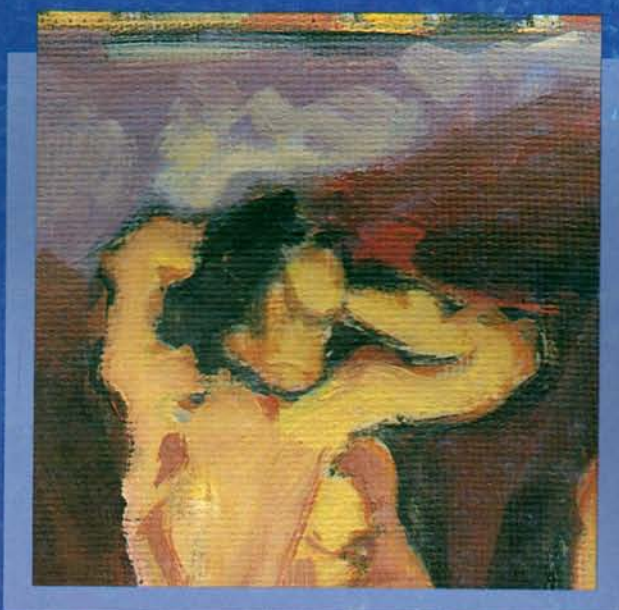


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

8



PSICOSOMATICA
PSICOANALITICA

*Luraguiz / Fischbein / Repetto
Fonzi / Chevnik / Garma*

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

Volumen III - Nº 8 Junio - Julio - Agosto 1992



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

8

Comité Científico

Directores:
Juan Carlos Stagnaro
Rodolfo Daniel Spiguel

Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

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

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (Hosp. Italiano y AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); P. Gabay, H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); E. Zaslavsky (Hosp. Israelita); 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.
RIO NEGRO: J. Pelegrini. **ROSARIO:** M. T. Colovini.

Corresponsales en el Exterior:

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

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C", (1044), Capital Federal, Argentina,
Tel. 72-8262 - 953-2353 - 49-0690.

En Europa Correspondencia, Informes y Suscripciones: Dominique Wintrebert,
63, Bvd. de Picpus, (75012) París, FRANCIA. Tel.: 43.43.82.22.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño:
Alfredo Saavedra
Mabel Penette

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

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nº 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. III Nº 8, JUNIO - JULIO - AGOSTO 1992.

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.

Esta Revista se encuentra catalogada en la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud (RENICS), y en el Sistema Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OMS).



EL COMPLEMENTO NECESARIO PARA UN PROGRAMA TERAPEUTICO MODELO

ESTRUCTURA EDILICIA

Habitaciones con Baño Privado • Música Funcional • Calefacción Central • Salón de Usos Múltiples • Televisión • Biblioteca • Sala de Lectura • Solarium

PRESTACION

Guardia Médica Permanente • Psicología Clínica • Terapia Ocupacional • Expresión Corporal • Musicoterapia • Grupos Terapéuticos • Ludoterapia • Asamblea Terapéutica • Psicoterapia Individual • Terapias Grupales • Terapia Familiar • Asamblea Multifamiliar • Psicofarmacología • Gimnasia Tera-

péutica • Electroencefalograma • Radiología • Laboratorio • Electrocardiograma • Técnicas Biológicas Variadas • Ambulancia (para derivación clínica de urgencia) • Recreación: Grupos de Movilización, T.V., Radio, Música Motivacional, Biblioteca. • Salidas: Visitas a Museos, Exposiciones, etc.

DOCENCIA

Ateneos Semanales • Cursos • Conferencias

INVESTIGACION

Reflexión Teórica • Técnica Terapéutica • Técnica Pedagógica • Intercambio de Trabajos y Videos con otras Instituciones

Clínica
Modelo
de Psiquiatría s.a.



Paraguay 1983 (1121) Cap. Fed. Tel. 42-3550/812-0360

Dirección del Tratamiento a cargo del Profesional Internante



EDITORIAL

Vivimos el siglo de los cuerpos, casi grita un personaje de Marechal en Adán Buenosayres. Y podríamos seguir con Descartes afirmando: "el cuerpo es más difícil de conocer que la mente". La medicina cotidiana pregona: ¡Cuidado con el estrés! ¡Hay que practicar deportes! ¡El colesterol es peligroso! En las últimas décadas se asiste a mareas descendentes que dejan al descubierto cuerpos y más cuerpos sobre las arenas de la cultura. Caen ropajes, prejuicios, castidades. Pero simultáneamente, crecen como enormes Tablas de la Ley, los conceptos de deportólogos, cirujanos plásticos, médicos, cosmetólogos, que vuelven a esconder la corporalidad detrás de un gigantesco cuerpo reificado e inalcanzable. La aparición del cuerpo en primer plano en el escenario de la psicopatología siempre produjo malestar. Todas las escuelas propusieron sus hipótesis explicativas y debatieron la eficacia de las mismas. En un extremo se describieron fenomenicamente las histerias, las hipocondrías y la fracturación psicótica; y en el otro, las llamadas enfermedades psicosomáticas.

Vertex abre entonces el Dossier de este número con trabajos que enfocan lo psicosomático desde la perspectiva psicoanalítica. Se explicitan posiciones, donde el órgano dañado responde al afecto dependiendo de una particular significación simbólica; hasta las observaciones que señalan la alteración somática como el corto circuito producido por la incapacidad de simbolizar lo afectivo. En un próximo número, se presentarán hipótesis que centran la explicación del trastorno psicosomático como una alteración cognitiva en la vivencia de la corporalidad y por lo tanto, en la forma de utilización del cuerpo; así como, otras posiciones que señalan alteraciones en el afrontamiento del estrés psico social.

En Rescate, se reproduce un trabajo del célebre Hans Selye sobre las enfermedades -por él llamadas de adaptación-. Este concepto, fue en su momento una de las bisagras que permitieron abrir la puerta y comunicar las áreas del psiquismo con la corporalidad.

En abril Vertex invitó al Prof. H. E. Gabriel que dictó conferencias y debatió en diferentes foros con especialistas de nuestro país, sobre el proceso de Reforma Psiquiátrica que tiene lugar en Austria desde hace 10 años. En este número se lo confronta con dos psiquiatras que participan activamente de la Reforma Italiana que suscita tantas polémicas. Esperamos de esta manera continuar aportando al debate y a la práctica asistencial concreta que se realiza en nuestro país, con las experiencias que se realizan en diferentes provincias (ver Vertex, Vol. II, N° 3).

Por último, reiteramos que Vertex, en la medida de su crecimiento y la extensión de su influencia, es un lugar abierto a todos y todas las orientaciones y prácticas de la tarea transdisciplinaria que constituye la salud mental ■

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

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Charcas 3939, P.B. "B" (1425) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción 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

1

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **"Conducta suicida familiar e intento de suicidio"**, A. Gómez, L. Suárez, F. Lolas, A. Barrera, E. Jaar, M. Martín, S. Jara y M. Larraguibel, Santiago de Chile, pág. 87.
- **"El litio y la amenaza de daño al riñón"**, A. J. Lagomarsino, Buenos Aires, pág. 93.
- **"Ensayo clínico del efecto de la carpipramina en pacientes con síndrome residual esquizofrénico"** R. Fernández Labriola, G. Caetano Esquivel, E. Kalina, V. Castellini, E. S. Serfaty, J. Campana, M. Alvarez y E. Trebino, R. Oriental del Uruguay y R. Argentina, pág. 97.

2

DOSSIER

- **PSICOSOMATICA PSICOANALITICA. Encrucijada y apertura**, L. Luraguiz, pág. 107; **Afecto y soma en la palabra**, J. Fischbein, pág. 110; **El pensar sobre la enfermedad**, J. B. Repetto, pág. 115; **El cuerpo como sociedad**, A. S. N. Fonzi, pág. 123; **Clínica del daño somático**, M. Chevnik, pág. 126; y **Entrevista a Angel Garma**, L. Luraguiz, pág. 133.

3

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **"Selye y la década del '50"**, por R. D. Spiguel, pág. 135.
- **"Panorama general de la etiopatogenia de las enfermedades de adaptación"** y **"Qué es el stress"**, por Hans Selye, pág. 57

4

CONFRONTACIONES

- **"La teoría del apego en el contexto del pensamiento psicoanalítico contemporáneo, Los modelos representacionales"** (2ª parte), por M. Marrone, pág. 145.
- **"Viena: Una experiencia de desmanicomialización en marcha"**, por Juan Carlos Stagnaro, pág. 149.
- **"Sobre la reforma psiquiátrica italiana"**, por M. Soboleosky, pág. 150.

5

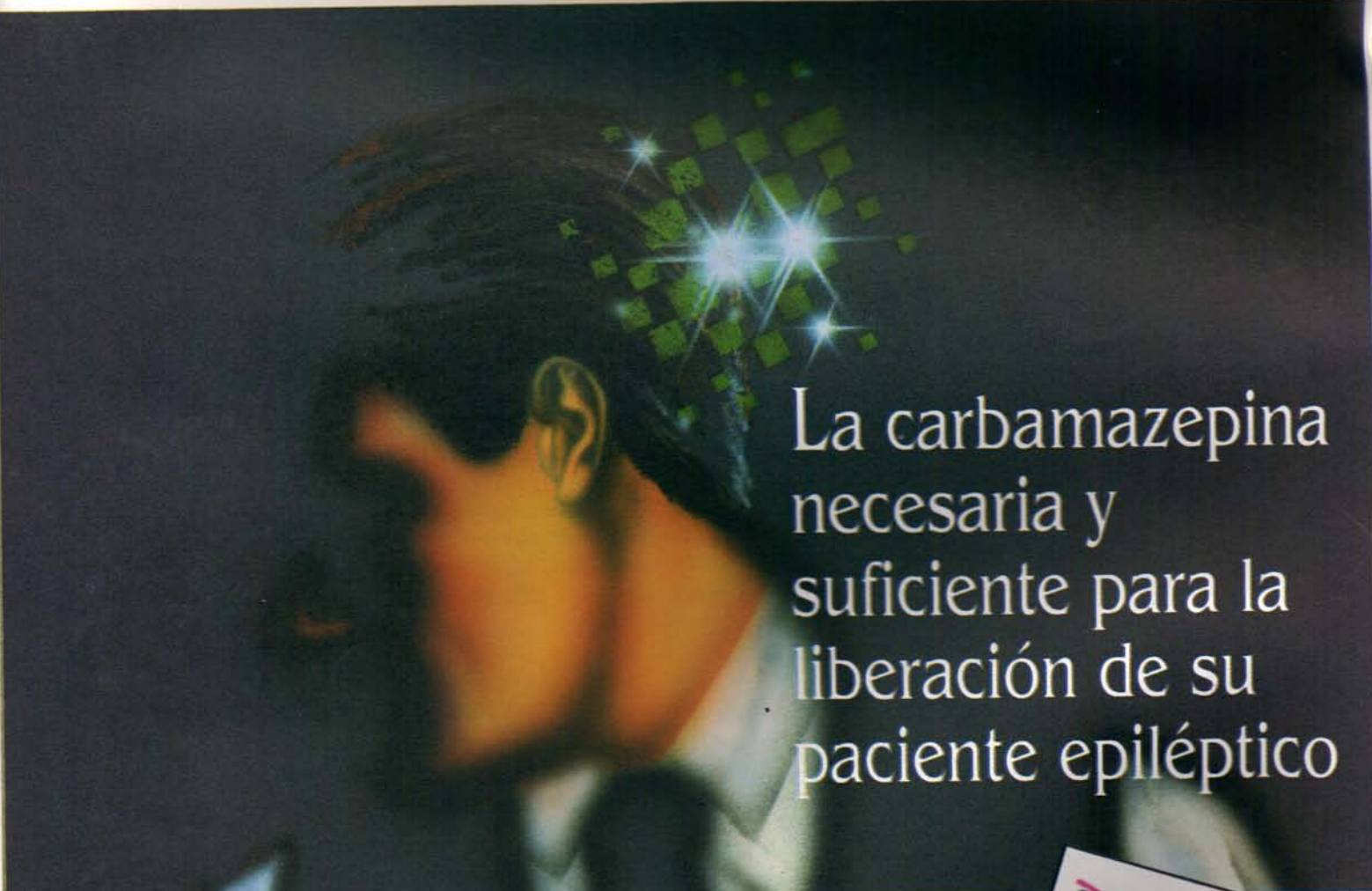
LECTURAS Y SEÑALES

- **"Lecturas"** pág. 155, **"Señales"** pág. 157, **"Noticias de APSA"**, pág. 159.

CONFORMAL 400 AP

Carbamazepina 400 mg AP con liberación en partículas Unicell

Unica carbamazepina en comprimidos UNICELL
de liberación prolongada



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

CONFORMAL 200 mg

Carbamazepina

Unica carbamazepina en comprimidos incluida
en la canasta de
medicamentos



ELVETIUM S.A. Cátulo Castillo 2437 (1261) Buenos Aires Argentina.
Licenciataria exclusiva de Rhône Poulenc y Rhodia Argentina.

REVISTA

DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

CONDUCTA SUICIDA FAMILIAR E INTENTO DE SUICIDIO

Resumen

Con la finalidad de investigar nexos causales entre la historia familiar y la conducta suicida actual, se estudió a setenta y tres mujeres que habían efectuado un intento suicida reciente. Se emplearon entrevistas semiestructuradas y escalas psicométricas. Veinticuatro (32,8%) tenía antecedentes familiares: 12 (16,4%) de intentos suicidas, 6 (8,2%) de suicidios y 6 (8,2%) de ambos. Cuarenta sujetos no tenían historia positiva. El grupo con antecedentes familiares presentó desesperanza y neuroticismo significativamente más elevados. Emplearon con mayor frecuencia métodos violentos en la comisión del intento; a un nivel no significativo, declararon motivos más autodestructivos y con menor frecuencia se encontraron arrepentidos. La literatura ha considerado que una historia familiar de conducta suicida es un predictor de conducta autolítica. Nuestros datos sugieren un modelo mediacional que podría incluir variables cognoscitivas y sociales. El neuroticismo más elevado podría reflejar la ingerencia de factores biológicos en la transmisión de una susceptibilidad aumentada a la conducta suicida.

Palabras clave: Intento suicida - Historia familiar - Desesperanza - Suicidio

"SUICIDAL FAMILY BEHAVIOR AND SUICIDE ATTEMPTS"

Abstract

With the purpose of studying causal links between suicidal family history and present suicidal behavior, seventy-three recent female attempters were assessed by means of semistructured interviews and psychometric instruments. Twenty-four (32,8%) had family antecedents: 12 (16,4%) of suicide attempts, 6 (8,2%) of completed suicides, and 6 (8,2%) of both. Forty had a ne-

gative family history. Significantly higher hopelessness and neuroticism were evinced in the family history group. They had used violent methods more frequently; at a non significant level, they reported more selfdestructive motives, and showed repentance less frequently.

Several studies suggest that a family suicidal history is a predictor for suicidal behavior. Data presented suggest a mediating model, which could include cognitive and social variables. A higher neuroticism could reflect involvement of biological factors in the transmission of a heightened vulnerability to suicidal behavior.

Keywords: Suicid attempt - Family history - Hopelessness - Suicide

"CONDUITE FAMILIALE SUICIDAIRE ET TENTATIVE DE SUICIDE"

Résumé

Afin d'étudier les relations de causes entre l'histoire familiale et la conduite suicidaire, nous avons étudié 73 cas féminins récents de tentatives de suicide (TS).

Nous avons utilisé des entretiens semi-structurés et des échelles psychométriques. Vingt quatre d'entre elles (32,8%) ont des antécédents familiaux: 12 (16,4%) de tentatives de suicides, 6 (8,2%) de suicide, 6 (8,2%) de T. S. et de suicide. 40 femmes ne présentaient pas d'antécédents familiaux.

Le premier groupe (32,8%) montrait un taux plus élevé de désespoir et de neuroticisme. Elles ont utilisé plus fréquemment des méthodes violentes; une minorité a déclaré avoir des raisons plus autodestructives et encore moins être repenties. La littérature a considéré qu'une histoire familiale de conduite suicidaire pronostique une conduite d'autolyse. Nos recherches suggèrent un modèle intermédiaire qui pourrait inclure des variables cognitives et sociales.

Le terrain névrotique pourrait refléter l'ingérence de facteurs biologiques dans la transmissions d'une susceptibilité augmentée à la conduite suicidaire.

Mots cle: Tentative de suicide - Histoire familiale - Désespoir - Suicide

* Departamento de Psiquiatría; División Ciencias Médicas Sur; Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

** Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dr. Alejandro Gómez Ch. Gran Avenida José Miguel Carrera 3204, San Miguel Casilla 13-D. Santiago de Chile.

Este trabajo fue financiado por FONDECYT, proyecto N° 1113-91, y D. T. I.

Alejandro Gómez
Luis Suarez*
Fernando Lolas**
Alvaro Barrera*
Eduardo Jaar*
Mercedes Martín**
Sonia Jara*
Marcela Larraguibel*

Diversos factores, actuales y remotos, intervienen en la conducta suicida. La mayor parte de los estudios disponibles se refieren a condiciones presentes o próximas al momento de producirse la crisis suicida. Se ha establecido que la desesperanza juega un papel determinante en la ideación suicida, (4, 6) en las tentativas suicidas (3, 5) y en el riesgo de autoeliminación a largo plazo de diversos grupos de pacientes. (7, 8, 19)

Algunas enfermedades psiquiátricas, como la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo se acompañan de una elevada frecuencia de muerte por suicidio, y son un hallazgo frecuente en las "autopsias psicológicas" de quienes se autoeliminan. (29)

Se diagnostica una elevada frecuencia de perturbaciones de la personalidad entre quienes cometen intentos de suicidio. (14, 16) Su presencia parece incidir en la severidad de las tentativas en la probabilidad de repetición (24) y de muerte por suicidio. (37) Algunos rasgos de personalidad son comunes en estos sujetos e incluyen impulsividad, oralidad, una tendencia a la actuación, mayor hostilidad y dependencia. (11, 43, 56) Las dimensiones in-

traversión/extraversión, neuroticismo y psicoticismo parecen influir de manera específica en la conducta suicida.(10, 21, 27, 35, 38, 41) Ciertos factores psicosociales participan en el desencadenamiento de la conducta suicida: una acumulación de eventos vitales negativos, por lo general de carácter interpersonal, frecuentemente la preceden.(44) A la inversa, el soporte social percibido parece moderar el impacto de los estresores, atenuando el riesgo de autoagresión.(57)

Factores remotos mencionados en la literatura son: pérdidas tempranas, maltrato y otras formas de abuso en la infancia, estrés infantil por diversas causas, y diferentes patrones de crianza. Con frecuencia significativamente mayor, los sujetos que han efectuado tentativas suicidas han sufrido pérdida parental (por muerte o divorcio) y tienden a calificar la infancia como infeliz.(23, 55) Igualmente informan mayor estrés por frecuentes conflictos en la pareja parental, desacuerdos con los padres, perciben negativamente el carácter de los mismos, y describen un modelo desfavorable de crianza.(10, 23) Hallazgos concurrentes se han obtenido en adolescentes que han intentado suicidarse, quienes presentan más frecuentemente que los controles, una historia de rechazo y abuso.(17) Varias de estas influencias también han sido informadas en ideadores de suicidio,(49) y parecen estar acentuadas en quienes repiten tentativas de autoeliminación.(31)

Al investigar factores familiares de mayor especificidad, se ha encontrado con mayor frecuencia una historia de conducta suicida en la familia de quienes han efectuado intentos de suicidio que en controles. Robins y cols. informan una prevalencia de un 11% de suicidios y tentativas en las familias de 109 intentadores de suicidio.(48) Se ha observado una tasa dos veces mayor de parasuicidio, en las familias de intentadores que en las de otros pacientes psiquiátricos.(59) La tercera parte de quienes solicitan ayuda a centros de prevención del suicidio entrega una historia familiar de suicidios e intentos, proporción que se eleva al 50% en consultantes con antecedentes personales de tentativas suicidas.(40) Murphy y Wetzel(39) notifican un 12% de suicidios y un 24% de intentos en las familias de intentadores; otros estudios señalan proporciones de 20 y

30 % respectivamente.(55) Frecuencias equivalentes se han comunicado en adolescentes;(53) en este grupo la exposición a conducta suicida en la familia parece constituir un factor de riesgo suicida.(13) Kreitman y Casey(32) encuentran que una historia familiar parasuicida se asocia significativamente a repetición. Roy informa una tasa de 8, 8% de suicidio en las familias de pacientes psiquiátricos con historia de intentos suicidas y una proporción significativamente mayor de intentadores entre aquellos pacientes que tienen antecedentes familiares de suicidio (48, 6% vs 21, 8%). (50)

Estos hallazgos, así como otros obtenidos en el estudio de gemelos(51), han conferido apoyo a hipótesis que sostienen la existencia de factores genéticos en la conducta suicida.(42) Otros investigadores en cambio, la explican como un comportamiento instrumental destinado a movilizar el entorno social,(33) o como un modo de enfrentamiento de las crisis vitales adquirido por aprendizaje.(18) Esta controversia aún no está resuelta.(15)

En el presente estudio se investigó una muestra de mujeres que habían efectuado un intento de suicidio reciente, con la finalidad de determinar la frecuencia de conducta suicida en la familia de origen y precisar su influencia sobre diversas variables clínicas y psicológicas. Este trabajo forma parte de una investigación más amplia destinada al estudio de factores psicosociales ligados al suicidio, cuya finalidad es contribuir al diseño de estrategias de prevención.

Material y método

Sujetos

La muestra se obtuvo desde el Policlínico de Psiquiatría del Hospital Barros Luco-Trudeau, ubicado en el Area Sur de Santiago de Chile, e incluyó a personas del sexo femenino que habían realizado una tentativa suicida dentro de los 30 días previos al estudio, y cuyas edades fluctuaban entre 18 y 65 años. Se definió el intento suicida según los criterios propuestos por Silver y cols.,(52) que requieren un episodio concreto de daño autoinflingido con la intención conciente de provocarse la muerte. Se excluyó a quienes presentaban claras evidencias de psicosis, trastorno orgánico

cerebral o trastorno maníaco. Entre Abril de 1989 y Junio de 1991 se reunió a 73 pacientes consecutivas. Su promedio de edad fue 30, 6+/- 9, 6 años; el nivel socioeconómico, evaluado mediante el índice de Graffar(53) fue medio-bajo en el 50% y bajo en un 16%. Las pacientes fueron sometidas a un procedimiento diagnóstico empleando los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana, revisados en 1987 (DSM III-R), para cuadro de estado y evaluación de la personalidad, y una entrevista semiestructurada diseñada por los autores para la consignación de antecedentes clínicos actuales y remotos. En esta entrevista se interroga específicamente por historia de conducta suicida en la familia de origen. Esta se definió como la constituida por los parientes consanguíneos de primer y segundo grado.

Procedimiento

Se obtuvo consentimiento informado de cada paciente. El equipo evaluador fue distinto del que posteriormente realizó el tratamiento. Cada paciente fue evaluado consensualmente por una pareja de entrevistadores. El estudio consistió en dos sesiones de dos horas con un lapso no mayor de dos días entre ambas, siguiéndose una secuencia predefinida de entrevista y aplicación de escalas. Hubo reuniones periódicas para unificar criterios.

Instrumentos

Se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación:

- Entrevista Semiestructurada.
- Entrevista diagnóstica según criterios DSM III-R.(2)
- Escala de Desesperanza.(9)
- Escala de Hamilton (EHD), que cuantifica intensidad depresiva.(25)
- Escala de Ideación Suicida, que cuantifica la severidad de las ideas y deseos suicidas presentes al momento de la entrevista (EISA), e incluye una apreciación subjetiva sobre la intensidad de la ideación en el pasado (EISP). Esta última se limitó en este estudio a las horas que precedieron la tentativa.(5)
- Escala de Intención Suicida, (EIS) que evalúa diferentes aspectos de la tentativa efectuada, tales como la intención suicida declarada por el paciente, las circuns-

tancias de la tentativa y la letalidad medica de la acción.(45)

g. - Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-R). Es un inventario de 100 ítems que consta de tres escalas clínicas: Psicoticismo (P), Neuroticismo (N) y Extraversión (E), incluyendo además una escala de validación (Mentira, M), interpretable como deseabilidad social.(22)

Resultados

- De los 73 pacientes evaluados, 24 (32,8%) presentaron antecedentes de conducta suicida en la familia. De estos, 12 (16,4%) informó intentos de suicidio, seis (8,2%) suicidios y otros seis una historia de tentativas y suicidios en la familia de origen. En 49 casos (67,1%) no se encontró estos antecedentes.
- El 61,6% de la muestra total fue menor de 30 años. Un porcentaje ligeramente mayor de menores de 30 se encontró en el grupo con antecedentes familiares, lo cual no fue significativo (66, 6% vs 59,1%). La mayor parte de las pacientes se encontraba casada o conviviendo (57,5%), no apreciándose diferencias entre una u otra submuestra.
- El método más utilizado en la tentativa fue la intoxicación por fármacos u otras sustancias químicas, en 56 sujetos (76,7%). Seis sujetos recurrieron a más de un método suicida en la tentativa. Tres pacientes emplearon medios violentos (ahorcamiento, lanzamiento), lo que fue más frecuente en el grupo con antecedentes familiares (Prueba exacta de Fisher, $p=0,1$). Las causas más frecuentemente aludidas fueron dificultades interpersonales en la pareja o familia, en el 89,8% del grupo sin historia de conducta suicida familiar y en el 95,8% del otro ($p=0,37$, n. s.).
- El 56,3% de los sujetos sin antecedentes familiares había efectuado intentos previos, y esta proporción se elevó al 62,5% en el otro grupo ($p=0,8$, n. s.). El primer grupo también tuvo un promedio mayor de intentos previos (1,54 vs 1,14), ($p=0,576$, n. s.).
- La principal motivación para cometer el intento suicida fue "escapar, cesar, resolver problemas", en el 63,2% del grupo sin antecedentes familiares y en el 79,2%

TABLA 1

MOTIVACIONES Y ACTITUDES

| | Motivación manifiesta | | | Actitudes ante el intento | | |
|----------------------------------|-----------------------|---------------|-------------|---------------------------|----------------------|-------------|
| | Manipular | Escapar/cesar | Ambas | Arrepentimiento | Indif/ambiv-Reafirm. | |
| Sin antecedentes Familiares (49) | 1 (2%) | 31 (63,2%) | 17 (34,7%) | 21 (42,9%) | 28 (57,2%) | |
| Con antecedentes Familiares (24) | 1 (4,2%) | 19 (79,2%) | 4 (16,7%) | 7 (29,2%) | 17 (70,9%) | |
| | $\chi^2 = 2,68$ | | $p = 0,262$ | $\chi^2 = 1,28$ | | $p = 0,258$ |

TABLA 2

DIAGNOSTICOS DE ESTADO (EJE I, DSM III - R)

| | DIAGNOSTICOS DE ESTADO | | |
|-------------------------------------|------------------------|------------------|-------------|
| | Sin antecedentes | Con antecedentes | Total |
| Depresión Mayor | 24 | 15 | 39 |
| Distimia | 4 | 1 | 5 |
| Trastorno Depresivo no Especificado | 1 | 1 | 2 |
| Trastorno de Ansiedad Generalizada | 1 | 0 | 1 |
| Dependencia del Alcohol | 1 | 0 | 1 |
| Trastornos de Adaptación | 18 | 7 | 24 |
| | $\chi^2 = 2,68$ | | $p = 0,262$ |

del otro. Después del intento suicida, el 42,8% de los sujetos sin historia familiar se manifiesta arrepentido y el restante 57,2% indiferente/ambivalente o reafirma su intención suicida. En el grupo con antecedentes, la proporción de sujetos arrepentidos se reduce al 29,2% (Tabla 1).

6. - En la Tabla 2 se consignan los diagnósticos de estado (DSMIII-R) que recibieron los pacientes estudiados. Los trastornos depresivos (Depresión Mayor, Distimia y

Trastorno Depresivo no especificado) constituyeron el 60,4% de la submuestra sin historia familiar de conducta suicida y el 70,8% de la otra. El 67,1% de todos los pacientes alcanzó criterios para Trastorno de la Personalidad, distribuyéndose en forma similar en ambas (Tabla 3).

7. - En la Tabla 4 se consignan los promedios y desviaciones estándar de las distintas variables clínicas y subescalas del EPQ-R.

8. - Los pacientes con antecedentes

TABLA 3

DIAGNOSTICOS EJE II (DSM III - R)

| | Sin antecedentes | Con antecedentes | Total |
|---------------------------|------------------|------------------|-------|
| Trastorno Límitrofe | 8 | 5 | 13 |
| Trastorno Paranoide | 2 | 3 | 5 |
| Trastorno Dependiente | 6 | 4 | 10 |
| Trastorno por Evitación | 2 | 1 | 3 |
| Trastorno Histriónico | 4 | 0 | 4 |
| Trastorno no especificado | 11 | 3 | 14 |
| Sin Trastorno | 16 | 8 | 24 |

TABLA 4
PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR EN LAS SUB-ESCALAS
EPQ-R Y DEMAS ESCALAS CLINICAS

| ESCALAS | X | DE |
|---------|------|-----|
| P | 9,0 | 3,5 |
| E | 10,8 | 4,5 |
| N | 20,0 | 3,5 |
| EHD | 20,7 | 7,5 |
| ED | 10,7 | 6,1 |
| EISA | 8,3 | 9,8 |
| EISP | 23,1 | 9,2 |
| EIS | 10,5 | 4,3 |

P= Psicoticismo; E= Extraversión; N= Neuroticismo; M= Mentira; EHD; Escala de Hamilton para la Depresión; ED= Escala de Desesperanza; EISA; Escala de Ideación Suicida Actual; EISP= Escala de Ideación Suicida Pasada; EIS= Escala de Intención Suicida.

familiares presentaron puntajes significativamente mayores en la Escala de Desesperanza, lo cual no se obtuvo en las escalas de Hamilton e Ideación Suicida (Actual y Pasada). La severidad del intento, evaluada por la Escala de Intención Suicida, fue idéntica en ambos grupos (Tabla 5).

9. - El estudio de las dimensiones de Eysenck mostró diferencias significativas para Neuroticismo. No hubo diferencias en las demás subescalas (Tabla 6).

Discusión

En este estudio se comparó intentadores con y sin historia familiar de conducta suicida. La muestra fue recogida de un consultorio psiquiátrico de adultos adosado a un hospital general, y estuvo constituida por mujeres con edades entre 18 y 65 años. No es representativa del universo de sujetos que cometen tentativas de suicidio y por lo tanto sus

conclusiones tienen esa limitación. Su propósito fue indagar diferencias clínicas y psicológicas con la finalidad de proponer nexos causales entre los antecedentes familiares y la conducta suicida actual.

La tercera parte de una muestra de 73 pacientes que habían efectuado un intento de suicidio presentó antecedentes de suicidalidad en su familia de origen. La mitad correspondió a intentos suicidas y la otra a suicidios consumados. Una importante proporción informó antecedentes familiares de suicidios e intentos. Nuestros hallazgos son compatibles con otros estudios, y confieren apoyo a anteriores observaciones de una elevada tasa de conducta suicida en los familiares de estos sujetos.(39, 55)

Algunos autores han señalado que el antecedente de suicidalidad en la familia de origen es un predictor de conducta suicida. En una investigación que involucró más de 3000 intentadores de ambos sexos, Kreitman y Casey(32) compararon a quienes efectuaban intentos suicidas por primera vez con repetidores. Encontraron que una historia familiar de parasuicidio se asociaba sig-

TABLA 5

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PROMEDIOS DE LAS ESCALAS
EVALUADAS EN PACIENTES CON Y SIN ANTECEDENTES
FAMILIARES DE CONDUCTA SUICIDA

| Antecedentes Familiares | N | EHD | ED | EISA | EISP | EIS |
|----------------------------|----|----------|-----------|----------|----------|----------|
| NO | 49 | 19.8±7.8 | 9.4±6.3 | 7.7±9.7 | 22.5±9.2 | 10.3±4.1 |
| SI | 24 | 22.3±7.1 | 13.4±4.8 | 9.5±10.3 | 24.7±8.4 | 10.3±4.6 |
| t. de Student | | p=0.181 | p=0.004** | p=0.489 | p=0.333 | p=0.969 |

* p 0.05
** p. 0.01

TABLA 6

ESTUDIO PROMEDIO DE LAS SUB ESCALAS EPQ-R
EN PACIENTES CON Y SIN ANTECEDENTES
FAMILIARES DE CONDUCTA SUICIDA

| Antecedentes Familiares | N | P | N | E | M |
|----------------------------|----|---------|-----------|----------|----------|
| NO | 49 | 8.7±3.6 | 19.2±3.6 | 10.7±4.1 | 12.7±4.1 |
| SI | 24 | 9.4±3.3 | 21.0±3.1 | 11.2±5.3 | 11.2±3.2 |
| t. de Student | | p=0.420 | p=0.045** | p=0.913 | p=0.101 |

* p 0.05
** p. 0.01

nificativamente con reincidencia. El procedimiento de asignación a grupos de primerizos y reincidentes implicó un prolongado período de observación posterior a la tentativa índice. De este modo se comparó grupos más diferenciados, lo que puede explicar el nivel de significación obtenido por ellos, no alcanzado en nuestro estudio.

Una proporción significativamente más frecuente de las pacientes con antecedentes familiares de conducta suicida empleó medios "activos" o "violentos" (colgamiento, lanzamiento). Otras interesantes diferencias a favor del segmento con antecedentes familiares, pero no significativas, fueron una motivación más frecuente en terminar la

vida al realizar el intento y una más habitual actitud de indiferencia, ambivalencia o reafirmación después del mismo.

El hallazgo más importante fue una desesperanza significativamente más elevada en las intentadoras con antecedentes familiares. Números estudios han otorgado una relevancia central a este constructo, definiéndolo como un sistema de esquemas cognoscitivos negativos que comparten el elemento común de expectativas negativas sobre el futuro.(9) Como componente específico de la depresión, la desesperanza se correlaciona significativamente con ideación suicida, con la intención suicida de quienes han cometido tentativas y es mayor en quienes las repiten.(3, 4, 5, 6) Los sujetos con mayor desesperanza tienden a considerar el suicidio más como una manera de escapar de la vida, que como un modo de manipular al medio.(30) Varias de las diferencias entre los dos grupos pueden estar relacionadas con la elevada desesperanza observada en este segmento de la muestra. Algunos autores han entendido la desesperanza como un estilo cognoscitivo aprendido o como una modalidad atribucional.(1) Esto podría explicar que la experiencia de conducta suicida en la familia de origen se asocie con mayor desesperanza posterior.

De las dimensiones de la personalidad, el Neuroticismo fue significativamente mayor en los sujetos con antecedentes familiares. Este factor refleja una tendencia a la inestabilidad emocional y a reaccionar en forma desadaptativa frente al estrés. Algunos estudios le atribuyen un papel en la producción e intensificación de afectos negativos.(58) El neuroticismo es tanto un factor de vulnerabilidad a la depresión como un predictor de cronicidad.(12, 26) En trabajos anteriores esta dimensión se ha vinculado a ideación suicida,(27, 38, 49) repetición de tentativas,(41) o ha mostrado un efecto inespecífico sobre la conducta suicida.(35) Un neuroticismo más elevado en pacientes con historia familiar de conducta suicida podría reflejar la participación de factores biológicos en la transmisión de una mayor susceptibilidad a responder en forma suicida.

Nuestros datos sugieren un modelo mediacional de la transmisión familiar de la suicidalidad, que podría incluir variables cognoscitivas—desesperanza y creencias respecto a

la vida—(34) y sociales (edad, estatus educacional, origen étnico-cultural).(36, 46) Tal como se ha propuesto recientemente para la relación entre genética y ambiente,(28) el establecimiento de nexos entre la genética y la conducta suicida requiere la elaboración de modelos intermedios, propósito al cual este trabajo ha pretendido contribuir.

