apropiadamente.

Inducción de enzimas microsomales - Como se determinó para la disminución de la vida media de antipirina, ZOLOFT® (sertralina) demostró inducir las enzimas hepáticas a un grado no significativo clínicamente.

REACCIONES ADVERSAS:

Los efectos colaterales que ocurrieron significativamente con mayor frecuencia con ZOLOFT® (sertralina) que con placebo, en estudios de dosis múltiples fueron: náuseas, diarrea/heces blandas, dispepsia, temblor, mareos, insomnio, somnolencia/aumento de la sudoración, sequedad de boca y distensión sexual masculina (principalmente retardado en la eyaculación).

Han sido reportados infrecuentemente (aproximadamente 0,8%) elevaciones asintomáticas en los transaminasas séricas (TGO y TGP) asociadas con la administración de ZOLOFT® (sertralina). Las anomalías generalmente ocurrieron entre la primera y novena semana de tratamiento y disminuyeron rápidamente al discontinuarse ZOLOFT® (sertralina).

Han sido reportados raros casos de hiponatremia los que aparecieron ser reversibles al discontinuarse la droga. Algunos casos posiblemente se debieron al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. La mayoría de los reportes estuvieron asociados con pacientes ancianos y con pacientes que estaban tomando diuréticos u otras medicaciones.

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION:

ZOLOFT® (sertralina) debe ser administrado una vez al día ya sea a la mañana o a la noche. Las cápsulas de ZOLOFT® (sertralina) deben administrarse con las comidas. La dosis terapéutica es 50 mg/día. Esta dosis puede ser aumentada en casos de falta de respuesta en incrementos de 50 mg por semana hasta un máximo de 200 mg/día. El inicio del efecto terapéutico puede ser observado dentro de los 7 días, aunque usualmente se necesitan 2-4 semanas para la completa actividad antidepresiva. El mismo rango de dosis puede ser utilizado tanto en pacientes ancianos como en adultos más jóvenes.

La dosificación durante la terapia de mantenimiento prolongada debe mantenerse en el nivel efectivo más bajo, con el ajuste subsecuente dependiendo de la respuesta terapéutica. Al igual que muchos otros medicamentos, ZOLOFT® (sertralina) debe utilizarse con precaución en pacientes con deterioro renal y hepático (ver Precauciones).

SOBREDOSIS:

De acuerdo con la evidencia disponible, ZOLOFT® (sertralina) tiene un amplio margen de seguridad en sobredosis. No se han reportado secuelas serias que siguieran a sobredosis de ZOLOFT® (sertralina) de hasta 6 g. Aunque no se reportaron muertes por la ingestión de ZOLOFT® (sertralina) como única droga, listas si se reportaron relacionadas con sobredosis de ZOLOFT® (sertralina) en combinación con otras drogas y/o alcohol. En consecuencia, cualquier sobredosis debe ser tratada agresivamente.

No se recomienda terapia específica y no hay antidotos específicos a ZOLOFT® (sertralina).

Debido al gran volumen de distribución de ZOLOFT® (sertralina), probablemente no resulten beneficiosas la diuresis forzada, diálisis, hemoperfusión y sanguiotransfusión.

PRESENTACION:

ZOLOFT® (sertralina) 50 mg. Se presenta en envases por 20 cápsulas.

ZOLOFT® (sertralina) 100 mg. Se presenta en envases por 20 cápsulas.

*Marca de Pfizer Inc.

Bibliografía

- 1-Preskorn SH and Burke M. Somatic Therapy for major depressive disorder: selection of antidepressant. J Clin Psychiatry 1992; 53 (Suppl): 3-18.
- 2-Fisch C and Knaebel SB. Electrocardiographic findings in Sertraline depression trials. Drugs Invest 1992; 4: 305-312.
- 3-Doogan DP. Tolerability and safety of Sertraline: Experience worldwide. Int Clin Psychopharmacol 1991; 6 (Suppl 2): 47-56.



Antonin (o lo que se transmite)*

Pablo Zöpke

Médico psiquiatra y psicoanalista.
Prof. de Psicopatología, Fac. de Psicol.
Universidad de Rosario.
Córdoba 2392, Rosario, Tel.: 25-8612

Nuestra época empieza a comprender su inscripción. Más que una categoría de letra, necesitamos elaborar o concebir una teoría de la transmisión de la letra.

Es decir, una marca impresa sobre algo que puede ser un sujeto que va a hablar.

Teoría que opongo completamente a la idea reduccionista de la psiquiatría actual, ese programa de reabsorción del sujeto en la catedral del organismo.

La matemática es el ideal disponible de una transmisión integral. La piedra de toque del matema siempre estará en el Menón. El esclavo extrae de su cabeza los matemas de la geometría. Sócrates lo ayuda a parir. La función de la letra y del matema, en Platón, era muy precisa. Vestíbulo, mas que ventana abierta a lo real. Mientras que en Platón el matema es propedéutico, en Lacan es normativo.

El matema no debe ser un nú-



* El Prof. Zöpke nos informa que escribió el presente texto a guisa de comentario y respuesta al artículo "Aspectos genéticos en las psicosis endógenas" de J. Ciprian Ollivier y M. Cetkovich-Bakmas aparecido en "Actualizaciones en Psiquiatría Biológica", Vertex, Rev. Arg. de Psiq. Vol IV, Supl. 1 1er. semestre 1993, págs 19 a 22.

mero, puede no serlo, perfectamente. Conviene a la ciencia. Y sin embargo, en el relato, en el dicho de la ciencia, la lengua materna es ineliminable: precede o sigue a la parte estrictamente formal o de cálculo. Adivinamos que el comentario y la letra tienen la misma dignidad aunque no la misma función en el discurso.

El matema es un caso, como se dice, de transmisión sin resto, sin pérdida. Podemos oponerle la locura. Por lo tanto, los gérmenes de escritura transmisibles son variopintos; en lo que sigue me limitaré a unos pocos, con la esperanza de circunscribir el alcance y la validez de un comando que sea puramente genético, lo que habré de llamar, por comodidad, porque sí, porque huele a ceniza y humo Xq27.

¿Por qué no comenzar por los casos probados donde el filón simbólico ha sido cortado o deshecho?

En mi casa, guardado, tengo un viejo libro con fotos de locos en el patio del asilo. De tanto en tanto, lo hojeo.

Ves el cielo como lo vieron ellos. Pálido. Lento como aceite. Medallas de lata sobre chalecos mugrientos. Alucinados en el momento de emitir la voz loca. El catatónico con sus moscas encima. El visaje atontado de la melancolía estuporosa.

Este es nuestro porvenir, una vez que la ciencia haya capturado la ciudad. Todo aquello que Rilke celebró, ha desaparecido: la casa, las familias amplias, el mundo ensimismado de los nuestros, las largas pláticas y un piano y una voz en la penumbra. Intento descifrar la sociedad moderna como un efecto del discurso de la ciencia. El mundo posmo es un horizonte deshabitado de transmisión y generación. ¿No se han cumplido, acaso, las arengas de Descartes? ¿El hombre como amo y señor de la naturaleza? ¿El método? ¿Las ideas claras y distintas?

Lo que vendrá; el rostro socializado de todo aquello que la psiquiatría amasó bajo el cielo fétido de sus asilos. La ciencia es un llamado a la paranoia generalizada. No lo veo en la borra de café, en el poso.

¿Dónde están ahora las pasiones psiquiátricas que describió un

Clérambault? En el *socius*, en sus intersticios, por las calles, en la espesura de la ciudad dormida o despierta. La apelación erotomaniaca ¿no tiene cada vez más cultores y sucuchos?

La psiquiatría presenta las cosas como si se tratara de una transmisión genética. Es decir, de un comando por signos. El *fatum* inyectado por mezcla abominable de padres.

No lo puedo creer.

La transmisión genética no explica nada. Que el monje Mendel se quede con el ácido en las manos. Los estudios con gemelos mono y dicigóticos, no me impresionan. Me parece evidente que una petición de principios domina la escena: una vez que se ha decidido que la psicosis sea endógena, sólo queda el camino, la opción, por los signos terribles. Este es un tosco programa reduccionista (y no por razones de método).

Como filosofía el reduccionismo es un fracaso. Popper tenía razón.

Una vez que se toma el partido de los *locus*, poco y nada por decir de la causalidad de la locura, salvo la mención desgana y *pour la galerie* de cosas que se colocan bajo la rúbrica imprecisa de lo "exógeno", de los "factores ambientales".

Sin embargo, el ser humano es un simio desmejorado por chancro de lengua. El mas mínimo contacto con psicóticos nos convence de la pluralidad de enunciadores en su discurso. Condenado a errar por el dédalo de la lengua, el psicótico es un locutor que ha perdido los pedales: no puede estabilizar sus voces en un sentido dado, en una dirección. La psicosis es un asunto de lengua. Hace funcionar el lenguaje sin primera inscripción, sin matriz, sin un grabado primero.