Agradecimientos

Deseamos reconocer la colaboración del Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco-Trudeau, que proporcionó los pacientes que participaron en el estudio. El Hospital Sanatorio El Peral facilitó la hospitalización de quienes lo requirieron. El Laboratorio Organon proporcionó apoyo farmacológico para el tratamiento de las pacientes ■

Bibliografía

1. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Hartlage, S., the hopelessness theory of depression: attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 1988, 27: 5-21.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised. Washington D. C., American Psychiatric Association, 1987.
3. Barrera, A., Jaar, E., Gómez, A., Lolas, F., Suarez, L., Martín M., Intento suicida y desesperanza. *Revista Médica de Chile*, 1991, 119: 1381-1386.
4. Beck, A. T., Lester D., Components of depression in attempted suicides. *The Journal of Psychology*, 1979, 85: 257-260.
5. Beck, A. T., Kovacs, M., Weissman, A., Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *JAMA*, 1975, 234: 1146-1149.
6. Beck, A. T., Kovacs, M., Weissman, A., Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47: 343-352.
7. Beck, A. T., Brown, G., Steer, A., Predicción de eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57: 309-310.
8. Beck, A. T., Brown, G., Beerchick, R. J., Stewart, B. L., Steer, R. A., Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147: 190-195.
9. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L., The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42: 861-865.
10. Benjaminsen, S., Krarup, G., Lauritsen, R., Personality, parental rearing behaviour and parental loss in attempted suicide: a comparative study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1990, 882: 389-397.

11. Birtchnell, J., Some familial and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 1981, 138: 381-390.
12. Boyce, P., Parker, G., Barrett, B., Looney, M., Smith, F., Personality as a vulnerability factor to depression. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 156: 106-114.
13. Brent, D. A., Kolko, D. J., Allan, N. J., Brown, R. V., Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1990, 24: 586-593.
14. Casey, P. R., Personality disorder and suicidal intent. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79: 290-295.
15. Chiles, J. A., Strossahl, K. D., Mc Murray, L., Linehan, M. M., Modeling effects on suicidal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1985, 173: 477-481.
16. Crumley, F. C., Adolescent suicide attempts. *JAMA*, 1979, 22: 2404-2407.
17. Deykin, E. Y., Alpert, J. J., Mc Namara, J. J., A pilot study on the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142: 1229-1303.
18. Dieskra, R. A., A social learning theory approach to the prediction of suicidal behavior. Séptimo Congreso Internacional sobre Prevención del Suicidio, 1973.
19. Drake, R. E., Gates, X. C., Cotton, P. G., Whitaker, A., Suicide among schizophrenics. Who is at risk? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1884, 172: 613-617.
20. Dyer, J. A. T., Kreitman, N., Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 144: 127-133.
21. Edman, G., Asberg, M., Levander, S., Schalling D., Skin conductance habituation and cerebrospinal fluid 5-hidroxiindoleacetic acid in suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43: 586-592.
22. Eysenck, S., B. G., Eysenck, A. J., Barrett, P., A revised version of the Psychoticism Scale. *Personality and Individual Differences*, 1985, 6: 21-29.
23. Goldney, R. D., Parental loss and reported childhood stress in young women who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1981, 64: 34-49.
24. Gómez, Lolas F., Martín, M., Barrera, A., Jaar, E., Suarez, L., La influencia de la personalidad en la conducta suicida (por aparecer).
25. Hamilton, M., A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1960, 23: 56-62.
26. Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Andreasen, N. C., Clayton, P. J., Keller, M. B., Psychosocial predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148: 648-654.
27. Irfani, S., Personality correlates of suicidal tendency among Iranian and Turkish students. *The Journal of Psychology*, 1978, 99: 151-153.
28. Kendler, K. S., Eaves, L. J., Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, 1986, 143: 279289.

29. Khury, R., Akiskal, H. S., Suicide prevention: the necessity of treating contributory psychiatric disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1983, 6: 193-207.
30. Kovacs, M., Beck, A. T., Weissman A., The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. *American Journal of Psychotherapy*, 1975, 19: 363-368.
31. Krarup, G., Nielsen, B., Rask, P., Petersen P., Childhood experiences and repeated suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83: 16-19.
32. Kreitman, N., Casey, P., Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153: 792-800.
33. Kreitman, N., Smith, P., Tan, E. S., Attempted suicide in social networks. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1969, 23: 116-123.
34. Linehan, M. M., Goldstein, J. L., Nielsen, S. L., Chiles, J. A., Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51: 276-286.
35. Lolas, F., Gómez, A., Suarez, L., EPQ-R and suicidal attempt: the relevance of psychoticism. *Personality and Individual Differences*, 1991, 12: 899-902.
36. Manson, S. M., Beals, J., Dick, R. W., Duclos, C., Risk factors for suicide among indian adolescents at a boarding school. *Public Health Reports*, 1989, 104: 609-614.
37. Mehlum, L., Friis, S., Irion, T., Johns, S., Karterud, S., Vaglum P., Vaglum, S., Personality disorders 2-5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 84: 72-77.
38. Mehryar, A. H., Hekmat, H., Khajavi, F., Some personality correlates of contemplated suicide. *Psychological Reports*, 1977, 40: 1291-1294.
39. Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Family history of suicidal behavior among suicidal attempters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, 170: 86-90.
40. Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Swallow, C. S., Mc Clure, J. N., Jr., Who calls the suicide prevention center: a study of 55 persons calling on their own behalf. *American Journal of Psychiatry*, 1969, 126: 314-324.
41. Pallis, D. J., Jenk, ins J. S., Extraversion, Neuroticism and intent in attempted suicides. *Psychological reports*, 1977, 14: 19-22.
42. Papadimitriou, G. N., Linkowski, y P., Delarbre, C., Mendlewicz, J., Suicide on the paternal and maternal sides of depressed patients with a lifetime history of attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83: 417-419.
43. Paykel, E. S., Dienelt, M. N., Suicide attempts following acute depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1979, 153: 234-243.
44. Paykel, E. S., Prusoff, B. A., Myers, J. K., Suicide attempts following recent life events. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32: 327-333.
45. Pierce, D. W., The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1981, 139: 391-396.
46. Platt, S. D., Suicide and parasuicide among further education students in Edimburgh. *British Journal of Psychiatry*, 186, 150: 183-188.
47. Robins, D. R., Alessi, N. E., Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1983, 142: 588-592.
48. Robins, E., Schmidt, E. H., O'Neal, P., Some interrelations of social factors and clinical diagnosis in attempted suicide: a study of 109 patients. *American Journal of Psychiatry*, 1957, 114: 221-231.
49. Ross, M. W., Clayler, J. R., Campbell, R. L., Parental rearing patterns and suicidal thoughts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67: 429-433.
50. Roy, A., Family history of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40: 971-974.
51. Schulsinger, F., Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., A family study of suicide. En *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders*. Schou M., Stromgren E. (eds.). New York Academic Press, 1979: 277-287.
52. Silver, M., Bohnert, M., Beck, A. T., Marcus, D., Relation of depression to attempted suicide and seriousness of intent. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25: 573-576.
53. Tishler, C. L., Mc Kenry, P. C., Morgan, K. C., Adolescent suicide attempts: some significant factors. *Suicide and Life Threatening Behaviors*, 1981, 11: 86-92.
54. Valenzuela, J., Díaz, E., Klagges, B., Empleo de un nuevo método de clasificación social. *Cuadernos Médico Sociales*, 1976, 10: 1095-1100.
55. Wasserman, D., Cullberg, J., Early separation and suicidal behavior in the parental homes of 40 consecutive suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 11: 86-90.
56. Weissman, M., Fox, K., Klerman, G. L., Hostility and depression associated with suicide attempts. *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130: 450-454.
57. Welz, R., Veiel, H. D., Hafnee, H., Social support and suicidal behavior. En *Current Issues of Suicidology*. Möller, H. J., Schmidtke, A., Welz, R. (eds.). Springer, Verlag, 1988: 322-327.
58. Williams, D. G., Effects of psychoticism, extraversion and neuroticism in current mood: a statistical review of six studies. *Personality and Individual Differences*, 1990, 6: 615-630.
59. Woodruff, R. A., Jr., Clayton, P. J., Guze, S. B., Suicide attempts and psychiatric diagnosis. *Diseases of the Nervous System*, 1972, 33: 617-621.



**LIBRERÍA
PAIDÓS**

CENTRAL DEL LIBRO PSICOLOGICO

Nuevo Servicio:

PSICOLIBRO
club

Con una Suscripción Anual de
US\$ 10. -Ud. recibirá:

REVISTA:

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

PROMOCIONES Y OFERTAS:

Serán anunciadas en cada revista.

REGALOS:

De acuerdo a su compra anual

CUENTAS CORRIENTES

VENTA TELEFONICA CON TARJETA

COMPUTADORA AL SERVICIO DE

LA INFORMACION

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

CLINICA DE DIA

"EL ALEPH"

Comunidad Terapéutica de Aprendizaje Social

DIRECTORES MEDICOS

Dr. Julio Moizeszowicz - Dr. Herbert Chappa

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

Lunes a Viernes de 13 a 18 hs

GURRUCHAGA 2144

TEL: 71-4076

EL LITIO Y LA AMENAZA DE DAÑO AL RIÑÓN

Resumen

En la década del setenta aparecieron informes de alteraciones histológicas en los riñones de pacientes tratados con litio, que hicieron temer que este tratamiento pudiera en el largo plazo llevar a la insuficiencia renal; este temor retrasó la introducción del medicamento en la clínica, privando a muchos pacientes de sus beneficios. La revisión de la bibliografía muestra que debe distinguirse entre la afectación benigna de la capacidad de concentración, que aparece con frecuencia, y la temida afectación de la función excretoria, que prácticamente no existe.

Palabras clave: Litio - Efectos renales - Efectos secundarios - Uremia.

"LITHIUM AND KIDNEY HISTOLOGICAL ALTERATIONS"

Summary

In the sixties there appeared reports informing about kidney histological alterations in patients treated with lithium, that brought up concern about this treatment producing, in the long term, renal insufficiency. This fear delayed the use of the drug, depriving many patients of its benefits.

Bibliographical revision shows that there should be a distinction between the benign damage of the concentration capability, which is frequent and the feared damage of the excretory function, which practically doesn't exist.

Key words: Lithium - Renal effects - Secondary effects - Uremia.

"LITHIUM ET MENACE D'ATTEINTE RENALE"

Resumé:

Dans les années '70 sont apparus des rapports sur les altérations histologiques des reins des malades traités avec du lithium qui ont fait craindre que ce traitement pourrait à long terme produire une insuffisance rénale; cela a retardé l'utilisation du médicament et en a privé beaucoup de patients. Une révision de la bibliographie montre que l'on doit distinguer l'altération bénigne de la capacité de concentration

renale, fréquemment constatée, de l'affection redoutable de la fonction excrétoire pratiquement inexistante.

Mots clés: Lithium - Effets renaux - Effets secondaires - Uremie.

Muchas veces sucede que un paciente estabilizado con el tratamiento con litio es advertido por algún médico, que va a pagar la mejoría de sus depresiones y manías con un severo daño en sus riñones.

Esta creencia surge de los dos estudios publicados en 1977 por el mismo grupo danés (12, 13) sobre un grupo de catorce pacientes tratados con litio, estudiados por presentar intoxicaciones o diabetes insípida nefrogénica. Las biopsias de riñón revelaron *anomalías morfológicas*: fibrosis intersticial y cambios degenerativos en el epitelio tubular, incluyendo atrofia tubular. Además fueron encontrados glomerulos escleróticos.

Estos hallazgos causaron gran preocupación sobre las consecuencias a largo plazo sobre el riñón, y generaron numerosos estudios sobre el tema.

Cuando los psiquiatras observaron que uno de los efectos secundarios más frecuentes del litio era la poliuria, y poco después constataron que el medicamento producía una disminución de la capacidad de concentración del riñón, se alarmaron y consultaron a los nefrólogos. Su actitud era justificada: la primera consigna de la medicina desde la antigüedad sigue siendo: "Ante todo, no hacer daño".

Por su parte, los especialistas en riñón conocían otros cuadros en los que la alteración de la capacidad de concentración constituía un signo

Alejandro J. Lagomarsino*

ominoso de afectación renal, y con prudencia aconsejaron la suspensión del tratamiento, temiendo que el litio tomado durante muchos años pudiera llevar a la insuficiencia renal y la muerte.

Las indicaciones de litio disminuyeron drásticamente, muchos tratamientos exitosos fueron interrumpidos, y hubo pacientes que al recaer en la depresión se suicidaron. Algunos protestaron violentamente por la suspensión del tratamiento que había logrado controlar su enfermedad, pero en general no pudieron seguir con su tratamiento porque no se disponía de datos sobre los efectos del litio a largo plazo.

No todos los psiquiatras actuaron de este modo. Quienes tenían más experiencia con el medicamento pensaron que, si el litio hubiese afectado gravemente la función glomerular, amenazando la capacidad de depuración, hubieran observado al menos algunos casos de insuficiencia renal en los pacientes que habían seguido a lo largo de muchos años. Su preocupación principal era que un pánico injustificado privara a pacientes graves de un recurso que había demostrado su eficacia.

Mientras tanto, en distintos centros estaban siendo estudiados sistemáticamente los efectos sobre el riñón. No hay duda de que tales efectos existen: el aumento del volumen urinario y la polidipsia consiguiente se presentan en el ochenta por ciento de los pacientes tratados por más de cinco años. (18)

* Miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Psicofarmacología. Vicepresidente del capítulo de Psicofarmacología de APSA. Presidente de la Fundación de Bipolares de la Argentina. Director del Centro Regional de Información en Salud Mental. Serrano 665 1er Piso (1414) Capital. Tel: 854-5602.

El uso en publicaciones médicas de términos como *nefropatía inducida por litio*, sin especificar si significa cambios morfológicos encontrados en las biopsias, disminución de la capacidad de concentración o el temido deterioro progresivo de la capacidad de depuración, han inquietado a muchos psiquiatras. Aún hoy, muchos son reticentes cuando el paciente les pregunta si el litio puede ser de utilidad en su caso, porque temen los efectos sobre los riñones.

El difundido temor retrasó la difusión de este tratamiento en todo el mundo: aunque la eficacia terapéutica del litio fue documentada por primera vez en 1949, su uso se demoró por diversas razones, y la más importante fue el recelo al daño renal. Pero hoy disponemos de los resultados de muchas investigaciones sobre este tema, uno de los más estudiados en psicofarmacología.

Dejando de lado los raros casos de síndromes nefróticos descritos (20, 21), vamos a resumir los estudios de mayor relevancia sobre la función renal a dosis terapéuticas, distinguiendo entre las capacidades de concentración (función tubular) y de depuración (función glomerular). Esta diferenciación es necesaria, entre otras razones porque una reducción progresiva de la capacidad de depuración podría llevar a la insuficiencia renal.

Estudios de la función tubular

Numerosos estudios examinaron el volumen urinario y la capacidad de concentración, principalmente con la hipótesis de que los cambios en estas variables podrían predecir cambios clínicamente más importantes en la filtración glomerular. Como se verá más adelante, tales cambios en la función glomerular no fueron encontrados, y estas investigaciones solamente confirma-

ron los hallazgos previos: que el litio puede interferir los mecanismos de reabsorción del agua.

Coppen(6) y Hullin(17) no encontraron diferencias en la capacidad de concentración entre los pacientes tratados con litio y los no tratados, no encontrando razones para suponer un efecto tóxico sobre los riñones.

Wallin(32) demostró que pacientes con trastornos afectivos que nunca habían tomado litio tenían una capacidad de concentración disminuida comparados con los controles normales, suponiendo por lo tanto que este hallazgo estaba relacionado con el trastorno psiquiátrico más que con el tratamiento.

Vestergaard(30) informó que los pacientes a los que se les había suspendido el litio (por razones ajenas a la función renal) recuperaban la capacidad de concentración, concluyendo que dicha afectación funcional era reversible.

La revisión realizada por Bendz (1) sobre la función tubular y glomerular afirma que "la dilatación tubular y los microquistes parecen ser fenómenos reversibles, que no se encuentran en pacientes antes ni después del tratamiento". Sin embargo concluye que "es probable que el tratamiento con litio en dosis no tóxicas cause daño tubular permanente y consecuentemente una reducción parcialmente irreversible en la capacidad de concentración". Bendz puso el acento en la importancia de la poliuria como síntoma a tener en cuenta como predictor de un futuro daño tubular, recomendando la reducción de la dosis. Sin embargo, otro estudio(2) no pudo encontrar correlación entre las modificaciones de la función tubular y el tiempo de exposición al litio, ni el nivel de litemia.

El mismo autor encontró dos años después cierta reducción de la capacidad de concentración que -aunque mejoraba al suspender el litio- no desaparecía completa-

te. Concluyó que esta afectación no tenía significación clínica.

Garvey(9) recurrió a mediciones de una enzima del riñón, la N-acetyl-B-glucosaminidasa (NAG) que es un sensible indicador de daño renal; encontró "cierta evidencia de leve afectación renal, que no parece causar ningún problema clínico".

El prolijo estudio de Gelenberg (11) mostró que ningún paciente sufrió serio daño renal durante el tratamiento: las diferencias observadas entre la función renal de los pacientes tratados y los controles no alcanzaron significación estadística.

Señaló además que las mujeres tienen menor capacidad de concentración que los varones en ambos grupos, y encontró un efecto adverso de los antipsicóticos sobre la función renal cuando son indicados en combinación con el litio.

Schou(25) afirma que el tratamiento a largo plazo puede producir una reducción en la capacidad de concentración, que es sólo un 7-10% más baja que antes del litio, y no tiene importancia clínica.

Las investigaciones del grupo de DePaulo(8) concluyeron que la mayoría de los pacientes tratados con litio no muestran reducción de la capacidad de concentración, pero una minoría puede hacer poliurias con el tratamiento a largo plazo.

Hetmar(16) halló que la función tubular permaneció estable en pacientes tratados con litio de manera continua durante un promedio de veinte años.

Estudios de la función glomerular

Vestergaard informó en 1979 de un caso de uremia supuestamente atribuible al litio, pero los expertos coinciden en que el rol causal del medicamento es altamente hipotético: la severa afectación renal se desarrolló recién tres meses después de la suspensión del litio, y el paciente

NOVEDAD ABSOLUTA

Labinca[®]
Cronus

ZOPICLONA

INICIA EL TIEMPO DEL DESCANSO PLENO

1 COMPRIMIDO AL ACOSTARSE.

RAPIDO COMIENZO DE LA ACCION HIPNOTICA

INDUCCION AL SUEÑO A LOS 20-30 MINUTOS DE LA INGESTA

SUEÑO PROFUNDO Y FISIOLÓGICO SIN ACCION RESIDUAL DIURNA

DURACION IDEAL DEL EFECTO HIPNOTICO (6 A 8 HORAS)

PRESENTACION:

ENVASES CON 10 Y 30 COMPRIMIDOS RANURADOS.

Labinca[®]
Cronus
ZOPICLONA

NOVEDOSO HIPNOTICO LIDER EN VENTAS EN TODA EUROPA.

presentaba signos de enfermedad renal: hipertensión, proteinuria, anemia y aumento de la velocidad de eritrosedimentación.(27)

El mismo autor(29) estudió 237 pacientes mediante clearance de creatinina, encontrando una alteración moderada de la tasa de filtración glomerular, que progresaba lentamente. En este trabajo afirmó que "el riesgo de insuficiencia renal es remoto, aun en pacientes tomando litio durante muchos años". Dos años después un seguimiento de la misma cohorte concluyó que "el tratamiento a largo plazo no modifica la filtración glomerular".(30)

Una revisión de 1982(24) critica la metodología de los primeros trabajos daneses, afirmando que "hay pocas dudas de que los estudios originales relacionando al litio con el desarrollo de enfermedad renal sobrestimaron la magnitud del problema" y concluye que "...el temor a la toxicidad renal no debe proscribir el uso de litio en cualquier paciente que pueda recibir beneficios significativos de su administración".

Decina(7) encontró que los pacientes tratados con litio tenían una concentración de creatinina más alta que los controles, pero no halló correlación entre el nivel de creatinina y litemia ni el tiempo de tratamiento, por lo que infirió que era un fenómeno de "significación clínica marginal".

La revisión realizada por Bendz, (1) reveló que la gran mayoría de los estudios no muestra indicios de afectación de la capacidad de depuración, ya que los clearances de creatinina son similares entre los pacientes tratados y los controles.

Sin embargo, destacó que parecía existir una correlación negativa entre el tiempo que se ha utilizado el litio y la tasa de filtración glomerular: en algunos pacientes con una especial sensibilidad, la depuración podría verse afectada en el muy largo plazo. El autor advirtió que, aunque hasta ese momento no existía

un solo caso de insuficiencia renal que fuese atribuible al tratamiento, todavía no existían datos sobre pacientes mantenidos con litio durante cuarenta o cincuenta años.

En 1985,(3) el mismo autor admitió que los resultados de su nuevo estudio "erosionan su hipótesis de que el litio podría afectar la función glomerular de manera irreversible", porque no halló diferencias en los clearances de creatinina entre los pacientes tratados hasta trece años y los controles.

El clearance de litio, considerado un indicador confiable de función glomerular, fue comparado en pacientes tratados durante un promedio de ocho años, con un grupo control de enfermos con trastorno afectivo que nunca habían tomado litio. No hubo diferencias.(15)

En otro estudio publicado en 1988, el clearance de creatinina no tuvo variaciones significativas en pacientes tratados por un lapso de hasta siete años.(28)

Conte en 1989 revisó diversos indicadores de función renal, incluyendo la filtración glomerular, en un grupo tratado durante un tiempo promedio de seis años, sin encontrar alteración alguna.

El clearance de EDTA, un indicador confiable de la capacidad de depuración, fue estudiado en pacientes que habían tomado litio durante diez años y no se encontró diferencias con el grupo de control.(5)

El trabajo de Gasparovic(10) tampoco presentó diferencias entre el clearance de creatinina de los pacientes tratados y los controles.

Hetmar(16) muestra una función glomerular bien conservada durante veinte años, cuando se descarta el factor edad que, como es sabido, produce disminución progresiva de la tasa de filtración glomerular.

Schou(25) concluye que, aun en tratamientos a largo plazo, no se han encontrado cambios en la tasa de filtración glomerular y nunca se ha informado de un caso de insufi-

ciencia renal definidamente debida al litio. El mismo autor, considerado el principal experto en esta droga en el mundo, afirma que: "los cambios morfológicos específicamente asociados al tratamiento con litio se limitan a los túbulos distales y colectores, son reversibles y no representan un riesgo de reducción de la tasa de filtración glomerular ni de insuficiencia renal. El tratamiento con litio no es nefrotóxico."(26)

El grupo de Johns Hopkins(8) tampoco halló modificaciones en los niveles de creatinina ni en la tasa de filtración glomerular en el grupo que había tomado litio. Este grupo afirma que "nuestros hallazgos deberían reasegurar a la mayoría de los pacientes que requieren litio a largo plazo sobre la seguridad del tratamiento".

En efecto, un estudio epidemiológico de mortalidad(22) en 791 pacientes tratados no mostró aumento de la misma por nefrotoxicidad y ningún deceso se debió a intoxicación.

Existe un solo caso descrito en el que se produjo una reducción significativa de la depuración sin que hubiera antecedentes de intoxicación ni de enfermedad renal(31) y aun así la ausencia de otras causas no es un argumento irrefutable para incriminar al litio.(27)

En resumen, los resultados de las investigaciones expuestas apoyan la seguridad de este tratamiento cuando, conducido de manera adecuada, no es causa de intoxicaciones.

Apostilla sobre la frecuencia de las tomas.

Diversos estudios han mostrado que la poliuria se reduce cuando los pacientes toman todo el litio en una única toma, sin que esto altere el poder preventivo del tratamiento (23, 4). También las alteraciones morfológicas disminuyen.(14) Se supone que si el túbulo renal es expuesto a un pico único diario de litio, el nivel bajo de litio durante el

resto del día permite algún tipo de mecanismo compensatorio en el túbulo, que previene que la capacidad de concentración se vea afectada.

Este hallazgo reviste importancia clínica, no solamente porque la poliuria, cuando llega a configurar la diabetes insípida nefrogénica, puede ser perturbadora para las actividades del paciente y causar insomnio. Además, cuando la poliuria no es compensada por un aumento del aporte de agua, produce deshidratación, que puede llevar a la intoxicación por litio.

Por otra parte, se ha demostrado que la toma única permite reducir la dosis total diaria de litio. Es decir, que basta con que la litemia alcanzada doce horas después de la toma única llegue al nivel terapéutico, para que se mantenga la capacidad de prevenir las recaídas de este tratamiento. De este modo se puede lograr una litemia adecuada con una reducción de la dosis del 30%. Este hallazgo hizo pensar que tal vez fuese posible lograr reducciones aún mayores de la dosis total sin pérdida del efecto profiláctico, indicando la *toma del medicamento día por medio*. Los resultados son promisorios: al pasar a los pacientes del régimen de toma única diaria a la toma día por medio se logró disminuir la dosis un 30% más, sin pérdida del efecto terapéutico. (19) Estas posibilidades permiten a una proporción significativa de pacientes que no toleran ciertos efectos secundarios beneficiarse del litio tomando menor dosis ■

Bibliografía

1. Bendz, H., Kidney function in lithium-treated patients: a literature survey. *Acta Psychiatr Scand* 1983a;68:303-24.
2. Bendz, H., Kidney function in an unselected lithium population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 1983b;68:325-34.
3. Bendz, H., Kidney function in a selected lithium population: a prospective, controlled, lithium withdrawal study. *Acta Psychiatr Scand* 1985;72:451-63.
4. Bowen, R.C., Grof, P., Grof, E., Less frequent lithium administration and lower urine volume. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148:2.
5. Christensen, E. M., Aggernaes, H., Prospective study of EDTA clearance among patients in long-term lithium treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81(3):302-3.
6. Coppen, A., Bishop, M. E., Bailey, J. E., Cattell, W. R., Price, R. G., Renal function in lithium and non-lithium treated patients with affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1980;62:343-355.
7. Decina, P., Oliver, J. A., Sciacca, R. R., Effect of lithium therapy on glomerular filtration rate. *Am. J. Psychiatry* 1983; 140:1065-7.
8. Depaulo, J. R., Correa, E. I., Sapir, D. G., Renal function and lithium: a longitudinal study. *Am. J. Psychiatry* 1986;143:892-5.
9. Garvey, M. J., Tuason, V. B., Blomquist, C. H., Hwang, S., Use of renal enzymes to evaluate nephrotoxicity in lithium-treated patients. *Br. J. Psychiatry* 1982;141:420-2.
10. Gasparovic, V., Effect of long-term use on kidney function. *Lijec-Vjesn* 1990 Jan-Feb; 112(1-2):43-45.
11. Gelenberg, A. J., Wojcik, J. D., Falk, W. E., Effects of lithium on the kidney. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:29-34.
12. Hansen, H. E., Hestbech, J., Olsen, S., Amdisen, A., Renal function and renal pathology in patients with lithium-induced impairment of renal concentrating ability. *Proc. Eur Dial Transplant Assoc.* 1977;14:518-527.
13. Hestbech, J., Hansen, H. E., Amdisen, A., Olsen, S., Chronic renal lesions following long-term treatment with lithium. *Kidney Int.* 1977;12:205-213.
14. Hetmar, O., Clemmesen, L., Ladefoged, J., Lithium: long-term effects on the kidney. III. Prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1987a;75:251-258.
15. Hetmar, O., Rafaelsen, O. J., Lithium: long-term effects on the kidney. IV. Renal lithium clearance. *Acta Psychiatr Scand* 1987b, 76:193-198.
16. Hetmar, O., et al., Lithium: long-term effects on the kidney. A prospective follow-up study ten years after kidney biopsy. *Br. J. Psychiatry* 1991;158,53-58.
17. Hullin, R. P., Coley, V. P., Birch, N. J., Thomas, T. H., Morgan, D. B., Renal function after long-term treatment with lithium. *Br. Med. J.* 1979;1:1457-1459.
18. Jackson, B. A., Dousa, T. P., Lithium-induced nephrogenic diabetes insipidus. En: "Lithium and the kidney", S. Christensen (Ed.). Lithium therapy monographs Vol 3. Karger, Basilea, 1990. pág 126.
19. Jensen, H. V., Olafsson, K., Bille, A., Andersen, J., Mellerup, E., Plenge, P., Lithium every second day. A new treatment regimen? *Lithium* 1990;1:55-58.
20. Kalina, K. M., Burnett, G. B., Lithium and the nephrotic syndrome. *J. Clin. Psychopharmacol* 1984;4:148-50.
21. Moskovitz, R., Springer, P., Urquhart, M., Lithium-induced nephrotic syndrome. *Am. J. Psychiatry* 1981;138(3):382-3.
22. Norton, B., Whalley, L. J., Mortality of a lithium-treated population. *Br. J. Psychiatry* 1984;145:277-282.
23. Plenge, P., Mellerup, E. T., Bolwig, T.G., Lithium treatment: does the kidney prefer one daily dose instead of two? *Acta Psychiatr Scand* 1982;66:121-128.
24. Ramsey, A., Cox, M., Lithium and the kidney: a review. *Am. J. Psychiatry* 1982;139(4):443-449.
25. Schou, M., Traitement de longue duree par lithium et fonction renale. *L'Encephale*, 1989a; XV:437-42.
26. Schou, M., Lithium prophylaxis: Myths and realities. *Am. J. Psychiatry* 1989b;146:573-576.
27. Schou, M., Uraemia induced by long-term lithium treatment. *Lithium* 1991;2:61-2.
28. Schou, M., Vestergaard P. Prospective studies on a lithium cohort. 2. Renal function. Water and electrolyte metabolism. *Acta Psychiatr Scand* 1988b;78:427-433.
29. Vestergaard, P., Amdisen, A., Hansen, H. E., Lithium treatment and kidney function. *Acta Psychiatr Scand* 1979;60:504-520.
30. Vestergaard, P., Amdisen, A., Lithium treatment and kidney function. A follow-up study of 237 patients in long-term treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1981;63:333-345.
31. Von Knorring, L., Wahlin, A., Nystrom, K., Bohman, S. O., Uraemia induced by long-term lithium treatment. *Lithium* 1990;1:251-3.
32. Wallin, A., Bucht, G., von Knorring, L., Smigan, L., Kidney function in patients with affective disorders with and without lithium therapy. *Int. Pharmacopsychiatry* 1980;15:253-259.

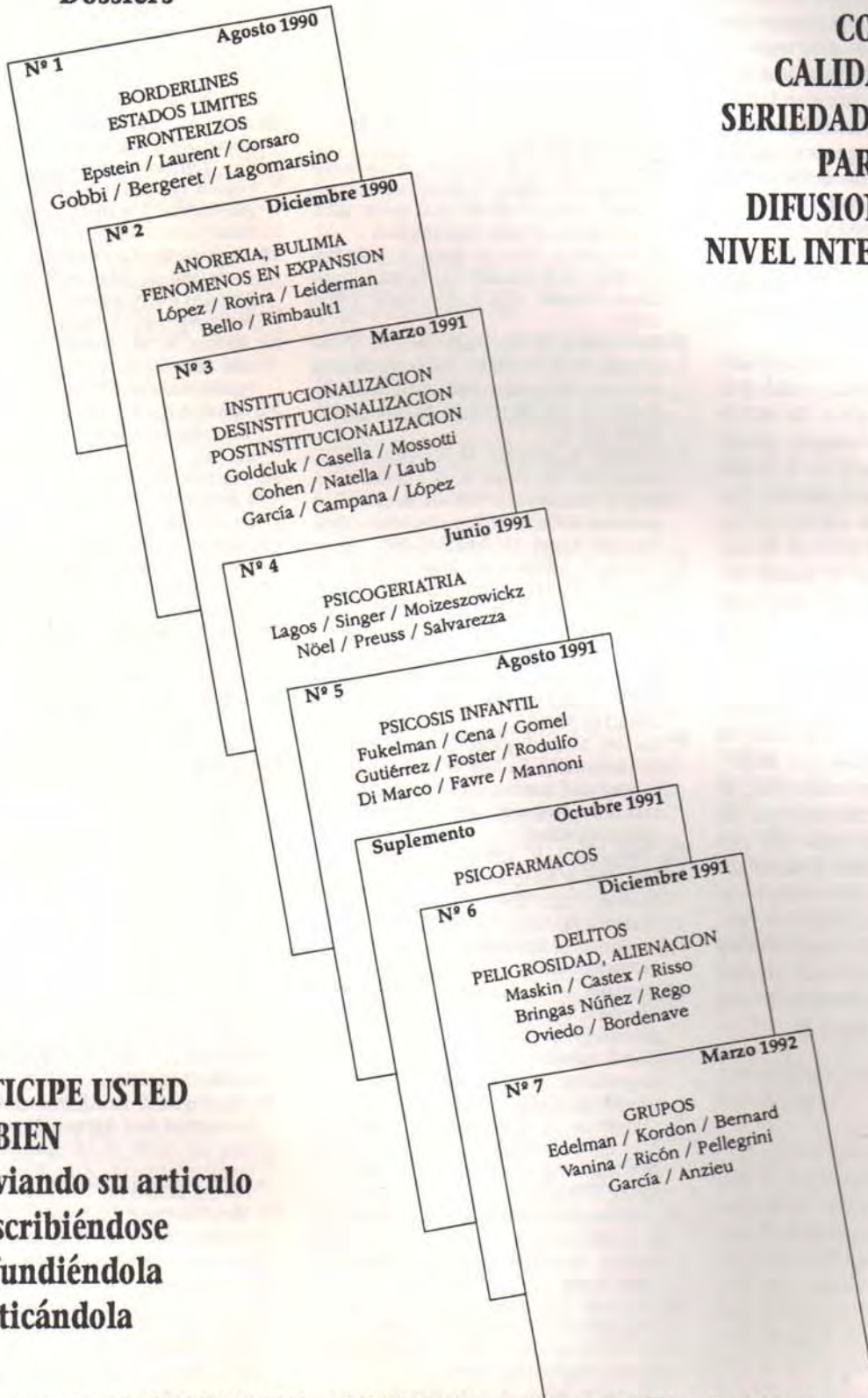


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

8

Dossiers



CONTINUIDAD
CALIDAD GRAFICA
SERIEDAD CIENTIFICA
PARTICIPACION
DIFUSION NACIONAL
NIVEL INTERNACIONAL

PARTICIPE USTED TAMBIEN

- Enviando su artículo
- Suscribiéndose
- Difundiéndola
- Criticándola

Solicite promotor al: 72-8262, 49-0690 y al 953-2353 (contestador automático las 24 hs.).

ENSAYO CLINICO DEL EFECTO DE LA CARPIPRAMINA EN PACIENTES CON SINDROME RESIDUAL ESQUIZOFRENICO

Resumen

Se trata de un estudio de investigación clínica sobre 44 pacientes portadores de un síndrome residual esquizofrénico, que recibían medicación neuroleptica de depósito (Pipotiazina) como tratamiento único. Se les administró, en el marco de un ensayo abierto, Carpipramina a dosis de 150 a 200 mg/día, evaluándose los cada 15 días y durante un lapso total de 3 meses.

El espectro etario elegido permitió evaluar la integración de los mismos en actividades del medio socio-laboral, convirtiéndose esto en uno de los parámetros que se tuvieron en cuenta en el seguimiento.

Se utilizó un protocolo basado en la historia clínica y se procuró un diagnóstico lo más ajustado posible de síndrome de inhibición mayor. Se confeccionaron dos cuestionarios (Caetano Esquivel, G. y Fernández Labriola, R.): uno se le entregó a la familia y otro al paciente. Se evaluó el grado de inhibición mayor con el B.P.R.S. (Brief Psychiatric Rating Scale). En la admisión, el score mínimo fue de 10 puntos y el máximo de 16 (rangos considerados severos o incapacitantes).

Se obtuvo un resultado significativo (en cuanto a la inhibición) en relación con los valores del comienzo. Los esquizofrénicos respondieron positivamente al tratamiento (actividad + beneficio económico + buena adaptación + mayor independencia). Un 13,63% no modificó su situación.

Palabras clave: Esquizofrenia - Síndrome residual esquizofrénico - Carpipramina.

"CARPIPRAMINE: CLINICAL RESEARCH IN PATIENTS WITH RESIDUAL SCHIZOPHRENIC SYNDROME"

Summary

This is a clinical research study about 44 patients with residual schizophrenic syndrome, who had been receiving neuroleptic medication (Pipotiazine) as a unique treatment. During this open trial, they received Carpipramine at a dose of 150-200 mg/day and they were evaluated every 15 days for 3 months.

The chosen range of ages allowed us to evaluate the integration of the patients to work activities and this parameter was considered in the follow-up of the study. We used a protocol based on the medical history and we tried a diagnosis of major inhibition syndrome as adjusted as possible. We made two questionnaires (Caetano Esquivel, G. y Fernández Labriola, R.): one was delivered to the family's patient and the other one to the patient himself. The degree of major inhibition was evaluated according to the B.P.R.S. (Brief Psychiatric Rating Scale). At the inclusion, the minimum score was 10 and the maximum score was 16 (range considered as severe or invalidating).

We obtained significant results (concerning the inhibition) in comparison with the beginning scores. The schizophrenic patients showed a positive response to the treatment (activity + remunerative benefit + good adaptation + greater independence). 13,63% of the patients did not modify their previous condition.

Key words: Schizophrenic syndrome - Schizophrenic residual Syndrome - Carpipramine.

"ESSAI CLINIQUE SUR L'EFFET DE LA CARPIPRAMINE CHEZ DES MALADES ATTEINTS D'UN SYNDROME RESIDUEL CHRONIQUE"

Resumé

Ce travail rapporte une recherche clinique effectuée sur 44 patients porteurs d'un syndrome schizophrénique résiduel. Les malades recevaient un neuroleptique de dépôt (Pipotiazine) comme unique traitement. Dans le cadre d'un essai ouvert on leur a administré 150 a 200 mgr/jour de Carpipramine avec des évaluations tous les 15 jours et ceci pendant un laps de temps de 3 mois.

La tranche d'âge sélectionné a permis d'observer leur intégration socio-laborale, phénomène qui devint un des paramètres d'évaluation lors de la suivie.

Un protocole basé sur l'histoire clinique a

R. Fernández Labriola*

G. Caetano Esquivel**

E. Kalina***

V. Castellini

E. S. Serfaty

J. Campana

M. Alvarez

E. Trebino

été utilisé et un diagnostic de syndrome d'inhibition majeur a été établi, dans chaque cas. Deux questionnaires ont été réalisés (Caetano Esquivel, G. y Fernández Labriola, R.): un a été fourni aux familles et l'autre aux malades. Le degré d'inhibition majeure a été évalué avec le B.P.R.S. (Brief Psychiatric Rating Scale). Lors de l'admission le score minimum a été de 10 points et le maximum de 16.

Un résultat significatif a été obtenu en ce qui concerne l'inhibition. Les schizophréniques ont répondu positivement au traitement (activité + bénéfice économique + bon adaptation + davantage d'indépendance). 13,63% n'ont pas modifié leurs comportements.

Mots Clés: Schizophrenie - Syndrome schizophrénique résiduel - Carpipramine.

Hemos de describir en el presente ensayo clínico, nuestra experiencia sobre la acción prevalente de la Carpipramina sobre el síndrome residual esquizofrénico.(10)

Destacamos que los pacientes incluidos en la muestra son esquizofrénicos compensados, carentes de síntomas productivos, en su totalidad ambulatorios y que al momento de su inclusión llevaban un mínimo de tres años de medicación neuroleptica, sin aparición de brotes intercurrentes.(15)

Se seleccionaron pacientes que recibían neurolepticos de depósito,

* Estudio binacional realizado en Uruguay, Clínica Simón Bolívar, y en Argentina, C.I.E.F., Centro de Investigaciones Edmundo Fischer (Buenos Aires), Clínica Phillippe Pinel (Rosario), Centro Psiquiátrico de Villa María (Córdoba), Clínica Villa Guadalupe (Buenos Aires).

** Profesor de post-grado de psiquiatría de la Universidad Argentina John F. Kennedy. Presidente de la Federación Latinoamericana de Psiquiatría Biológica (F.L.A.P.B.). Director del C.I.E.F.

*** Médico psiquiatra. Presidente del Comité de Eventos de la Federación Latinoamericana de Psiquiatría Biológica (F.L.A.P.B.).

*** Médico psiquiatra. Vice-presidente de la Asociación Mundial de Adolescencia. Presidente de la Fundación para el Estudio de la Psiquiatría de la Adolescencia (F.E.P.A.) Director de Villa Guadalupe.

Venezuela 4381 (1211) Bs. As., Tel.: 9483-7647/1850.

Palmitato de Pipotiazina, a dosis comprendidas entre 25 y 50 mg mensuales.

La selección de los pacientes en relación al tratamiento básico, se fundamentó en los siguientes parámetros:

- acción global del neuroléptico sobre todo el espectro del proceso psicótico en relación a su acción sobre los síntomas positivos y negativos, así como el perfil desinhibidor del mismo.

- el control mantenido por el neuroléptico durante un período prolongado sin recaídas que obligaran a un ajuste posológico, ni brotes que motivaran el reingreso a un establecimiento psiquiátrico.

- ausencia de efectos secundarios producidos por el neuroléptico.

- la cómoda administración en monodosis mensual, con la seguridad de una buena cobertura terapéutica durante la totalidad del tiempo que demoró la presente experiencia.

En suma: la posibilidad de tener en estos pacientes, la uniformidad de tratamiento con una droga única, bien tolerada, con amplias indicaciones, modalidad retard, con carácter desinhibidor y que uniformados en la patología a estudio, permitiera la asociación de la Carpipramina.

Resumen concetual de la patología con la cual se trabajó: El síndrome residual esquizofrénico

El síndrome residual esquizofrénico se configura del punto de vista psicopatológico, como el síndrome típico de inhibición psicótica que clínicamente se expresa con una disminución del nivel energético global.(17)

Existe en estos pacientes:

- un debilitamiento global del elan vital

- una astenia marcada que conduce a una insuficiencia del "hacer"

- una falta de finalidad a proyectos propuestos e intolerancia frente a cargas impuestas

- una profundización de la in-

capacidad de establecer relaciones con los otros

Todo esto en ausencia de elementos productivos.

El paciente en estos casos tiene alterado:

- la planificación de su vida
- su motilidad
- su lenguaje (este último como función primordial para relacionarse con el entorno)

Es clásicamente el predominio de los síntomas negativos, a saber:

- enlentecimiento afectivo
- desorganización conceptual
- retraimiento afectivo
- rapport pobre
- retraimiento social - síndrome de pasividad - apatía
- dificultad en el pensamiento
- falta de espontaneidad en el lenguaje
- pensamiento estereotipado

Este síndrome, si bien es fluctuante, tiene rasgos irreversibles de cuño estrictamente esquizofrénico.

- débil modulación de la expresión
- disminución de la intencionalidad del pensamiento
- pérdida de los niveles de espontaneidad

Hasta el momento actual, este síndrome era modificado escasamente por la medicación neuroléptica, lográndose una cierta mejoría con aquellos psicotropos neurolépticos incluidos en el grupo de los desinhibidores, cuyo ejemplo es la Pipotiazina.

Hoy día, contamos con un fármaco psicotropo desinhibidor que, manteniendo controlada la sintomatología productiva, es capaz de influir favorablemente sobre el síndrome residual, alcanzando niveles de integración socio-familiar y laboral hasta el momento no logrados.(16)

Este fármaco es la Carpipramina;

La bibliografía internacional consultada informa que su asociación a la cura neuroléptica estabilizadora produce buenos resultados, mejorando la calidad de vida de estos pacientes.(5)

Objetivos:

Partimos del siguiente concepto: los pacientes incluidos en la muestra, aun con alta hospitalaria y un tratamiento de sostén bien llevado, durante un período prudencial de compensación, presentaban limitaciones en su reinserción laboral y social. Estas limitaciones estaban condicionadas a lo que, según nuestro parecer, es el techo del poder desinhibidor que alcanza el tratamiento actual (cura con defecto).

El perfil fármaco-terapéutico de la Carpipramina como psicotropo desinhibidor con acción prevalente, nos alentó a buscar en esta muestra de pacientes afectos de inhibición mayor, una mejoría de su calidad de vida, siguiendo los lineamientos de anteriores experiencias exitosas de este empleo de la molécula.(15)

Material y método:

Características del estudio: abierto.

Duración: 3 meses

Dosis: 150 a 200 mg/día

El número de pacientes incluidos en el presente ensayo fue de 44, portadores de un síndrome residual esquizofrénico con síntomas de inhibición mayor. Las edades oscilaban entre un mínimo de 20 y un máximo de 46 años, siendo la

distribución por sexo 17 varones y 13 mujeres.(1)

El espectro etario se tuvo en cuenta a los efectos de tener un grupo con posibilidades de integrarse activamente en tareas dinámicas en el medio socio-laboral.

Se partió del pre-concepto de que la acción beneficiosa del fármaco en cuestión es independiente de la duración de la enfermedad.

La población estudiada, si bien se encontraba fuera del régimen institucional hospitalario, el medio familiar continente permitía una situación dependiente facilitadora, que impedía de alguna manera franquear las barreras impuestas por la afección de fondo, pero sí facilitaron nuestra tarea de control.

La Carpipramina se administró durante tres meses a la dosis de 150 a 200 mg/día, repartidas en dos tomas, matinal y vespertina de 100 y 50 o 100 y 100 respectivamente, evaluándose quincenalmente con vigilancia estricta (el medio continente lo permitía) de la indicación neuroléptica de base y el fármaco en ensayo, con especial atención sobre la evolución de las actividades del paciente y su interés en modificarlas positivamente.

Si bien la totalidad de los pacientes, con profusa historia psicótica, no representaban para el grupo familiar un problema y concurrían regularmente a los controles psiquiátricos, sus actividades eran muy pobres y desorganizadas, realizadas tan solo a iniciativa del entorno. Carecían estos enfermos de prospección, encontrándose inútiles para concretar y/o realizar proyectos coherentes,

sumidos en una actividad esclavizante por su patología y entorno.

De acuerdo a las actividades que más podrían realizar, se sugirieron las mismas en cada caso particular (artesanales, deportivas, comerciales), evaluándose al final los éxitos logrados, la satisfacción que las mismas le producían, así como el grado de independencia obtenido en relación a la familia, objetivo buscado si se cumplía la acción beneficiosa presupuesta atribuida a la Carpipramina.

Protocolo usado

Se trabajó sobre la historia clínica, centrando la atención del punto de vista psiquiátrico sobre los componentes de la inhibición patológica en la esfera motora, intelectual y afectiva, expresada por:

- enlentecimiento psicomotor, inercia motriz
- apragmatismo, desinterés
- retraimiento, indiferencia, atimormia

No valoramos síntomas depresivos presentes por considerar en este estudio en particular, evitar confundir la acción del fármaco con la de un antidepresivo, el cual no es y teniendo en cuenta que la depresión es aquí un síntoma accesorio y no un síndrome estructurado tributario de un tratamiento etiopatogénico diferente.(2)

Llamamos la atención de que el concepto de inhibición psicótica es diferente del que aparece asociado a otras patologías psiquiátricas.

La inhibición que acompaña al síndrome residual esquizofrénico, es un bloqueo de la energía vital, que aun en ausencia de síntomas productivos, impide al paciente asumir roles, teniendo como base la estructura psicótica de la personalidad.(11)

Independientemente de la historia clínica mencionada y de valor académico para el seguimiento de la

inhibición, se confeccionó una entrevista pautada para control, recabando estos datos expresados en forma sencilla por parte de los familiares y del propio paciente, administrándoseles los siguientes cuestionarios confeccionados por G. Caetano Esquivel y R. Fernandez Labriola.

Cuestionario para administrar a la familia

- 1) ¿Consideran Uds. al enfermo cuidado? SI () NO ()
- 2) ¿Consideran Uds. la posibilidad de mejoría? SI () NO ()
- 3) ¿Realiza alguna actividad útil? SI () NO ()
- 4) ¿Desearían Uds. que hiciera algo o algo más? SI () NO ()
- 5) Cuando realiza algo, ¿tiene constancia? SI () NO ()
- 6) ¿Abandona rápidamente lo que emprende? SI () NO ()
- 7) ¿Eligen Uds. o él lo que debe hacer? UDS () EL ()
- 8) Cuando hace algo, ¿están en forma permanente Uds. obligándolo? SI () NO ()
- 9) ¿Consideran Uds. sus planteos como proyectos realizables? SI () NO ()

Cuestionario para administrar al paciente

- 1) ¿Hace Ud. alguna actividad? SI () NO ()
- 2) ¿Le satisface la misma? SI () NO ()
- 3) ¿Le agrada hacer algo diferente? SI () NO ()
- 4) ¿Se aburre y abandona fácilmente lo que emprende? SI () NO ()
- 5) ¿Cambia frecuentemente de proyectos? SI () NO ()
- 6) ¿Considera los cambios como fracasos? SI () NO ()
- 7) ¿Recibe remuneración por la actividad? SI () NO ()
- 8) ¿Elige Ud. lo que desea hacer? SI () NO ()
- 9) ¿Hace solamente lo que le sugiere su familia? SI () NO ()

Elija algo que le gustaría realizar en los próximos 6 meses: (a completar por el paciente)

Información sucinta sobre la molécula en ensayo

Antes de considerar la evaluación de resultados, daremos las características de la molécula en ensayo y su perfil terapéutico, según la información de la que dispusieron los autores a través de la bibliografía consultada y del entrenamiento que recibieron dos de ellos (Caetano Esquivel, G. y Fernandez Labriola, R.) a través de los científicos que desarrollaron la molécula en Europa.(5, 14, 6)

- *Su estructura química*, que asocia un núcleo tricíclico de tipo imipramina y una cadena piperidino - carbamido

piperidínica análoga a aquella de ciertas butirofenonas.

- *Su perfil farmacológico* particular, que implica:

- actividad neuroléptica
- efecto sedativo y antiemético, sin acción cataléptica ni antagonista de las estereotipias provocadas en la rata con la apomorfina
- actividad antidepressiva de tipo imipramínico
- efecto anti-reserpínico moderado
- efecto potencializador de ciertas acciones anfetamínicas

Estas características le hacen compartir acciones de los antidepressivos tricíclicos y de los neurolépticos, sin ser clasificable específicamente en

uno u otro grupo, considerándose un compuesto de transición entre los neurolépticos y los estimulantes de la actividad mental.(7)

La Carpipramina tiene un perfil de actividad original, tanto por su farmacología, como por su utilización clínica. Conduce a una mejoría sintomática, sin prejuzgar el cuadro nosológico, facilitando el intercambio relacional, disminuyendo el entretimiento psicomotor y la inhibición, mejorando el apragmatismo y el retraimiento afectivo, así como el elemento deficitario secundario que aparece en el curso de la evolución de la psicosis.(4, 11, 13)

Subrayamos la analogía del núcleo tricíclico con aquel de la imipramina y la cadena lateral piperidino - carbamido piperidínica, similar a la de las butirofenonas (Haloperidol).(6)

En los países en los que esta comercializada, se presenta bajo forma de comprimidos barnizados, divisibles, dosificados a 50 mg de sustancia activa.(5)

La Carpipramina está indicada, según especialidades, en los siguientes cuadros:

En psiquiatría

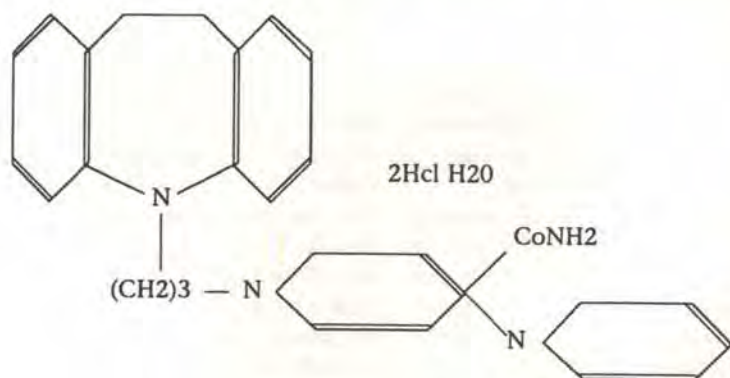
Las esquizofrenias con síndrome residual.(12)

- 1) pasividad
- 2) déficit
- 3) depresión
- 4) inercia

y también aquellas que cursan con:(13)

- 1) retardo
- 2) autismo
- 3) pérdida del interés

Su fórmula desarrollada corresponde a:



siendo el diclorhidrato monohidratado de (Carbamoyl-4-piperidino-4 piperidino-3 propil-1 -5 dihidro 10-11 dibenzo (b.f) azepina.

En medicina general

- 1) Síndrome asteno-depresivo.(3)
- 2) Estados de apatía y fatigabilidad neurótica.
- 3) Síndromes psicasténicos
- 4) Cuadros hipocondríacos de etiología neurótica.
- 5) Destete de toxicomanías.(3)

Se la utiliza con la siguiente posología: 100 a 200 mg/día

Presenta como contraindicaciones:

Afecciones orgánicas graves evolutivas

- 1) Insuficiencia hepática o renal
- 2) Trastorno de la conducción miocárdica
- 3) Embarazo o lactancia

En cuanto a interacciones medicamentosas, la mayoría de las asociaciones son posibles, a excepción de los I.M.A.O.

Presenta pobres efectos secundarios. Los efectos extrapiramidales son raros, pero pueden aparecer a dosis fuertes: excitación, ansiedad y trastornos del sueño y en los psicóticos, una reactivación delirante (en agudo).(5)

Se aconseja tomar la última dosis entre 4 y 6 horas antes de dormir.

La tolerancia general es excelente, no constatándose efectos atropínicos, extrapiramidales ni digestivos. No requiere asociación de antiparkinsonianos de síntesis. Los exámenes biológicos sanguíneos y urinarios no han revelado ninguna anomalía imputable a la administración del fármaco. Los exámenes eléctricos (EEG - ECG) no presentaron alteraciones, aun en tratamientos prolongados.(6)

El espectro de actividad de la carpipramina asocia propiedades timoanalépticas y neurolépticas, sin efecto anticolinérgico central ni acción cataléptica. Mejora la vigilancia y la sociabilidad del paciente.(7)

Sobre el plano clínico, su acción no puede ser reducida a la simple suma de adición de efectos

neurolépticos y timoanalépticos, sino que va más allá, actuando sobre los elementos deficitarios severos.(8)

En las neurosis, constituye una terapéutica de elección en aquellos sujetos que presentan astenia, tanto psíquica como física, tristeza e inhibición funcional frenadora de la expresión de las potencialidades motrices, afectivas e intelectuales. Tiene un efecto movilizador de los afectos y de las pulsiones de la personalidad profunda, sin acción ansiógena apreciable, lo que permite favorecer los procesos psicoterapéuticos, sobre todo si se trata de psicoterapias de base analítica.(11)

Su rapidez de acción es un hecho a destacar, dado que en 48 horas o más a menudo en menos de una semana, se puede observar un efecto psicoestimulante, definido así en ausencia de una calificación más precisa. El neuroléptico más desinhibidor no arrojaría resultados comparables.(11, 13)

Debe destacarse su acción sobre el autismo, con retoma de los intereses por la realidad y sobre el humor, con desaparición de la tristeza morosa.(16)

Si bien la capacidad de reducir los síntomas psicóticos productivos (delirio y agitación) es modesta, es evidente la ventaja sobre los elementos residuales que aparecen en estos cuadros en el curso de su

evolución crónica, como es la regla.(15)

Acerca de la ubicación de la molécula entre los psicotropos, puede decirse que:(9)

De los neurolépticos, posee:

- la mejoría de los síntomas deficitarios esquizofrénicos (que comparte con ciertos neurolépticos polivalentes)

- la estructura de la cadena lateral

De los antidepresivos y de los neurolépticos desinhibidores, posee:

- su acción sobre la vigilancia su acción estimulante sobre la actividad mental

Evaluación de los pacientes

La historia clínica fue el documento basal que nos permitió seleccionar los pacientes, incluyendo un protocolo para uso exclusivamente médico en que se evaluó el grado de inhibición mayor con los ítems de la B.P.R.S. Se admitió el ingreso al ensayo con un score mínimo de 10 puntos por paciente, en un máximo de 16, lo que consideramos en la evaluación global, patología en estudio con carácter de enfermedad clara con rango de moderada a severa o incapacitante.

La sumatoria de los puntos correspondientes a la totalidad de los pacientes al inicio del ensayo, fue de 560, reduciéndose la misma a 221 en el último control, lo que da como resultado un descenso global de la inhibición en el equipo estudiado del 61% sobre los valores de comienzo.

| Abriendo un espectro de puntajes, agrupamos los pacientes entre | | | |
|---|------------------|-----------------------|--------------|
| 10 y 12 puntos | = 18 pacientes - | 10/10 - 6/11 - 9/12 = | 274 puntos |
| 13 y 15 puntos | = 6 pacientes - | 2/13 - 3/14 - 6/15 = | 158 puntos |
| 16 puntos | = 6 pacientes - | 8/16 - | = 128 puntos |
| | | | 560 puntos |
| con su puntaje inicial y final | | | |

Apreciamos, entonces, que globalmente descendieron su índice de inhibición aquellos que partieron de un mayor puntaje, lo que implica la acción del fármaco sobre el síndrome con carácter de severo e incapacitante.

| | | | | |
|------------|---|------------|---|------------------|
| 274 puntos | → | 132 puntos | - | descendió 51,7 % |
| 158 puntos | → | 54 puntos | - | descendió 65,5 % |
| 128 puntos | → | 35 puntos | - | descendió 72,9 % |

De los 44 pacientes que se seleccionaron:

18 pacientes eligieron actividades artesanales:

- Artesanía en madera3
- Artesanía en alambre de cobre5
- Taller de cerámica3
- Artesanía en cuentas de colores.....4
- Bijouterie2

14 pacientes eligieron actividades comerciales y de promoción:

- Promoción de venta a particulares de artículos de limpieza.....4
- Cobranzas6
- Comisionistas4

7 pacientes eligieron actividades artísticas:

- Pintura con acrílico1
- Música5
- Telar1

5 pacientes eligieron actividades deportivas:

- Fútbol de salón2
- Natación2
- Gimnasia1

Se les otorgó un periodo de 30 días a partir del ingreso a la muestra, periodo en el cual comenzaron a tomar la droga en ensayo.

Al término de los tres meses de la propuesta de actividad, se evaluaron los resultados.

| | | |
|---|--------|---|
| pacientes con actividad artesanal que habían abandonado | | 4 |
| paciente con actividad comercial que fue despedido por ineficacia | 13,63% | 1 |
| paciente con actividad artística que discontinuó la misma y la abandonó | | 1 |
| | | 6 |

De los 38 restantes:

Todos continuaron en su tarea, bien adaptados y con relativo éxito:

23 pacientes plenamente satisfechos:

- 11 en actividades comerciales (con estímulo económico)
- 9 en actividades artesanales (con estímulo económico)
- 3 en actividades artísticas (con estímulo económico)

15 pacientes satisfechos:

- 2 en actividades comerciales (ad honorem)
- 4 en actividades artísticas (sin estímulo económico)
- 4 en actividades deportivas (sin remuneración económica)
- 5 en actividades artesanales (sin estímulo económico)

Considerando una evaluación final sobre un cambio de conducta positiva en este grupo de pacientes, debemos señalar que de la totalidad de ellos, tres pueden considerarse fracasos, porcentaje correspondiente a un 10% y el resto, 90%, diversos grados de éxito.

De los 38, 23 manifestaron un significativo cambio en sí mismos y en relación al entorno (situación de dependencia).

Quince, aun sin estímulo económico, notaron un cambio positivo que modificó su relación del entorno, permaneciendo activos y dinámicos con proyectos coherentes.

En el grupo de pacientes que eligieron actividades que les reportaron una remuneración, se encontraban tres con puntaje de 16 al inicio y dos de 15 puntos, lo que significa un porcentaje significativo de excelentes resultados en casos de inhibición invalidante.(13)

Conclusiones

Debemos destacar en este ensayo que un porcentaje del 86,36% respondió en forma positiva al tratamiento.

Un 52,27%: beneficio económico con mejores expectativas.

Un 34,09%: buena adaptación al cambio y buen grado de independencia.

Un 13,63%: no modificaron su situación, considerándose fracasos.

La Carpipramina, a la luz de estos resultados, permite modificaciones en cantidad y calidad sobre el síndrome residual esquizofrénico, ofreciendo a estos pacientes un futuro diferente al cual estaban signados por su patología invalidante ■

Bibliografía

1. Alby, J. M. et Ferreri, M., Utilisation clinique de la carpipramine. Constatations préliminaires. Psychol. med. 1978, 10, 8: 1549-1557.
2. Bale, B. J. et Bezaury, J. P., Essai clinique d'un psychotrope original: la carpipramine. Psychol. med., 1979, 11, 12: 2695-2703.
3. Bernot, J.-L., Ferrant, J.-P., Bam, A., Vessiere, M. & Crillet, B. - Effet de la carpipramine sur le "syndrome astheno-dépressif" consécutif au sevrage alcoolique. Psychol. med. (1978), 10, pp. 369-370.
4. Bonelli, V., Gacia, N., Aliskevich, R., Lloti, M., y Nogueira, A., Experiencia clínica con carpipramina en psicóticos crónicos Internados. Presentado a las Jornadas Latinoamericanas de Psicofarmacología y el Congreso Regional de la W.F.S.B.P., Montevideo, Uruguay, 19 al 21 de diciembre de 1991 (Publicado en Actas).
5. Dossier de carpipramina 21 679 R.P., Specia, París, 1982.
6. Bourgeois, M., Un psychotrope original: la carpipramine "Prazinil". Bordeaux med., 1978, 11,13: 1161-1164.
7. Deniker, P., Loo, H., Zarifa, E., Garreau, G., Beyacoub, A. & Roux, J.-M., La carpipramine, un médicament psychotrope particulier entre les neuroleptiques et les antidépresseurs (essai ouvert sur 200 cas). Ann. med. psychol. (1978), 136, pp. 1069-1081.
8. Dekiner, P., Loo, H., Zariflan, F., Verdeax, G. & Garreau, G. Un nouveau médicament psychotrope: la carpipramine, composé de transition entre deux classes thérapeutiques. Encephale (1977), III, pp. 133-148.
9. Deniker, P., Pern-Magnana, P., Ginestet, D., Loo, H. et Collona, L. - Essais préliminaires de la carpipramine, composé apparente aux- antidépresseurs et aux neuroleptiques. Therapie, 1972, 27: 177-181.
10. Fernández Labriola, R., Caetano Esquivel, G., Síndrome residual esquizofrénico, en "Psiquiatría Biológica Latinoamericana" (libro en prensa), Ed.Cangrejal, Bs. As.
11. Fonta, M., Goudemand, M., Roeland, P. et Gambin, Ph., La carpipramine comme traitement de l'inhibition. Lille med., 1979, 24, 2: 151-155.
12. Ogata, H., Ogata, F., Miyashita, S. & Yuki, M., Essai de dérivés de l'iminodibenzyle dans la schizophrénie chronique. Etude par permutation à double insu contre placebo. Diagnosis and treatment (Shindan to Chiryō) (1970), 58, pp. 166-169 (texte en anglais), et Psychol. med. (1981), 13, pp. 351-359 (texte en français).
13. Okasha, A., La carpipramine: un composé désinhibiteur dans la schizophrénie chronique. Encephale, 1980, VI: 161-166.
14. Peyrouzet, J.-M. & Perier, M., La carpipramine et ses indications. C.R. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXXVIe session. Charleroi (1978), Masson ed., Paris (1979), pp. 1154-1161.
15. Peyrouzet, J.-M. & Perier, M. - La carpipramine en psychiatrie ambulatoire. Essais et perspectives cliniques. Communication préliminaire, Francia, 1977.
16. Pislava, et al., Clinical experience with carpipramine (Defekton). Act. Nerv. Super. (Praha), 1974, 16, 3: 168-169.

CEGLUTION 300

CARBONATO DE LITIO 300 mg

ESPECIFICO PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA



QUIMICA ARISTON S.A.

POSOLOGIA:

DOSIS DE ATAQUE: 2 tabletas
3 veces al día.

MANTENIMIENTO: 1 tableta
3 veces al día

PRESENTACION:

ENVASES CON 20 Y 50
TABLETAS



Beatriz Rosenberg

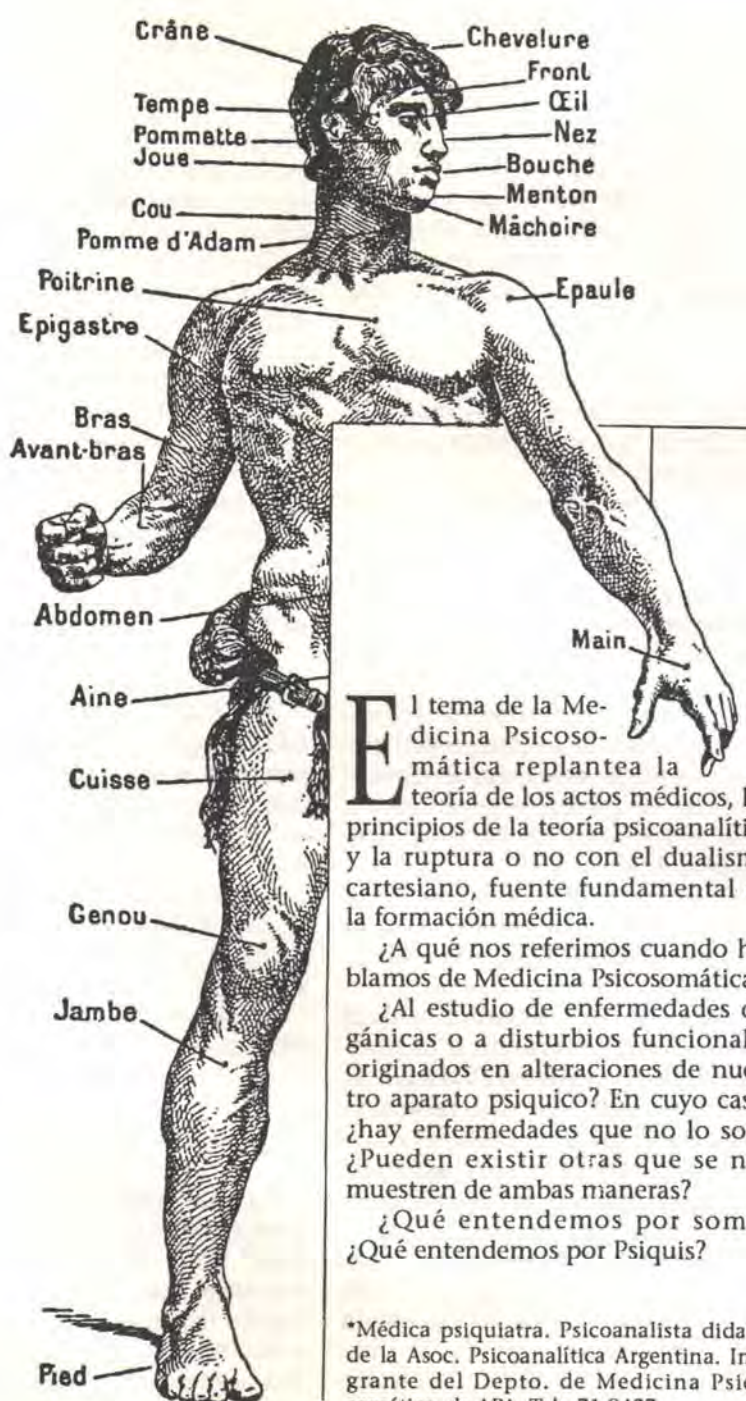
"Esa otra orilla"

Acrílico sobre tela

30 x 40, 1992

Lo psicosomático: Apertura y encrucijada

Leda M. Luraguiz*



El tema de la Medicina Psicosomática replantea la teoría de los actos médicos, los principios de la teoría psicoanalítica y la ruptura o no con el dualismo cartesiano, fuente fundamental de la formación médica.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de Medicina Psicosomática?

¿Al estudio de enfermedades orgánicas o a disturbios funcionales originados en alteraciones de nuestro aparato psíquico? En cuyo caso, ¿hay enfermedades que no lo son? ¿Pueden existir otras que se nos muestren de ambas maneras?

¿Qué entendemos por soma?
¿Qué entendemos por Psíquico?

*Médica psiquiatra. Psicoanalista didacta de la Asoc. Psicoanalítica Argentina. Integrante del Depto. de Medicina Psicosomática de APA. Tel.: 71-8427

¿La relación psiquis y soma (psico-somática) tendría como unión intermediaria a la palabra?

Antíoco, hijo de Saleuco, rey de Siria (-361) padecía una profunda melancolía que amenzaba su vida. Erasistrato, médico del rey, descubrió una aceleración de su pulso cada vez que Estratonice, su joven madrastra se acercaba al lecho del enfermo.

¿El cuerpo de Antíoco denunciaba una historia de amor?

Desde Erasistrato el hombre es psicosomático, inseparable unidad que luego Descartes divide.

Pero, ¿cuál es el cuerpo que trata y estudia la Medicina?

El cuerpo de la histérica no es el mismo, aunque presente una parálisis, que el cuerpo del psicótico, sin registro de lo que experimenta, insensible al frío, al dolor, al hambre; ni es el mismo que el cuerpo del hipocóndrico, todo queja. El cuerpo del paciente somático está ahí: aparato tangible, perceptible, que representa lo material, lo físico, hábitáculo final de la mente, expresando un dolor que dará cuenta (aunque algunos señalen la ausencia de una mitología contenida en el síntoma somático) de una historia, por cuanto contiene un pasado, un tiempo que convocamos al comenzar toda anamnesis; ¿cuándo? ¿cómo? ¿dónde?

Desde Freud hasta nuestros días un variado cuerpo teórico ha tratado de descifrar el "misterioso salto de lo psíquico a lo somático" como lo definía Félix Deutsch.

En apretada síntesis recuerdo conceptos tales como:

Histeria - Organoneurosis - Concomitante Somático - Patoneurosis - Conflicto - Afectos - Alexitimia -

Pensamiento operativo - Representación teatral del Ello - Falla básica - Patología de la Simbolización - Fantasía Inconciente específica - Disociación Mente Cuerpo - Sobreadaptación - Fracaso de la proyección - Holofrase - Aparato proto-mental - Equivalente afectivo de representaciones inconscientes - Enfermedad de la cordura - Alteración en la continuidad del Ser... Hombre que padece...

¡Largo camino recorrido por la Medicina Psicosomática Psicoanalítica entre teorizaciones, investigaciones y empiria!

Mientras escribo estas reflexiones recuerdo historiales clínicos que en su momento desplegaron cada uno una aproximación teórica diferente.

I) El caso de Julia

Se trata de una adolescente de 17 años con severos trastornos de conducta. Maternidad precoz a los 14 años. Adicta a las anfetaminas y a los antitusígenos; luego añade marihuana y alcohol - Sexualidad promiscua. Conductas de actuación. Crisis de violencia. Dos tentativas de suicidio.

Julia trae una larga historia de padecimientos corporales desde los 3 meses de edad: era vomitadora, llorona, con frecuentes episodios bronquiales que provocaron una internación a los 6 meses (neumopatía).

Luego cólicos, diarreas, anginas frecuentes, dentición tormentosa, laringitis estrodulosa desde el año hasta los 3 años. A partir de entonces, crisis de asma que persisten en la actualidad. Dermatitis alérgica con urticarias en ocasiones gigante, cefaleas frecuentes y enuresis hasta los 14 años. Su adolescencia recrudescen las crisis asmáticas obligando a internaciones de urgencia por la gravedad de los ataques.

Doce años más tarde de su primera consulta, años transcurridos entre cambios de terapeutas, internaciones psiquiátricas y tentativas de suicidio, Julia porta su enfermedad terminal: SIDA

¿Qué relación de parentesco, primaria vecindad, privación temprana, repliegue narcisista, existe entre la psicosis y la enfermedad somática? Pareciera que todos los autores están de acuerdo en el rol de los afectos, la desesperanza, la indefensión y el desamparo como senti-

mientos inefables, precondition para la enfermedad psicosomática.

Si la lucha para adquirir una individualidad e identidad propias se confronta siempre con el deseo de fusión con la madre, la imposibilidad de resolver este conflicto disparará una salida en la que generalmente el cuerpo está implicado. Tal las fotografías Borderline, donde el sentimiento del Self y la adquisición de una identidad propia están alterados, o las patologías adictivas en las que aparece el compromiso corporal y que junto a las enfermedades psicosomáticas guardan el común denominador del fracaso en la integración de un objeto transicional que permita la separación con la madre y el sostén de su ausencia.