Por eso la importancia de la voz loca, objeto caído de la lengua, deslenguado. Es la dimensión estética y libidinal propia de la psicosis.

Tenemos entonces un individuo, un sujeto increado que habita el espesor de música y de significancia de la lengua de su madre o si usted quiere, vernácula, la del terruño.

La locura es una patografía.

Retomo la pregunta de Ken-

neth Kendler: ¿qué es lo que se transmite en las familias que predisponen a la enfermedad?

Contesto: el padre, la metáfora paterna, un semblante de padre que vela el padre particular.

Pero el oficio del padre es frágil.

Sin embargo ellos, los niños por venir, decapitonados, no estarán solos. La Ciencia, como una Parca, habrá cortado su hilo metafórico. Pero no estarán solos. Un árbol martiroológico los habrá unido. Artaud tenía razón: fue el primero en querer reunir en un árbol de los martirios la vasta familia de los locos, los suicidados por la sociedad. En verdad, la transmisión de la locura ha existido siempre y los clínicos de antaño, los mejores, la describieron con el nombre de *folie à deux*.

Una vez más, las casillas de la medicina mental, no son satisfactorias. Existe una *folie à deux* que no es la simultánea ni la comunicada. Es el papel de un padre loco, de un padre particular, que no dona nada a su hijo.

El vástago, así, huérfano, no podrá constituir la huella que oriente su espacio simbólico.

Esta es, pues, la Herencia, la decisiva, la verdadera, el *pedigree* del hombrecito: mezcla de incautos, de inconscientes, de insomnes, de imperdibles...

En este sentido tendría que decir que el síntoma es una transmisión lograda.

El montaje judío tiene dos cabos o dos esquinas, la Cábala y el Talmud. Son transmisiones. El cálculo sobre las escrituras, y el comentario, no forman parte del mismo registro, no tienen la misma escala, ni se abren camino de la misma manera. Más que a los números, el Talmud fecunda a los sujetos parlantes (elemento de unión en la diáspora del pueblo judío).

Conocí la Cábala por la novela Bajo el Volcán. Es una gran poesía -para mis oídos de griego, lo admito-. Las imágenes del mar y las voces del desierto se solicitan y se reclaman mutuamente, tal vez por la influencia del neo platonismo, es decir, la filosofía de un solo hombre que se llamó Plotino.

Al considerar la Cábala como una teoría de la escritura o del

"rastros", el judaísmo teórico de Freud parece confirmarse.

Freud es el último de los talmudistas —decía Kafka, otro talmudista que había leído la *Traumdeutung* y probaba su *psilpoul*—. ¿Y no hizo Freud, de su Moisés, un *midrash*?

Ni analogía ni vecindad. Entre el montaje judío y el psicoanálisis, hay un quiasma. Se cruzan, se separan, convergen, divergen, mezclan sus hilos, se desmadejan. Es curioso que, hasta la fecha, la epistemología del psicoanálisis no haya tomado en cuenta este hilado. Ricoeur, —por dar un nombre—, ¿no vio la correspondencia entre el vergel de la Cábala y el análisis freudiano de un sueño?

Comparten la instancia de la letra. El significante se oye. La letra, ¿se lee? La letra se escribe. Más se escribe, menos se lee y esa es su promesa de ilegitimidad.

La letra es un objeto. No tiene cara. No tiene función. No quiere decir nada, es autista, es mutista. Recordemos el sueño de Lehrs: se trataba de una carta del estado mayor donde podía leerse

WLK

Ahora bien, Freud se precipita, halla una similitud polaca. Sin embargo, no. Eso no estaba allí para pronunciarse.

La letra no llega a destino. No sigue el trayecto de la comunicación o de la *speech act theory*. Nunca es propia de su autor o de su destinatario.

Pasa y se va.

Un tipo de montaje judío es el Pase, un término que Lacan colocó entre los labios de sus fieles y un procedimiento por el que veló con el celo de sus múltiples vidas hasta su fin o final, como se sabe, exclusivamente físico.

(con su firma no hemos acabado, ni mucho menos; todavía no sabemos bien si habitamos el poema de Lacan o el paradigma de Lacan).

Tenemos del Pase un esquema escolar que separa tres motivos o niveles, diferenciables, por toda clase de razones, pero no diferentes.

En primer lugar, un procedimiento propio de la Escuela que fundó Lacan, su solitario. El primer escalón, deseado y temido, comporta un riesgo loco: alguien

que piensa que puede ser analista, da a conocer qué fue lo que lo decidió. El sujeto de marras aspira a ser nombrado. Es una dimensión pática, borrascosa, como las cumbres de las hermanitas. Camino que enfiló, en algunos casos, hacia el suicidio o la psicosis.

Pero también el Pase es un momento: más que palabra o testimonio brindado a otros psicoanalizantes, el Pase es el término de la experiencia en la que el sujeto se comprometió. En este sentido, el Pase se confunde con el fin de análisis, no se separa bien de él. El sujeto se desliga de su análisis, doiente o no.

Por último, el Pase, sostenido por la voz del impetrante, se opone a la transmisión integral propia del matema. Como un rumor o una difamación, el Pase circula de boca en boca: este dijo que el otro dijo. Más que un chiste judío, una estela de barca de Caronte, con el desdichado que lleva la moneda entre sus labios helados.

Todo esto es muy insatisfactorio, todavía. Siento que no podemos dejar las cosas así, a sabiendas que la cuestión del Pase divide a los grupos analíticos entre sí, todos atentos a su fracaso y a la diáspora que engendró.

Pasa que el Pase es, sobre todo, y así lo quiso Lacan, un reclutamiento de estilo diferente. El Pase está ligado a la propagación de una raza de discurso, a un *pedigree*, a un título de nobleza, a una serie par e impar. La invitación es amable, sobria, discreta: el que tiene ganas de hablar de su análisis con alguien que no sea su analista, puede presentarse. El recluta, el candidato al Pase, el pasante, tiene delante suyo el más preciado de los títulos.

Todo tiene la estructura de una promesa. Si el Pase funciona, la Escuela no sería un sitio de colegas o de amigos, o de enemigos, sino el acceso a una experiencia analítica común. Sin embargo, esto se paga con pujos y fetas de análisis salvaje, no dirigido a su analista. También los carteros tienen prisa, apresuran su propio análisis. Este efecto sobre los mensajeros está probado, asegurado. Son ellos los que transportan un puñado de significantes, una luz, un relámpago. Recordemos la composición del *jury d'agrément*:

siete miembros (tres analistas de la Escuela, tres psicoanalizantes y el director mismo, en persona).

Lacan mismo se sitúa en el grafo del Pase en un lugar sobre el cual habrá mucho que decir

hay quienes oyeron cantar un réquiem.

El Pase está ligado a la circularidad y circulación, a la reapropiación de los efectos de Seminario, a la voz de los grandes sementales. El Pase redobla el motivo de La Carta Robada.

En el fondo, el esquema postal de transmisión no está mal. Véase, si no, la correspondencia Cantor-Dedekind, dos matemáticos de raza en el examen epistolar de la inscripción del infinito actual.

También el psicoanalista está ligado al correo, al envío, a la estafeta, al cartero y a las cartas no escritas.

Este cartero es el eslabón más interesante del esquema postal. Esa fue la demostración o la tesis del Poe perdido que encabeza con su autoridad los *Ecrits*. El cartero no debería tocar esas cartas, ni torcer su rumbo o su destino. Sin embargo, la Reina se pone como loca, también el Ministro D. y Dupin, y a su turno, Lacan y Derrida también.

Por este *mailman*, la transmisión llamada Pase muestra sus cartas de nobleza. Todavía no sabemos lo que puede una carta. Una carta puede ser una carta bomba.

¿Cómo se transmite, pues, el psicoanálisis? Por aplicación y por esquema postal. El Pase es el anillo que Lacan dio a los suyos.

¿Quién, si no Antonin, *enfant sorti*, padeció la locura de la letra, su zarza, su estructura de robo? Teatro de la crueldad, el único. Niño a-natal, a-filial, a-social, a-subjetivo. Por eso

J'na pas

à papa-mama

Carie precisa entre padre inconsciente y padre real

comprenda este hueco, esta intensa y duradera nada. Esta vegetación.

En el fiasco del nombre de la muerte, él, Antonin, tuvo que levantarse varias veces, engendrándose por choque de simientes lengüeteras, nada más que ellas, salpicando su rostro de niño venerado por madre griega venida de puerto turco. Por eso

Yo, Antonin Artaud, soy mi hijo, /mi padre, mi madre, /y yo.

Constante el gesto de reapropiación de la locura. Antonin no estaba loco. Venía de la locura. Por dimisión paterna, por rechazo o por *folie a deux*, Antonin venía de ella, ininterrumpidamente, incluso durante la célebre función en el Vieux Colombier. Antonin nunca renunció a la salud. Loco de nacimiento, siempre viene de allí, con sus gritos-soplos, con sus eructos y su glosolalia. Sin esa estría de deseo paterno, sin ese don, Antonin navegó en un idioma.