II) El caso de Isabelle

Isabelle inmigrante francesa de 48 años. La entrevista en terapia intermedia de un Hospital general donde ha sido internada de urgencia a raíz de una grave proctorragia y hematemesis. Padece una colitis ulcerosa y la reagudización de una úlcera duodenal.

"No podía más -expresa-. Estaba preparando la fiesta para mi hijo mayor, hoy llega mi padre desde París. Quería que todo saliera perfecto y me desangré".

Isabelle refiere padecer de úlcera duodenal desde los 11 años de edad, luego de ser dada de alta de un preventivo para niños tuberculosos donde permaneció internada desde los 9 años. A los 12 años psoriasis generalizada.

"Mi cabeza sangraba -describe-. Su madre cubría su cuerpo con pomadas y ungüentos oscuros. Lloro al recordar su paciencia y dedicación pues la llevaba a los mejores especialistas de Francia.

Su pubertad llega con una obesidad que junto a la psoriasis la obligarán a ocultarse y evitar la compañía de otros jóvenes.

El análisis descubrirá más tarde el distante vínculo materno, el hambre de Isabelle por sus caricias, la protección de su hermano mayor, su solitaria e indefensa infancia... el amor por este hermano, amor del cual no le alcanza la vida para avergonzarse.

Emigra luego a Buenos Aires, hace 10 años, como consecuencia de un traslado de su marido, quien muere súbitamente un año después e Isabelle queda sola cuidando dos

niños pequeños. Se casará 5 años más tarde con un médico; pero 6 meses transcurridos de la boda deberá ser nefrectomizada luego de un cólico renal: la ecografía mostrará un riñón atrofico, ptosado, que comprimía los uréteres.

Durante el análisis Isabelle revivió intensamente trágicas historias de abandonos, huidas, supervivencia, removiendo profundos y penosos sentimientos; pero emergió una Isabelle agresiva, violenta, desbordante en fantasías sádico-orales.

"No me quiere así mi familia" -solía expresar- "enojada, peleadora, protestando siempre, mastocado rabia, parece que sólo me aceptan con el cuerpo dolorido".

Toda enfermedad obliga a un complicado proceso adaptativo como nueva situación vital. A pesar del dolor, el displacer, la limitación, también parece brindar cierto grado de gratificación directa o secundaria. Isabelle lograba ser acariciada por su madre, luego atendida y sostenida por su marido.

Observaba que con sus padecimientos somáticos parecía negar la realidad que la circundaba: su exilio, sus separaciones, sus duelos, el fracaso de su segundo matrimonio, la repetición de una historia de abandonos, huidas, guerra y exterminio que se desarrollaba en un escenario: su cuerpo.

¿Deficiencia o falla básica de la estructura individual?

¿Defensa masiva contra el dolor mental?

¿Porqué hay estructuras que privilegian el código visceral?

¿Qué determina que en ciertas crisis vitales, aparezca una sintoma somático o una conducta de actuación o una desorganización psíquica? ¿Podemos prever estas eclosiones?

¿Qué vinculación existe entre los síntomas conversivos y los padecimientos somáticos tomados como síntomas?

¿Cuál es el eslabón que uniría Histeria y Psicosomática?

La triangulación psicosomática

La madre origina la imagen del cuerpo con su capacidad de "holding" y de "reverie", permitiendo así que el infante construya el hábitculo de la mente: su cuerpo, y arribe a la primera posibilidad creativa humana: el vínculo simbiótico.

La alteración de este vínculo primario se inscribirá como experiencia somatopatológica y derivará en un defecto del desarrollo y del sentido de realidad. Cuando estas tempranas relaciones de objeto aislan, invaden o abandonan, provocarán la triangulación psicósomática, splitting temprano entre sujeto, objeto y cuerpo, defensa de un self débil y amenazado enfrentado con un introyecto arcaico y poderoso que ha sido separado del cuerpo.

Pero, si los componentes narcisistas pre-edípicos, las relaciones de objeto patológicas, los defectos y debilidades del yo son causantes de la fragilidad psicósomática, el concepto de Schur de características básicas no puede ser sostenida.

El pensamiento operatorio

Pierre Martí define la Psicósomatosi como aquellas disposiciones a evacuar conflictos por vía somática. Tienen como característica el pensamiento operatorio. A nuestro consultorio llegan 2 tipos de pacientes con síntomas somáticos: están aquellos que durante su análisis hacen una eclosión somática; o estos otros, derivados por el clínico por sus padecimientos corporales. De entre ellos podemos observar un tipo especial que se refiere a sus enfermedades como escindidas de su aparato periférico, generando con el analista una relación que Martí ha bautizado "blanca". "El paciente está presente pero vacío".

III) El caso de Clara

Recuerdo a Clara, 48 años, a quien sus amigos empujan a un análisis aunque ella no comprende por qué. Es exitosa y dedicada a su trabajo (análisis de sistemas) que le ocupa muchas horas del día, incluso los fines de semana; se expresa conforme con su vida, aunque no tenga una familia formada ya que nunca se ha casado ni tenido hijos. Nada añora, envuelta en su trabajo, la enseñanza y sus amigos.

¿Qué puede relatar? Se muestra perpleja. Ha obedecido a consultarme por respeto a sus amigos. No cree que lo que le ocurre a nivel físico se relacione con un problema psíquico. No tiene conflictos. Es alérgica al polen desde muy niña, cree que desde los 8 años. A veces le aparecen manchas en las piernas y

en la espalda que le han dicho, es psoriasis y no tienen cura. Padece una rinitis constante, agudizada los últimos años. Desde hace meses sufre espasmos bronquiales... bueno (sonríe) su madre era asmática, murió de una crisis hace 10 años. Alrededor de 15 días después de su muerte la operaron de urgencia: una histerectomía por un voluminoso fibroma que comprimía la vejiga. Nunca se había dado cuenta pues parecía asintomático. Se recompuso rápidamente, no se deprimió, lo soportó como debía.

Una semana antes de su entrevista despertó con una sensación extraña, el pecho oprimido, parecía que tenía dificultad para respirar, el corazón le saltaba. Se asustó pues había olvidado el inhalador. Tuvo mucho miedo y corrió a refugiarse a casa de una amiga. El médico le señaló que es el polvillo que desprende de una pared de su living que tiene humedad. Por esto no puede volver a su casa.

Clara describe minuciosamente sus síntomas somáticos y el arreglo de su departamento. Las sesiones con ella se hacen interminables, aburridas, somnolientas. Debo recurrir al café antes de su llegada para combatir el sopor que me invade.

¿Es la relación blanca de Martí frente al pensamiento operatorio?

¿Es el objeto aletargado que describe Cesio?

¿Es el abroquelamiento de un núcleo autista que se muestra como barrera impenetrable?

Clara no recuerda sueños; manifiesta sonriente que nunca sueña.

Me ha preguntado muchas veces y al hacerlo puedo sacudir mi sopor, a quién llora o por qué llora Clara cuando se suena la nariz y limpia sus lentes húmedos.

Afectos ahogados, psiquis deprimida, alexitimia, déficit simbólico...

Si pienso que Clara llora cuando su rinitis la ataca, creo que aquel síntoma tiene un contenido simbólico, que expresa un lenguaje diferente del verbal... pero, ¿entonces?

Enfermedad psicósomática: Patología de la Simbolización

Confrontación teórica actual que cuestiona la posibilidad desde el Psicoanálisis de encontrar una teoría que permita su aplicación terapéutica con su instrumentación básica que es la interpretación ■

Turning Point

*Sólo hasta ayer
fui joven
hoy
empecé a ser viejo*

*desde el mal bienestar
hasta el buen malestar
una modesta
oscilación*

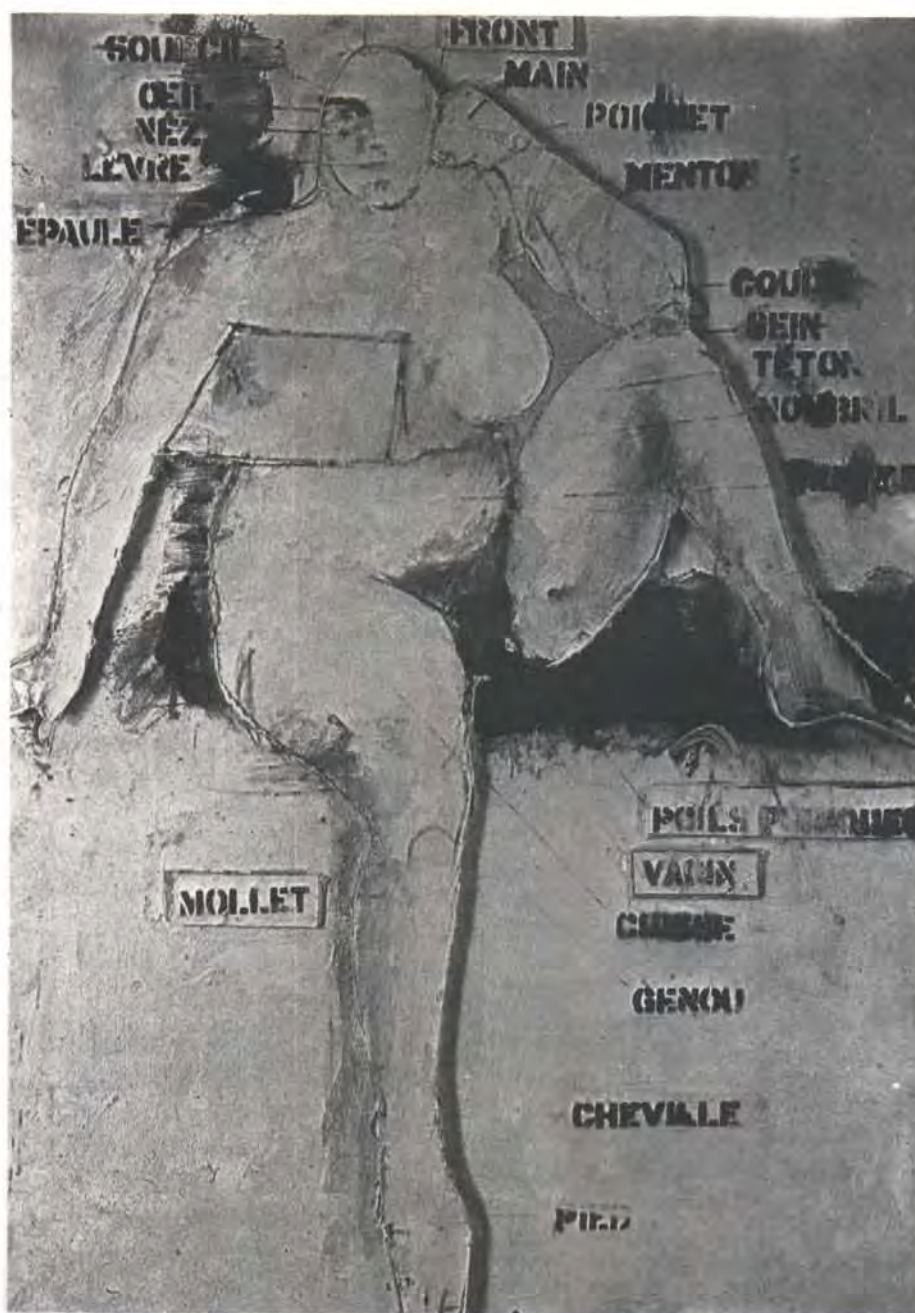
*de todos modos celebré el cambio
con un dolor intenso
divertido
que comenzó en el antebrazo
izquierdo
y se quedó un instante
junto al corazón*

*pero el festejo
no terminó
ahí
también
tuve un mareo
un ligerísimo mareo
durante el cual
pensé dos o tres cosas
que por supuesto
son
confidenciales.*

Mario Benedetti
-Inventario-
1966

Algunas observaciones sobre el afecto y lo somático en el campo de la palabra

José Fischbein*



Larry Rivers, *Parts of the body*, 1964.

En sus escritos de la psicopatología primitiva, Freud hace especial énfasis en la necesidad de hacer una fina discriminación semiológica de las descripciones que hace el paciente sobre sus dolencias, sus síntomas y la secuencia temporal de su historia y de los fenómenos de su enfermedad.

Este trabajo semiológico tiene por finalidad la indicación o no de tratamiento psicológico.

La culminación de las ideas de Freud al respecto la encontramos en la Introducción al Capítulo I de *El historial de Dora* llamado "El cuadro clínico".

En la tercera nota al pie de este paragrafo relata un caso clínico que le llega con diagnóstico de histeria y dice:

La breve información me pareció compatible con ese diagnóstico; en una primera sesión hice que la paciente misma me contase su historia. Pero como ese relato, a pesar de los notables acontecimientos a que aludía, fue acabadamente claro y ordenado, me dije que no podía ser una histeria y de inmediato efectué un cuidadoso examen clínico. El resultado fue el diagnóstico de una tabes. (El subrayado es del autor).

Freud puntualiza que la precisión en el discurso en torno a un padecimiento excluye al conflicto en el origen del mismo. No son causas emocionales las que lo originan y

* Médico psicoanalista. Miembro titular de APA. Director de la Escuela de Psicoterapia para Graduados. Tel.: 804-4483

por lo tanto no se ponen en juego las defensas. Es un discurso coherente y cierto.

La acción de la represión, en un sentido general, es lo que corta la coherencia que aparece en el discurso de lo somático. Aparecen, por su obra, las imprecisiones, fruto de las suturas que hace el yo, luego del corte que impone lo ausentado por reprimido. Aparecen sustituciones y alteraciones de la secuencia temporal. Es el discurso del cuerpo erógeno, de la neurosis donde la metáfora o el símbolo ocultan la sexualidad. La alteración de los nexos lógicos, que la represión impone al discurso, da lugar a la formación de elementos sustitutivos. Sólo a través del trabajo interpretativo serán recuperados los pensamientos sobre los que actuó la represión. El análisis reconstruye nexos que la represión ha destruido. Introduce "pensamientos formados intachablemente e insertables en el lugar consabido dentro de la trabazón anímica" (S. Freud, *Dora*, Cap. I).

Muchos de estos pensamientos son una necesidad y una reconstrucción del análisis para restituir a través de la lógica secundaria la libre circulación del afecto por las cadenas de pensamiento. Sobre esto se basa el trabajo analítico opuesto a la represión.

La libre circulación de las cargas es lo que evitará la formación de sustitutos a través de los que el afecto intenta expresarse, hacerse consciente. El trabajo de ligadura por la palabra es lo que devolverá al sujeto al terreno de la salud.

Como psicoanalistas lo único que tenemos para evaluar son palabras. Si bien hay una diversidad de fenómenos que se dan en una sesión, tales como los gestos, actos, aparición o desaparición de síntomas, sólo su procesamiento y transmisión con palabras se enmarca en nuestro campo.

Nuestro objeto de trabajo está ligado a hechos del discurso.

Podemos conocer cómo los acontecimientos somáticos pueden ir

acompañados de aumento o disminución de ciertas sustancias químicas o alteraciones en el funcionamiento de integridad de órganos, pero sólo daremos cuenta, desde nuestro campo, de las formas de hablar o decir las cosas por nuestros analizados.

En este decir reconoceremos los estados afectivos, entrando en el interjuego de una dialéctica entre lo innominado y lo innombrable. Dialéctica que se presentifica y cuestiona desde el discurso de las patologías que hoy nos convocan. Guardaremos la denominación de innombrable para el resultado de la represión y la de innominado para las ausencias por falta de inscripción.

De ahí que se nos presenta una invitación a pensar si algo faltante en el discurso analítico no se puede decir porque ha sido reprimido, ha sido prohibido para el psiquismo, o no se puede decir porque no ha habido una inscripción adecuada para un proceso o estado en algún momento y el sujeto no puede nombrarlo al no tener dentro de sí una categorización que exprese ese proceso o estado.

Detrás del cuerpo teórico psicoanalítico, el tema del afecto es una columna vertebral que queda establecida desde los primeros escritos freudianos.

La problemática del afecto se extiende desde la posibilidad de tener acceso al síntoma histérico, enfocado como un afecto no tramitado por la abreacción, no ligado por la palabra, hasta referencias en el libro de los sueños donde el afecto es lo que permite discriminar ante la duda sobre el contenido de una representación. Se refuerza la importancia del afecto cuando queda marcado como un indicador que nos deja saber si seguir trabajando o no sobre una escena subyacente.

En la obra de Freud el afecto estaría sustentado por dos fuentes. La primera fuente estaría vinculada a reacciones innatas, preindividuales,

anteriores a las experiencias del sujeto; son las denominadas "histerias primordiales", es decir, modos de reacción, y, por el otro lado, la segunda fuente ligada a la cualificación del estado de descarga por un otro, situación vincular e intersubjetiva, que implica nominación y categorización naciente en el campo interpersonal.

El afecto está siempre presente en cualquier estado psicopatológico. La cuestión es si el sujeto tiene o no acceso a la posibilidad de expresar, discriminar y transmitir con palabras sus estados emotivos. Si tiene o no capacidad de evitar descargas eventualmente perjudiciales, a través del dique de pensamiento, el freno que impone la intermedicación del preconciente.

Los pacientes que padecen déficit a nivel preconciente, hablan en términos de aumento o disminución de tensión. Se describen como sistemas mecánicos que pueden explotar como acumuladores que en algún momento soltarán la chispa. Carecen de una gama expresiva del lenguaje capaz de dar cuenta de diferencias de estados afectivos. Aunque podrán tener acceso, eventualmente, a través de un psicoanálisis, a la adquisición de un adecuado sistema de intermediación preconciente a los fenómenos de descarga.

En el tratamiento psicoanalítico, el analista arrienda su aparato psíquico a su analizado y consecuentemente le aporta representaciones palabra capaces de funcionar como diques respecto de los fenómenos económicos desbordantes. Allí donde el psiquismo se había expresado somáticamente, el análisis ha creado un texto a nivel de pensamiento, se instaura así una histeria secundaria.

La carencia de un adecuado arsenal de nominación lleva a este tipo de pacientes a funcionar deconociendo el mundo afectivo y la percepción interoceptiva. Preocupados en extremo por la efectividad de sus actos, desconocen su afectividad. El riesgo de un quiebre por sobrecarga

tensional está siempre presente por falta de acciones y palabras específicas.

En la teoría psicoanalítica, la categoría de "lo innominado" alude a construcciones de situaciones tempranas del vínculo de un niño con una madre con patología narcisista.

Las demandas corporales de su hijo habrían generado estados de angustia en ella, y en lugar de hacerse cargo de la nominación, cualificación de los estados afectivos de su bebé, ha eludido, repudiando lo somático del niño para mantener su propio equilibrio narcisista. Se ha creado en el niño un psiquismo vuelto hacia el exterior, dispuesto a cuidar de la madre más que a elaborar sus estados afectivos. Existiría un déficit en el bagaje de palabras capaces de dar cuenta del estado emocional del bebé. Este déficit de material con capacidad de ligadura traería aparejado un aumento en la capacidad de actuación en esa exterioridad a la mente que es el propio SOMA.

Es por todos nosotros conocida la importancia que tienen, en la clínica de las enfermedades somáticas, la fantasía y los estados afectivos. Hoy pensaremos qué pasa en las enfermedades somáticas durante un tratamiento psicoanalítico. Conocemos cómo el afecto puede ser suprimido en períodos de análisis.

Desde este lugar propongo repensar lo que leemos en artículos actuales sobre somatosis, referidos a la presencia o ausencia de la capacidad del sujeto de vivenciar y discriminar sus afectos.

Desde el campo de la clínica describiré entonces distintos momentos del discurso para estas patologías a las que enfoco como un sector de la patología del narcisismo. Son pacientes que hacen un quiebre con una restitución a predominio somático, seguido de las consiguientes reacciones patoneuróticas.

Si consideramos el enfermar como un proceso, la secuencia que encontramos en el campo clínico será:

1er momento: Quiebre de la estructura narcisista

2do momento: Aparición del acontecimiento somático

3er momento: Patoneurosis (momento en el que es más efectiva la psicoterapia)

Pasaré a describir los referentes semiológicos que encontramos en ellos.

Primer momento:

Momento de rebasamiento del aparato psíquico en su capacidad de procesar tensión: podría considerarse con el modelo de la situación traumática.

- a) El aparato psíquico queda sobrecargado y no soporta más tensión.
- b) Se produce una regresión a puntos tempranos del desarrollo.
- c) Surge la dificultad de encontrar palabras de ligar y nominar estados afectivos.

d) Es el punto en el que algunos autores describen lo OPERATORIO en el discurso y la ALEXITIMIA y lo que encontramos es:

- Dificultad para discriminar entre Yo y objeto.
- No se pueden ubicar para comprender lo que le pasa a otro.
- Falta de capacidad introspectiva.
- Dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.
- Dificultad para expresar y describir sentimientos.

Estos momentos se caracterizan por una gran pasividad frente a los factores externos, y predomina una actitud conformista. Encuentran dificultad para referirse a sí mismos en primera persona y habitualmente utilizan la tercera persona, objetivándose.

En este período observamos una profunda incapacidad para fantasear y el discurso duplica los hechos de la realidad fáctica del sujeto. "Es la hora de los informativos".

Cuando encontramos un paciente con estos referentes semiológicos podemos pensar en el riesgo de la

aparición de un ACONTECIMIENTO SOMÁTICO. Este acontecimiento constituye la culminación de un estado de carencia en el psiquismo.

Segundo momento:

Entramos luego en el segundo momento del proceso de enfermar, movimiento de la presentificación del ACONTECIMIENTO SOMÁTICO. En este sentido el SOMA es sede y ejecutor de la descarga de tensión.

En el enfermar somáticamente tendrían lugar procesos semejantes a los fenómenos del *acting out*. Para preservar una cierta integridad, el aparato psíquico necesitaría accionar una descarga en el mundo exterior.

Por regresión a una posición narcisista, en la que predominaría un estado semejante al que Freud ha descrito como YO de placer purificado, el soma, desde sus demandas de resolución de estados de tensión, es vivenciado (por el yo) como una exterioridad al aparato psíquico, como un NO YO. Es en esta exterioridad propia del sujeto que se efectivizan las descargas.

Estas descargas tienen que ver con una repetición inconciente de algo ya vivido pero que no puede ser recordado. Es algo que no ha pasado por el registro de lo mental y cuyo texto se encuentra en otra gramática, la gramática del SOMA. El sujeto desconoce tanto su origen como su cualidad repetitiva.

Faltan aquellas palabras que puedan dar cuenta adecuadamente de las escenas que sustentan a estos acontecimientos. Serían repeticiones de experiencias muy tempranas de falta de procesamiento materno de las necesidades somáticas del bebé. El soma responde en ausencia de las palabras, y la inexistencia de éstas habla de una carencia en los procesos de inhibición de la descarga. Las cargas indiscriminadas a nivel psíquico derivan somáticamente de acuerdo al principio de placer, tendiendo a una situación ilusional de falta de tensión para el psiquismo.

El afecto que sustenta a esa escena anterior a la adquisición de la palabra, basada en un núcleo mudo, sólo es registrado como tensión. Lo innominado se constituye en tensión.

Una vez que se ha establecido esta descarga que se acompaña de DAÑO SOMÁTICO, aparece una necesidad del psiquismo de dar cuenta de este extraño, que es el acontecimiento somático (A. S.). La significación sólo puede darse secundariamente en un psicoanálisis. Con esta significación ulterior podemos romper con la concepción fatalista de la predisposición en estos cuadros.

Tercer momento:

Pasamos, entonces al tercer momento, el momento de la organización mental del cuadro o enfermedad somática. Aparecen aquí una serie de intelecciones, construcciones a nivel psíquico, cuyo referente más cercano sería el modelo del delirio que intenta dar una explicación de carácter reconstitutivo al acontecimiento somático que ha invadido el campo de lo mental. Se atribuye a partir del A. S. un nuevo sentido a la vida jerarquizando demandas somáticas previamente desestimadas.

En este momento, el aparato psíquico que ha sido preservado en cierta medida por la aparición del A. S., vuelve a encontrar su capacidad simbólica, su capacidad de fantasear, de comunicar ideas y de expresar sentimientos sobre ese A. S.

Estas capacidades habían sido perdidas en el momento traumático de rebasamiento, que dió origen al proceso de enfermar y a la secuencia descrita en el presente trabajo.

En este tercer momento se dan dos salidas secundarias: la primera es la hipocondría, organización del área mental equivalente al delirio; y la segunda: la histerización. Ambas con una marcada obstinación, compulsión y certeza que muestran su carácter defensivo frente al proceso de base. Son dos modalidades reconstitutivas en las que se nota el incesan-

te pujar pulsional como retorno de lo inocente.

El psicoanálisis es el instrumento que permite intermediar intelecciones y aportes simbólicos que desde el analista histerifican el campo con la atribución de significados sobre el sentido del A. S. Los significados permiten un nuevo funcionamiento neurótico, en lugar de un accionar tendiente a la descarga directa, donde el repudio y la desmentida de procesos dolorosos era lo predominante.

Si seguimos el modelo que da Freud en el Capítulo III de las Neuropsicosis de Defensa, sabemos que el repudio de una percepción dolorosa lleva a una alteración del polo perceptual del aparato. No sólo está alterado el sentido de realidad sino que este fenómeno se acompaña de una desorganización del aparato.

De aquí inferimos que los sujetos propensos a la aparición de A. S. son aquellos que estructuralmente tienen una incapacidad para percibir, vivenciar y tolerar situaciones de dolor provenientes de su mundo interoceptivo, y que además carecen de un sistema preconciente con riqueza para dar cuenta de los procesos interiores del psiquismo.

En los dos primeros momentos observamos dificultades para abordar vivencias dolorosas; no hay posibilidad de hacer duelos, no se reconstruye el objeto intrapsíquico, el psiquismo está vaciado y el discurso está constantemente presentificado, no entra en él la categoría de pasado. En el tercer momento aparece la sucesividad temporal, el sujeto aborda sus pérdidas, tiene posibilidad de organizar estructuras fantasmáticas, en un modelo semejante al que Freud da para la fantasía. En este momento es posible inferir la organización intrapsíquica y, por lo tanto, al existir la categoría de pasado, existe la capacidad de historiarse.

Es por lo tanto la intención de esta contribución remarcar la función de ligadura de los mediadores pre-concientes tanto en el proceso de

enfermar como en la cura. El déficit de palabras y su función endicadora (de dique), de la descarga está ausente en los primeros dos períodos.

La palabra resurge con su función de ligadura en los momentos pato-neuróticos y de curación en el tratamiento psicoanalítico.

De lo que no se habla es de lo que no se puede; existen palabras para las cosas pero la represión actuante impide la ligadura por el proceso de contracarga. En este tercer momento actúa la represión y hay fantasías, mientras al comienzo del proceso de enfermar, mecanismos primarios de escisión, proyección, repudio.

Para ejemplificar lo antedicho voy a presentar un material clínico.

El señor O. fue referido a un tratamiento psicológico por la analista de su mujer. Ambas estaban preocupadas por su salud. Durante sus últimas vacaciones, a raíz de tener que enfrentar conflictos con su hijo se descompensó físicamente. En dos oportunidades lo tuvieron que internar por episodios de taquicardia paroxística.

En el momento de la primera entrevista se presentó sin conciencia de conflicto. Estaba con un ligero susto ante la posibilidad de repetición de un episodio como los que ya lo habían afectado.

Su mundo afectivo estaba suspendido, y no podía hacer referencia a él. Su preocupación se centraba en la continuidad de su empresa. Había montado una estructura muy exitosa, era un *self made man* y se dedicó a estudiar, habiendo nacido ya sus hijos, que quedaron al cuidado exclusivo de su mujer. Estaba enfrentado a su hijo menor, "el varón", ya que éste frustraba los planes que "el padre había creado para él". Se designaba a sí mismo solamente en tercera persona o de modo impersonal. Oscilaba entre una difusa preocupación y la pelea. Se manejaba con un esquema proyecti-

vo de acuerdo al cual otros eran los promotores de su malestar que era definido como una sensación difusa. Enunciaba: "un padre sufre ante el fracaso de los hijos", "uno trata de resolver problemas".

Durante el período en el que estuvimos trabajando juntos, el tratamiento se desarrolló a razón de dos reuniones semanales salvo en los momentos de máxima tensión y susto del señor O., en los que él promovía un incremento de sesiones como un intento de contención de sus estados afectivos de tensión y angustia.

Durante el primer año y medio rechazaba mis intervenciones o quedaba desconcertado ante ellas, a menos que éstas fuesen descripciones de su vida interaccional y afectiva en forma simple y concreta. Ante el develamiento de un contenido inconciente reponía con indiferencia y lejanía. Parecía impenetrable y necesitaba constantemente reaseguramientos o intervenciones que regularan su autoestima, que frecuentemente sufría colapsos.

En este período del tratamiento utilicé en forma reiterada un artificio técnico que consistía en escribir mis intervenciones en un pizarrón y visualizar junto al paciente las transformaciones del enunciado y su correlación con su posicionamiento en el espacio virtual del escenario psíquico. Puse especial énfasis en la dupla sujeto activo y sujeto pasivo como también en la nominación y discriminación de sus vivencias tensionales.

Si bien los episodios de taquicardia no se repitieron, su cuerpo hablaba costantemente. No parecería entonces un síntoma de conversión (Cf. citas de Freud en *Isabel*). En los tempranos comienzos de su tratamiento padeció de una lumbalgia que blandió como un certificado que le impedía el uso del diván. A los pocos días del casamiento de una de sus hijas expresó el dolor ante esta separación con un dolor agudo hemorroidal debiendo operarse

urgentemente. En estas oportunidades no podía asignarle a estos A. S. un significado, y no aparecían giros idiomáticos en los que se pudiera pesquisar una intención metafórica.

Los resfríos y las algias corporales lo postraban en la cama ante situaciones que requiriesen una solución que demandara un procesamiento del afecto. Simultáneamente era sumamente eficiente y operativo en el plano laboral.

A medida que pasaba el tiempo empezó a adquirir cierto interés por hablar de algunas cosas; tomó una distancia operativa y desarrolló cierto humor para enfrentar los problemas. Su percepción paranoica en relación a las vivencias emocionales disminuyó.

Simultáneamente su mujer lo enfrentó a un problema de celos con su madre y hermana, exigiéndole que tomara partido. Se sintió injustamente tratado, acorralado y sorprendido en su buena fe.

Su necesidad de estar en buenos términos con todo el mundo se vio amenazada. En el tratamiento entramos en un período productivo donde pudo cuestionarse y se animó a tomar posiciones aunque en todo momento se identificó con su oponente y lo justificó. En cualquier lugar de la escena en el que se pusiese, pudo entender los móviles de su adversario.

Con angustia y dolor pudo enfrentar peleas. Al quedar destituido su mundo ideal, tomó en cuenta las fracturas en su entorno. Pasó a un rol activo en el escenario mental, al empezar a cuestionarse acerca de cómo involuntariamente pudo haber sido él quien habría generado los problemas que hoy hacían eclosión.

Siente que no cuenta con aliados en estos conflictos y comienza a sentirse solo. Ocurre en este momento un episodio que marca un punto de inflexión en su tratamiento. Después de una clase de gimnasia comienza a sentirse mal. "Había ido muy cargado a ver si descarga-

ba". Percibe un golpeteo en el pecho y su ritmo cardíaco aumenta. Piensa que se desencadenaría una taquicardia como las que ya padeció. Tirado en el piso llama al instructor para demandar la intervención de un equipo de emergencias médicas. El joven comienza a hablarle e inquirir sobre su estado y los factores que pueden incidir en su nerviosismo. Calma su desesperación y habla y habla. Después de un cuarto de hora yace tranquilo con la convicción de que superó su estado.

Al relatar este hecho adquiere la convicción de que cedió gracias a que pudo pensar y hablar de lo que le preocupaba. Según su decir, hubo una "esponja de palabras que evitó el desborde".

Se resignifica a través de la idea de la esponja de palabras lo trabajado en el tratamiento hasta ese momento y empieza una etapa productiva, referida a la nominación y enunciación de sus estados emocionales. Establece ahora una oposición entre palabra y acto obligándose de acuerdo a sus características de eficiencia a hacer pasar todo por un registro verbal.

Un cambio en este período de su tratamiento es el permiso que tiene para sentir y hablar de lo que siente. Tolerar estar deprimido y busca las causas de este estado. Pasa del miedo a lo somático al miedo a la depresión. El repudio de sus vivencias se ha trocado por una fóbica aproximación a su mundo emocional con posibilidad de nominar y compartir sus emociones.

En este período puede enunciar sus pensamientos incluyéndose como "YO" o con su nombre, y han aparecido proyectos en los cuales las secuencias temporales son básicas para su ejecución. Es decir, se puede ubicar a sí mismo en el pasado o en el futuro haciendo correspondencias fantasmáticas acerca del sentido de su vida. Es decir, está funcionando desde el modelo de las psiconeurosis ■

La psicósomática psicoanalítica

Juan Bautista Repetto*

1) ¿Cómo pensamos sobre la enfermedad?

El hombre se ha debatido siempre en la dicotomía. Desde los tiempos prehistóricos se ha planteado la existencia de un mundo dividido, entre lo visible y lo invisible, lo conocido y lo desconocido, lo concreto y lo abstracto, la materia y el espíritu, el cuerpo y la mente.

La apreciación de la realidad es una configuración que surge de los datos que aportan los sentidos y de las sensaciones que provienen de las fantasías.

De modo que toda percepción lleva implícita una interpretación de la realidad, signada por las vivencias que el hombre experimenta.

La enfermedad, que el hombre percibe con sus sentidos y vivencia con su cuerpo, ha sido interpretada siempre de acuerdo con sus ideas y creencias.

El hombre primitivo interpretó que la enfermedad era una manifestación de la fuerza primaria de los espíritus. Estos impregnaban su vida por doquier, se presentaban en los sueños y habitaban en todas las cosas que lo rodeaban.

Creían que la enfermedad se producía por la entrada en el cuerpo de espíritus maléficos. El enfermo era atacado por un espíritu dañino. En concordancia con esa creencia la curación del enfermo consistía en la



acción sobre el cuerpo. De allí que practicaran la trepanación del cráneo acompañada de rituales y plegarias con la finalidad de dar salida a los demonios.

Los egipcios creían que las enfermedades entraban en el cuerpo por la acción de un dios, el espíritu de un muerto o el deseo maligno de un enemigo.

Los babilonios y los asirios pensaban que las enfermedades eran enviadas por los dioses como castigo a alguna transgresión moral.

Por consiguiente, la causa de la enfermedad había que buscarla dentro del paciente. Su curación requería el examen de los pecados y la purificación de su alma.

Los judíos continuaron esa concepción. El antiguo testamento contiene continuas referencias a la obediencia de los mandamientos como protección contra las enfermedades.

Los griegos mantuvieron esas interpretaciones espiritualistas, al mismo tiempo que iniciaron el desarrollo de la medicina científica. Aporta-

ron elementos importantes al conocimiento de la anatomía, la fisiología y la patología. Esto se hizo posible en función de un profundo cambio en el pensamiento, que pasaba de una concepción mágico-religiosa a una concepción racional del mundo, en la cual se buscaba una explicación natural de las enfermedades. Esa actitud condujo a una acumulación de conocimientos que fueron el resultado de observaciones cuidadosamente recogidas y comprobadas durante siglos enteros.

Fundaron varias escuelas de medicina. Las más famosas fueron las de Cos y la de Cnidos.

La escuela de Cos, a la cual pertenecía Hipócrates, sostenía que la enfermedad se originaba en el interior del cuerpo como consecuencia de un desequilibrio de los líquidos corporales. El entorno del paciente influía en el origen del desequilibrio.

De modo que al estudiar una enfermedad se debía tener en cuenta el lugar en el que vivía el paciente, el agua, los vientos y, además, los trastornos emocionales.

Para Hipócrates la enfermedad dependía de elementos físicos externos (fuego, aire, tierra, agua) y de los líquidos corporales (sangre, moco, bilis negra, bilis amarilla) así como del temperamento (sanguíneo, flemático, melancólico, colérico) y de las emociones del sujeto (optimismo, apatía, melancolía, ansiedad).

Hipócrates se plantea el problema de la mente. Sostiene que ésta no se localiza en ningún órgano. Si bien, piensa que las funciones de la

* Médico psiquiatra. Integrante del Depto. de Medicina Psicósomática y Psicoanalista didacta de A.P.A.
Tel.: 41-7134

mente se desarrollan en el cerebro, el principio vital básico era el "pneuma" del cual dependía el cerebro. El "pneuma", entonces, era la fuente original de la inteligencia y de los sentimientos.

Hipócrates parece relacionar lo corporal y lo emocional en el origen de la enfermedad.

A la escuela de Cnidos, en cambio, se le asigna una orientación más mecanicista. Pensaban que la vida se iniciaba en la materia. Los átomos eran partículas materiales irreductibles que conformaban todas las cosas de este mundo incluso a los seres humanos.

Cuando los sujetos morían esa multitud de átomos volvía al universo y el psiquismo desaparecía. Con ese razonamiento intentaban demostrar que la materia precedía al psiquismo y que éste era el resultado de la existencia material.

Galeno, hace un planteo holista. Preconiza lo que podríamos considerar hoy una interacción entre psiquis y soma. Por ejemplo, creía que la depresión se debía a un desequilibrio de la bilis y que, al mismo tiempo, expresaba un deseo desordenado.

En la Edad media prevalece el pensamiento religioso. La dicotomía se plantea en otros términos; la existencia de un cuerpo terrenal condenado por la concupiscencia y un alma superior, purificable e inmortal.

Durante el Renacimiento se renueva la curiosidad científica que permaneció latente en la Edad Media. Se logran avances en los conocimientos sobre la anatomía y la fisiología del cuerpo humano.

Llegamos así a Descartes (1596-1650), considerado el padre de la filosofía moderna. Su influencia ha sido decisiva en el pensamiento occidental hasta nuestros días. Imprimió una forma de pensar netamente definida en el razonamiento y en el método científico.

Introdujo el método de la duda. Establece que, solamente se debe aceptar como verdadero, aquello que se presenta clara y distintamente a nuestra razón. Esto llevaba implícito, en su época, prescindir de la verdad revelada por la Iglesia, la filosofía, etc.. Intentaba con ello separar una actitud que permitiera la observación objetiva de la realidad evitando los prejuicios, las creencias y las especulaciones filosóficas.

La segunda regla preconiza dividir cada dificultad que se desee estu-

diar en cuantas partes sea posible. Y posteriormente, recomponer la totalidad.

La tercera regla indica conducir ordenadamente los pensamientos, empezando por los objetos más simples y fáciles de conocer para luego ascender progresivamente a los más compuestos.

La cuarta regla destaca que las revisiones que se hagan sean amplias y generales, para permitirnos estar seguros de no omitir nada.

Descartes plantea una nueva versión de la eterna dicotomía del hombre. Postula la existencia de un yo que se aprehende a sí mismo como naturaleza pensante, y la existencia de las cosas que ocupan un lugar en el espacio. Esta interpretación de la realidad da lugar a dos entidades separadas y claramente definidas, la mente y el cuerpo.

Psiquis y Soma, como sustancias existentes en la realidad. Por lo tanto, Descartes divide el universo en dos clases de sustancias; la "res cogitans" (el observador), y la "res extensa" (la cosa observada). Sobre esta forma de pensar, se asienta el sentimiento de certeza en la objetividad del investigador científico.

Morgagni (1682-1771), demostró que un órgano alterado puede producir una enfermedad. Este cambio en la interpretación de la enfermedad, secundada posteriormente por numerosos investigadores, condujo a considerar la existencia de enfermedades y no de enfermos.

Las medicina se orientó hacia el tratamiento de los órganos. En ocasiones, sin tener en cuenta la individualidad del paciente.

Durante el siglo XIX se multiplican los conocimientos sobre el cuerpo y su funcionamiento. El ser humano es subdividido en su abordaje. El cuerpo pasa a ser objeto de estudio de la ciencia. La mente una cuestión reservada a la filosofía. Y el alma permanece en el ámbito de la religión.

Con el descubrimiento de la célula (Virchow, 1821-1902), el origen de la enfermedad se traslada a las alteraciones en el nivel celular. Esto inaugura un nuevo centro de atención para el estudio y el tratamiento de las enfermedades.

Esta rápida visión de algunas de las ideas del hombre sobre la enfermedad muestra dos cosas;

1. Que la acción terapéutica está supeditada siempre a las ideas que el hombre construye sobre la enfermedad.

2. Que esas ideas, hasta las más primitivas, subsisten activamente en nuestro psiquismo. Por cuanto los desarrollos lógicos-rationales del pensamiento del hombre, no han logrado hacer desaparecer los temores, los deseos, las fantasías y las esperanzas primarias del hombre.

Hacia fines del siglo XIX aparecen, desde el campo de la medicina, investigadores como Janet, Breuer, Freud y otros, que toman por primera vez a la psiquis como objeto de la investigación científica.

Freud introduce una hipótesis original que implica un verdadero cambio epistemológico. Postula que los síntomas somáticos de la histeria de conversión, pueden ser comprendidos como vivencias impedidas de desarrollo en la conciencia.

Es un enfoque novedoso, no sólo los sueños, los actos sintomáticos y los actos fallidos y los síntomas psíquicos sino, también los síntomas somáticos conversivos son actos plenos de sentido. Es decir, que pueden ser comprendidos como expresiones de afectos, vivencias o conflictos reprimidos. Una vez concientizada su significación inconciente, mediante la interpretación, se logra restablecer el encadenamiento coherente y comprensible de los actos psíquicos conscientes que el síntoma había interrumpido. El sin sentido aparente de la enfermedad, adquiere el sentido original que había perdido.

Freud demuestra el papel central de los afectos reprimidos en la histeria de conversión. El cuerpo enfermo puede ser leído como un lenguaje.

Pero, tenemos dos Freud. El que desarrolla la teoría sobre las pulsiones (a las que define como representantes psíquicos de los estímulos somáticos, que provienen desde el interior del cuerpo), y, el de la noción del inconciente como algo que está más allá de lo psíquico y de lo somático.

En la primera, mantiene la concepción científica que prevalece en su época. Esto es, que lo psíquico emana del funcionamiento del cuerpo. En la segunda, aparece su pensamiento más original. Postula un inconciente, que no es ni psíquico, ni somático. Por cuanto lo psíquico y lo somático, en su hipótesis del aparato psíquico, son categorías que resultan de la diferenciación de las cualidades que tiene lugar en la conciencia.

Mientras que en lo inconciente

no hay cualidades sino cantidades de energía. Se trata de una instancia tan incognoscible como la "cosa en sí" kantiana del mundo externo. Es decir, que nuestra conciencia, nuestro yo conciente, sólo tiene representaciones tanto del mundo externo como del inconciente.

Se abre así un mundo para la investigación en base a la configuración de un nuevo objeto de estudio, el inconciente. La conciencia deja de ser una referencia confiable. Si bien la conciencia expresa lo que oficialmente piensa o siente el sujeto, al mismo tiempo, obedece al propósito de ocultar lo que piensa o siente inconcientemente. La noción de enfermedad se extiende a la noción de conflicto.

El término psicósomático fué acuñado por Heinroth en 1818. De alguna manera tenía la intención de señalar el origen mental de las enfermedades somáticas.

Pero, la psicósomática, nace con el psicoanálisis.

El camino abierto por Freud, con sus tesis sobre los síntomas somáticos, el inconciente y las descargas del afecto por vía vegetativa, fué continuado por numerosos autores. Fueron pioneros, en la investigación de las enfermedades psicósomáticas, Groddeck, Dunbar, Alexander (1811-1964) y F. Deutch (1884-1964). Y entre nosotros Angel Garma, Arnaldo Rascovsky y Celes Carcamo.

La asociación entre psicología y fisiología en la medicina psicósomática, ha llevado a que autores americanos la denominen medicina psicofisiológica.

Félix Deutch, desarrolló toda su obra orientado hacia la investigación de la relación entre los fenómenos psicológicos y los fisiológicos.

Dunbar sostuvo que, ciertas patologías somáticas, se dan en determinados perfiles de personalidad y no en otros.

Alexander, considerado el fundador de la psicósomática, postula la especificidad del conflicto en las enfermedades psicósomáticas. Es decir, que cada una de las siete enfermedades psicósomáticas clásicas, estudiadas por él, el asma bronquial, la úlcera gastroduodenal, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial, la neu-

rodermitis y la tirotoxicosis, posee un conflicto psíquico específico reprimido.

Estos autores pioneros, coinciden, siguiendo a Freud, que el síntoma psicósomático es el resultado de la descarga por vías vegetativas de la energía emocional. La lesión que se produce en el órgano es la consecuencia física, inevitable, de una disfunción duradera, provocada por el conflicto psíquico reprimido.

Garma, postula en sus trabajos sobre la úlcera gastroduodenal, que el conflicto psíquico puede engendrar una regresión en el nivel fisio-



lógico alterando las funciones del órgano.

Pero, cabe señalar que existe una clara divergencia entre la psicósomática que adopta los métodos experimentales de investigación, de aquella otra que lo hace basada en el método de la asociación libre. Esta merece ser diferenciada como psicósomática psicoanalítica.

En la actualidad, los últimos descubrimientos han cambiado sustancialmente la manera de ver las cosas. Los conocimientos provenientes de la física cuántica, la relatividad, la biología molecular, las ciencias de la información y la inteligencia artificial, han llevado no sólo a repensar las mismas cosas que siempre han preocupado al hombre, entre ellas, la enfermedad, sino también a pensar sobre cómo pensamos.

Por lo pronto, en la actualidad se ha perdido la certeza en la objetividad de los conocimientos científicos. Desde Heisenberg, con su

principio de incertidumbre, ha disminuido la creencia en la objetividad científica. Hoy se piensa que el observador es parte del fenómeno observado. Interviene con su presencia en el resultado final de la experiencia.

Dentro de la misma física, considerada como el paradigma de las ciencias positivas, existe cierta decepción hacia el racionalismo cartesiano. Ya no se cree que se aprehenda la realidad en forma fehaciente. Por ejemplo, que la física pueda llegar a aprehender la realidad última de la materia. Y a partir de esa concepción "objetiva" de la realidad explique los grandes enigmas del hombre, entre ellos, la enfermedad.

En la actualidad, más bien, se tiende a creer que las cosas se nos ofrecen para ser interpretadas. Y que existen diversas racionalidades, que son legítimas, pero diferentes entre sí, para la interpretación de los datos que aportan los órganos de los sentidos acerca de la realidad.

Existen diferentes métodos de interpretación de un determinado fenómeno. Pero, ninguna de esas interpretaciones, configuran su realidad última ni se excluyen entre sí.

Por lo tanto, cada nivel de observación, cuenta con un método propio que incide sobre el fenómeno de un modo distinto. Y por lo tanto, la experiencia que genera es diferente.

Por lo pronto, aquello que entendemos como una realidad esencialmente unitaria; el hombre como un ser indivisible, queda fragmentado en conocimientos provenientes de diversos niveles de estudio.

De modo que, el hombre enfermo, puede ser visto como un objeto físico, químico, fisiológico, psíquico, económico, lingüístico, social, etc., según el método de abordaje con que el observador se acerque a él.

La posición actual es que la búsqueda de la verdad ha de ser modesta y acorde a los métodos que se utilizan. El resultado que se obtenga será siempre circunscripto a ese nivel de la experiencia.

Se trata de una razón nueva, no cartesiana. Porque ha cambiado la relación entre nuestra forma de pensar y los objetos (Atlan, 1986). Se parte del supuesto que los objetos de la naturaleza son los mismos de siempre sólo que, ahora, los vemos

diferentes porque pensamos de otro modo.

Ya no se cree que una ciencia determinada pueda dar la interpretación última de la realidad, de modo que haga innecesario otros enfoques y otras interpretaciones de esa misma realidad.

Desde esta posición, entendemos que entre la psicología y la fisiología existe un abismo conceptual. Pertenecen a diferentes niveles de organización del conocimiento y de los campos del saber.

La fisiología, como un razonamiento organizador de observaciones y experiencias, acordes con el método empírico de investigación de los seres vivos. La psicología, como un razonamiento organizador de las observaciones y experiencias, acordes con el método de la asociación libre de las ideas, creencias, fantasías, deseos, afectos, relaciones de objeto y comportamiento.

Esto implica no deslizarse de la supuesta unidad última del objeto a la unidad forzada de las disciplinas que lo estudian. Los conceptos de mente o de pensamiento, no pueden ser reducidos a los conceptos de cuerpo o de cerebro, ni viceversa. Pertenecen a niveles conceptuales irreductibles entre sí.

Esto tiene su importancia, porque los conceptos de psicogénesis y de somatogénesis, que aluden a la causa de la enfermedad, entran en crisis.

El riesgo de describir procesos psíquicos mediante referencias biológicas, puede llevar al equívoco de pensar que la organización psíquica es un conjunto de propiedades que emergen de la organización biológica. O sea, que es la causa física del síntoma psíquico. De la misma manera, describir los procesos somáticos mediante referencias psicológicas, puede llevar al equívoco de pensar que la organización psíquica es un conjunto de motivaciones que determina a la organización biológica. O sea, que es la causa psíquica del síntoma somático.

Debemos tener cuidado de caer en las especulaciones de una concepción materialista o de una concepción idealista del mundo.

En la actualidad existe, más bien, una tendencia a desplazar al problema mente-cuerpo sobre bases nuevas, llamadas funcionalistas, la cual trasciende al reduccionismo materialista o idealista.

No se plantean a la mente y el cuerpo como entidades primarias.

Entienden que sólo son palabras que designan construcciones lógicas del pensamiento, para aludir a experiencias diferentes. La mente y el cuerpo son conjuntos organizados de representaciones diferentes.

Piensan que el problema se ha creado por un mal uso del lenguaje. En lugar de tomar las palabras y conceptos como símbolos, que aluden a un referente ausente, o como representaciones, que aluden a una realidad inasible, se las ha considerado como sustancias primarias.

Es decir, como si fuera una esencia que existe más allá de sus cualidades. Una existencia que permanece por sí misma, sin depender de ninguna otra cosa.

Dentro del campo psicoanalítico nos movemos, justamente, en el ámbito de las representaciones y su significado. Nuestra tarea consiste en establecer relaciones de significado, entre las representaciones provenientes de la experiencia somática o de la experiencia psíquica, teniendo como referente común la dimensión del inconciente.

II) ¿Qué es la psicología psicoanalítica?

La psicología psicoanalítica es una especialización dentro del psicoanálisis. Del mismo modo que el psicoanálisis de niños o el psicoanálisis de psicóticos.

Prescinde de los experimentos de laboratorio y de las estadísticas. Y, por lo tanto, se diferencia de la psicología, que sigue los métodos empíricos de investigación.

El centro de su atención consiste en el estudio de la interacción de las estructuras psíquicas y el cuerpo y sus funciones.

Si bien los conocimientos sobre el funcionamiento y la patología del cuerpo, son los provenientes del campo de la medicina, la psicología psicoanalítica se basa en los conocimientos provenientes del psicoanálisis.

Esto implica que el psicoanalista que se especializa en psicología necesita del saber clínico que posee la medicina. Y, esencialmente, necesita una suficiente formación psicoanalítica para la investigación de las fantasías inconcientes.

Es decir, estar capacitado para la tarea de indagar las relaciones significativas entre las representaciones del cuerpo que aporta el conocimiento actual, y las representacio-

nes que se movilizan en la situación transferencial.

Por lo tanto, su instrumento de trabajo se basa en el desarrollo de dos áreas del conocimiento. El conocimiento constituido por el conjunto de representaciones, derivadas de la percepción de los órganos de los sentidos, que solemos definir como la experiencia objetiva; y el conjunto de representaciones derivadas de las sensaciones, afectos y fantasías que llegan a la conciencia desde el interior del psiquismo del analista, que solemos definir como la experiencia subjetiva. Constituye todo aquello que los psicoanalistas conocemos como la contratransferencia.

Además, su formación requiere la profundización del estudio sobre los códigos del lenguaje corporal, del lenguaje de los afectos y del simbolismo en general. El estudio etimológico de las palabras, los usos corrientes del lenguaje, los giros idiomáticos, los mitos, las leyendas, etc.

Cabe, finalmente, resaltar el campo privilegiado de la relación transferencial analista-paciente, en el cual se desarrolla la comunicación que permite el desciframiento del lenguaje de la enfermedad. Podemos poner en escena la diferencia entre dos actitudes prototípicas, que llamaremos la actitud médica y la actitud psicoanalítica en relación con la enfermedad somática, a través de un caso relatado por Weizsacker.

Se trata de un campesino que visita al médico porque quiere saber "qué es" el dolor que tiene en una parte de su cuerpo.

El médico lo revisa y le dice: "Ud. no tiene nada".

El campesino, naturalmente, duda. No puede entender cómo es que no tiene nada si le duele.

Luego de un cierto tiempo, consulta a un segundo médico de mayor experiencia.

Este médico descubre en la anamnesis que el campesino está envuelto en un juicio que lo tiene a maltraer. Por lo tanto, le explica que su dolor se debe a los nervios, y le aconseja no tomarse las cosas tan en serio.

El campesino tiene ahora dos nuevos interrogantes a su pregunta inicial.

1) no puede entender cómo los nervios le producen el dolor que siente.

2) cómo puede hacer para no ponerse nervioso si siente que está siendo víctima de una injusticia.

Como su angustia ha aumentado

se siente impulsado a realizar una tercera consulta.

Este médico comprende más que los anteriores.

No certifica aquél; "Ud. no tiene nada" por el mero hecho de que los métodos de investigación que utiliza no constatan una alteración física. Pasa a interesarse por las circunstancias de la vida del campesino. Descubre que el campesino está litigando por un campo que no vale el dinero que está gastando en el juicio.

El diálogo que establece con el paciente le permite comprender que el campesino desde muy pequeño suele asumir actitudes obstinadas. El médico relaciona ese rasgo de carácter con la perseveración de una actitud infantil de enfrentamiento con la imagen de un padre severo que no lo deja manifestarse.

El médico entiende que el campesino ha adoptado esa actitud permanente de reclamo. La demanda de un trato justo se convirtió en el valor supremo de su vida.

Y, por lo tanto, en el juicio intenta demostrar que tiene razón, que es el más fuerte y que puede ganar.

El médico interpreta que el adversario en el juicio representa al padre, y el campo por el cual disputan era para el campesino la representación de la madre.

Este médico pensó psicoanalíticamente. Es decir, que intentó buscar significados. Pero estimó que dada las condiciones del campesino no era aconsejable el tratamiento psicoanalítico. En su lugar le prescribió un medicamento.

Como este médico lo impresionó más que los otros, la mejoría se extendió por un lapso de tiempo mayor.

A esta altura de las consultas el campesino olvidó la pregunta inicial que lo había llevado al médico.

El quería saber que era eso que le dolía. Pero, en lugar de obtener la respuesta a su pregunta encontró un medicamento. Los médicos lo transformaron en un enfermo dependiente de la farmacología.

Esta incompreensión de los médicos, dice Weizsacker, llevó a que un caso esencialmente moral se convirtiera en un caso médico.

El campesino ha quedado atrapado en una relación médico-pacien-

te, que no crea las condiciones para desarrollar otra forma de comunicación que no sea, exclusivamente, el que establece la enfermedad física.

Después de muchos años el campesino vuelve a la consulta. Ha sido operado de cálculos en la vesícula.

Los dolores han desaparecido. Pero, se había transformado en una persona descontenta y amargada.

A mi entender, me parece un claro ejemplo de fracaso en el encuentro psicossomático entre médico y paciente. El paciente perdió la pregunta inicial que lo había llevado a



la consulta; ¿qué hay aquí? en esta parte de mi cuerpo que me duele. Y los médicos perdieron la oportunidad de interpretar el sentido de ese dolor corporal.

La pregunta es, ¿la enfermedad hubiera evolucionado del mismo modo si el primer médico le hubiese interpretado, "Mire Ud. sabe lo que es, es su habitual costumbre de querer ganar a cualquier precio, por ese motivo continua litigando de una manera obstinada, si abandona esa actitud es posible que se cure"?

No lo sabemos. En primer lugar, no creemos que la mutación de esa actitud se pueda lograr con una sola interpretación. Pero sí creemos que el abordaje médico tradicional y el abordaje psicoanalítico son diferentes y que ambos pueden coexistir conjunta o alternativamente sin excluirse mutuamente en el tratamiento de las enfermedades.

Justamente, la posición del especialista en psicossomática analítica consiste en asumir plenamente la responsabilidad de buscar los signi-

ficados inconcientes de las enfermedades, a partir de sus manifestaciones en la conciencia, sean psíquicas o somáticas. En tanto que, como dice Weizsacker, son dos caras de la misma moneda, o sea, que son las dos caras de una misma persona.

III) La premisa fundamental en psicossomática psicoanalítica

La premisa básica de la psicossomática psicoanalítica es la misma en que se asienta el psicoanálisis; las enfermedades en general tienen algo que ver con la vida del sujeto. Con lo que pasa en su vida y con su particular manera de vivenciarla.

La gran pregunta es, ¿cuál es el sentido de la enfermedad?

Previamente caben dos aclaraciones,

1. ¿a qué enfermedad nos referimos?

2. ¿a qué aludimos cuando hablamos del sentido de la enfermedad?

Nos referimos a todas las enfermedades en general. Desde nuestro enfoque, consideramos que todas las enfermedades son psicossomáticas. En tanto que ninguna de ellas deja de presentar manifestaciones psíquicas y manifestaciones somáticas. No obstante,

que una de esas manifestaciones prevalezca, según la enfermedad, sobre las otras.

En cuanto al sentido de la enfermedad, partimos de una premisa que es diferente a la que sostiene la medicina tradicional. No investigamos la etiología de la enfermedad en términos de causa-efecto según la concepción fisicalista del mundo. La cual se pregunta, ¿cuál es la causa de la enfermedad?, ¿una carencia de vitaminas o aminoácidos, un agente infeccioso, una intoxicación o una falla genética? Porque parte de la hipótesis, muchas veces convalidada en la praxis, de que todo lo que ocurre es el efecto de una causa.

Aquí la pregunta que se formula es otra, ¿cuál es el sentido de la enfermedad que padece el sujeto?, ¿por qué aparece en este momento particular de su vida?, ¿cómo se inserta en el devenir de su historia personal?

Se parte de la hipótesis de que la enfermedad tiene intencionalidad, motivación, finalidad. Su ejecución

encierra una inteligencia inconciente que se entrama íntimamente con su historia individual y las vivencias del paciente.

Es una concepción diferente de la enfermedad. La cual sostiene que todas, incluso las orgánicas más severas, expresan vivencias inconcientes que no se desarrollan en la conciencia.

Por eso el psicopatista psicoanalítico se dirige a personas habituadas a pensar, o a las que estimula a pensar, para llevarlos a una tarea de comprensión del significado profundo de sus actitudes, conflictos, frustraciones, vivencias y enfermedades.

IV) Una hipótesis de trabajo en psicopatología psicoanalítica

La psicopatología analítica construye sus hipótesis de trabajo con los elementos propios del psicoanálisis.

De modo que parte del supuesto básico del inconciente donde tienen su origen las conmociones energéticas de la pulsión. Las que finalmente se descargan en la conciencia como afectos.

¿Qué es el afecto?, es el componente energético que acompaña a la representación conciente. Se trata de una descarga física, motora o secretoria, que se patentiza a través de los diversos órganos. Y que acompaña a una representación conciente en relación con un objeto.

Por ejemplo, las inervaciones motoras y secretorias que producen las lágrimas del llanto, las facies contraídas, la congestión nasal y los ojos enrojecidos son las descargas físicas o corporales que acompañan al sentimiento de tristeza en relación con la pérdida o duelo de un objeto.

Lo mismo en el rubor, las alteraciones vasomotoras en la cara, gestos y actitudes corporales que acompañan al afecto de vergüenza en relación a un objeto determinado. O el desviar la vista, ponerse rojo de bronca, apretar los dientes y los puños en el afecto de enojo hacia alguien, etc.

Existe, pues, en el afecto conciente una correspondencia entre el acontecer corporal y el acontecer psíquico. Una sincronización psicocorpórea que es significativa y comprensible. Es una confluencia de actividades físicas y psíquicas que corresponde a la unidad psicopatológica que es el hombre. Todo ello en función comunicativa hacia un otro, el

objeto, hacia quien en último término está dirigida la acción.

Las manifestaciones corporales del afecto conciente permanecen dentro de un lenguaje comprensible porque mantienen su conexión significativa con el objeto.

El afecto que aflora y domina la conciencia, le permite al sujeto saber lo que quiere, buscar al objeto y, finalmente, se desvanece en la elaboración o en la acción.

Ahora bien, sabemos que la represión se caracteriza por disociar el ligamen que se ha logrado en la conciencia entre el afecto y la representación, porque "presentizan" una vivencia traumática insopportable.

En consecuencia, primero se lo rechaza de la conciencia y, luego, se lo reprime.

El afecto de la vivencia traumática, una vez reprimido no desaparece, sino que, por el contrario, se expande, ramifica y crece en el inconciente, en el cual se produce una acumulación de energías que se convierten en un contenido duradero. El sujeto pierde la noción de su necesidad y de la consecuente acción, que debe llevar a cabo, para lograr la distensión de esa excitación.

Llegado a cierto punto el balance de fuerzas se inclina por la energía de los afectos reprimidos, que conduce al retorno de lo reprimido.

Este retorno se resuelve en soluciones de compromiso entre las fuerzas de los distintos niveles de fijación y las fuerzas de los diferentes mecanismos de defensa que darían lugar a síntomas neuróticos, psicóticos o somáticos.

Estos síntomas constituyen siempre una descarga parcial e incompleta de la energía acumulada en el inconciente.

El síntoma somático es una descarga deformada del afecto, que lo torna incomprensible porque se ha roto la correspondencia natural entre los componentes psíquicos y los componentes somáticos del afecto conciente. El afecto ha perdido su enlace con la representación conciente y con ello ha perdido su camino hacia los objetos del mundo.

La intensidad de los afectos reprimidos no disminuye, por el contrario aumenta. Y ese exceso de energía busca nuevas vías físicas de derivación que se diferencian cualitativamente de los afectos concientes.

Se presentan como perturbaciones físicas aisladas, sin relación alguna con representaciones concien-

tes, ni con el resto del cuerpo ni con el objeto; taquicardia, transpiración, vértigo, fatiga, constipación.

La historia de María

María es una paciente que dramatiza en la transferencia la búsqueda de un vínculo simbiótico con su analista. Es decir, que adopta una conducta regresiva, en aras de crear un espacio virtual donde depositar su necesidad de gratificaciones primarias, cariño, cuidado, protección y, también, las quejas y reclamos por sus frustraciones.

La relación simbiótica en la transferencia suele ofrecer una oportunidad para la elaboración de las relaciones de objeto más tempranas.

En una sesión psicoanalítica en la cual irrumpe la madre de María se desarrolla una violenta disputa entre ambas.

La escena reproduce la vivencia de desamparo y desesperanza que María experimenta cada vez que intenta acercarse a la madre en búsqueda de una relación que la contenga.

La relación simbiótica que intenta establecer con el analista, conlleva la fantasía de volver al punto en el cual se detuvo su desarrollo yóico, y por ende, la evolución de su relación de objeto primaria.

El analista, en la transferencia pasa a ocupar el lugar del objeto que necesita para continuar su crecimiento afectivo.

La situación es extrema porque la demanda del objeto que la asista es perentoria y debe ser otorgada en forma ininterrumpida y sin dilaciones.

La presión que ejerce, a través de sus actuaciones e intentos de suicidio, muestra hasta dónde es capaz de llevar su autodestrucción, cuando se siente frustrada o limitada en su expansión. Posee la compulsión de infligirse el suficiente sufrimiento como para que sus objetos se sientan responsables del destino de su vida.

El análisis de la transferencia nos permite bosquejar una construcción sobre la historia mítica infantil de María, en su relación primaria de objeto.

La madre de María y su primer hijo varón establecieron un período de intensa simbiosis. Este hijo se constituyó en algo así como un ideal para la madre. Simbiosis que fué una fuente de celos y envidia para

María, que vivenció esa relación como excluyente. Este hijo pudo alcanzar un cierto grado de discriminación, recibirse de abogado, salir de la casa paterna, mantenerse a sí mismo y formar una pareja estable.

Ese tipo de relación madre-hijo no se repitió con María. Más bien, la madre proyectó en ella sus propias pulsiones rechazadas. María siente que la madre siempre se quejó de ella, recuerda expresiones como; "no sé de donde salió esto", "era una nena fea y hambrienta".

El maternaje de María se interrumpió precozmente. La madre que es maestra retorna a su trabajo a los 17 días del nacimiento de María. Esta queda al cuidado de la abuela materna, psicótica, y de una tía sin hijos.

Es evidente que el bebé expresa sus afectos por medio del lenguaje corporal. Esto es, que hace uso del lenguaje universal de los afectos.

Por cuanto, como lo definió Freud, el yo es primero y antes de todo corporal. Y por lo tanto, el cuerpo encarna a un yo que expresa sus afectos.

El llanto actual de María es la expresión corporal de la tristeza por la pérdida del objeto protector. Y, a la vez, es una reminiscencia de las experiencias infantiles frustrantes con la madre.

El llanto es una descarga corporal, motora y secretoria, que se presenta con agitación muscular, secreción de lágrimas, gritos y enrojecimiento de las facies. Pero, también, es la reminiscencia de una situación de peligro; la angustia por la ausencia del objeto primario.

En el recién nacido el llanto es la acción adecuada conducente a dar aviso al objeto asistente para cambiar las condiciones de placer que experimenta.

Es un lenguaje eficaz entre el niño y la madre. Pero, en la infancia de María el llanto se convirtió en algo más que el afecto coherente que trasmite un mensaje.

Porque en el mito familiar, María "lloró siempre, lloró hasta los tres años, lloró toda su infancia".

Por lo tanto, el llanto se convirtió en un síntoma neurótico destinado a ligar el excedente de angustia motivado por la ausencia insoportable de la madre.

Sabemos que en el afecto se manifiesta en inseparable unidad

un acontecer psíquico y un acontecer somático.

Constituye una sincronicidad anímico-corporal cuyas manifestaciones últimas en la conciencia permiten diferenciar a los afectos entre sí. Por lo tanto, el semejante puede comprender el estado de necesidad que lo motiva, el objeto requerido y la acción que se debe llevar a cabo para satisfacerla.

El observador empático puede interpretar con relativa facilidad que si el niño llora, grita, emite lágrimas y sus facies se contraen, está expresando un afecto.



El afecto conlleva ese aspecto comunicativo. Es un mediatizador que emite señales para convocar al objeto.

Pero, María no logra convocar al objeto que participe en el logro de la acción eficaz para satisfacer su necesidad.

Ella llora continuamente como señal de que no encuentra alivio a su necesidad.

De modo que el llanto, que comenzó en su infancia, se ha transformado en sus manifestaciones. La desorganización de la sincronicidad anímico-corporal sufre diversas vicisitudes.

María llora, primero, por el dolor que experimenta frente al impacto de la necesidad. Luego, por la angustia que le despierta la ausencia de la madre, o su presencia no empática. En ocasiones, cuando la frustración agota su capacidad de espera, llora de rabia.

En otros momentos, el llanto de María constituye un síntoma psicó-

tico que expresa la angustia catastrófica frente a la vivencia de aniquilamiento de su organización psíquica. Es la manifestación del pánico frente a la percepción alucinatoria del objeto persecutorio omnipotente. En estos momentos pasa a interpretar el mundo como algo aniquilante del que debe defenderse o al que debe atacar.

Veamos algo más; María a los 5 meses de edad, después de haber pasado por el llanto del afecto de angustia que llama al objeto asistente, por el llanto como síntoma de la angustia neurótica y por el llanto como síntoma del pánico psicótico, desarrolla una nueva forma del enfermar. En el momento del destete, precisamente, se desarrolla una enfermedad cuyos signos conforman el cuadro clínico de la broncoalveolitis.

La represión ha producido la deformación de la sincronicidad psico-corpórea. De modo que el afecto retenido retorna a la conciencia a través de un síntoma corporal. O sea, a través de una expresión física regresiva que altera la función respiratoria. Las lágrimas que desaparecieron de los ojos, en la broncoalveolitis, brotan de los alveolos.

El trastorno somático configura el intento regresivo de hacer posible lo imposible.

Esto es, retornar al modo de funcionamiento del período embrionario-fetal. Un período donde la organización yoica de alguna manera funcionó y le permitió sobrevivir.

En ese período los alveolos estaban ocupados por el líquido amniótico. La función respiratoria se cumplía por medio del cordón umbilical.

La enfermedad somática estalla porque el sujeto no puede volver atrás los pasos ontogenéticos de la maduración corporal ya dados.

Las formas corporales de funcionamiento prenatal no están disponibles aunque esas correlaciones puedan existir en la fantasía.

El cuerpo postnatal no puede adaptarse correlativamente a esas fantasías inconcientes pero sí puede alterarse sensiblemente en el intento.

Por lo tanto, en la historia de María se suceden, y alternan, afectos concientes comprensibles y síntomas como correlatos deformados de los afectos. Estos últimos, construi-

dos por defensas neuróticas, psicóticas o somáticas.

En cada una de estas formas del enfermar, las correlaciones entre el acontecer somático y el acontecer psíquico se disponen de maneras diferentes.

A los 6 años María tiene un ataque de falso crup, un estridor. Esto es, la expresión deformada de un grito reprimido. Un grito que se reprimió porque previamente el objeto externo no acudió para reconocer su significado como grito de dolor, rabia, angustia, pánico, disgusto o petición. Cabe preguntarse en qué medida, la carencia de una madre mediatizadora que interprete el mensaje contenido en el lenguaje afectivo natural de su niño impulsa hacia la desorganización de las expresiones afectivas reconocibles.

Lo que retorna del grito sofocado es el estridor.

Tiempo después, se instala el asma bronquial, que en forma de accesos esporádicos persiste hasta la actualidad.

Este síntoma somático respiratorio, remite al retorno deformado del acontecer corporal, que acompaña a las inervaciones del llanto y del grito normal, que han quedado suprimidos de la conciencia.

La crisis asmática es la retención de la salida del aire de los pulmones, que es indispensable para hablar, llorar y gritar. El ataque de asma comprendido como un grito sofocado dirigido a la madre (Alexander, 1956).

La represión del afecto compromete la capacidad yoica para captar el contexto vivencial-significativo en el que se está inmerso.

Sólo aparece el síntoma como residuo irreconocible del afecto. Esto es, un acontecer corporal aislado de la representación consciente, antagónico con el funcionamiento corporal y en un lenguaje desconocido que requiere ser interpretado para develar su significación ■



Las pinturas que ilustran este artículo son de Francis Bacon.

El cuerpo físico visto como comunidad, pueblo o Estado

Alejandro S. N. Fonzi*



Medicina Psicosomática y Sociedad

La relación entre Medicina Psicosomática y Sociedad despierta un natural interés en todos nosotros. Ni enfermos, ni cualquier profesional relacionado con esos tópicos (médicos, psicoanalistas, sociólogos, etc.), ni cualquier persona con amplio deseo de conocimiento, pueden reaccionar con indiferencia enfrentados con este tema. Es más, existen numerosas razones para afirmar que comprender que existe un estrecho vínculo entre Medicina Psicosomática y Sociedad, constituye uno de los grandes temas de nuestro tiempo. Podemos afirmar también que este tema es pertinente a todos los hombres en general y que nos invita a tomar conciencia de situaciones básicas de los seres humanos conviviendo entre ellos y ubicados en su medio ambiente.

Cae por su propio peso que, como todo planteo trascendente, presenta una multiplicidad de aspectos para su estudio, presenta diferentes facetas y enfoques, unos más y unos menos explorados, todos ellos valiosos y útiles para ser encarados, merecedores de ser pensados y discutidos en profundidad.

*Psicoanalista. Miembro adherente de APA e integrante del Dep. de Med. Psicosomática de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tel.: 42-5658

Giacometti, Uomo che indica, 1947.

Dos enfoques conocidos

1) *Influencia de la Medicina Psicosomática en la Sociedad*

Desde este punto de vista se considera la Medicina Psicosomática como un qué-hacer determinado, una tarea, una labor del hombre y se busca estudiar de qué modo afecta esta tarea a la sociedad en la que se desarrolla, cuál es el papel que desempeña o qué debiera desempeñar, qué influencia puede ejercer en la misma constitución de esa sociedad y así sucesivamente.