Antonin ¿escribía en francés o a partir del francés? En todo caso, hace un uso poderoso de los "ten-

sores" que lo consagra como uno de los más grandes lingüistas.

Eso sí: siempre viniendo de la locura. ¿Antonin reducido al plano de larva que se escribe Xq27, pongo por caso?

En los marcos de la psiquiatría que responde al tam-tam de los genes, todo es derrumbe, todo es pendiente, no cabe la posibilidad de una locura que se cura a sí misma.

Estamos obligados a subrayar, pues, esto: la psicosis, es decir, las suplencias.

Esta es la lección de la clínica.

Toda locura es una dirección de la cura: por síntoma neurótico, por sublimación, por síntoma psicótico, el loco aspira a la cordura.

Para mí, este es un loco normal.

Sin embargo, con él, a menudo, la cadena de las generaciones se interrumpe. Creo adivinar por qué. Porque sin el *medium fálico*, la mujer es un pedazo de carne más o menos repugnante.

Nuestra vida sexual se prevale de su referencia paterna.

En tal sentido, por lo que sabemos, Antonin no habría rendido su homenaje al padre.

Precisamente, él, no.

Nos quedan, de Antonin, sus textos, sus dibujos y su rostro atormentado.

El gen de la locura no existe. Si no, más bien, la insondable decisión del ser en la balanza de la ética ■



T. O. C. ¿Un Viaje al Interior del Cerebro?

Entrevista a
José A. Yaryura-Tobías

*Profesor del Institute for Bio-Behavioral Psychiatry,
Great Neck, New York 11021, USA.*

por **Juan Carlos Stagnaro**

Médico psiquiatra, inició su actividad en la Clínica Médica en el Hospital "Juan A. Fernández" de Buenos Aires. Luego de un pasaje por Canadá donde hizo investigaciones en cáncer de estómago volvió a la Argentina y tomó la decisión de dedicarse a la Psiquiatría. Con tal fin partió nuevamente —esta vez a los Estados Unidos—, trabajó en Nueva York e hizo estudios en la Universidad de Siracusa. En 1966 con una beca de la Universidad de Carolina del Norte se abocó a la investigación biológica básica y la psicofisiología experimental. Su siguiente paso, en 1968, fue el laboratorio de Psicofarmacología Experimental de un Hospital Psiquiátrico de 10.000 camas (hoy desaparecido) en Long Island. En ese lugar contaba con una sala de internación en la que se realizaba investigación clínica. En esa etapa es que postula la primera teoría conocida sobre el origen de la esquizofrenia y el metabolismo de la L-dopa que más tarde desarrollarán otros autores con el nombre de teoría dopaminérgica de la esquizofrenia.

Regresó a Buenos Aires para establecer una Unidad de Psicofarmacología Experimental. Le otorgaron camas en los Hospitales "J. T. Borda" y "B. Moyano" y su intención era la de trabajar con el Dr. Edmundo Fischer a quien "conocía y valoraba". Fue así que comenzaron a ensayar el uso de algunas nuevas moléculas y a esbozar planes de investigación con L-dopa pero los apoyos oficiales y las erogaciones presupuestarias no se concretaron y Yaryura-Tobías volvió a Estados Unidos para instalar un laboratorio de investigación privado: el North-Nassau Mental Health Service, dedicándose progresivamente al estudio del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Más tarde fundó el Bio-Behavioural Psychiatry en Nueva York que actualmente dirige.

Vertex. ¿Cómo arribó a la formulación de su teoría de la L-dopa en la esquizofrenia?

Dr. Yaryura-Tobías. Investigando en la utilización de L-dopa para tratar los desórdenes del movimiento inducidos por los neurolepticos, accidentalmente encontré que al administrar la L-dopa los pacientes agravaban su esquizofrenia. En esa época el Dr. Kotzias, que fue el primero en utilizar esa droga en neurología, me derivó un paciente por que éste tenía delirios de persecución y celotipia y le pegaba a la esposa cuando salía del hospital los fines de semana. Observé que no todos los fines de semana aparecía esa conducta. Al preguntarle a Kotzias sobre el tratamiento del paciente observamos que sus crisis paranoides coincidían con la administración de L-dopa y que no aparecían cuando salía del hospital medicado con placebo. El unir este caso con el de mis enfermos me llevó a formular la hipótesis de que la esquizofrenia podía ser exacerbada, precipitada o causada por un exceso o una disponibilidad de L-dopa. Des-

pués esto se continuó con la dopamina y otros teóricos formularon la teoría dopaminérgica para explicar esta psicosis. Creo que fue mi trabajo más importante de aquella época. Luego de eso empecé a incursionar un poco en la investigación del metabolismo de los hidratos de carbono en las enfermedades mentales.

Vertex. ¿Cuál es la actualidad de estas teorías en la clínica y cuál su repercusión terapéutica?

Dr. Yaryura-Tobías. Creo que aún se pueden aceptar, pero hay que acoplarles la consideración de otros factores que actúan en forma combinada, tales como el fosfato de piridoxina, que como Ud. sabe actúa como coenzima en la transformación del 5-hidroxi-triptofano en serotonina y la dopa en dopamina, también hay que considerar el rol del cobre, de los canales cálcicos, de la bomba de sodio, etcétera.

Hay que adentrarse en el equilibrio de todos esos factores y de los receptores entre sí. En la época en

que yo trabajaba en aquellos temas no se conocían los diversos receptores e inclusive las "familias" de ellos que existen hoy en día, para cada mediador.

Vertex. *Jean Didier Vincent postula un estado central fluctuante, un cerebro flotante en un "caldo metabólico" cuya actividad a cada instante resulta de una interacción de múltiples factores. Una suerte de suma algebraica complejísima de la que surgiría ese equilibrio inestable determinante de la conducta. De allí que las hipótesis unitarias que aluden a tal o cual mediador como responsable de una conducta determinada resultan simplistas hasta la inoperancia.*

Dr. Yaryura-Tobías. Sí, pero recuerde que en aquella época había que ser simplista por la sencilla razón de que no sabíamos nada y había que comenzar por algún lado. Ahora bien, si Ud. me pregunta qué es lo que pienso de mi hipótesis sobre la serotonina en los T.O.C., lo cual me llevó 25 años de trabajo, si Ud. me pregunta si creo que los bloqueadores de serotonina son importantes le digo que terapéuticamente en parte sí, pero también puedo poner al mismo nivel de efectividad las terapias comportamentales; actualmente he formulado una teoría unificada de los T.O.C.

Vertex. *Enseguida hablaremos del T.O.C. pero antes quisiera preguntarle sobre las repercusiones en la terapéutica psicofarmacológica, de esta perspectiva más compleja de las teorías dopaminérgicas y serotoninérgicas de las enfermedades mentales a las que Ud. alude.*

Dr. Yaryura-Tobías. Se puede concluir parcialmente que las sustancias que bloquean la dopamina cuando hay un exceso de actividad dopaminérgica, o las sustancias que bloquean el aumento de serotonina, o más bien bloquean la recaptación (re-uptake) de esta última, actúan efectivamente; pero cuando se estudia la respuesta a esa reacción se observa que son eficaces terapéuticamente sólo en un 65 a 70% o sea que hay que explicar todavía qué es lo que ocurre en el otro 30 a 35%. Me refiero a lo que mencionó Ud. que postula ese investigador francés, es decir, que hay una multiplicidad de factores a tener en cuenta. Desgraciadamente quien toma una línea de trabajo toma un solo aspecto de un sistema extremadamente complejo. Piénselo en esta perspectiva: si tenemos de 3000 a 10.000 millones de células en el cerebro y cada neurona tiene 10.000 conexiones con las demás y uno parte de esa realidad neuroanatómica, es posible imaginar la complejidad con la que hay que enfrentarse. La acción farmacológica es importante pero no es la respuesta definitiva. Tal es así que estamos aún en aspectos paliativos, no hay curas.

Vertex. *¿En la terapéutica psicofarmacológica..?*

Dr. Yaryura-Tobías. Así es.

Vertex. *¿Y en las terapéuticas cognitivas, comportamentales..?*

Dr. Yaryura-Tobías. Pareciera que duran un poco más sus efectos. Hablo del T.O.C. Pero también estamos sospechando en el T.O.C. que estos tratamientos inducen modificaciones bioquímicas. Son apenas resultados preliminares, pero se los comienza a estudiar. Baxter los está haciendo con tomografía por emisión de positrones y nota el cambio de metabolismo de la glucosa en las zonas frontales y otras regiones en las que se supone están las lesiones responsables del T.O.C. Pero son trabajos muy recientes y en curso de investigación.