2) *La necesidad social como generadora de la Medicina Psicosomática*

Según este otro punto de vista, se estudia a la Medicina Psicosomática como el producto o el emergente de la presión ejercida por una necesidad social sobre los individuos que constituyen a esa sociedad. Esta necesidad latente impone a sus miembros, al entorno social, la tarea de encontrar un "algo-por hacerse" (hacer Medicina Psicosomática, en este caso) que la satisfaga. Enfocándolo de esta manera se volvería relevante el carácter de la psicosomática como *encuentro* entre el hombre, por un lado, y una necesidad colectiva, que no permite que se la desatienda, por el otro.

Un enfoque original: Víctor von Weizsäcker

Podríamos continuar ejemplificando puntos de vista ya explorados, importantes todos ellos. Todos y cada uno permitirían tener un adecuado marco de referencia o punto de partida, desde el cual profundizar un estudio del tema de base.

Pero no es ese mi objetivo. Considero, en cambio, de particular importancia el plantear un aspecto que, por lo original, es más inusual y menos explorado.

Un texto de Víctor von Weizsäcker, escrito en "Cuestiones Fundamentales de Antropología Médica", servirá al mismo tiempo de introducción y de síntesis de esta particular relación.

Dice Weizsäcker: "Resulta evidente que, en el organismo, nos encontramos con una grandiosa asociación de individuos que ciertamente no habrán alcanzado todavía su formación definitiva, su plena individuación, o que ya pareciera haberla sacrificado nuevamente, los cuales, sin embargo, han logrado, a pesar de las distancias de localización y de la gran diferenciación en construcción y en función, una especie de formación de pueblo o de Estado.

La Psicología Médica y también el Psicoanálisis, empero, han desarrollado hasta el momento, sólo débiles relaciones con la psicología colectiva o de las masas o social, y no es de extrañar que no pudiera seguir, hasta ahora, los múltiples órganos y menos a las células en los cuales transcurre una enfermedad...*

El cuerpo visto como Comunidad, Pueblo o Estado

¿Qué nos dice Weizsäcker en el texto citado? ¿Qué significado tiene lo que afirma?

Weizsäcker plantea, ni más ni menos, que se puede comprender a un organismo, a un cuerpo físico vivo, como una comunidad, un pueblo o un estado. Comunidad o pueblo constituido por "individuos", llámense órganos, tejido o células, que oscilan entre la búsqueda de una conformación definitiva, de una completa individuación, y una renuncia a ella tal como sucede con todo sujeto que integre una sociedad. Estos "individuos" se encuentran en profunda e íntima interconexión entre ellos, interconexión que le da, a pesar de las diferencias existentes entre ellos y de las distintas localizaciones en las que se hallan, su misma condición de organismo.

Agrega, además, por si con esto no alcanzara, que la falta de desarrollo de una genuina Psicología Social, ha impedido hasta ahora un se-

guimiento adecuado, en profundidad, de una enfermedad. Para decirlo en otras palabras: sería necesario alcanzar un Psicoanálisis o una Psicología Médica que profundice ampliamente, sólidamente, en lo social, para acceder a la comprensión de las enfermedades somáticas del hombre en su misma intimidad, orgánica o celular.

En principio sus palabras resultan enigmáticas y sorprendentes. Creo sin embargo, que contienen el grado de misterio y de asombro que inevitablemente experimentamos toda vez que nos enfrentamos con una verdad nueva, con un genuino conocimiento original, con un descubrimiento que se nos revela.

En mi opinión Weizsäcker, de golpe (Bateson diría "abductivamente"), borra las diferencias netas entre el "hombre físico" y lo social. Reintroduce en el "interior" del cuerpo vivo, a una colectividad social completa y lo presenta como la resultante de las vicisitudes que sufre ese conjunto. De este modo vuelve a encontrar en el organismo, fenómenos que pueden ser mejor comprendidos si se estudia profundamente un sistema jerárquico superior, como sería el constituido por el de los hombres en convivencia.

El estudio y la comprensión psicológica comprometida de los hechos sociales, la profundización de las relaciones entre los hombres, de su convivencia, inaugura una nueva e insospechada fuente que brinda su propio material a la comprensión de los fenómenos somáticos, tanto en su fisiología como en su patología. Desde esta particular óptica podría afirmarse que enfermedad somática y trastorno social quedan relacionados en su misma esencia.

Al mismo tiempo puede plantearse el camino inverso: todo conocimiento profundo de la fisiología y de la patología orgánica, iluminaría con su propia luz a los modos de convivencia entre los hombres, ayudándonos a comprender e identificar estructuras "normales" o "patológicas" de una sociedad.

Este planteo, por lo novedoso, despierta inverosimilitud y por momentos parece bordear la ciencia ficción. Pero si pensamos cuánta coincidencia existe entre este pensamiento y el concepto de Ecosistema de la Mente de Bateson, el de Holón de Koestler y con las ideas de Lewis Thomas, entre muchos otros desarrollos geniales, este pensamiento adquiere una fuerza propia que

vuelve imposible sustraerse del interés que despierta.

De lo que no cabe duda es de que se trata de una nueva visión de las cosas que trasciende la relación entre la psicósomática y la sociedad, para abarcar infinidad de otros temas.

En mi opinión esta nueva visión de las cosas, se basa, se apoya, se fundamenta, en un trípode conceptual, producto de una revolución del pensamiento, característico de nuestra época. Este trípode está constituido por:

- 1) El abandono de la hipervaloración que tenemos del aspecto *material* de la realidad.
- 2) El asumir a conciencia la relatividad del concepto de *individuo*
- 3) El cobrar conciencia del carácter *organísmico* de lo social.

Un itinerario personal

Quisiera referirme al camino concreto por el que transité que permitió preparar mi pensamiento hasta volverlo apto para que "prendieran" en él las ideas antes expuestas.

Durante muchos años formé parte de un grupo que se dedica a la investigación psicoanalítica de las enfermedades somáticas. Esta investigación tiene su punto de partida en un fundamento: considerar que *psíquico* y *somático* son apenas calificaciones con que *la conciencia* intenta describir a un mismo existente inconciente unitario, en dos modos de organización acordes a su propio funcionamiento. Para expresarlo de otra manera: lo inconciente en sí mismo no es ni psíquico ni somático; de él parten representaciones que, de acuerdo a cómo accedan a la conciencia, cobran el rótulo de *significaciones* o de *perceptos materiales*. Aparentemente independientes las unas de los otros.

Este concepto de base permite el estudio de los llamados fenómenos somáticos, a la luz de la óptica psicoanalítica.

Sólo más tarde comprendí que, apenas relativizamos o abandonamos el campo de la conciencia, de igual manera que se pierde la diferencia estricta entre psiquis y soma, también se pierden o desdibujan los límites aparentemente precisos entre *individuo* y *población*, entre "yo" y "los otros", que ella, la conciencia, intenta mantener.

Podemos ver como, a la manera de una urdimbre, se iban entrela-

*El destaque es mío

zando, entretejiendo, conceptos tales como los de *psiquis* y *soma* con otros tales como los de *individuo* y *población*.

Pero además el grupo al que aludo tuvo su origen en otro grupo que se reunió a fin de profundizar el estudio en psicoanálisis de la *Transferencia-Contratransferencia*. De este originario interés surgió luego la necesidad de descubrir, en el mundo de las representaciones que se nos ofrecen como somáticas, un *lenguaje* psicológicamente comprensible.

En este momento, y a la luz de lo que venimos exponiendo, me parece natural esa "ascendencia". El fenómeno de la transferencia-contratransferencia pone de manifiesto la *relación vincular* de dos sujetos, paciente y analista, que *interactúan* desde sus respectivas funciones en un medio determinado. También atenúa la imagen del analista *enfrentado* al paciente, poniendo de relieve el análisis de la relación entre ellos, el análisis de la *microsociedad* que se forma allí, en el consultorio, entre paciente y analista, más todos los personajes internos que ambos albergan. Permite comprender que es *esa sociedad*, con sus particulares modos de convivencia, el verdadero objeto del psicoanálisis.

El estudio cabal de la transferencia-contratransferencia obliga a la revisión de toda nuestra conceptualización de vivirnos como *entidades separadas*. Esta conceptualización es, a su vez, heredera directa de la hipervaloración de la información que nos brindan nuestros sentidos que nos presentan, nos invitan a registrarlos, como cuerpos materiales bien delimitados, con precisos propósitos propios; esto es, como objetos aislados enfrentados al espacio que los alberga.

De esta modificación conceptual nace la autorización y la posibilidad de comprender lo corporal, tanto en su fisiología como en su patología, como un mensaje cifrado al que podemos tratar de traducir. Pero es necesario buscar el código de ese mensaje críptico, presente en toda función y en toda disfunción del cuerpo, *fuera* de la historia personal *individual* de un determinado sujeto. Es preciso investigar, descubrir estos, significados, interpretar símbolos, que sólo se vuelven claros si recuperamos un *lenguaje común* que une a todos los seres humanos, a todos los seres vivos. Este lenguaje nos mancomuna en una situación de participación en la que podemos



vernarnos, desde nuestras individualidades, como olas de un mismo océano en constante interacción.

Hay otro elemento, finalmente, que ayuda a entramar esa urdimbre *cuerpo físico-comunidad social* que se

fue formando durante ese mi itinerario. Ese elemento es el constituido por un número cada vez mayor de trabajos de investigación, que apuntan específicamente al psicoanálisis de lo somático, con temas como el cáncer, los trastornos inmunitarios, lo muscular, la alergia y el asma, el contagio y ciertas infecciones, lo pulmonar, la hipocondría, lo cardíaco, la hipertensión arterial, lo renal, etc., que desembocan, ejemplifican, toman como modelo, se confunden, son enriquecidos o enriquecen, a revisiones de conceptos "sociales". Conceptos sociales tales como la crisis de la idea de individuo, con la acumulación de evidencias cada vez más convincentes de que hay "planes", o "proyectos", o "sistemas", o "estructuras" u "organismos", que sólo revelan su significación si se trasciende el esquema habitual de individuo. De este modo cobran forma esquemas interactivos más amplios, que obligan a pensar en términos de ampliación de la conciencia individual, de ecosistema, de gestalt, de holón. En definitiva, de nuevas conceptualizaciones acerca de organismos que llevan a la necesidad de considerar las inter-relaciones de los diferentes elementos que los constituyen y entre los distintos sistemas a los que pertenecen. Cobran nueva luz conceptos como el de encuentro, convivencia, trascendencia, contrato, consenso, autoafirmación, participación, falsedad y autenticidad.

Desarrollos de esta índole nos llevan a enfrentarnos con la evidencia directa de que *todo sistema vivo*, toda entidad biológica, al igual que *toda entidad social*, está *naturalmente*, y *no culturalmente*, organizada en modo jerárquico dentro de una estructura que, al mismo tiempo, lo incluye y lo trasciende. Este ordenamiento jerárquico propio de cada ser vivo, célula, hombre o nación, implica una distribución automática de funciones entre los individuos que lo constituyen, funciones establecidas y determinadas *por el conjunto*.

Funciones que, de resultar alteradas, se manifestarán como enfermedades corporales en un caso, y como disturbios sociales, en el otro. Funciones que dan forma a los constituyentes de un organismo (corporal o social), que los confirman, y desde las cuales "cada uno" se siente participando, "libre e independientemente", en el todo ■

La clínica del paciente con daño somático

Diagnóstico y abordaje psicoterapéutico

Mauricio Chevnik*

Los trastornos localizados en el cuerpo y que son de interés para un psicoterapeuta, implican un vasto territorio no siempre bien delimitado. Esto trae dificultades en el diagnóstico y por consiguiente en las propuestas terapéuticas.

Tanto en el terreno médico como psicoanalítico se utilizó el término de *psicosomático* para referirse a una serie de trastornos orgánicos en los que la incidencia de los factores psíquicos era esencial. Esa categoría utilizada en forma amplia impide una buena conceptualización del campo de interrelación entre lo psíquico y lo somático.

Concientes de esta dificultad el DSM III R propone dos categorías que son las de "Trastornos somatoformes" y la de "Factores psicológicos que afectan el estado físico".

No aparece el término "Enfermedades psicosomáticas" que quedarían fuera de la nosografía como entidad psicopatológica. Lo cual no implica que el psicoterapeuta este excluido de este campo tan complejo y en el que su intervención es decisiva.

Me voy a referir, al diagnóstico y dificultades psicoterapéuticas que en la clínica actual plantean estos pacientes.

Se trata de una patología que responde a un mecanismo mixto: lo somático con su realidad propia (daño orgánico) y lo psíquico caracterizado básicamente por



Jean Arp, *Torse de femme*, 1953

"déficit en los mecanismos de elaboración psíquica".*

Para mis reflexiones tomaré en cuenta la diferencia establecida por Freud(3) y mantenida a lo largo de su obra entre Conversión histérica (modelo de la histeria) y Somatización (modelo de la actual neurosis).

Esto remite a la cuestión básica de si debemos extender o no la noción de conversión a cualquier patología somática.

La distinción planteada implica que el concepto de psicogénesis en cuanto a las manifestaciones corporales debieran quedar reservadas para la histeria de conversión.

Además no tendría sentido leer la "gramática del inconciente" en la lesión orgánica aunque esta, una vez producida puede entrar en una trama significativa (neurotización secundaria).

Esto nos lleva a cuestionar algo demasiado aceptado y es el de haber dado a los contenidos de las fantasías un rol patógeno (como si éstas fueran un traumatismo, un virus, etcétera).

Esto quiere decir que el sujeto enfermaría por estar conteniendo dichas fantasías que una vez "interpretadas" dejarían de ser causa de la enfermedad orgánica.

Utilizaré entonces la noción de psicosomática como un "enfoque psi" ante cualquier

*Médico psiquiatra, Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Co-Director del Instituto Psicosomático de Buenos Aires. Tel. 824-0320.

* Creo útil diferenciar mente de psiquis. Me remito al concepto enunciado por Winnicott: "El compañero del soma en el vals de la vida no es la mente" aunque, agrega el autor que el verdadero compañero, la psique depende del cerebro intacto y del funcionamiento intelectual para su desarrollo.

enfermedad somática y no como categoría psicopatológica.

Esta mirada implica pensar la interrelación de los factores "psi" que intervienen en el paciente. Reconocer la existencia o no de una relación específica entre la forma de la enfermedad y un modo de organización psíquica caracterizado por indicadores originales que vuelven a un sujeto vulnerable al desarrollo de las enfermedades somáticas.

Abordaje diagnóstico

Este implica tomar en cuenta diversos aspectos en este tipo de pacientes.

a) La índole de la realidad lesional

Aunque sea obvio no debemos olvidar que los riesgos de ciertas enfermedades difieren en función de los sistemas somáticos involucrados, por ejemplo patología cardiovascular, oncológica, etc.

Esto lleva a tomar en cuenta un orden de prioridades ya que puede estar en juego la vida de un paciente. La defensa a ultranza de toda la concepción psicósomática llevó en algunos casos a un exceso de psicologización no sólo a los profesionales sino a los mismos pacientes con el consabido riesgo de no tomar en cuenta el trastorno orgánico que estaba desarrollándose.

b) La configuración de la enfermedad

Esto se refiere a las consecuencias psicológicas secundarias a la enfermedad y va a depender de la historia y de los recursos defensivos de un paciente. Es decir de la respuesta o la falta de ésta que su estructura pueda brindar.

La enfermedad somática puede devenir o no objeto de investidura. Por ejemplo: pacientes que sufren una alarma exagerada frente a síntomas somáticos no graves, hasta desarrollo de enfermedades severas ante las cuales el paciente "no se da cuenta".

Una vez que la enfermedad hizo su aparición se generan dos posibles reacciones tal como lo señala P. Marty(5) Una conduce a una "reorganización regresiva" y otra a una "desorganización progresiva" con manifestaciones de Depresión esencial, vida operatoria, etcétera.

Dentro de las reacciones a la enfermedad debemos tomar en cuenta la incidencia de ésta en la vida relacional del paciente: familiar, social,



laboral, etc., todo lo cual dió lugar a desarrollos teóricos importantes dentro de este campo.

c) Estructura psíquica que acompaña a la enfermedad

Una enfermedad somática puede darse en el seno de cualquier estructura psíquica y va a ser desarrollada y resuelta de acuerdo a dicha organización.

Me voy a referir a un tipo particular de estructura que vuelve a un sujeto vulnerable al desencadenamiento de una enfermedad o una crisis dentro de enfermedades crónicas.

Una serie de conceptos desarrollados por la teoría psicoanalítica al estudiar la patología Fronteriza, nos permiten definir elementos importantes que se manifiestan en estos pacientes.

Ante todo se hace necesario distinguir lo más claramente posible dentro de una organización determinada que patología deriva del *conflicto psíquico* y aquellos fenómenos que son consecuencia de *fallas en la estructura narcisística del sujeto: déficit narcisístico*.

De la primera dependerán elementos psiconeuróticos conservados en mayor o menor medida.

De la otra problemática derivan trastornos más severos que se pueden manifestar como: "Estructura defectuosa del self (Falso self patológico); falta de constancia o continuidad en las relaciones de objeto o por el contrario rigidez y empobrecimiento de estas; incapacidad para el manejo de la vida afectiva (Alexitimia); sobreadaptación; un tipo particular de pensamiento (Pensamiento operatorio); incapacidad funcional de la actividad fantasmática, etcétera.

Estas fallas derivarían de acontecimientos que no encontraron un lugar psíquico y que provocaron un vacío en lugar de una huella.

Al no lograrse efectos de significación la tarea de recordar u olvidar es imposible. Nos encontramos ante los efectos de la *desinvestidura* y no de la *represión*.

El aparato psíquico en lugar de producir un trabajo frente al acontecimiento (inscripción, huella, actividad de representación) queda dañado, con una falla.

Toda esta problemática fue estudiada por diversos autores que la describieron desde distintas perspectivas: lo actual neurótico; déficit narcisístico; represión primaria; lo irrepresentable; lo preconflictivo; el

blanco; el vacío; posición paradójal (en donde predomina la alucinación negativa del pensamiento); pulsión de muerte, etcétera.

Lo común en todos estos desarrollos es la incapacidad de simbolización que acarrea estos fenómenos. Se trata pues, de fallas en los mecanismos de elaboración psíquica.

Un ejemplo típico de esto lo vemos en las pérdidas objetales tan común en el comienzo de una enfermedad o en su recrudescimiento. En lugar de desarrollar los procesos del duelo (trabajo del duelo) asistimos a un tipo de respuesta que se acerca al vacío, a la nada tanto de las representaciones como de los afectos.

En general las respuestas del paciente que responde con "desinvestidura" (como lo contrario al trabajo psíquico) transforma la vida del paciente en algo apagado y sus manifestaciones se caracterizan por la tendencia a lo impersonal.

Vinculado a esto, la noción de *depresión esencial*(5) alude a un fenómeno donde la depresión a veces inadvertida, pasa fundamentalmente por la sensación del cuerpo abatido y no por manifestaciones en la esfera psíquica (no hay culpa, autorreproches, remordimiento, tristeza, etc.)-en lugar de todo esto aparece un incremento del *vacío afectivo y representacional: vida operatoria acompañada de un exceso de adaptación**.

Este cuadro puede anteceder o cursar junto al estallido somático, de ahí la necesidad del diagnóstico no siempre fácil ya que, lamentablemente para el paciente la adaptación y la cordura no se pierden.

Quisiera insistir que todos estos estados se definen sobre todo por la *negatividad*(4), es decir, por lo que "no está allí": afectos, fantasmas, actividad proyectiva, etcétera. Esto

* El paciente dice (o nos dicen de él) que está "bajoneado" pero no triste.

es lo que llamamos *carencia de lo psíquico*.

Repárese que se trata de un modo de funcionamiento que se caracteriza básicamente por la *ausencia de lo psíquico*, que no se encuentra integrado a lo somático siendo esto para Winnicott la verdadera enfermedad**.

La depresión que estamos describiendo si bien está en relación a ciertos acontecimientos de pérdida (personas, status social, país, etc.) a veces aparece sin que estos sean significativos.

Este tipo de respuesta a través de la *depresión esencial* es una de las formas en que se manifiesta la *decatetización*. En este punto nos acercamos a la relación entre pulsión de muerte y la enfermedad somática.

Dicha pulsión es vinculada en general a los fenómenos de autoagresión y masoquismo e implican un aumento y acumulación de tensión. Esto es diferente a concebir la pulsión de muerte como tendencia a la reducción de tensiones, al cero de la carga; en última instancia un movimiento hacia la desinvestidura. Esta cursa con una disminución importante de la actividad imaginativa y proyectiva.

El sentimiento de muerte psíquica que esto trae se manifiesta clínicamente como sensaciones de vacío, aburrimiento, sensación de nada, insatisfacción, dificultad en concentrarse, insomnio, etcétera.

Al perderse el sentido de realidad interna y por lo tanto el autosostén, aparece la sensación de *derrumbe*(8), es este el momento donde puede aparecer la enfermedad.

El lenguaje cotidiano alude a esta circunstancia en la cual alguien "cae enfermo".(2)

** Esto es otra dificultad para designar a estas enfermedades como psicósomáticas ya que "lo psicósomático" en realidad es la condición de la salud a través de la integración de ambas realidades en un sujeto: lo psíquico y lo somático.

También la decatetización puede llegar hasta la realidad externa de un sujeto, que aún manteniendo sus actividades habituales éstas se "apagan" pierden brillo, vivacidad. Aparece una curiosa mezcla de desinterés con hiperadaptación. Es aquí donde se hace necesario distinguir entre deseo de muerte y muerte del deseo (Piera Aulagnier).

El hecho de no poder resolver psíquicamente una situación (una pérdida afectiva o aún la misma enfermedad somática) implica que el paciente es dominado por el acontecimiento, no pudiendo responder psíquicamente. En esto consiste la falla en los mecanismos de elaboración psíquica. Lo opuesto es lograr "ausentar" el acontecimiento, es decir tomar distancia y no negarlo. Esto implica la capacidad de producir una respuesta *simbólica*; es esto de lo que carecen este tipo de personalidades.

Las características que estamos describiendo son las condiciones de vulnerabilidad o de implicancia (pero no de génesis en el desarrollo de una enfermedad orgánica. Para que ésta se desarrolle hace falta que entren en juego además, una serie de elementos orgánicos diversos: genéticos, inmunitarios, infecciosos, etcétera.

Podríamos decir que los factores psíquicos*** en juego son necesarios pero no suficientes. No podemos afirmar lo mismo de los elementos somáticos. Por ejemplo una malformación genética puede ser una condición suficiente al igual que ciertas infecciones, traumatismos, etcétera.

Como puede apreciarse esta teorización de la estructura psíquica deriva de lo que se conoce acerca de los estados límites. Como lo afirma J. Bergeret,(1) depresión - narcisismo - estados límites (en cuyo terri-

*** Factores psíquicos, insisto que tienen que ver paradójalmente con la negatividad o carencia de éstos.

torio entra la patología del carácter) son la misma cosa, y sostiene que la mayor parte de las depresiones que vemos están ligadas a una *economía narcisística desfalleciente*. Estos sujetos que quedan "siempre listos" para servir al objeto (boy-scout) a veces se descompensan. No lo hacen bajo la forma de psicosis sino bajo un historia somática grave.

Siguiendo a P. Marty(5) pensamos que la calidad de la resistencia física de un sujeto frente a distintos tipos de traumas depende en gran medida de la solidez de su constitución psíquica. La desorganización de las defensas que dependen de ésta influye sobre las defensas biológicas. Esto lleva a la necesidad de detectar aquellas estructuras psíquicas vulnerables (déficit) propicias a la desorganización somática. De ahí la importancia que otorgamos al diagnóstico.

d) El contexto médico en el que se desarrolla la enfermedad

La práctica médica actual sobre todo la de alta complejidad, plantea nuevas problemáticas en la terapéutica de estos pacientes. Una de ellas es la "interacción" entre profesionales intervinientes que da lugar a que se constituyan "equipos médicos" que no siempre tienen la suficiente integración y coherencia. Este "cuerpo médico" con sus escisiones o fragmentaciones a veces producen efectos indeseables ya que no podrá cumplir con un rol fundamental que es el de constituirse como *sostén elaborativo de la enfermedad*(2) que permita el desarrollo de la mentalización. La crisis que provoca un cuerpo médico mal constituido se ve en temas referidos a la información, toma de decisiones, etcétera.

Pensamos que la tradicional noción de "relación médico-paciente" en la medicina de alta complejidad se ve relegada por la de "relación paciente - cuerpo médico". Se perciben tendencias actuales que volverían a plantear la necesidad del "médico de cabecera" como factor de integración.

El psi integrado o no en estos equipos médicos plantean diversos problemas. Por ejemplo el tema de la derivación del paciente a la consulta psi o viceversa del psi a la consulta médica.

A veces también desde nuestra participación indicamos una serie de intervenciones además de la terapia individual: familia, pareja, medicación, etc., que genera un campo



no siempre bien coordinado y coherente.

Como vemos la participación psi en el curso de una enfermedad somática o cuando ésta se desarrolló durante una psicoterapia es sumamente compleja y es necesaria una reflexión seria de este campo para evitar *iatrogenias* indeseables y a veces graves.

Abordaje terapéutico

Los desarrollos que propondré a continuación se basan en conceptualizaciones de una psicoterapia psicoanalítica con modificaciones en relación al análisis clásico.

Son diversas las situaciones clínicas que se presentan en la articulación entre enfermedad somática y cura psicoterapeuta.

a) que el paciente consulte por la aparición de dicha enfermedad. Esta implica un estado de crisis donde la continuidad de la vida queda marcada por una inseguridad (desamparo). Recordemos que el término "cacer enfermo" alude precisamente a ello. La toma de conciencia de esta situación puede llevar a una reestructuración de su "si mismo" que se vio conmovido por este acontecimiento. En general se trata de personalidades narcisistas (Kohut) que recién a partir de esta crisis que implica miedo y nueva oportunidad se hacen más accesibles al análisis.

b) que a raíz de una enfermedad sea derivado por un colega médico que entiende que la cura psicoterapéutica lo beneficiará. Esta situación plantea grandes dificultades para abordaje ya que la demanda la realiza otro, como si a diferencia del caso anterior la crisis no conmovió una estructura probablemente más cerrada, más comprometida en su sistema de deformación yoica (caracteropatías más severas) impidiendo movilizaciones útiles.

Tal vez la derivación de estos pacientes plantea una tarea previa de parte del médico.

c) que durante una cura el paciente desarrolle una enfermedad somática más o menos grave. En estos casos es importante detectar durante la terapia fallas en los procesamientos psíquicos que se pueden manifestar por:

Ansiedad difusa: estados en los que los afectos se degradan indican un Yo poco investido (fallas en el narcisismo), la angustia deja de funcionar como señal y nos acer-

camos a lo que Freud plantea como "Espanto" (Schreck).

Desbordes : Actos, peleas, decisiones apresuradas, etcétra.

Depresión esencial: que no es neurótica ni psicótica. Durante estos periodos disminuye el tono vital pero sin sintomatología mentalizada (tristeza, culpabilidad, etc.). Aparecen conductas y pensamientos operatorios; manejo alexitímico de los afectos, disminuye ese gran procesador que es la "actividad relacional" con los otros y con su propio cuerpo.

Este cuadro trae como consecuencia una acumulación de los "deshechos": lo no representado, lo actual, llevando al sujeto a un estado de desamparo, en el sentido de agotamiento de los recursos psíquicos, que ponen en riesgo al soma. Estos estados deberían producir modificaciones en el encuadre como describiremos luego.

Ante estas situaciones son diversos los problemas que deberemos tomar en cuenta.

1) Indicación terapéutica

Frente a un paciente que solicita o es derivado a la consulta psi solamente por el daño somático, las opiniones están divididas. Están los que proponen que el tratamiento de elección es el psicoanálisis, hasta aquellos que lo contraindican, pasando por otros que opinan acerca de la conveniencia de una psicoterapia psicoanalítica modificada.

Al indicar la conducta terapéutica se deberá tomar en cuenta que a veces la presencia y actitud del entrevistador animando (dando vida) la actividad psíquica declinante, puede disimular una estructura deficitaria tal como la hemos planteado.

Este encubrimiento de la tendencia a la desorganización y de su precario equilibrio psicósomático puede hacer aparecer como adecuada una cura psicoanalítica clásica, lo cual plantea riesgos, por la frustración que supone careciendo el pa-

ciente de recursos psíquicos regresivos para afrontarla. Por esto es fundamental distinguir "deficit narcisístico" de "regresión narcisística" en la que se conserva la huella o inscripción de la ligadura al objeto primario. En la primera en cambio la libido pierde su cualidad afectiva y se vuelve pura excitación que perturba al organismo que tiende a defenderse a nivel biológico.

2) La demanda de análisis

Como lo planteamos anteriormente a veces un análisis puede comenzar debido a la eclosión de una enfermedad somática. Un deseo de curación de dicha enfermedad, subyace a este comienzo por parte del paciente, del médico o de la familia. Esto requiere que para obtener la omnipotencia de dominar la muerte, sea necesario como primer paso atribuirse la analista. Esto implica que éste no se identifique con dicha posición, para lo cual deberá provocar una cierta renuncia a su propio narcisismo.

3) La psicoterapia

En el campo de las enfermedades somáticas son diversas las posibilidades para una psicoterapeuta: desde la psicoterapia al paciente hasta intervenciones en el entorno de la enfermedad: familiar, contexto médico, etcétra. Este último aspecto se refiere a la interconsulta médico-psicológica que he desarrollado en otra publicación.(2)

Es fundamental partir de la distinción conceptual entre *frustración* (la ausencia del objeto conduce a re-presentarlo) y de la cual derivan el deseo y los fenómenos transferenciales; y *trauma* donde las fallas en la mediación de la necesidad trajeron como consecuencias un vacío psíquico: representacional y afectivo. (Agujero psíquico).

Cuanto más predominen los primeros la indicación va a hacer un análisis clásico, en caso de poder realizarse. Los autores que toman en

cuenta las ideas expuestas acerca de la estructura que pueda acompañar a la enfermedad orgánica prescriben un abordaje psicoterapéutico prudente, debido a los problemas que plantean la *disfunción del aparato psíquico*.

En este tipo de pacientes que, repito, no son todos los que padecen enfermedades orgánicas, el *psí* debe manejarse en un delicado equilibrio entre proveer un sistema de paraexcitación (barrera protectora contra el exceso de estímulos) y un aporte de excitaciones cuando predomina la tendencia al cero de la excitación (desinversión).

La cura tiene dos riesgos: sobrecargar con interpretaciones todas las áreas conflictivas que terminan desorganizando el resto psíquico funcionando. Se trata de un abuso de intervención que se vuelve intrusivo.

El otro riesgo es dejar el vacío tal cual y responder con un silencio mortífero: sin aportar investidura e interés hacia el paciente, caeríamos en una ineficacia por exceso de neutralidad.

En ambas situaciones, está impedido el desarrollo de la simbolización.

Cuando, como en los casos que nos estamos refiriendo el daño somático está relacionado a fallas en la constitución de lo psíquico, la función del analista no es sólo ser objeto de la transferencia fantasmática, sino que jugarla en muchos casos el rol de un objeto real que tiene responsabilidades sobre la vida del paciente. Su vida relacional está empobrecida y el vínculo con el terapeuta es uno de los pocos investidos dentro de su mundo afectivo muy carenciado, a pesar de la sobreadaptación.(6)

Al comienzo en este tipo de situaciones se hace necesario respetar esta situación evitando interpretaciones transferenciales intempestivas que puedan provocar derrumbes imprevistos.

4) El encuadre analítico

Decíamos que del trauma derivan una serie de fenómenos que se basan en la desligazón (decatuización) es decir en la escisión que lleva a la angustia automática, al desamparo. En estas circunstancias graves se deberá privilegiar la situación analítica como lugar de la contención y sostén. Esto se logra entre otras condiciones a través de la regularidad en el tiempo de la sesión, la constancia del ambiente, etc. La atención del analista hacia el material del paciente no alcanza. Es necesario también dirigirse hacia el paciente mismo. "Prestar atención": esta frase se vuelve decisiva en circunstancias en la que una enfermedad somática esta en juego. Lo decimos en un doble sentido: que algo no se nos escape, pero también en el sentido de invertir, a pesar de el estado de indiferencia del paciente, ya que estamos padeciendo la exclusión libidinal o agresiva de aquél. La presencia de un encuadre es necesaria cuando encaramos la psicoterapia de estos pacientes en la medida que los procesos de regresión llevan a la desintegración de los precarios enlaces entre lo psíquico y lo somático.

Se trata entonces de:

- Tener una actitud como decíamos prudente y además intentar en cada caso la constitución de un encuadre que responda a cada situación particular (hospitalización, entrevistas en la casa del paciente, etc.).
- Se trata de concebir el encuadre no solamente como el espacio de la repetición sino como un verdadero instrumento de transformación mediante el cual se promueva la significación.
- Tomar en cuenta el funcionamiento mental del terapeuta: sabemos que es parte esencial del encuadre. Cuando en el desarrollo de una cura o desde el comienzo se plantea el funcionamiento antes descrito, el vínculo entre el paciente y el analista puede desarrollarse bajo dos formas: una gran inquietud, con irritabilidad en el paciente con deseos de interrumpir la sesión. Hay un predominio del registro biológico de la pulsión. El pensamiento se ve alterado afectándose toda capacidad de asociar.

En otros momentos predomina un discurso operatorio, monótono, aburrido, con muy escasa fantasmatación.



Estas situaciones muestran formas de "desfallecimiento psíquico", de "muerte psíquica". Frente a esto el analista puede reaccionar con un exceso de interpretaciones, que reproduce la intrusión del objeto con la repercusión en el pensamiento que esto trae. O dejar el vacío tal cual está y no poder hacer nada para abordarlo.

Frente a todo esto, ¿qué hacer?

- Favorecer en todo lo posible las tendencias expresivas.
- El énfasis estará puesto no tanto en interpretar lo inconsciente sino en la posibilidad que el paciente entre en contacto con él.
- Ocuparse e intervenir para señalar los enlaces psicossomáticos que puedan producirse durante la sesión. Por ejemplo aparición de un fenómeno somático, dolor, contractura, que coincida con un momento transferencial.
- Favorecer la construcción de un contenido imaginario que llene ese hueco entre el fenómeno somático y un suceso en el vínculo con el terapeuta. Estos contenidos imaginarios actúan como mediadores al modo de lo preconsciente.
- Esta mediación no se reduce a : interpretar los significados o a reducir el material a un sistema teórico siguiendo el modelo de la traducción simultánea, evitando de este modo una confabulación intelectual que llevaría a un "falso análisis" semejante a un "falso self patológico".(8)

Se trata entonces no de un efecto de revelación que el terapeuta debe producir sino de concebir la tarea como un trabajo de elaboración.

La elucidación de un mecanismo que está actuando, ¿ha de ser comunicado al paciente?; ¿en qué medida la apropiación de un determinado sentido por parte del paciente puede jugar un papel en el proceso de la curación?, son cuestiones importantes que deberán plantearse durante un proceso terapéutico ya que una cosa es detectar los mecanismos psíquicos y otra volverlos analizables.(7)

5) Modificaciones en el encuadre

Tomando en cuenta lo desarrollado anteriormente, la cura clásica puede sufrir modificaciones. Comentaré alguna de ellas:

- a) Cara a cara: se hace necesario el cambio ya que la percepción puede proveer elementos para la ligadura.

b) Número de sesiones: ¿es necesario mantener siempre el mismo número de sesiones? Hay pacientes que "se alivian" frente a las vacaciones, a "no tener que venir", etcétera. En estos casos qué valor tiene el "no análisis". ¿No será una forma que tiene el paciente de regular un exceso de intrusión por fallas en el "para-excitación"? Pienso que debemos aprender a manejar "las interrupciones" del análisis para no abrumar al paciente con un número excesivo de sesiones que no está en condiciones de soportar, aunque necesite el análisis. Recordemos que un exceso puede llegar a un anegamiento del aparato: de un río se dice "que se salió de madre".

No se trata de desinteresarse por él sino de entender qué necesita y cuánto puede tolerar. A su vez que aprendamos y toleremos a "ser objeto de una desinversión" aun con toda la contradicción que esta formulación puede plantear.