Vertex. *Adentrémonos entonces en los conceptos relativos al T.O.C. ¿Cómo se generó este concepto y de qué manera sus investigaciones contribuyeron a su comprensión?*

Dr. Yaryura-Tobías. La enfermedad obsesivo-compulsiva fue ya descrita por Westphal a fines del siglo XIX. Posteriormente se la aisló como modelo neuropsiquiátrico a consecuencia de la epidemia de encefalitis descrita por von Economo en cuyos casos el T.O.C. aparece como una secuela post-encefálica. Después estos fenómenos clínicos entraron en la órbita psicoanalítica quedando ligados a la teoría freudiana, a la fijación en la etapa anal o las teorías de Adler, pero siempre dentro de una conceptualización psicoanalítica dinámica. Nosotros nos interesamos en esto cuando al administrar clomipramina -inhibidor de la recaptación de serotonina como Ud. sabe- en un par de enfermos, vimos que empezaban a andar bien. Había a la sazón algunos casos aislados publicados en la literatura europea, ya lo había ensayado López Ibor en anorexia nerviosa y algunos ingleses estaban incursionando en el tema. Entonces medimos la serotonina en sangre total periférica en los enfermos con T.O.C. Encontramos que había valores disminuidos y que los que mostraban los valores más bajos eran los que eran víctimas de compulsiones motoras. Estos resultados eran estadísticamente significativos y entonces empezamos a decirnos que contábamos con una especie de marcador biológico: la disminución sanguínea de serotonina, y una respuesta terapéutica a una molécula bloqueadora de la recaptación. En los últimos veinte años aparecieron otras sustancias, hubo gente que comenzó a experimentarlas y surgieron las controversias, pero sin embargo al aparecer otros medicamentos específicos como la fluoxetina se vuelve a la hipótesis serotoninérgica del T.O.C.

Vertex. *¿De cuándo datan sus trabajos?*

Dr. Yaryura-Tobías. Empezamos en el 73 y publicamos creo por primera vez en 1975.

Vertex. *¿Fueron los primeros a nivel mundial?*

Dr. Yaryura-Tobías. Sí. Creo que fuimos los primeros. Comenzamos en el North-Nassau y luego segui-

mos en nuestro propio instituto el Bio-Behavioural Psychiatry que cuenta con consultorios externos. Además tenemos una Unidad Hospitalaria que se especializa en trastornos de la ansiedad y T.O.C. Actualmente seguimos trabajando en eso y fuimos incluyendo poco a poco terapia comportamental y vimos que los resultados eran tan buenos como los resultados con medicación. Ahora hemos realizado estudios comparativos cuyos resultados aún no están terminados. Esto nos llevó a pensar que la eficacia terapéutica de las terapias comportamentales se debe a que la modificación de conducta inducida por ellas genera modificaciones bioquímicas en el cerebro como lo hacen los bloqueadores de la serotonina.

Vertex. Es conocido que los pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos mejoran con los tricíclicos antidepressivos. Se ha atribuido este fenómeno a la mejoría de la timia que al disipar los síntomas depresivos ligados al trastorno permiten al paciente un menor sufrimiento y una mayor actitud para luchar contra los síntomas egodistónicos que lo afligen...

Dr. Yaryura-Tobías. El antidepressivo es un anti-obsesivo-compulsivo. Los antidepressivos llamados tricíclicos antidepressivos recibieron ese nombre al mezclar una definición bioquímica con una definición terapéutica pero nada impide usar esas drogas para otras cosas; por ejemplo, para tratar el T.O.C. o el pánico. No podemos decir por ello que el pánico sea un síntoma depresivo. La fórmula bioquímica no determina así el efecto terapéutico. Uno de los que pensaba como Ud. señala, fue Isaac Marks del Maudsley de Londres quien dijo que el efecto de estas drogas sobre el T.O.C. era consecuencia de su acción sobre la definición del T.O.C.; mientras que nosotros decimos que la definición del T.O.C. no es endógena, es secundaria, reactiva. Cuando la depresión es endógena y produce un T.O.C. entonces es una depresión endógena con sintomatología obsesivo-compulsiva, que no es lo mismo. A su vez el T.O.C. primario puede inducir una depresión secundaria. La eficacia de estas drogas sobre el T.O.C. se ve bien cuando el enfermo no tiene depresión. Así lo comprobamos en nuestras investigaciones, en las que se practican todas las escalas para depresión antes de incluir los pacientes en los protocolos de investigación de drogas inhibitoras de la recaptación de serotonina para verificar su acción en el T.O.C.

Vertex. Actualmente está centrando su trabajo en la comparación de los efectos entre terapias comportamentales y drogas inhibitoras de la recaptación de serotonina en el T.O.C. ¿podría explicarnos el modelo de investigación que utilizan?

Dr. Yaryura-Tobías. Usamos las mismas escalas de evaluación para diagnosticar la enfermedad y su evolución en dos grupos de pacientes. A uno de ellos le administramos terapia conductista a razón de cin-

co sesiones de 1 1/2 hora por semana durante ocho semanas. A otro grupo le damos sólo medicación y a un tercer grupo ambas terapéuticas combinadas. En estudios previos de menor rigor científico constatamos que cuando agregábamos terapia comportamental había mayor mejoría y el efecto duraba más. Si debo elegir entre los dos tratamientos y el enfermo mejora igual con terapia conductista la preferiré porque no me arriesgo a los síntomas secundarios de la medicación y si hay recaída el paciente ya conoce técnicas y sale antes del cuadro.

Vertex. ¿Cuál es el tiempo de efecto de estos tratamientos?

Dr. Yaryura-Tobías. No hay nada definido aún, va del 10 al 90% de recaídas entre los 10 días a los 3 ó 4 meses. Pero insisto, no hay estudios al respecto, no hay gente que se haya dedicado a estudiar esto. Calculo que por lo general duran unos seis a siete meses pero también he comprobado empíricamente, en una casuística de más de 2500 enfermos que he visto en estos años, que una vez que alguien ha sido tratado –con respuesta terapéutica aceptable– si hay una recaída nunca será como al comienzo. Esto es importante por que reasegura al enfermo sobre la evolución futura de su enfermedad y la incidencia de ésta en su vida.

Vertex. ¿Podría ilustrarnos sobre la técnica que utilizan en la terapia comportamental?

Dr. Yaryura-Tobías. Yo no me ocupo de esa técnica directamente. Por lo general se expone al enfermo a la situación. Por ejemplo, si es de doble verificación se le controla que no realice tanto sus verificaciones; si es lavado de manos se le corta el agua en los grifos, si es la obsesión de ducharse varias horas seguidas se lo saca de la ducha o se corta el agua gradualmente y se va estudiando en todos los casos la respuesta de ansiedad a la compulsión no cumplida. En estos pacientes tratamos de no utilizar ningún tranquilizante menor.

Vertex. Debemos entonces entender que el T.O.C. es un trastorno de orden orgánico cerebral pudiendo aparecer secundariamente a una depresión endógena...

Dr. Yaryura-Tobías. También en cierto tipo de trastorno esquizofrénico, en la fase maníaca del maníaco-depresivo, en los trastornos orgánicos con lesión anatómica del cerebro como es el caso de tumores, virosis, etcétera.

Vertex. ¿Como consecuencia de la enfermedad inicial o según un criterio de comorbilidad?

Dr. Yaryura-Tobías. Eso es lo que es difícil de dilucidar. Puede ser un problema de comorbilidad cuando nos referimos a las enfermedades psiquiátricas mayores o bien eventualmente en un *continuum* anatómico del cerebro es decir, que la lesión del T.O.C. empieza en un sitio y luego comienza a avan-

zar. Esto lo digo porque siempre me ha llamado la atención el extraordinario mosaico que presenta la fenomenología del T.O.C. que invade muchos otros territorios: la enfermedad de Gilles de la Tourette, los desórdenes del apetito y algunos procesos de automutilación y bordea otros como la sobrevaloración de ideas, los problemas de idea fija en los que el contenido ideico obsesivo cobra a veces un rasgo de convicción delirante según su intensidad.

Vertex. *Ud. describe un fenómeno como de mancha de aceite que se extiende, que podría correlacionarse anatómicamente con un proceso degenerativo.*

Dr. Yaryura-Tobías. Podría ser así. Yo la transmito con dos ideas; una es el fenómeno que es la caída de una piedra en una superficie acuosa que genera una onda que se expande concéntricamente. Si el centro de caída fuera en el lóbulo temporal izquierdo –que hoy se piensa está relacionado con el T.O.C.– se iniciaría una onda expansiva. Si cae una piedra al lado se produce otra onda y si ambas se encuentran, se superponen, entonces se verían síntomas que no aparecían como consecuencia de la primera. Hay algunos T.O.C. que van presentando de todo. Empiezan, por ejemplo, a los 13 años con una anorexia nerviosa y terminan a los 30 con un T.O.C., pasando por muchos síndromes intermedios. Es lo que yo llamo “viaje al interior del cerebro”. Otra explicación gráfica es el modelo que llamamos del “abanico español”. Cada hoja del abanico es un síntoma; por ejemplo: trastorno del sistema nerviosos autónomo, ansiedad, rabia, depresión, violencia, delirio, agitación maniaca, desorden del apetito, fobia, obsesiones y compulsiones. Cuando más se abre el abanico más síntomas va obteniendo, se abarca un mayor campo cerebral. Yo hablo entonces de la teoría unificada que es una solución de continuidad que va pasando. Esto tiene que ver con la trayectoria temporal y espacial del T.O.C. Es decir que a mayor tiempo de evolución mayor cantidad de territorio que uno va recorriendo. Con el pasaje del tiempo se pierde la autoplaticidad neuronal –como decía Ramón y Cajal, y actualmente Bunge–, y la reversibilidad se transforma en irreversibilidad y se produce la cronicación del proceso. Si observan las clasificaciones que se han hecho se comprueba que el T.O.C. ha estado asociado a diversos trastornos como el Parkinson, el Gilles de la Tourette, la deficiencia mental, el desorden de pánico...

Vertex. *O sea que las nosografías pasadas y actuales describirían distintos momentos de un proceso único que tendría como origen una alteración orgánica cerebral y que de acuerdo a los circuitos o regiones que afectara arrojaría cuadros que hoy día parecerían presentarse como síndromes o entidades diferentes.*

Dr. Yaryura-Tobías. Así es, aunque quizás existan todavía esas entidades diferentes; una cosa no implica la otra.

Vertex. *Esto lo coloca en una posición crítica frente al DSM-III-R.*

Dr. Yaryura-Tobías. Sí. Yo no lo acepto porque es muy estrecho, esquemático, simplista. Es como la clasificación de Leonhardt de esquizofrenia. No estoy diciendo que todas las esquizofrenias son TOC y todo el TOC es... sino, que hay puntos de “overlap” de solapamiento que determinan superposiciones en ciertos momentos. Pero después Ud. tiene los cuadros clínicos clásicos que son indivisibles y no se pueden unificar, es decir, esquizofrenias que son esquizofrenias, paranoias que son paranoias, depresiones que son depresiones; pero también hay muchos estados en los que Ud. va viendo que ocurre lo que digo. Si yo los puedo observar no es que sepa más, sino que estoy viendo los casos más difíciles, que los demás ya no pueden tratar y me derivan. Esos casos complejos son casos que tienen esta patología. Por eso no los pueden tratar con tratamientos únicos.

Vertex. *¿Cómo explica que un sujeto tenga la compulsión de lavarse las manos, otro verificar el cierre de las puertas, y otro tema ponerse a gritar improprios?*

Dr. Yaryura-Tobías. Esos son los aspectos mágicos de la enfermedad. La psiquiatría no se ha divorciado de la magia y la religión. Incluso en el noroeste argentino ya había fenómenos obsesivo-compulsivos que entraban dentro del pensamiento mágico de los calchaquíes.

Vertex. *¿No tendrá que ver con el lenguaje?*

Dr. Yaryura-Tobías. Puede ser. Es muy buena idea, puede ser aparte de los ritos. Ahora bien, eso está en relación con el contenido que es dominio del psicólogo o del psicoanalista.

Vertex. *¿Estas investigaciones bio-comportamentales no arrojan resultados incompatibles con el psicoanálisis?*

Dr. Yaryura-Tobías. No. Las grandes descripciones del fenómeno obsesivo-compulsivo las aprendí del psicoanálisis. De Freud, de Sandor Rado...

Vertex. *Para terminar, en el algoritmo terapéutico propuesto por algunos para el T.O.C. se culmina en la psicocirugía. ¿Ud. está de acuerdo con esa indicación?*

Dr. Yaryura-Tobías. De los 250 pacientes que yo ví, sólo la indiqué en dos casos. Es un recurso final cuando el paciente es refractario a todo otro tratamiento. Da un beneficio en 50 a 80% de los casos. Creo que quien tuvo mayor eficacia terapéutica fue Burzaco en España. Todos realizan cingulectomía. Pero yo creo que no es tan efectiva. Hay que agotar todas las posibilidades antes de enviar un paciente a la psicocirugía ■

Nueva corresponsalía en América Central

Desde hace unos meses Daniel Herrera Salinas cubre desde Tegucigalpa la corresponsalía de Vertex para América Central. Los fuertes lazos que lo unen con nuestro país (una esposa argentina, su formación en el "Lanús") unidos a sus

cualidades humanas y profesionales nos enriquecen y nos permiten un contacto permanente con esa dulce, corajuda y golpeada región de nuestra América Latina.

A continuación incluimos un texto de Daniel, leído en el último

Congreso de APSA, que nos da una aproximación a su estilo de trabajo y nos ilustra sobre sus opciones ideológicas y en recuadro presentamos una miscelánea de datos sobre aspectos sanitarios y socioeconómicos de Honduras

	Hospital "Dr. Mario Mendoza"	Hospital "Santa Rosita"
Psiquiatras en la jornada diurna	12	4
Psiquiatras de guardia	8	8
Médicos generales	7	10
Neurólogos	2	0
Odontólogo	1	1
Psicólogos	4	3
Enfermeros profesionales	7	12
Enfermeras auxiliares	53	64
Camas para varones	44	160
Camas para mujeres	35	108
Número de pacientes en Hospital de Día:	71	
Número total de psiquiatras en Honduras:	28	
En Tegucigalpa:	24	
En San Pedro Sula:	4	
Algunos psiquiatras trabajan en ambos Hospitales		

D. H. S.

Honduras, en Centro América, tiene una superficie de 110.000 km². Comparte fronteras con Guatemala, El Salvador, y Nicaragua, y costas con el Océano Atlántico y el Pacífico. Exporta bananos, café, camarones, melón, azúcar, carne y madera. Una fuente importante de empleo son las maquilas de ropa. Ocupa el lugar 110 en la clasificación de 160 países, según la escala de vida de Nueva York.

El 60% de la población es rural y un 80% vive en la pobreza. El 50% es analfabeta. Su índice de mortalidad infantil es de 70 en mil nacidos vivos, en el primer año de vida. La capital, Tegucigalpa, posee una población de un millón de habitantes. La población total del país es de cuatro millones. En la capital se ubica el Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza", para pacientes agudos, y a 36 km de la ciudad, está el Hospital "Santa Rosita" para pacientes crónicos. Además de los Hospitales: "Dr. Mario Mendoza" y "Santa Rosita" también hay cuatro psiquiátricos en San Pedro Sula, una localidad situada a unos 250 km de Tegucigalpa.

Enfoques Institucionales

**Daniel
Herrera Salinas**

Médico psiquiatra. Jefe del Servicio de Hosp. de Día del Hosp. "Dr. Mario Mendoza". Prof. de Psiquiatría, Fac. de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Las características prevalentes de la práctica psiquiátrica institucional se destacan por

- El sistema asilar
- El aislamiento
- El encierro
- La prepotencia del empleado
- La indefensión del sujeto calificado como paciente
- El consecuente despojo de su condición humana
- La visión del personal considerando a los pacientes como agresivos y peligrosos, frente a lo cual se reivindican los derechos humanos de los empleados
- La convicción de la mayoría del personal de que este modelo "así es y así debe de ser".

Modelo vidriera y efecto demostración

Desde 1974 se ha intentado desarrollar el modelo "Hospital de Día" (H. D.) que operó con un microdebut (de un año), en dos ocasiones. El período mayor fue de 1981/85.

Desde 1990 H. D. se mantiene funcionando en una cuarta etapa, "como sardina entre tiburones". Este modelo está basado en:

La libertad creativa

Convivimos voluntariamente, en comunidad, sin coacciones, sin gritos ni ofensas, buscando el placer de la equilibrante armonía.

Somos coautores de una nueva experiencia humana de construcción.

Nos re-hacemos sobre un plan conjunto para la recuperación de la Salud.

Zona de ruptura de la vigilancia, ausencia de porteros (carceleros); por lo tanto no hay fugas ni amotinamientos.

Entran y se quedan los que quieren, son los buenos aires de vivir sin custodios, ni vigilantes, ni candados.

Los pacientes vienen temerosos, sospechando la trampa, y pensando que en algún lado debe estar escondido el engaño. Intentan sus fugas iniciales y lo logran. El volver será un primer ejercicio de la conquista de la libertad. Nuestra salud y la de ellos está dañada. Solamente recuperaremos y sostendremos nuestra adecuada salud en tanto ambientes un lugar común de práctica y tratamiento.

Es falaz pensar que nos mantendremos sanos ejerciendo desde una práctica ominosa. Nuestra tragedia pasa porque también nos llega el no darnos cuenta de lo mal que andamos, y que la reforma institucional no es un acto caritativo hacia nuestros pacientes, sino un salvataje conjunto.

La democracia

Como en un auténtico sistema democrático funcionamos como instancias participativas de toma de decisiones.

- Existen cuatro grupos de poder
- La Asamblea Familiar.
 - La Asamblea de los pacientes. Ambas con su propia junta directiva y sus propios fondos.
 - El equipo profesional (psicólogos, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, médico)

- Las instancias superiores jerárquicas de Hospital de Día y el Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza", y el Ministerio de Salud Pública.