Conclusiones

La noción de psicopatología en este trabajo es empleada como *enfoque de cualquier daño somático*.

No tiene sentido hablar de *enfermedades psicopatológicas* como si fueran entidades psicopatológicas. Esto último daría la impresión de una psicogénesis o causa psíquica para la lesión somática.

La interrelación entre ambas realidades somáticas y psíquicas no implica psicogénesis. Esto sí ocurre en la conversión histérica, no se trata aquí en realidad del soma sino del cuerpo (soma en tanto objeto de inversión).

¿Cómo concebir el factor psicológico que interviene en este campo?

- Como fantasías que intervienen en el trastorno a las que se atribuyen características patógenas, como a un virus, un traumatismo, etc., y que serían las causas de la enfermedad.

- Como una *economía narcisística deficitaria*. Es éste el desarrollo que hemos intentado. Este factor se lo considera necesario pero no suficiente en el mecanismo del enfermar.

Hemos hecho hincapié en la necesidad de detectar a través del diagnóstico estas estructuras donde lo que predomina es el *déficit, el trauma* y la *desorganización psicopatológica* con fallas en los mecanismos de elaboración psíquica.

Lo cual diferencia esta organización de aquellas estructuras ordenadas a través del conflicto y la represión psíquica con manifestaciones sintomáticas simbólicas: *psiconeurosis*.

La organización que hemos descrito vuelve al sujeto *vulnerable* a los riesgos de enfermedad somática cuando ese paciente debe enfrentar situaciones traumáticas.

Los estados de *no integración* entre lo psíquico y lo somático plantean cambios en la técnica que van más allá de la interpretación de lo reprimido.

Se trata de

1) Reparar los investimentos narcisísticos perdidos, o no producidos, que afectan al cuerpo y al espacio psíquico, a través del encuadre que oficia no de receptáculo, sino de la oportunidad de "nuevas experiencias, nuevas inscripciones".

2) Se trata de crear mediadores verbales entre el clivaje patológico (psique-soma) que se han separado peligrosamente.

3) Por esto la técnica no es concebida sólo como un instrumento para descifrar y que apunta a los aspectos neuróticos conservados, sino como actividad mediadora equivalente a otros mediadores (actividad lúdica; actividad onírica; actividad preconscious, etc.) ■

Bibliografía

1. Bergeret, J., Vertex, Rev. Arg. Psiquiat., Vol. I, Nº 1, agosto 1990.
2. Chevnik, M., Lecturas de lo psicopatológico. lugar Editorial.
3. Freud, S., Manuscrito E. 1894, Obras Completas.
4. Green, A., El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina XXXII, 1, 1975.
5. Marty, P., Los movimientos individuales de vida y de muerte. Ediciones Toray S. A., Barcelona.
6. Liberman, D. y otros, Sobreadaptación, trastornos psicoanalíticos y estados tempranos del desarrollo. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 1982:5.
7. Pontalis, J. B., Entre el sueño y el dolor. Edit. Sudamericana.
8. Winnicott, D., Realidad y juego. Granica Editores.

Las pinturas que ilustran este artículo son de Pablo Picasso

Entrevista al Dr. Angel Garma

Leda M. Luraguiz

Hace 50 años, en diciembre de 1942, un grupo de pioneros enamorados de las teorías de Freud, fundaba la Asociación Psicoanalítica Argentina. Entre ellos figuraba un médico español, llegado a Buenos Aires 4 años antes desde su exilio en París, donde otro adelantado, Celes Cárcano, lo había entusiasmado para que tomara a la Argentina como su lugar de residencia.

Por entonces el Dr. Angel Juan Garma, ya estudiaba pacientes ulcerosos que eran derivados y elaboraba sus ideas acerca de lo Psicosomático, ideas vigentes en los desarrollos teóricos posteriores.

Al entrar en su espacioso despacho se tiene la sensación de un privilegio. Rodeado de sus libros, con el sol de la mañana otoñal que entra a raudales por las ventanas, nos recibe Angel Garma en su viejo sillón, junto a un gastado diván donde apoyaron su cabeza varias generaciones de psicoanalistas argentinos y extranjeros.

Elizabeth Goode de Garma, Betty, como la llamamos, nos franquea la entrada y será quien añadirá sabrosas anécdotas a los recuerdos que desgranar mis preguntas.

Don Angel hojea curioso un ejemplar de *Vertex*.

Se hace difícil iniciar el diálogo entre tantos diplomas, condecoraciones, fotografías ilustres, una amarilla carta de Freud guardada celosamente tras un cristal.

Al fin logro expresar a ambos mi agradecimiento por la entrevista y confieso la emoción que me embarga.

Y mientras acomodamos los sillones Don Angel pregunta despaciosamente:

¿De qué quiere Ud. que hablemos?

Vertex: ¿Cómo se veía la Medicina Psicosomática en



Europa hace 50 años?

Garma: Mal, muy mal, no era aceptada por los psicoanalistas, mas bien era resistida. Los pacientes son síntomas somáticos eran derivados. A la Medicina Psicosomática a pesar de los trabajos de Grodeck y Félix Deutsch no se la consideraba perteneciente al campo del Psicoanálisis. En 1949, en el Congreso Internacional de Zu-

rich llevé un trabajo sobre el estudio de pacientes con úlcera gastroduodenal. Hizo un gran impacto, ya que se profundizaba más allá de las ideas de Dunbar y Alexander. Yo buscaba en el síntoma somático la fantasía que permeaba su personalidad. Pero en realidad las teorías de Alexander y la Escuela de Chicago no eran conocidas por los psicoanalistas de entonces.

Betty interviene con un recuerdo: "Tanta impresión causó el trabajo de Angel que nos invitaron a un almuerzo privado donde estaban entre otros el Presidente del Congreso, Ana Freud y la princesa Marie Bonaparte. Ella dijo que estaba muy impactada por el trabajo, que le parecía una maravilla, que era muy convincente y quería una copia. Sólo teníamos la que habíamos llevado, de modo que toda la noche tuvimos que estar con una máquina de escribir para dejarle una copia. Nos contó que tenía una hija con una úlcera de duodeno, pero aclaró que en su caso 'la madre no tenía nada que ver'."

Vertex: En sus investigaciones sobre ulcerosos, asmáticos, pacientes con cefaleas, obesidad y cardiopatías, ¿considera que existe una estructura psicológica que le es común y que podría considerarse como una característica básica?

Garma: Cada uno tiene un estructura específica. Pero hay algo común: el afán de negar el conflicto psíquico que les avergüenza. Como única estructura que podría pensarse está siempre presente, es la melancolía silenciosa pero no callada por cuanto es la vía hacia la somatización. Cada paciente tiene su perfil especial. El ulceroso describe su hiperactividad genital ya en la primera sesión de análisis, Pero en la siguiente sesión cuenta que la mujer que tiene no lo satisface, viviendo esta relación como una mordedura en su tubo digestivo. El asmático sufre la sofocante relación con una madre interna que le hace respirar un aire impuro, poco apto.

Habla mucho menos de su sexualidad que el ulceroso.

Por su parte el cardíaco teme la genitalidad que encierra para él un peligro de muerte. Tiene un secreto: una fantasía o la realidad de una doble vida.

Por eso tiene miedo de morir en una relación prohibida.

El Super Yo cumple la prohibición igual que en la neurosis: la de la genitalidad. El Super Yo del ulceroso está investido con la imagen de una madre persecutoria que prohíbe la genitalidad con una mujer que no sea ella, necesita que el hijo la ame a ella solamente. En el obeso no le permite la descarga motriz que significaría su alejamiento.

Es notable cómo es posible observar el cambio de patología y su incremento según las etapas de la vida en función del desarrollo sexual. Recuerdo un paciente que fue sucesivamente obeso, ulceroso, con cefaleas y luego acabó con un infarto.

Aparecía siempre un Super Yo primitivo. Buscaba relaciones con mujeres que no lo satisficieran, como respuesta a una orden de la madre.

Desencadena un infarto cuando inundado de temores homosexuales teme el peligro de la divulgación de este secreto.

Vertex: *¿Ha encontrado un tipo de pensamiento característico que diferencia al psicósomático de otras estructuras?*

Garma: He encontrado que presentan como defensa básica la negación. La enfermedad aparece como defensa contra sus conflictos internos que no toleran y que les avergüenza. La base estaría en la melancolía. El síntoma somático se podría decir que simboliza el conflicto. La somatización está puesta al servicio de aplacar el Super Yo primitivo. Pareciera que la curación los llevara a la muerte, ya que volvería el masoquismo contra el Yo.

El síntoma somático se mantiene o cambia en tanto se mantiene la prohibición del placer.

El nudo masoquista lo lleva a abandonar el tratamiento analítico cosa harta frecuente, por temor a la cura.

Vertex: *¿Hay una fantasía inconsciente que mantiene la enfermedad? Ud. que es especialista en sueños ¿sueña el psicósomático?*

Garma: Hay simbolización y fantasía específica contenida en el síntoma. Vuelvo a repetir que el síntoma simboliza el conflicto. En cuanto a los sueños, sueñan con el conflicto que les provoca su enfermedad. Recuerdo un ulceroso quien luego de una discusión con su mujer, frígida, y a quien él suponía enamorada de otro

hombre, luego de cenar albóndigas en un restaurant sueña que le dan a comer 2 bolas de madera recubiertas de nieve que le lastiman al tragarlas el esófago y su estómago.

Vertex: *¿Cómo ve el futuro de la Medicina Psicósomática?*

Garma: ¡Gran futuro! A los psicoanalistas no les gusta analizar este tipo de pacientes. Tal vez porque les asusta encontrar el conflicto que subyace a la enfermedad. Por eso ha tenido la Psicósomática un tardío desarrollo; con resistencias se la ha aceptado gradualmente. Pero, siguen vigentes las ideas de Freud y estoy convencido en la posibilidad de su abordaje analítico como única vía a su comprensión.

Don Angel nos ha contado anécdotas y experiencias. Intercambios, historiales clínicos... ¡Es fascinante su sabiduría!

Betty a su lado nos alcanza sus libros, indicando don Angel qué capítulos debemos leer para informarnos más. El sol ha llenado el despacho. Al costado de una ventana cuelga la orden del Rey Juan Carlos con la que se lo condecorara en 1989: la Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil. Fue en una ceremonia emotiva en el Salón de Actos de A.P.A. Entonces don Angel recordó en medio del homenaje que se le tributaba que hacía pocos meses le habían operado de una catarata y esto le permitía vernos. Ante las promesas del cirujano del éxito de su intervención, se le ocurrió preguntarle si también podía operarle la vejez. No Señor –contestó el cirujano– eso no se opera.

No puedo evitar preguntarle:

¿Qué sintió un republicano al ser recibido por el Rey de España?

Piensa un momento

“Es un buen rey, democrático, por eso me gusta, él se opuso al golpe de Tejero y defiende la democracia. Su primer Ministro es socialista. Pero no cree en mi teoría de los sueños...” termina con un dejo de ironía.

Nos despedimos. Es entrado el mediodía. Al irnos señala la carta de Freud y sus caracteres góticos.

Don Angel cumplirá en junio 88 años.

Al dejar la casa y salir a Libertador en medio del ir y venir de vehículos me resuenan los versos de un poema del Duque de Rivas:

“Era un viejo respetable,
cuerpo enjuto, cara seca,
con dos ojos como chispas
cargados de largas cejas,
y con semblante muy noble
mas de gravedad tan seria
que veneración de lejos
y miedo causa de cerca”...

(Un castellano leal)

SELYE Y LA DÉCADA DEL '50

Rodolfo D. Spiguel

Para ubicar y contextualizar los trabajos que se presenta a continuación, es necesario realizar un somero recorrido por los territorios del conocimiento en la pos-guerra mediata.

Fue una década caracterizada por la aproximación entre la medicina y la psiquiatría. Pero estos acercamientos entonces, como hoy, no estuvieron –y no están– libres de polémica. Aquel viejo dualismo entre el cuerpo de la biología, y el cuerpo de la psicología, pareció encontrar un camino común por donde transitar: la medicina psicosomática. Por supuesto, este campo de acción sigue siendo controvertido y debe aclararse permanentemente de qué habla: *a*, de aquella actitud médica que asiste de paciente en el conjunto de su vivencia de enfermedad; *b*, de enfermedades donde el conflicto psíquico es el determinante del enfermar; o *c*, del papel global del psiquismo en la resignificación de la enfermedad orgánica.

Por supuesto, en la actualidad se tiende a contemplar al sujeto que padece desde una perspectiva integradora – Bio-psico-social–, y prácticamente la mayoría de las concepciones teóricas así lo consideran. Pero en la práctica, en la asistencia concreta, la contradicción psique y soma se mantiene. El péndulo oscila permanentemente desde un lugar donde lo psíquico, a la manera de un escenario omnipotente produce los trastornos orgánicos; hasta aquel cuerpo reificado como “Hombre Neuronal”, que *secreta* las significaciones psicológicas del enfermar. La continuación de este debate se verifica en los cambios y discusiones del pasaje de las entidades psicosomáticas del Nomenclador del ICD 9 de la

OMS –donde se habla de estos trastornos como psicofisiológicos– hasta el DSM III, donde son “Factores psíquicos que afectan el estado físico”.

¿Qué ocurría entonces entre 1948 y los comienzos del '60? A nivel mundial se vivían los años de la guerra fría, enmarcados en sus inicios por dos hechos relevantes: el triunfo de la Revolución China y la Guerra de Corea. Este proceso produjo en el campo psiquiátrico (como en la mayoría de las disciplinas), el encierro de las principales orientaciones, dentro de las murallas de sus países o sus escuelas, luchando denodadamente por predominar. Las ideologías dominantes en el Este y el Oeste, se enfrentaron en casi todo el mundo, haciendo que el Psicoanálisis predominara en EE.UU. e Inglaterra, aunque conviviendo en una confrontación permanente, con las orientaciones conductistas. Las escuelas que centraban su práctica en las bases de la Reflexología Pavloviana quedaron casi aisladas en los países socialistas.

Esta situación impidió el necesario diálogo que debía haberse dado alrededor de las bases científicas y de la práctica de cada orientación. Este debate no se produjo y retrasó el avance del conocimiento en las áreas de la psiquiatría. Encerró a los europeos en las escuelas fenomenológicas y existencialistas y produjo una notable dispersión de esfuerzos en la tarea asistencial concreta.

Estas islas dogmáticas y enfrentadas son algunos de los antecedentes que llevaron a J. P. Sartre a rechazar el Premio Nobel, con un discurso ejemplificador: “La desmilitarización de la cultura”.

Pero justamente y paradójicamente, desde la práctica asistencial

concreta del campo médico; desde la medicina que se realizaba en los grandes hospitales, es donde surge el cambio.

Los grandes hospitales

Grandes hospitales –dado que se esperaba una gran masa de víctimas proveniente de la 3ra. Guerra Mundial– donde comienza a prestarse atención preferente al papel de lo psicológico en la etiología, modulación y pronóstico de las enfermedades. Este movimiento surgido de la práctica y de la interacción de los diferentes especialistas en la cabeza del paciente, posibilita el encuentro. Un encuentro y la necesidad de compartir un idioma común, así como se compartía una práctica. Digamos de paso, que muchos psiquiatras de nuestro país ejercen en estos hospitales, puesto que consideran que la locura no debe ser manicomial y la enfermedad somática no es sólo orgánica.

Convergen la pediatría, la psiquiatría, la clínica médica y la medicina preventiva (o de higiene, como se la denominaba desde los '30), para dar lugar a formas de atención novedosas. Destaquemos en nuestro país, la importancia otorgada a la presencia de lo psíquico individual y al rol de la familia, en Pediatría. Este proceso no está exento de contradicciones y desencuentros.

Pero se puede afirmar que este movimiento originado en los grandes hospitales nacionales, pudo producir la rotura de tabiques que separaban lo psíquico de lo somático, debido a que se alimenta –y a la vez se re-alimenta– con los hallazgos científicos que producen un

salto cualitativo en los '50. Estos hallazgos se originan alrededor de tres grandes líneas: la electrofisiología, la farmacología y la bioquímica.

Las nuevas herramientas farmacológicas y fisiológicas, hacen que muchos psiquiatras salgan de los manicomios cuestionando su trabajo. Y de la misma manera, los clínicos dejen de abroquelarse en los cuerpos biológicos y de la mano de lecturas existenciales o psicoanalíticas, se abren al campo de la psicología. Surge la Psicología Médica y lentamente se acepta el papel que posee el significado de una conducta, la emoción, el entorno familiar o laboral; es decir, el papel que la subjetividad de cada paciente tiene en la modulación y desarrollo de su enfermedad orgánica.

No se nos escapa que estos desarrollos no son homogéneos y sabemos, que en la práctica cotidiana entre encuentros y resistencias, el debate sigue abierto. Pero queremos señalar este doble movimiento que se torsiona y anuda, para producir una nueva perspectiva durante la década del '50: por un lado, el desarrollo de la neurofisiología, endocrinología y farmacología básicas y por el otro, el necesario diálogo que se produce en el trabajo asistencial común entre psiquiatras y clínicos. Unos aportan nuevas herramientas técnicas, otros amplían el nivel de observación y desde el campo psicológico llegan nuevas formas de comprensión de la tarea. Podemos afirmar entonces que la década del '50 es un momento difícil pero señala una línea de inflexión en el conocimiento médico: comienza a levantarse la barrera entre psiquismo y somatismo.

Los hallazgos científicos

A nivel científico es necesario dividir los grandes avances de la década, en dos áreas de investigación. Primero aquéllas relacionadas con el conocimiento de los mecanismos básicos, que subyacen el funcionamiento neural: es decir, los procesos de electrogénesis, conducción y transmisión neuronal. Y segundo, las investigaciones que desarrollaron nuevas técnicas electroencefalo-gráficas, permitiendo correlacionar conductas con mediciones de la actividad de los sistemas intracerebrales —mediante electrodos crónicamente implantados—.

Es así, como en el campo de la morfología, mediante la microscopía electrónica se dan descripciones detalladas de los sistemas sinápticos, en especial, la placa neuromuscular. Debemos mencionar los trabajos de nuestro E. D. P. De Robertis que describen por primera vez las vesículas sinápticas allá por 1953. Moruzzi, Magoun, Jouvet, y otros, desde 1950, mediante técnicas que combinan lesiones, electrodos intracerebrales y mapeos con diferentes tinciones, describen el Sistema Reticular y sus relaciones con el ciclo Sueño-Vigilia, edificando de este modo los puentes necesarios entre algunos comportamientos y sus sustratos fisiológicos.

Desde los trabajos de Pavlov sobre la fase psíquica de la digestión, no se habían producido encuentros de esta envergadura entre los hechos de conducta y la actividad cerebral. Con los trabajos de Hodgkin, Huxley y Katz, entre 1949 y 1955, con técnicas electrofisiológicas, formulan los primeros modelos de la actividad neuronal y sináptica, todavía en uso, que permiten ofrecer el sustrato epistemológico desde donde los farmacólogos describen las primeras hipótesis acerca de los mecanismos de acción de los psicofármacos. Recordemos que es en esta década cuando comienzan a usarse clínicamente las fenotiazinas, los primeros inhibidores de la MAO y tricíclicos, así como las primeras benzodiazepinas.

El encuentro y la evolución conjunta de estos descubrimientos y el desarrollo de técnicas que permiten la correlación entre el funcionamiento cerebral y el estudio de la conducta, produce una enorme innovación que puede verificarse en el optimismo con que están escritos dos libros muy famosos en esa época: "Las bases físicas de la mente" de C. Sherrington y colaboradores y "El cerebro despierto" de H. W. Magoun. Cuando se recorre estos textos, fuertemente empapados de racionalidad positivista, parece que el puente que puede cruzar el foso entre lo psíquico y lo somático, se encuentra al alcance de la mano... Al mismo tiempo que se correlacionaban hechos de conducta con actividad neural, se producía una intensa actividad de investigación buscando la convergencia entre factores endocrinos y neurofisiológicos. Ya la escuela que continuó los trabajos de Pavlov, con Bykov y Anojin, se encontraba investigando las relaciones

entre eventos corticales y centros neurovegetativos en animales sujetos a estimulación que producía neurosis experimental. Demostraban cómo el cese de ciertos procesos de inhibición aprendidos o bien la inundación de estímulos aversivos producían alteraciones orgánicas.

Hans Selye, un alemán refugiado en Canadá, venía investigando desde la década del '30 lo que ocurría en animales enfrentados a situaciones complejas, que les exigían niveles de adaptación cada vez más altos. A partir de los cambios que se producían en diversos órganos por acción de la liberación de sustancias de la médula suprarrenal, describió el Síndrome General de Adaptación. La respuesta de un organismo que debe sostener una lucha prolongada con el máximo de alerta psíquico. Se empezaba a hablar de stress.

Al analizar esa época vemos como convergen una serie de hipótesis y descubrimientos que establecen las primeras mediaciones psicológicas o psicofisiológicas. Allí se encuentra el origen del conocimiento de mecanismos hoy bastante estudiados —neurovegetativos, endocrinos e inmunológicos— que producen, agravan o mejoran una afección orgánica, a partir de la apreciación subjetiva que el sujeto hace de su vivir o de la situación vivencial que enfrenta ■

Para la elaboración de esta presentación se utilizaron los siguientes textos:

- 1) Bykov, K. (1954), La corteza cerebral y los órganos internos, Bs. As., Ed. Cartago, 1958.
- 2) Eccles, J.C. (1973), El cerebro, México, Ed. Interamericana, 1975.
- 3) Eysenk, H. J. (1954), Estudio científico de la personalidad, Bs. As., Ed. Paidós, 1959.
- 4) Magoun, H.W. (1958), El cerebro despierto, México, La Prensa Med. Méx., 1964.
- 5) Pavlov, I.V. (1935), Los reflejos condicionados aplicados a la psicopatología y psiquiatría, Bs. As., Ed. Nordus, 1954.
- 6) Shepherd, G.M. (1983), Neurobiología, Barcelona, Ed. Labor, 1985.
- 7) Sherrington, C. et al. (1950), Las bases físicas de la mente, Bs. As., Ed. Nueva Visión, 1957.
- 8) Wyss, D. (1961), Las escuelas de psicología profunda, Madrid, Ed. Gredos, 1975.

Panorama general de la etiopatogenia de las enfermedades de adaptación*

por el Prof. Dr. Hans Selye

Trataré en esta exposición de dar un panorama general del concepto del *stress* en las enfermedades de adaptación. Con ese propósito, he seleccionado una serie de experiencias que considero fundamentales y sobre las que he basado mi opinión.

Como introducción deseo señalar, que el hecho más importante en el desarrollo de este concepto, ha sido la descripción de un síndrome que se caracteriza por varias manifestaciones somáticas que se pueden medir, que son objetivas y que pueden ser estudiadas por los exactos métodos de que dispone la medicina moderna, que facilitan la determinación en miligramos o milímetros cúbicos de cambio de concentración de varios compuestos químicos en la sangre.

A este proceso lo hemos llamado el síndrome general de adaptación, porque nos parecía que es la manifestación somática de un trabajo de adaptación general, lo que yo he llamado el *stress*. En una segunda disertación, que habré de pronunciar en este mismo Congreso, trataré de explicar qué consideramos *stress*.

No es menester tener una definición precisa de todo lo que estudiamos. La vida misma es muy difícil de definir en términos matemáticamente exactos, ya que toda la biología se basa en ese concepto de la vida. El *stress* es una abstracción; no existe en estado puro como tampoco existe la vida en tal estado. Nos encontramos ante la vida de una rata de un hombre, de un perro, pero la vida no existe como tal; el *stress* tampoco. Existe sí, en combinación con algo que es específico, con el agente que lo produce.

Si yo, por ejemplo, produjera un estado de *stress* con adrenalina, provocaré un aumento de azúcar en la sangre, una hiperglucemia, mientras que si lo determinara con insulina, tendría una hipoglucemia. Los efectos de



la adrenalina y de la insulina sobre los glucósidos de la sangre son específicos.

El síndrome general de adaptación se desarrolla en tres períodos. Primero, la reacción de alarma; después la faz de resistencia y finalmente, la etapa de agotamiento.

Hoy deseo ocuparme especialmente, no de este desarrollo cronológico del síndrome, sino más bien de la aplicación de todos estos conceptos a la medicina clínica y en particular, a cuestiones psicosomáticas.

Para ello, he escogido aquellos casos que tratan particularmente de la reacción del individuo cuando se lo expone a agentes *stressantes*, que pueden reproducir enfermedades humanas en el animal de laboratorio.

Agentes muy variados son los causantes de enfermedades, por ejemplo, un trauma, una quemadura, una excitación nerviosa, una infección, una alergia, etc. Comprobaremos manifestaciones de enfermedades en distintas zonas del organismo: en el sistema cardiovascular, en el riñón, en las articulaciones, etc. Se traducirán los mismos en forma diversa, su estructura e histología serán muy distintas, pero a pesar de ello, obedecerán a una ley general que establece que en tanto algunas hormonas inhiben la enfermedad, otras la agravan. Tomemos como ejemplo la inflamación que es una reacción local no específica ya que casi todos los agentes pueden provocar su aparición. Mientras un grupo de hormonas pueden agravarla, otras, en cambio, la inhiben. Igual cosa acontece con la úlcera gástrica o con una reacción del sistema cardiovascular o nervioso, como el shock, que pueden ser agravados o bien, mejorados mediante la administración de hormonas.

Es desde este punto de vista que deseo mostrarles algunas de las experiencias básicas sobre las que se fundamenta mi concepto.

Observemos los órganos de una rata normal, de control: las suprarrenales, el timo, un grupo de tres nódulos linfáticos y la mucosa gástrica. Por otro lado, veamos los órganos de un animal que fue expuesto a un *stress*

Conferencias pronunciadas en el 2º Congreso Ibero Americano realizado en Buenos Aires en agosto de 1956, reproducido de Actas Médico Psicológicas, Vol. Nº 1 y 2 (1985). Buenos Aires.

nervioso. Es una experiencia de frustración. No voy a describir toda la técnica, solamente diré que no hemos traumatizado a este animal y solamente el miedo, la frustración, han producido en 24 horas manifestaciones somáticas. Es interesante cómo se pueden medir manifestaciones somáticas puras.

El timo ha disminuido de peso hasta llegar a la mitad de su peso anterior; lo mismo ocurre con los nódulos linfáticos y en "tests" con esta reacción se observó desaparición de linfocitos en la sangre circulante. La corteza suprarrenal del animal de control es blanca porque está cubierta de granulaciones lipoidicas. En el estado de alarma, se comprueba que existe una secreción de corticoides que cambian de color al órgano. En el estómago se observan úlceras agudas, con hiperkemia y hemorragia, que son características del *stress* agudo.

En la primera fase de estas investigaciones, era nuestro deseo aclarar el mecanismo de estas reacciones porque no era evidente si la corteza suprarrenal tenía influencia sobre el timo o si era a la inversa. Mis experiencias iniciales tenían como base la teoría de que los productos de la desintegración del timo, al circular en la sangre, actuaban sobre la corteza suprarrenal y poseían un efecto que llamabamos corticotrófico.

Un año después de la descripción del síndrome, un autor americano observó que después de la hipofisectomía, durante el *stress* no se producían sustancias capaces de estimular la secreción suprarrenal. Pudimos comprobar en un animal hipofisectomizado que el *stress* no tiene acción sobre la suprarrenal y que la inyección de un extracto impuro (un macerado de hipófisis anterior), en animales hipofisoprivos, es capaz de estimular la corteza suprarrenal e inducir las mismas manifestaciones que el *stress* natural. Ese extracto hipofisario tenía acción sobre el animal hipofisectomizado, mientras que en los animales normales todos los extractos tóxicos actuaban de esta manera. Gradualmente, llegó a ponerse en evidencia que el estímulo del *stress* viaja a través de la hipófisis a la corteza suprarrenal.

Otras experiencias mostraron que después de la adrenalectomía no se obtenía la atrofia tímica. La segunda parte de la transmisión del estímulo se verificaría a través de la corteza suprarrenal.

En ese momento tuvimos la impresión de que existía solamente una sustancia en la corteza suprarrenal, a la que el gran fisiólogo americano Frank Hartman ha llamado cortina.

Este era el nombre dado al extracto suprarrenal impuro que mantenía la vida de animales hipofisectomizados. Por mi parte, he propuesto el nombre de "corticoides" para todas aquellas sustancias que imitan la acción fisiológica de la corteza. He denominado "corticoides antiflogísticos" al grupo de los glucocorticoides que hoy es representado por la cortisona, y proflogísticos a los mineralocorticoides (aldosterona, desoxicorticosterona). No solamente los corticoides pueden ser pro o

antiflogísticos, sino que también las hormonas hipofisarias pueden tener acción agravante o inhibitoria sobre el proceso de la inflamación. Hablo siempre de inflamación porque a mi juicio, es el fenómeno morfológico no específico fundamental.

Una serie de experiencias ilustran el concepto de que varias enfermedades pueden ser influidas en dos direcciones opuestas por la acción de los corticoides o de otras hormonas adaptativas antagónicas.

En los ejemplos siguientes se aprecia la producción de una artritis por irritación local. Hemos efectuado este "test" para la dosificación de los corticoides pro y antiflogísticos.

Otro animal, que no estaba sensibilizado en forma alguna, recibió una inyección local de formalina que le provocó un edema inflamatorio en la articulación. A otro, en cambio, se le inyectó una dosis igual de formalina previo tratamiento con desoxicorticosterona, hormona proflogística. Se pudo comprobar que la hiperhemia era mucho más marcada y la inflamación y la artritis más graves en el segundo en tanto en el primero el proceso inflamatorio desaparecía y después de cierto tiempo se desarrollaba una anquilosis permanente.

La exposición a un *stress* local es suficiente para determinar deformaciones permanentes por el resto de la vida del animal.

Vemos a continuación la contraprueba de lo que he dicho. Al animal de control se le inyectó una dosis más grande de formalina provocándole una artritis muy marcada. Si se inocula ACTH, sustancia hipofisaria antiflogística, se inhibe el desarrollo de la inflamación.

Aun exponiendo una sola vez al animal a un agente patógeno, la formalina, se produce una anquilosis permanente. La inyección de ACTH puede inhibir esta deformación al tratar al animal en el período crítico del desarrollo de la inflamación.

La inyección de clara de huevo en el peritoneo de ratas provoca una reacción a distancia del tipo anafilactoide; en ocasiones, ha producido una inflamación muy marcada de toda la boca y de las patas. Es una inflamación serosa aguda del tipo del edema de Quinke o urticaria. La clara de huevo tiene acción a distancia sobre algunas especies de animales. En este caso, las hormonas proflogísticas aumentan la reacción y las antiflogísticas la inhiben.

Hemos verificado dos tipos de enfermedad experimental; una determinada por la inyección local de un irritante general y la otra causada por un irritante que solamente tiene influencia sobre ciertos órganos y animales.

Veamos rápidamente algunas observaciones de enfermedades producidas con la colaboración de hormonas.

En otro caso se aprecia el resultado de la inyección crónica en el riñón de una sustancia proflogística mineralocorticoidea, desoxicorticosterona. Observando estos preparados, con pequeño y gran aumento, se comprobaba una hialinización total de los glomérulos y de la ar-

No es menester tener una definición precisa de todo lo que estudiamos. La vida misma es muy difícil de definir en términos matemáticamente exactos, ya que toda la biología se basa en ese concepto de la vida.

teriola aferente similar a la producida por la constricción local de la ligadura de Goldblat sobre la arteria renal. La hialinización se acompaña de hipertensión que, en general, es letal.

Este síndrome de nefrosclerosis maligna experimental es producido con desoxicorticosterona. Muchos agentes pueden ser los causantes de una nefritis o de una nefrosclerosis. Lo interesante es que la hemos producido con una hormona que se segrega y que podría participar en la patogénesis de esta enfermedad en la especie humana. Los pollos son particularmente sensibles a esta acción de los mineralocorticoides, determinando un síndrome de aspecto más nefrótico que nefrítico. Comprobamos gran edema, proteinuria y relativamente escasas lesiones glomerulares.

En la rata, en los primeros estudios del desarrollo de la enfermedad, el tipo histológico corresponde más bien a la nefrosis. Interesa correlacionar estos hallazgos experimentales con recientes observaciones de autores americanos, que han encontrado gran aumento de aldosterona en la orina de enfermas que sufren de nefrosis. Esta es una confirmación muy importante del concepto de que los mineralocorticoides pueden participar en la patogénesis de enfermedades renales. En Montreal, la Dra. Vénning ha hallado un aumento considerable de aldosterona en las orinas de enfermas afectadas de eclampsia. En esta afección, el cuadro de hialinización e hipertensión es muy semejante. Estas enfermedades experimentales se asemejan a la hipertensión maligna en el sentido de que pueden agravarse con el consumo de cloruro de sodio. Nosotros hemos llamado a este fenómeno "condicionamiento". A mi juicio, las hormonas permiten o no el desarrollo de una acción. Una atrofia típica puede ser "permitida" por la cortisona o bien, por otros agentes. En animales adrenalectomizados, una pequeña dosis de cortisona o de extracto de corteza suprarrenal, de cortina de Hartman, no produce atrofia y en el animal suprarrenalectomizado, el trauma quirúrgico interviene como agente condicionante y aumenta el efecto del extracto.

Podríamos concluir señalando que una enfermedad de este tipo podría ser reproducida en los animales con la inyección de desoxicorticosterona. Una dieta que no contiene sal, no permite la producción de esta reacción renal con desoxicorticosterona a menos que se administre en muy grandes dosis.

Los animales que sufren esta lesión renal, en general desarrollan otras manifestaciones somáticas, por ejemplo, una periarteritis nudosa. En un caso vimos el intestino de una rata y todas las ramificaciones de su árbol arterial inflamadas, transformadas en un tubo rígido de granulación. Un animal de control, por su parte, había recibido la misma dosis de desoxicorticosterona, pero en combinación con cortisona: se comprobó así el antagonismo existente entre mineralo y glucocorticoides, porque la cortisona inhibió la reacción inflamatoria.

Una serie grande de enfermedades experimentales pueden influirse en una u otra dirección con cortisona o sustancias hipofisarias.

Otra exteriorización de la acción de los glucocorticoides es la hipertensión. La enfermedad hipertensiva, en particular las lesiones cerebrales, son por lo general, la causa inmediata de muerte. El animal, con lesión renal agravada después del desarrollo de la hipertensión por una arterioesclerosis o periarteritis nudosa, suele morir de apoplejía cerebral o por una coronaritis, al igual que el ser humano en las enfermedades cardiovasculares.

En las experiencias relatadas hasta ahora hemos tenido la impresión de que los mineralocorticoides, proflogísticos, hacen la enfermedad o la agravan, en cambio los glucocorticoides, antiflogísticos, la inhiben. Esto no sería biológicamente hablando muy probable, porque la inflamación misma es una reacción. La "barricada inflamatoria" es construida para separar el tejido enfermo (infectado o con un agente químico nocivo) del tejido normal. Esta "barricada" desempeña un papel importante en fisiopatología. Su destrucción puede eliminar las manifestaciones visibles de la proliferación patológica del tejido morbosos, pero funcionalmente ¿reporta alguna ventaja eliminar ese tejido inflamatorio? Al principio entendíamos que sí, pero más tarde, era evidente que no siempre.

Veamos la primera observación de una condición inversa, en la cual el proflogístico salvaba la vida de los animales que estaban enfermos por una sobrecarga de sustancias antiflogísticas. Es el caso del animal al que se le administra grandes dosis de ACTH. Esta experiencia tuvo valor recién cuando pudo obtenerse un extracto hipofisario puro, ya que antes no se sabía si la muerte

del mismo se producía por contaminación determinada por el extracto o por el principio hormonal. El animal moría con un síndrome que se acompañaba de pequeños puntos blancos ubicados en riñón, hígado, bazo. Pensábamos que se trataba de abscesos. Habría sido extraordinario que una sustancia antiflogística produjera todas esas inflamaciones, pero no se trataba de abscesos sino de colonias de microbios no patógenos, saprófitos, y que fueron transformados en patógenos, no por modificación en el microbio sino en el terreno. La resistencia entonces, disminuye al punto que los microbios pueden proliferar como "in vitro". En una serie de 20 animales, ninguno de ellos murió cuando a la ACTH se le agregó STH. Histológicamente si se examina la estructura del pulmón, se encontrará un gran número de microbios que son un poco basófilos y no existe barricada inflamatoria que pueda separar estos microbios del tejido normal del pulmón.