Este sistema implica desarrollar formas de fuerza y poder estructural dentro de la institución. No una des-institucionalización, sino institucionalizar el poder de pacientes y familiares.

Nuestro equipo profesional auspiciante del cambio es reducido numéricamente. El modelo tradicional prevalente, numéricamente mayoritario, tiene casi todo el poder.

La cooperación conjunta en armonía

Los pacientes dejan de hablar solos, "cuando pueden conversar con otros" (una madre). La psicosis

pierde su base de sustentación a través del conjunto de interrelaciones humanas.

H. D. reinstala en los pacientes ese nuevo orden; he allí el misterio El truco develado de la curación.

El trabajo productivo y creativo

A través del trabajo se produce un proceso de transformación.

Los pacientes se perciben productivos, creativos, capaces, diligentes. Caen los retrasos y los "buenos para nada". La hominización se ha reinstalado.

El trabajo

Hemos desarrollado cuatro actividades laborales

- La fábrica de tejas
- La cafetería
- La pintura artística
- La carpintería.

Los pacientes obtienen ingresos económicos producto de su trabajo. Muchos de ellos ganan un sueldo por primera vez en la vida. Algunos ya dados de alta, continúan como obreros calificados en la fábrica de tejas, y los pintores han participado en importantes exposiciones en galerías de arte y congresos científicos.

La Psicoterapia

Grupal por esencia, contundentemente curativa, saca de la ruta de la cronificación, y hace que los eslabones se encuentren.

El grupo musical

Un profesor trabaja sobre la expresión musical: los primeros encuentros con los instrumentos, el descubrimiento de la voz colectivizada en el coro, creando armonía y la vivencia compartida de la construcción de la belleza sonora.

Crisis institucional

Nuestro Hospital vive una severa crisis general producto de la política gubernamental de sostener el presupuesto para el sector salud sin modificaciones desde 1982, el que ha sido demolido por la devaluación y la inflación.

Tradicionalmente los servicios de Salud Pública han provisto de medicamentos a los pacientes. Esto actualmente es cada vez más precario.

La carencia de un postgrado en psiquiatría unido al sobrecupo en los servicios de internación, ha lle-

vado a un agotamiento del sistema psiquiátrico tradicional.

Desde 1977 venimos sosteniendo una tenaz y constante lucha por la reforma de la psiquiatría, aprovechando todo espacio posible para exponer nuestras concepciones, apoyadas recientemente por la Declaración de Caracas, de los expertos de OPS-OMS, y la reciente llegada del Dr. Benedetto Serraceno (Instituto Negri de Italia y OMS). Por todo esto -sumado al efecto vidriera de Hospital de Día- hemos logrado resultados efectivos generales de los equipos profesionales que dirigen las instituciones públicas psiquiátricas del país, plasmado a través del Taller de Reestructuración de la Psiquiatría.

En este momento se ha abierto un movimiento general en las instituciones psiquiátricas que busca implementar nuevos diseños de la práctica y de los recursos técnicos, intentando elevar la calidad de atención a los pacientes en los servicios de Emergencia, Internación, y Consulta Externa.

Próximamente iniciaremos la inserción del modelo de Hospital de Día articulado al servicio de internación, el espacio más crítico de daño al paciente por la introgencia psiquiátrica.

Para fortalecer la lucha hemos creado los comités de:

- La juventud.
- Luchadores contra las adicciones.
- Pacientes psiquiátricos y dañados cerebrales.
- La tercera edad.
- Mujeres víctimas de la violencia.

Actualmente somos base de trabajo para el apoyo al paciente con riesgo de suicidio y a las víctimas de la tortura, y la defensa de los derechos civiles de los homosexuales.

Para darnos aliento, en el tablero principal del servicio hemos colocado un reportaje de *Clarín*, a Goldenberg y Barenblit, sobre Lanús; caballeros de fina estampa que nos acompañan permanentemente.

Esto también es parte de la cosecha de su obra ■

Iguazú. Argentina. 3 de Junio 1993.





LECTURAS

Juan Carlos Goldar, Anatomía de la mente. Ensayos sobre los fundamentos neurobiológicos de la psiquiatría. Ed. Salerno, Buenos Aires, 1993. 123 págs.

Dos partes componen este libro, pequeño en su volumen pero enorme por la riqueza conceptual que despliega su autor. Resueltamente ubicado en una opción teórica J. C. Goldar hace gala de una prosa concisa, elegante y de una asombrosa claridad, en la que desgana ideas de una profundidad y alcances que demandan una lectura lenta y reflexiva.

Quienes conocíamos su obra ("Biología de la memoria", "Cerebro límbico y psiquiatría"), no podemos menos que alegrarnos de esta nueva entrega del autor.

Como decíamos más arriba, dos partes componen el texto: la primera está dedicada al estudio del mundo y del Yo. Las convergencias configuracionales entre actos y objetos, a priori determinados por la morfogénesis de base genética inician la serie de nociones, que se concatenan para presentar el mundo como "nuestra actividad" y que desde el arranque del libro hacen serie con otros conceptos para ir preparando a lo largo de dos capítulos el andamiaje argumental que fundamentará el resto de la obra. Las ideas iniciales se disponen así para sustentar la aplicación posterior. Con esta impecable metodología se abordan las consecuencias clínicas.

En la Segunda Parte, entonces,

se examina la dupla corteza cerebral y Psiquiatría recorriendo sucesivamente la anatomía y las funciones del neocortex dorsal y ventral, del anillo límbico y del lóbulo frontal. Equizofrenia, voluntad y deseo, interacciones entre inhibición y excitación, explicaciones de la manía y la depresión y muchos otros tópicos siguen con tal profusión que sería imposible pretender una síntesis que los abarque en este breve comentario. Una puntuación, sin embargo, para recomendar los pasajes sobre el deseo, el impulso y la voluntad que constituyen pasajes particularmente fuertes de la exposición.

Se ha recomendado siempre la formación filosófica para quienes quieren trabajar desde su interior mismo la noción de locura. Este texto es un ejemplo aplicado de tal indicación. J. C. Goldar, es sin duda, uno de los más sólidos pensadores de nuestro quehacer y su obra de una lectura imprescindible.

J. C. S.

Annamaria Campanini y Francesco Luppi. Servicio social y modelo sistémico, Paidós, Buenos Aires, 1993, 220 págs.

Este trabajo se sitúa en la línea de la profundización de las bases teóricas del servicio social, como cooperación al estudio y a la búsqueda de un modelo para la práctica cotidiana que resulte adecuado al contexto operativo de las distintas sociedades. En efecto, desde hace algunos años, se ha reabierto el debate y la reflexión sobre el servicio social, reconsiderando, en particular, los temas referentes al proceso metodológico, los modelos teóricos y las líneas básicas que la profesión deberá

adoptar durante los próximos años.

A partir de ahí, el presente libro se convierte en una reflexión sobre la utilización de los principios fundamentales de la óptica sistematicorrelacional en el ámbito del servicio social. El texto se fija, por un lado, el objetivo de contribuir al debate en curso y, por otro, el de brindar apoyo a todos aquellos -alumnos de la materia o asistentes sociales ya en activo- que quieran remitirse a una precisa orientación teórica en su práctica diaria.

Annamaria Campanini es asistente social, terapeuta familiar y profesora de Metodología del Servicio Social en la Universidad de Parma. Francesco Luppi es psicólogo y terapeuta familiar, y desempeña actividades clínicas y de investigación en la ciudad de Módena.

Vertex

T. Berry Brazelton y Bertrand G. Cramer. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. trad. de Gloria Vitale, Col. Psicología Profunda. Paidós. Barcelona, 1993, 351 págs.

Los autores brindan una vívida descripción de las fantasías y deseos narcisitas que han experimentado los padres en su niñez y de los que con el transcurso del tiempo nace su deseo de tener un hijo, y muestran cómo esos sentimientos originan un fuerte apego por el niño en gestación. Luego el "poder y competencia" del recién nacido estimula las fantasías, deseos y expectativas de los padres, lo que lleva a la formación del vínculo paterno-infantil.

E. P.

Charles Melman, Christiane Lacôte, Denise Sainte Fare Garnot, Marcel Czermak, Sarina Sylvia Salama, **La oralidad (Seminarario)** Homo Sapiens Ediciones, Rosario, 1993, 85 págs.

En una cuidada traducción los miembros en Rosario de la Association Freudienne International dan a la lectura pública la versión corregida y autorizada del Seminario L'Oralité realizado en aquella ciudad los días 14, 15 y 16 de agosto de 1992.

Este evento hizo serie con varios otros que desde 1986 este grupo de psicoanalistas viene realizando, centrando su interés en problemas clínicos y sociales.

El Prólogo (que no registra el nombre de su autor) seguramente pertenece a la pluma de Pablo Zöpke. Inconfundible y regocijante (ver en este número). En él nos anuncia que se discurió sobre el "más dotado de los orificios del cuerpo". De ese *cavum* por el "que pasan las palabras, las canciones, los alimentos y el humo del cigarrillo". Con el que "se escupe, se difama y se vomita" y "también se bebe y se coitea".

Los invitados franceses desgranaron sendas conferencias plenas de erudición y agudeza clínica acerca de las problemáticas de la anorexia, la bulimia (contrapunteada por Lacôte con la gula), la toxicomanía, sus deslizamientos perversos y... la mentira, la manía y el beso en una *envolée* de creatividad taloneada insistentemente por un auditorio en el que no faltaron psiquiatras. Jornadas de trabajo. Un trabajo de Seminario. Un texto para devorar.

J. C. S

David Cohen y Stephen A. MacKeith, **El desarrollo de la imaginación. Los mundos privados de la infancia.** trad. de Catalina González Rus, Col. Cognición y Desarrollo Humano, Paidós, Barcelona, 1993, 120 págs.

Los autores describen con detalle el mundo privado e imaginario de unos sesenta niños. Estos universos íntimos, o paracosmos, como se les ha llamado, varían considerablemente, y existe un gran número de factores que acaban inci-

Nos llegó el N° 1 de KAOS, una revista de Psicoanálisis hecha en Rosario. Sobria, elegante, con alguna reminiscencia a cuaderno antiguo con sus punteras. Por esa curiosidad propia del *métier* (bien sabemos de los desvelos por elegir el nombre de una publicación que pergeñamos) fuimos a la biblioteca a investigar. Recordábamos aquella acepción de las cosmogonías antigua y cristiana relativa al estado de confusión de los elementos antes de la organización del mundo pero nos encontramos con senderos lingüísticos que abrieron un área semántica plena de sugerencias. Caos en latín es tomado del griego Kaos que designa en la mitología el primer estado del universo antes del nacimiento de los dioses y también aún (en griego moderno) el espacio infinito, el abismo.

Algo próximo del alemán Gauden: "paladar", que proviene del alemán antiguo "goumo" y en griego mismo del grupo Khainien, "abrir la boca", "boquiabierto", ambas palabras pertenecientes a la raíz indoeuropea "oghēn-", "oghēi", que expresa la noción de "vacío" y de "falta". Bello hallazgo KAOS. Nos sumergimos con gusto en su lectura.

diendo tanto en su nacimiento como en su evolución.

E. P.

Juan Manzano y Francisco Palacio-Espasa (Comps.). **Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía.** trad. de Fernando Pardo Gella, Col. Psiquiatría, Psicopatología y Psicopatología, Paidós, Barcelona, 1993, 351 págs.

Se trata de un panorama de las diferentes formas de intervención terapéutica en psiquiatría infantil y en psicopedagogía, tal y como se llevan a cabo en las instituciones de Ginebra. Esta práctica está basada en una concepción psicoanalítica del desarrollo y de la psicopatología, pero eminentemente pragmática y ecléctica, lo que ha

Transcribimos para conocimiento de todos, su staff, su índice completo y les deseamos a sus editores el mayor éxito.

Vertex

KAOS

Dirección: Miguel Ferrero
Carlos Kuri
Juan B. Ritvo
Pablo Zöpke

Consejo de Redacción:
Walter Parnisari
Gabriel Riestra

Índice

Preguntas incautas, lecturas prohibidas, Juan Bautista Ritvo.

El amor en la "Gradiva" de W. Jensen, Enrique Monte.

Más aún, Isabel Steimberg.

De la angustia, el dolor y el duelo (el afecto), Carlos Kuri.

Mesa redonda ¿Existe la psicósomática? Pablo Zöpke, Wanda Donato, Tita Florio y Leonardo Leibson.

Síntoma, Prof. Pablo Zöpke.

El combate entre la voz y la palabra, Darío D. González.

Reportaje a Norberto Ferreyra

Homo Sapiens Ediciones
Correspondencia y originales:
Sarmiento 646 (2000) Rosario
Tel-Fax: 243399

permitido incorporar todas las modalidades de comprensión de la clínica y la mayoría de las técnicas de tratamiento que se demuestren operantes.

E. P.

Milton M. Berger, (comp.). **Más allá del doble vínculo. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos.** trad. de Laura Turner, Col. Terapia Familiar, Paidós, Barcelona, 1993, 270 págs.

En este libro se presenta la histórica conferencia de G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley y J. Weakland, "Hacia una teoría de la esquizofrenia", publicada en 1956, donde dieron a conocer su con-

ceptualización del doble vínculo, que de inmediato se reveló como un enfoque terapéutico notablemente fructífero.

E. P.

Philippe Gutton, Lo puberal, Paidós, Buenos Aires, 1993, 358 págs.

La "pubertad" es al cuerpo lo que "lo puberal" es a la psiquis nos dice Gutton en la Introducción de su libro, para indicarnos que la elección del sustantivo del título pretende reflejar el recorrido teórico que realiza a partir de su práctica cotidiana. El autor, docente, médico, psiquiatra de niños y adolescentes y psicoanalista es también fundador de la revista *Adolescencia*. El centrado del texto se hace sobre la descripción de cómo la economía puberal se organiza en su confrontación con las organizaciones edípicas y fálicas "en crisis", con la realidad y con un Superyo inadecuado, antes de abordar la adolescencia. Para que la escena puberal se juegue este delicado momento evolutivo necesita desplegarse con fuertes apoyos narcisistas. La acechanza de salidas peyorativas, está siempre presente: la depresión, el estancamiento madurativo y también el riesgo mayúsculo de una psicosis puberal. Una obra teórico-clínica excelente de lectura recomendada.

M. S.

Lía Ricón y colabs. Técnicas para la enseñanza de la Salud Mental. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1993, 128 págs.

No es usual en nuestra Facultad de Medicina que sus docentes se interroguen sobre sus técnicas de enseñanza, experimenten con ellas y más aún las comuniquen como lo encontramos desarrollado en este meduloso y original libro de Lía Ricón y colaboradores.

El cruzamiento de las modernas técnicas pedagógicas aplicadas al aprendizaje universitario con el psicoanálisis deja como saldo una toma de posición clara y precisa: lo importante es el cambio de actitudes del sujeto aprendiente y no la retención de

datos.

El aprendizaje por el método de solución de problemas, el énfasis puesto en la participación activa para movilizar los saberes previos, el rol activo del alumno y no siempre activo del docente, la concepción dinámica y metodológica de la adquisición de mecanismos de pensamiento, la ruptura de la verticalidad y la creación de un clima democrático en la relación docente-alumno, son otros tantos ejes de la metodología que proponen los autores. Luego de una introducción doctrinaria al tema siguen una serie de capítulos en los que se detalla para diferentes temas (entrevista psicológica, mecanismos de defensa, personalidades pertinentes y patológicas, etc.) las experiencias programadas para presentarlos, la metodología de estas últimas, su fundamentación, evaluaciones y comentarios.

Otra originalidad en un proceso de realimentación post-pregrado: los colaboradores de la Prof. Ricón son los mismos alumnos del Curso Superior de Médico Especialista en Psiquiatría de su Cátedra. A nadie se le escapa que aquí no se discurre solamente sobre técnicas pedagógicas sino también sobre una ética de la docencia.

J. C. S.

Marta Augé de Depino, Marta Alabarce, Norma B. Caccavallo, Fernanda Labiano, G. Mattioni, Liliana Paganizzi, M. Porthé, M. Ruiz, "El Hostal. Una experiencia de tratamiento sin encierros en psicopatologías graves". Psicoterapias Integradas Editores, Buenos Aires, 1993. 118 págs.

Este libro nos da una vez más el placer de encontrarnos con la creatividad psicoanalítica en acción.

En esta época "postmoderna", en que la incertidumbre genera una ideología del nihilismo, en que la angustia que causa las modificaciones del ejercicio de la profesión liberal lleva a posturas algo airadas, de negación del conocimiento, un libro como el que comento resulta vivificante. En él se abordan áreas poco investigadas y esto lo convierte en un

buen ejemplo de la continuidad del proceso científico de generación de ideas y teoría.

Es escaso lo escrito sobre tratamientos institucionales en términos de conceptualización, y es escasa la conciencia de que, al revés de lo que se plantea en la ideología media de nuestra época, es en realidad éste, el camino del conocimiento sistemático, de la ciencia, de la abstracción, el camino del no sometimiento.

En el caso del libro que me ocupa se trata del estudio de los dispositivos terapéuticos para algo tan humano como la psicosis, lo que viene también a cuento de lo recién dicho, pues justamente de lo que se trata es de liberar a los pacientes del sometimiento al terror y la convicción delirante.

Cada vez queda más claro, que la lucha contra el terror de la psicosis no puede consistir en radiar de la vida de todos nosotros a sus víctimas. "El Hostal..." es un jalón en el camino de pensar la vida y la terapéutica de los psicóticos "simplemente" desde el lado de lo cotidiano. Ubicado en la antítesis de la glaciación de los deseos, se coloca en un plano de lo vivencial, con ideas básicas que recuerdan la lucha de la "antipsiquiatría", en su vigencia ética y "sociológica". Se enfrenta así el enfoque en la mira, en la condena biológica, que ahora aparece centrada en lo hereditario con ayuda de la sofisticación de la genética, si bien ciertos aspectos de esa sofisticación también hacen pensar en un camino hacia la pánacea.

En este volumen el Hostal va tomando fuerza y diseño como instrumento y lugar de intervenciones, en una dinámica que partiendo del desmontar la crisis psicótica, aprovecha en la medida de lo posible su movimiento, para desanudar lo que en sí mismo se ha convertido en una vía sin retorno. Los desarrollos toman también en consideración la Clínica de Día u Hospital de Día, discriminado del Taller Laboral.

Los autores del "El Hostal..." nos informan que desde 1986 este dispositivo está reconocido oficialmente pero no reglamentado. Está entonces en la lista de instituciones que, incluso como sucede con el Hospital de Día, no ter-

minan de adquirir una representación social de cierto grado de universalidad.

Usando el concepto de "contrato narcisista" de Piera Aulagnier, lo que en realidad debe "socializarse" es el entorno del psicótico. El Hostal extrae de esto su fuerza. El libro lo muestra, de la mano de los ejemplos clínicos y algunos conceptos fundamentales; por ejemplo, la importancia de un entorno activo, no indiferente. A ello se agrega luego una direccionalidad que se sustenta en la especificidad de cada paciente para poner límite a la psicosis sin usar puertas cerradas ni muros.

Pero en el modelo de Hostal que se nos propone, se trata incluso de usarlo para encontrar un significado en las producciones de la psicosis. Esto encierra un concepto metapsicológico: no desestimarlas al ser fenómenos destinados a que el paciente se pueda mantener en vida. Y también el reconocer el intento de comunicación que siempre está presente, y tratar de generar una continuidad en esa comunicación, para desarmar el refugio narcisista que niega toda existencia, la propia y la ajena, es planteado por los autores desde la vida cotidiana. Este contexto ideológico se complementa con la indagación conceptual que hacen, por ejemplo, en cuanto al tipo de señalamientos hace a los pacientes, tanto explícitos como implícitos.

En los hechos de lo que se trata es de dar cuenta al psicótico de la existencia de los otros, desde la

demanda que el paciente establece, salvo catatonía o desintegración, rescatando los elementos de su contrato narcisista.

Esa indagación se inserta en la posibilidad de ir desarrollando un aspecto de la técnica de tratamiento de los psicóticos que se refiere a un sostén en las representaciones sociales de dicho contrato: un ejemplo del libro lo encontramos en lo señalado respecto al lugar de la terapia ocupacional, en cuanto a la importancia de la presencia de la cultura y la utilización de los elementos del lenguaje icónico.

La cuestión es ir permitiendo un acercamiento a la consolidación de dichas representaciones, base continente para la representación objetual sustitutiva que se dará en el campo del tratamiento individual, en la intimidad de un psicoanálisis.

"El Hostal..." nos acerca a realizar una exploración cada vez más fina de lo que distintos aspectos del tratamiento pueden y no pueden, el psicoanálisis desde la regresión y dependencia al servicio de la terapéutica, los otros dispositivos desde la consolidación y desarrollo de los aspectos yoicos. El apoyo a partir del entorno, discriminando al máximo la regresión defensiva cotidiana que borrea los campos de la interioridad, destraba también la regresión defensiva causada por la psicopatología de la vida cotidiana y sus emergentes: disociaciones y desmentidas que generan negaciones maníacas biológicas, o depresiones ideológico-profesiona-

les. En este conflicto "El Hostal..." aporta mucho.

René Epstein

Descartes. El análisis en la cultura

Hemos recibido la última entrega de esta revista, cuyo contenido detallamos:

La clase inaugural. *Jacques-Alain Miller.*

El individuo y la exterioridad del sujeto. *Adriana Testa.*

De Sade a Masoch: un paso. *Antonio Godino Cabas.*

La ignorancia masculina. *Graciela Avram.*

Figuras de la transferencia. *Germán García.*

Los afectos en el momento clínico actual. *Guillermo Belaga.*

Adoctrinamiento y educación. *Luis Varela.*

A la luz de la ética. *Claudia Lavié.*

Paradojas de la abundancia. *W. V. Quine.*

Rabelais: las palabras congeladas. *Alain Vaillant.*

Bouvard y Pécuchet: saber científico y defecto de juicio. *Gilles Granger.*

Lenguaje y pensamiento en W. Humboldt. *V. M. Pavlov.*

Técnica y Ética (sobre el libro del Dr. Etchegoyen) *Gabriel Lombardi.*

Sueño y responsabilidad. *Jean Louis Chrétien.*

La Cosa. *Martin Heidegger.*

Comentarios: *Margarita Bargagna, Deborah Fleischer, Liliana García, Fernando García, Marcelo Izaguirre, María Elena Kessler y Graciela Musachi*

a-compañar

Director: Lic. Guillermo J. Altomano
Coord.: Lic. Silvia M. Azpillaga

Desde 1982 dedicada al Acompañamiento
Psicoterapéutico a través de sus dos áreas

AREA ASISTENCIAL

Para integrar al tratamiento según criterio del profesional tratante. Brinda equipos de acompañantes y coordinación

AREA FORMATIVA

Escuela de acompañamiento
psicoterapéutico
Seminario primer nivel
introdutorio - duración un año.
Seminario segundo nivel
especialización - duración un año.

Rodríguez Peña 286, 2° piso (1020) Buenos Aires. Tel.: 46-6966

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO
PSY

10 Números por año

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

Patricia Pellizari, **Musicoterapia Psicoanalítica. El Malestar en la voz.** Ricardo R. Resio, editor, Buenos Aires, 1993, 164 págs.

Más abajo de la palabra, más abajo aún del silencio o del ruido cotidiano, familiar, acecha, agazapado, un grito.

Grito que habla de dolores antiguos, de misteriosos caminos de la sangre, de desgarramientos que ya no duelen. Grito que habla de otro. Grito que habla de nosotros.

Convertir el grito en un significativo: convertir la música en cifra del propio misterio. Significar el caos implica aceptar que está allí. Y poder escucharlo.

El malestar en la voz no es estéril. Musicoterapia, y psicoanálisis usan de él como de un campo de labranza, lo roturan interpretándolo y de él brota, incontenible, la verdad.

R. R.

SEÑALES

Vertex en el Congreso Mundial de Psiquiatría Río de Janeiro junio 1993

Entre los stands del Congreso se encontraba el de la *American*

Psychiatry Press, Inc. Consultamos acerca de cuál había sido el "ranking" de ventas y la respuesta fue la siguiente:

- Annual Review Vol. 12 (8439)*

- DSM-IV Draft Criteria (2059)

- International Review of Psychiatry Vol. 1 (8991)

- The Molecular foundations of Psychiatry

Otros textos de interés que se pueden mencionar:

- Negative Schizophrenic Symptoms: Pathophysiology and clinical implications (8192)

- Lithium Encyclopedia 2ª ed. (8230)

- Depression in Schizophrenia (8196)

- Entre paréntesis número de catálogo F. Triskier, S. Strejilevich



IV Jornadas El ayer, hoy y mañana de las curas en las instituciones"

Neuropsiquiatría, educación, medicina legal, neuropsiquiatría infantil, educación especial, psicopedagogía, Salud y Educación Infante Juvenil, especialidades en que Carolina Tobar García, médica especialista, docente y formadora de varias generaciones, se destacó especialmente.

En estas IV Jornadas realizadas el 19 y 20/11/93, en el XXV Aniversario de la fundación del Hospital Infante Juvenil "Dra. Carolina Tobar García", se recorrieron algunos de estos temas, en especial el referido a las curas, sus conceptos, quehaceres, sus bordes y sus posibles devenires en el milenio que viene.

VIII Encuentro Internacional del Campo Freudiano

"La conclusión de la cura. Variedad clínica de la salida del análisis"

En el Palacio de Congresos de París se llevará a cabo este Encuentro desde el 10 al 13 de julio de 1994.

Para intervenir se deberá remitir:

- Fotocopia de la solicitud de inscripción.

- Fotocopia del giro a París.

- Fotocopia del resumen, si es que enviará alguno.

- Fotocopia del trabajo definitivo.

Informes en Argentina: Secretaría del Campo Freudiano, Riobamba 911, lunes, miércoles y viernes de 15 a 18 hs.

RUSSELL

Base de datos en psicoanálisis

Sistema de informatización psicoanalítica, con más de 20.000 referencias de trabajos y libros de todas las corrientes en castellano, francés e inglés, más la posibilidad de ingresar referencias y resúmenes al usuario. Actualizaciones anuales, acceso al texto completo.

- Demostraciones sin cargo
- Venta del sistema a instalar en disco duro
- Precios promocionales
- Descuentos especiales a suscriptores de VERTEX

Pte. Perón 1730, 4º 58 - (1037) Buenos Aires, Tel.: 49-8301 - Fax: 382-3305