Si conjuntamente con la ACTH se administra la hormona antagonista, la STH, no se produce la inflamación.

En la rata, no puede producirse la tuberculosis experimental con un microbacterio de tipo humano, porque

Agentes muy variados son los causantes de enfermedades, por ejemplo, un trauma, una quemadura, una excitación nerviosa, una infección, una alergia, etc.

normalmente son completamente resistentes; pero en estado de *stress*, pueden infectarse. Esto tiene gran interés desde el punto de vista psicosomático porque muestra cómo una enfermedad del tipo de la tuberculosis, puede ser influida por el mecanismo del *stress*.

En los pulmones de una rata infectada con tuberculosis tipo humana se observan nódulos, tubérculos que son infecciones mixtas. Hemos identificado proliferaciones de microbacterios que se desarrollan muy bien en estos animales porque estaban tratados con ACTH. Estas ratas recibieron STH conjuntamente con ACTH y la inhibición fue perfecta. Podemos afirmar que la resistencia normal a la enfermedad ha sido eliminada por una hormona y esa afección, a su vez, es inhibida por la hormona antagónica.

En la medicina psicosomática desempeñan papel preponderante la úlcera gástrica, la hipertensión, la artritis.

Voy a mostrar una técnica que nos ayuda mucho en el estudio de la inflamación, en particular de la perforación gástrica, que puede observarse en los animales en *stress*. Es la técnica que se llama de la bolsa de granuloma o saco de granuloma. En la rata puede producirse un órgano artificial mediante la inyección subcutánea de aire y de una pequeña cantidad de

aceite de crotón. Bajo la influencia de este aceite, el tejido conectivo de la pared del saco se transforma en un granuloma, el que segrega un exudado hemorrágico que gradualmente toma el sitio del aire. Por medio de este método, la inflamación puede medirse exactamente en miligramos o milímetros cúbicos. Al inyectarse un poco de aceite de crotón o de formalina bajo la piel, se produce una inflamación que no tiene una forma precisa, pero mediante la inyección previa de aire, se puede forzar al tejido conectivo para que tome una forma regular, podríamos decir geométrica. Puede inyectarse una sustancia en las arterias locales para conducir las directamente al granuloma y lo que es más importante, disecarse el granuloma de manera muy exacta. Una compresión manual permite eliminar todo el tejido inflamatorio. La separación con el tejido normal está bien delimitada y para medirla, puede extraerse el exudado con una jeringa que nos indicará el volumen en mm³ del líquido extraído, pudiendo medirse el resto de tejido sólido en miligramos. Este "test" nos ha permitido conducir experiencias de resistencia del granuloma, es un "test" de función. La función de la inflamación es el papel que desempeña como "barricada" de separación de la parte enferma de la sana. Con este "test" se observa el saco granulomatoso después de la fijación en formalina.

Para estudiar la úlcera gástrica hemos inyectado jugo gástrico en el granuloma. Si no existiera granuloma inflamatorio, si se inyectara solamente aire, inmediatamente se produciría la digestión del tejido. Pero si primero se produce un granuloma con aceite de crotón, se puede introducir gran cantidad de jugo gástrico y no habrá perforaciones ni atacará al tejido inflamatorio. Si

el animal se encuentra en estado de *stress* de inmediato se produce una perforación. Si se administra ACTH o cortisona, puede obtenerse la perforación de este tejido como si se tratara de una úlcera gástrica, pero ni la ACTH ni el *stress* pueden determinar una perforación en el animal suprarrenalectomizado.

Para resumir, queremos afirmar que todos los agentes que actúan sobre el organismo o cualquiera de sus partes ejercen efectos dobles: 1º) acciones específicas, como las que hemos mencionado en nuestra exposición, ex-

cepto en lo que se refiere a las modificaciones que ejercen sobre las acciones inespecíficas de los mismos, agentes o condicionantes; 2º) efectos inespecíficos *stressantes* cuyas vías principales, de acuerdo con nuestros conocimientos actuales son expuestas en el esquema que explicaremos a continuación.

El *stressor* (por ejemplo, una colonia de microbios) actúa sobre el *área target* (cualquier parte del cuerpo), directa e indirectamente, por vía hipofiso-adrenal. Por alguna vía desconocida marcha un estímulo desde la zona directamente afectada hasta la hipófisis anterior y comunica la existencia de un estado de *stress*. Es bastante probable que este primer mediador de la defensa hormo-

nal no sea siempre el mismo. En algunas ocasiones, puede ser una descarga de adrenalina; en otras, una liberación de metabolitos tisurales tóxicos del tipo de la histamina, un impulso nervioso e incluso, deficiencias súbitas en algún componente importante del organismo, tal como la glucosa.

La ACTH estimula la corteza suprarrenal para la descarga de corticoides. Algunos de éstos, los proflógísticos, estimulan la reactividad y la capacidad proliferativa del tejido conectivo aumentando el potencial inflamatorio. En esta forma contribuyen a oponer una fuerte barricada de tejido conectivo por medio del cual es protegido el organismo contra la posterior invasión del agente patógeno vulnerante.

Sin embargo, en condiciones normales, la ACTH estimula la suprarrenal mucho más eficazmente para segregar corticoides antiflogísticos, los cuales inhiben la posibilidad del organismo para establecer barricadas granulomatosas. Esto tiende a producir involución del tejido conectivo con depresión prolongada del potencial inflamatorio. De este modo, se abren las vías de difusión a la infección (hay atrofia del tejido conectivo y disminución del agente inflamatorio). Esta disminución ha hecho posible la perforación de una úlcera gástrica, la propagación de la tuberculosis, etc.

Por lo que sabemos, la ACTH estimula siempre la suprarrenal para producir los diversos corticoides en la misma proporción y siempre con gran predominio de corticoides antiflogísticos. Sin embargo, la hormona somatotrófica (STH) de la hipófisis incrementa el potencial inflamatorio del tejido conectivo en forma semejante a la de los corticoides proflógísticos, por lo tanto sensibiliza la zona sometida a su acción. Si la ACTH no

El síndrome general de adaptación, nos parece que es la manifestación somática de un trabajo de adaptación general, lo que he llamado el stress.

tuviera acción sobre la corteza suprarrenal, podría la STH cambiar la relación entre pro y antiflogísticos por su acción directa de sinergismo.

Es posible que la hipófisis segregue además alguna corticotrofina especial que induzca a las suprarrenales a elaborar, preferentemente, corticoides proflogísticos. La misma ACTH puede poseer tales efectos, pero ello no ha sido demostrado todavía. En todo caso, si la ACTH fuera la única corticotrofina, la acción de los corticoides producidos bajos su influencia puede ser ampliamente diferente según los factores condicionantes, tales como la STH misma, que sensibilizan especialmente la zona sometida a sus efectos para uno u otro tipo de acción corticoide. Realmente los factores condicionantes alteran la respuesta a la ACTH de la propia corteza suprarrenal.

El tipo de reacción fundamental de los agentes tópicos es la inflamación, mientras que para los que afectan a todo el organismo es el síndrome general de adaptación. Combinaciones diversas de estas dos respuestas son la esencia de la mayoría de las enfermedades.

Antes de finalizar deseo referirme a algunas experiencias nuevas, aún no publicadas y que amplían el campo de la medicina experimental.

Las lesiones patológicas que pueden asentar en diferentes partes del cuerpo de un animal y que son producidas por los más diversos agentes etiológicos, obedecen a las hormonas que pueden aumentar o inhibir un fenómeno morboso.

La primera experiencia que vamos a relatar la realizamos en Montreal en estos últimos meses, en ratas que recibieron gran cantidad de cortisol y vitamina D, lo que les desarrolló en la aorta placas calcificadas semejantes a las de la esclerosis. Pudo verificarse que estas lesiones no se instalaban si se administraban el cortisol o la vitamina en forma aislada. En la partenogénesis de esta lesión vascular pueden participar las hormonas del tipo glucocorticoide.

Otro animal recibió una dieta rica en fosfato de sodio en cantidades que por sí mismas no producían calcificación, pero se produjo una lesión renal que fue determinada por la asociación de fosfato de sodio y desoxicorticosterona. El exceso de fosfato de sodio que puede contener una dieta puede inhibirse por la administración simultánea de cortisol, mientras que la lesión aórtica que les he mencionado puede inhibirse con desoxicorticosterona y agravarse con cortisol.

Interesa destacar, considerando estas experiencias, que en diversas partes del organismo, una lesión morbosa caracterizada por calcificación producida por diversos agentes, puede modificarse por las hormonas adaptativas y aquí, como en tantos otros órganos, existe un antagonismo entre glucocorticoides y desoxicorticosterona.

En los últimos meses, en el Instituto de Medicina Experimental de Montreal, se ocuparon de la intoxicación causada por un agente químico que se encuentra en

una planta leguminosa, el lapirus colorado, que se la encuentra en abundancia en ciertas provincias de España y de la India. En aquellos individuos que comen esta planta en grandes cantidades, aparecen lesiones morbosas en el esqueleto y en el sistema nervioso.

Si se hace comer ese vegetal a un animal de laboratorio, desarrolla este tipo de lesiones. Esto se conoce desde hace mucho tiempo. Ya hemos visto la acción que sobre el desarrollo de esta enfermedad de los huesos tiene la administración de hormonas que nosotros llamamos adaptativas. El cortisol inhibe el progreso de esta clase de lesiones.

Cuando estos animales ingieren el lapirus, se aprecia en los huesos, generalmente en los puntos de inserción de los músculos, la producción de exóstosis. La administración de STH provoca la aparición de deformaciones y exóstosis en todo el esqueleto.

Por otra parte, la administración de STH, hormona somatotrófica, agrava la lesión; en especial el cartílago de conjunción se presenta muy desorganizado, existen proliferaciones que semejan tumores y las exóstosis son marcadas.

Investigaciones recientes, realizadas en algunos laboratorios estadounidenses han permitido extraer un principio activo de esta planta. Se trata de un cuerpo muy simple, la beta-amino-propio-fenona o nitril, que cuando es inyectada en animales de experimentación determina deformaciones extraordinarias de los huesos del esqueleto.

En el fémur de un animal que recibió una dosis grande de beta-amino-propio-nitril, observamos que el hueso estaba desorganizado en su estructura, comprobándose la presencia de exóstosis en las epífisis. Si al mismo

tiempo que se administra beta-amino-propio-nitril, se administra STH, esta hormona de crecimiento agrava el proceso que es inhibido con ACTH. Este es otro ejemplo de la ley general de que algunas enfermedades se pueden influir de dos maneras opuestas con hormonas adaptativas.

El lapirus dado en grandes cantidades, durante cierto tiempo, puede producir aneurismas en animales normales. Vimos así el caso de ratas a las que se les administraba desoxicorticosterona en cantidades que normalmente, en animales de su peso, no producía lesiones que podríamos objetivar macroscópicamente. En ningún caso se producía aneurisma de la aorta. Los 20 animales que recibieron concomitantemente beta-amino-propio-nitril desarrollaron todos, sin excepción, un aneurisma disecante de la aorta.

Cuando se incorpora lapirus a la dieta de animales durante un período menos largo los huesos no sufren tanto y el corazón y la aorta son normales.

Estos ejemplos ilustran el concepto general que hemos discutido durante tantos años, en el sentido de que varias manifestaciones morbosas se pueden atenuar, agravar o inhibir con hormonas de adaptación.

He escogido aquellos casos que tratan particularmente de la reacción del individuo cuando se lo expone a agentes stressantes, que pueden reproducir enfermedades humanas en el animal de laboratorio.

Podemos deducir que lesiones cualitativamente diferentes están bajo la dirección de estas hormonas; no parece muy improbable que en la patología humana, excesos en la producción de este tipo de hormonas puedan influir sobre el desarrollo de las distintas enfermedades.

Al ocuparme del efecto de las hormonas corticoides, quisiera mencionar unas experiencias sobre lo que hemos llamado la "anestesia hormonal", especialmente porque ahora empieza a utilizarse para la realización de intervenciones quirúrgicas. En el año 1940 observamos que animales—ratas en particular, y después lo hemos realizado en perros, gatos y monos a los que se les administraba grandes cantidades de progesterona, entraban en el estado de anestesia. Esa hormona no actúa por vía subcutánea; debe ser inyectada en el peritoneo, donde se produce su absorción masiva inmediata o bien, por vía intravenosa. Las primeras investigaciones en este campo utilizaban hormonas que no eran solubles en agua, por lo que no podían administrarse por vía intravenosa. Después de un tiempo, hemos llegado a preparar el hemisuccinato de desoxicorticosterona, que es sumamente soluble, por lo que puede inyectarse por vía endovenosa, sin que precipite en la sangre circulante.

Años más tarde, un grupo de ginecólogos de California, observó que en el hombre podía inducirse una anestesia mediante la ingestión oral de progesterona. En esa época, esto no constituía una solución práctica,

desde el momento que una sola anestesia costaba alrededor de diez mil dólares.

La aplicación clínica de esta observación se fundaba especialmente en la preparación de un compuesto que difiere escasamente del hemisuccinato de desoxicorticosterona. Se lo llama hydroxydiona y es preparado comercialmente bajo la marca de Viadril. Esa sustancia tiene la ventaja de que inactiva por completo la acción hormonal de la desoxicorticosterona. Distintas experiencias han demostrado que fenómenos nerviosos tales como el shock, pueden influirse por las hormonas. En la resistencia al electroshock existe este mismo antagonismo entre grupos corticoides como lo hemos verificado en otras condiciones; en un caso, existe aumento y en otro, disminución por el distinto tipo de esteroide utilizado.

Deseo referirme al efecto extraordinario de un compuesto halogenado, el 2-metil-9-alfa-cloro-cortisol. Conocemos en la clínica el efecto de la clorinación en la posición 9-alfa y el efecto del metil. Estas dos modificaciones en conjunto inducen una actividad mineralocorticoidea extraordinaria. Experiencias recientemente concluidas, en las cuales hemos inducido este compuesto el síndrome de hialinización cardiovascular y nefroesclerosis, nos permiten afirmar que el 2-metil-9-alfa-cloro-cortisol es 178 veces más activo que la DOCA. Unos pocos microgramos son capaces de producir una periarteritis mortal ■

PAIDOS

Jacques Lacan
SEMINARIO 17. El reverso del psicoanálisis

Marisa Rodulfo
EL NIÑO DEL DIBUJO

Emiliano Galende
HISTORIA Y REPETICION

Elisabeth Laborde-Nottale
LA VIDENCIA Y EL INCONSCIENTE

Elvira A. Nicolini y Jaime P. Schust
EL CARACTER Y SUS PERTURBACIONES

Carl Whitaker
MEDITACIONES NOCTURNAS DE UN
TERAPEUTA FAMILIAR

Edmond Marc y Dominique Picard
LA INTERACCION SOCIAL

Jorge J. Jorrot y Ruth Sautu (comps.)
DESPUES DE GERMANI

XV
A
N
I
V
E
R
S
A
R
I
O



CONFLUENCIAS Y CONTRASTES DE LAS PSICOTERAPIAS

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Mauricio Abadi (Arg.) | Vittorio Guidano (Italia) |
| Sara Baringoltz (Arg.) | Amélie Hintermeyer de Ostrov (Arg.) |
| Isidoro Berenstein (Arg.) | Hugo Hirsch (Arg.) |
| Larry Beutler (USA) | Adolfo Loketek (Arg.) |
| Carlos Castilla del Pino (Esp.) | Roberto Opazo (Chile) |
| Jorge Corsi (Arg.) | Sergio Pagés (Arg.) |
| Herbert Chappa (Arg.) | Augusto Pérez-Gómez (Colombia) |
| Héctor Fernández-Alvarez (Arg.) | Graciela Peyrú (Arg.) |
| Octavio Fernández-Mouján (Arg.) | Jeremy Safran (Canadá) |
| Héctor Fiorini (Arg.) | Rafel Serroni-Copello (Arg.) |
| Paul Gerin (Francia) | María Inés Winkler (Chile) |

20, 21 y 22 DE AGOSTO DE 1992
LUGAR: Auditorio de Belgrano Virrey Loreto 2348

Aranceles
US\$ 100 Marzo, Abril, Mayo
US\$ 125 Junio y Julio
US\$ 180 Agosto
Estudiantes 50% de descuento.
Descuentos institucionales

Informes e inscripción
Virrey Olguier y Faltó 2679
1428 Buenos Aires - Argentina
Tel: (54-1) 781-3897
Fax: (54-1) 784-3963

¿Qué es el Stress?

por el Prof. Dr. Hans Selye

¿Qué es el stress? El Instituto de Medicina Experimental de Montreal publica todos los años un libro que discute todas las observaciones contenidas en la literatura mundial que tratan del *stress* y de las hormonas adaptativas. Hemos empezado esta tarea en 1950; desde entonces se han discutido más de 25.000 referencias de artículos originales, escritos en varios idiomas y sobre distintas especialidades de la medicina que tratan de este problema. No obstante lo profuso de la literatura, ninguna publicación se ocupa de explicar qué es el *stress*.

No es tan sencillo decir exactamente qué comprendemos por *stress*. Sin embargo, el concepto del *stress* es muy antiguo. Como lo destaque en la sesión inaugural de este Congreso, hace ya 25 siglos que Hipócrates distinguió dos fenómenos en la enfermedad: el sufrimiento y el trabajo de la enfermedad. El trabajo de la enfermedad se opone al sufrimiento; es una reacción. Es esencialmente un trabajo que se encuentra en todas las enfermedades, por lo tanto, no es específico. Parece que Hipócrates tenía una idea bastante precisa de lo que hoy entendemos por *stress*. Después se desarrolló la medicina no específica en sus distintas formas.

Fue así como se produjo el advenimiento de una terapéutica basada sobre el concepto de aumentar la defensa del organismo, lo que puede tener un efecto curativo. Pero precisamente, ¿qué es el *stress*? ¿Es un aumento de la secreción de adrenalina? Entiendo que no, porque una elevación de la producción de adrenalina aislada no determina grandes manifestaciones generales del síndrome de adaptación que hoy justificamos con el *stress*.

Algunos autores entendían que podía definirse al *stress* como lo que provoca un aumento de la secreción de corticoides. Pero esto no es el *stress*. El ACTH incrementa la producción de corticoides y no es un *stress*. El *stress* puede producirse en animales suprarrenalectomizados en los que no se puede elevar la secreción de una corteza que no está presente. La secreción de corticoides no es, pues, una base para la definición del *stress*. Algunos autores afirmaban que el *stress* consistía en una desviación de la homeostasis, pero no toda desviación de la homeostasis puede ser *stress*, ya que todas las enfermedades constituyen desviaciones de la homeostasis. Lo que hagamos, determina siempre una desviación del estado absoluto de reposo. Cuando describimos el síndrome general de adaptación, pensamos que quizás él representara al *stress*. Pero *stress* no puede ser una u otra manifestación de este síndrome. El aumento de volumen de la suprarrenal puede ser causado también por el ACTH y la atrofia del timo por los corticoides. En todo caso, un síndrome no puede ser un *stress*, porque el *stress* es un estado.

Existe gran dificultad para definir con precisión que es *stress*. A pesar de que esto nos parezca extraño, ya que desde hace tantos años trabajamos sobre el *stress*, no lo es tanto como pensábamos en el primer momento, porque muchas manifestaciones de la vida son muy difíciles de definir en términos científicos exactos. ¿Qué es la vida? Desde hace muchos siglos se estudian los fenómenos biológicos. La fisiología tiene por objeto el estudio de los fenómenos que se producen durante la vida de los individuos, pero sería muy difícil encontrar una definición de la vida que sea aceptada por todos los fisiólogos. Puede trabajarse, por ejemplo, con el mecanismo de la descarga de la ACTH, la resistencia al frío o al calor, sin saber exactamente cuál es la definición del *stress*. El síndrome general de adaptación, el aumento de la corteza suprarrenal, la atrofia del timo, la linfopenia, la eosinopenia, las úlceras gástricas, son todas manifestaciones del *stress*; constituyen un síndrome muy específico. No todos los órganos participan igualmente en la defensa contra el *stress*. En su forma, este síndrome es muy específico porque es la base de la especificidad que selecciona algunos órganos sobre otros.

Podríamos concebir que es un síndrome no totalmente específico porque lo puede producir el calor, el frío, la tensión nerviosa, la pérdida de sangre, una infección, etc. Entonces puede o no ser específico. Esta ha sido la causa de una serie de errores.

Podría decirse que el *stress* es un estado que se caracteriza por un síndrome; tiene una forma específica. La causa no es específica, no es una manifestación sola porque todas esas manifestaciones de *stress* pueden encontrarse en casos de estimulación específica de uno u otro órgano. La suma de todas las manifestaciones de "causa" no es específica. Y finalmente, la expresión *stress* tiene solamente significación si se aplica a un sistema biológico delimitado.

Supongamos que tenemos cinco cubos. La presión mecánica que se ejerza sobre uno de ellos, podrá cambiar la posición de ese cubo.

Este sería un cambio específica en esa serie de cubos porque actúa solamente en una parte y no específicamente en todos. La forma de la deformación es específica, la causa también lo es porque el agente actúa selectivamente allí. Un agente que no tiene una acción específica podría cambiar la posición simultáneamente de los cinco cubos. En ese caso, la deformación no sería específica porque ejerce su acción igualmente sobre todos los cubos. La forma de la deformación no es específica, la causa tampoco lo es, porque este agente no puede actuar sobre una sola parte.

Supongamos una esfera colocada en equilibrio sobre la parte superior de una columna que se encuentra implantada en la tierra. Si un agente actúa sobre esa esfe-

ra, el resultado será que caerá al suelo por la fuerza de la gravitación. Análoga acción tendrá un agente que actúe en uno u otro sentido. Aquí hay un cambio de forma específico, pero de causa no específica, porque todos los agentes permitirán obtener el mismo resultado.

Apoiado en las consideraciones precedentes, podemos llegar a una definición que satisfaga a cualquiera de las condiciones que hemos discutido aquí. Sería la siguiente: el *stress* es el estado que se manifiesta por un

Hipócrates tenía una idea bastante precisa de lo que hoy entendemos por stress.

síndrome específico constituido por todos los cambios no específicamente inducidos en un sistema biológico. En otras palabras, la forma específica del síndrome general de adaptación; pero interesa recalcar que la causa no es específica. Es como si en el cuerpo tuviéramos un sistema biológico que responde siempre en el mismo sentido con una reacción estereotípica.

Aun cuando personalmente considere que la expuesta es la mejor definición del *stress*, en el estado actual de nuestros conocimientos, no dejo de reconocer que la misma es un tanto complicada, por lo que podría sustituirse diciendo que el *stress* es la velocidad de desgaste vital. Es indudable que en un organismo viejo, que ha sufrido gran desgaste, no existe necesariamente, mucho *stress*. Se trata de la velocidad con la cual se desarrolla el desgaste en un tiempo definido. Para tomar una analogía mecánica pensemos en un automóvil. Si es muy viejo y ha funcionado mucho, habrá tenido mucho desgaste; pero si en lugar de ir por la calle, ha estado largo tiempo en el garage, no habrá habido gran *stress* sobre el coche porque la velocidad de desgaste es cero.

En el cuerpo humano existen reacciones que son

más o menos una medida de la velocidad del desgaste.

¿Cómo podría medir el cuerpo la velocidad del desgaste? La única manera de hacerlo sería por medio de un indicador que pudiera sumar el desgaste que se vaya produciendo en los distintos sectores del organismo. De ese modo, podremos conocer cuál es el total en un momento dado. Podría ser, por ejemplo, la descarga por parte de las células de un compuesto que como la histamina, se encuentra en todos los tejidos y cuando un músculo actúa específicamente a su manera, por la contracción, interviene un nervio; por la conducción del estímulo nervioso, interviene una glándula con su específica reacción de secreción. Además, podría hacer algo que no es específico, vale decir, segregar un compuesto que es la base de la reacción del *stress*.

La deficiencia de esos cuerpos enzimáticos que podría sumarse en todas partes, actuaría como un indicador de la velocidad del desgaste en el cuerpo. Hasta ahora, tenemos muchas teorías, pero hechos confirmados, ninguno. No pienso que ninguna de las teorías for-

Muchas manifestaciones de la vida son muy difíciles de definir en términos científicos exactos.

muladas en distintos laboratorios sobre este mediador del *stress* haya sido comprobada. Se ha hablado de un mediador para dar una idea de lo que podría ser, para ver donde deberíamos buscar este compuesto. Lo hemos llamado "el primer mediador del *stress*". En realidad, no sabemos qué es.

Eso es lo poco que puede decirse acerca de la definición del *stress*. La que hemos formulado podría ser perfeccionada por futuras observaciones pero considero que ha de estar en armonía con la que actualmente conocemos ■

INSTRUMENTOS PARA LA INVESTIGACION EN PSICOANALISIS

RUSSELL -BASE DE DATOS EN PSICOANALISIS: Más de 24.000 referencias bibliográficas de trabajos psicoanalíticos y libros de todas las corrientes en castellano, francés e inglés.

- Búsquedas temáticas y por autor.

- Venta de la Base para instalar en Computadora Personal.

BIBLIOGRAFIAS PSICOANALITICAS: Publicación periódica que informa sobre los contenidos temáticos de una amplia selección de revistas y libros psicoanalíticos en castellano, francés e inglés recientemente aparecidos.

BABEL -SERVICIO DE BIBLIOTECA PSICOANALITICA VIRTUAL:

Obtiene los trabajos completos o libros cuya referencia bibliográfica fue hallada en RUSSELL, en BIBLIOGRAFIAS, o en cualquier otra fuente

INFORMES: 49-8301, Lunes, Miércoles y Viernes de 14 a 17 Hs.

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

CONFRONTACIONES



La teoría del apego en el contexto del pensamiento psicoanalítico contemporáneo

(parte II)

Los modelos representacionales

Mario Marrone*

Uno de los principios básicos de la Teoría del Apego¹ dice que cuando un individuo siente que puede contar con una figura de apego cuando la necesite, este individuo tendrá menor proclividad a caer en estados de ansiedad que aquel otro que no tenga ese sentimiento de seguridad. La confianza en la posibilidad de contar con una figura de apego se desarrolla durante un período sensitivo que va desde la infancia hasta la adolescencia y que Bowlby denomina "años de inmadurez".

Cuando me refiero a la "posibilidad de contar" con alguien, a la "disponibilidad" del otro, no aludo meramente a una presencia física. Estoy hablando de una relación en la que el otro es un interlocutor que responde con empatía.

Las expectativas que se desarrollan durante los años de inmadurez tienden a permanecer inalterables durante el resto de la vida. Pueden ser conscientes o inconscientes. Pueden ser inconscientes aun cuando ejerzan una gran influencia sobre la conducta y funcionamiento psíquico del individuo.

Estas expectativas sobre la disponibilidad y capacidad de respuesta de las figuras de apego se desarrolla sobre la base de experiencias reales de interacción.

Cada individuo, durante su proceso de crecimiento, construye para sí mismo *modelos representacionales*, del

mundo en que vive, de las cosas y de las personas como así también de sí mismo. En España se los ha llamado "modelos internos activos" (Ortiz Baron, 1988). Estos son mapas cognitivos o esquemas que el individuo forma a lo largo de su desarrollo. Cada uno de estos modelos es una representación mental selectiva y subjetiva de algo: aspectos de una persona, aspectos del mundo, aspectos de uno mismo. Estos modelos sirven para dar significado a la experiencia y organizar conductas adaptativas. Los que tienen importancia para la clínica son aquellos que sirven de base para orientar la conducta interpersonal y la valoración de uno mismo.

La "transferencia" no es otra cosa que el proceso por el cual se utiliza un modelo representacional pre-existente en la interacción con una persona del presente (en la situación terapéutica con el analista).

Estas ideas —desarrolladas por Bowlby— no son esencialmente diferentes de los conceptos propuestos por Hartman y Jacobson en los Estados Unidos alrededor del año 1950. Ambos hablaban de "*representaciones del self*" y del "*objeto*".

Objeto es la palabra con la que en psicoanálisis se designa a la figura de apego o a la representación mental de esta. No es una palabra que los teóricos del attachment aceptan con gusto, pero en lenguaje psicoanalítico está tan establecida que parece imposible dejarla de usar.

Con respecto al concepto de *self* o sí mismo, hubo bastante confusión hasta los años '50, ya que Freud utilizaba la palabra "yo" tanto para designar a un conjunto de funciones como para nombrar a la representación mental de uno mismo. Fue precisamente Hartman quien en 1950 propuso llamar "yo" a esa parte del aparato psíquico que actúa como mediadora entre los instintos y el contexto social, cuyas funciones incluyen la capacidad de percibir y evaluar la realidad, de hacer jui-

* Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta. Director del Departamento de Psicoterapia de Grupo del Hospital Universitario Central Middlesex de Londres y Director de la Sección Clínica del London Centre for Psychotherapy.

Mental Health Unit Central Middlesex Hospital, Acton Lane, London NW10, 7NS, Inglaterra

** La parte I fue publicada en el número anterior de Vertex.

1. En inglés "attachment theory".



cios sobre las cosas, de relacionarse con los otros, de controlar y manejar los impulsos eróticos y agresivos, de tolerar la frustración, de demorar la gratificación cuando el buen juicio lo aconseja, etc. En cambio, el "self" –a diferencia del yo– es ese mapa interno que uno construye acerca de uno mismo.

Cada individuo construye modelos representacionales del mundo y de sí mismo dentro de aquél. Con la ayuda de estos modelos representacionales, capta situaciones, percibe a los otros, interpreta las acciones e intenciones de sus semejantes, predice hechos futuros y hace planes.

Un aspecto clave de los modelos representacionales de las figuras de apego es la noción de quiénes son estas figuras de apego, dónde han de encontrarse y cómo se espera que han de responder. De la misma manera, un aspecto clave de los modelos representacionales del self es si uno es digno de amor y cariño.

En este sentido, los modelos representacionales del self son también la base de la autoestima y del sentido de identidad.

Los modelos representacionales se organizan de acuerdo a jerarquías y pueden corresponder a todas aquellas figuras significativas de la vida del individuo, particularmente aquellas personas que tuvieron continuidad en el contacto íntimo con éste: padre, madre, tíos, abuelos, hermanos, etc.

Los modelos representacionales de las figuras de apego y del self son múltiples y co-existentes, en el sentido de que cada individuo suele tener representaciones concordantes o discordantes, mutuamente complementarias o contradictorias de uno mismo y de los otros. Que así sea se debe a varios factores. Un factor es que cada representación se ha formado en un momento distinto de la historia personal y de la historia de relación con los otros; o sea en el transcurso de escenas o episodios distintos. Otro factor es que los modelos representacionales son a menudo escindidos por mecanismos activos de defensa, a los cuales en inglés llamamos splitting.

Cuanto más discordantes o contradictorios sean estos modelos, cuanto mayor distancia haya entre modelos opuestos de la misma cosa, mayor es el grado de fragmentación psíquica, mayores las dificultades que el individuo tenga en su funcionamiento mental.

Ahora bien, si una persona, durante sus años de inmadurez, tuvo un apego seguro con sus padres y/u otras figuras significativas de su vida, esta misma persona –en su vida adulta– tendrá una actitud básica (o una tendencia marcada a tener una actitud básica) de confianza en las personas con quienes establezca una relación íntima, de pareja, de amistad o de trabajo. También sabrá elegir con quién relacionarse.

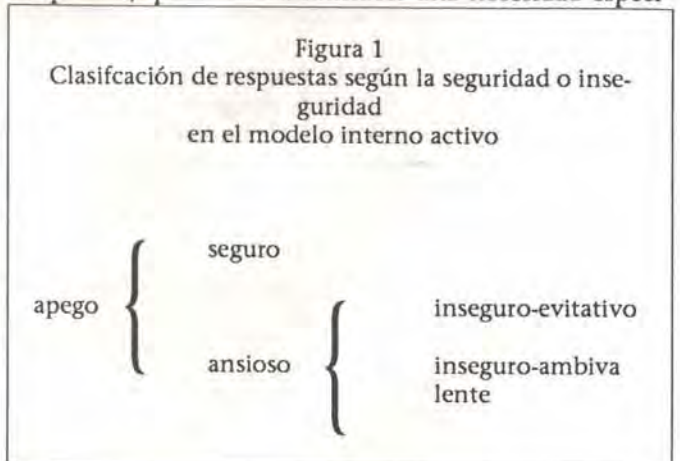
Por el contrario, un individuo que ha tenido experiencias negativas con sus padres y otras figuras de apego durante sus años de inmadurez, tendrá la tendencia a no esperar nada bueno, estable, seguro o gratificante de sus relaciones actuales. El mismo no sabrá relacionarse bien y, si los otros no responden de manera adecuada, consciente o inconscientemente no esperará otra cosa, aun cuando en sus sueños diurnos tenga fantasías y deseos que nunca se materializan. En sus relaciones adultas, este individuo tenderá a comportarse de una manera predominantemente evitativa o ambivalente. Por otra parte, este individuo tendrá tendencia a los estados de ansiedad crónica, a estar deprimido y a sentir rabia como emoción preponderante.

De esta manera, esquemáticamente, podemos decir lo siguiente (ver figura 1):

1. Los individuos que han tenido experiencias vinculares preponderantemente favorables desarrollarán modelos representacionales fundamentalmente positivos y en su vida tendrán la tendencia a establecer relaciones óptimas. En términos técnicos se dice que estas personas tienen la tendencia a formar *vínculos seguros*.

2. Los individuos que han tenido experiencias vinculares preponderantemente mixtas o desfavorables desarrollarán modelos representacionales esencialmente mixtos o negativos y en su vida vivirán las experiencias de relación íntima con ansiedad pues no tendrán una confianza básica en su calidad o perdurabilidad. En términos técnicos se dice que tienen la tendencia a formar *vínculos ansiosos*: a) preponderantemente evitativos; b) preponderantemente ambivalentes y c) preponderantemente desorganizados y desorientados.

En cada edad, el bebé, el niño, el adolescente, necesita un cierto tipo de respuestas empáticas. Se podría decir que una respuesta empática es aquella que responde a un pedido, que tiende a satisfacer una necesidad especí-



fica, y que se ofrece respetando la autonomía del niño.

Hay un amplio repertorio de conductas por parte de los padres u otras personas significativas de la vida del niño y adolescente que pueden tener un afecto adverso sobre la formación de modelos representacionales. Por razones de espacio no entraré en detalles. De cualquier manera, puedo mencionar, brevemente, el abuso sexual, la violencia, los abandonos, la hostilidad latente o manifiesta, etc. No obstante, muchas conductas parentales negativas pueden ser menos dramáticas y sin embargo muy insidiosas y perjudiciales. Un ejemplo es el de la madre que aparentemente quiere y acepta a su niño pero no puede captar sus necesidades y responder empáticamente porque esta absorbida por sus propias preocupaciones. Tipos de interacción como éste han sido estudiados con la utilización de videos. Un modelo común en países latinos es lo que Bowlby llamaba "relación invertida". Esta consiste en un involucramiento excesivo de los padres (normalmente la madre) con sus hijos, no dejando espacio para el crecimiento y la autonomía. Este tipo de relación se llama invertida, porque es en realidad la madre (o el padre) el que depende del hijo como si el hijo fuese una figura de apego.

De muchas maneras, los padres (u otras figuras importantes en la vida del niño) pueden manifestar las deficiencias de su propia historia vincular, haciendo que la patología se transmita de generación en generación.

Cuando los modelos representacionales predominantes dictan que las figuras de apego pueden no estar disponibles, un resultado habitual es el estado de ansiedad crónica y "difusa". El individuo puede estar permanentemente ansioso sin saber que lo está y por qué lo está. La ansiedad, según la Teoría del Apego, es una señal que indica peligro potencial: peligro de debilitamiento del vínculo o de pérdida de la figura de apego (sobre todo en los momentos en que más se la necesita). Si los modelos representacionales delimitan al otro como alguien en quien no se puede confiar totalmente, entonces uno no puede sentirse seguro con nadie y el resultado es la ansiedad crónica que puede manifestarse en forma pura o a través de síntomas derivativos o de defensas características.

En una persona que sufre de disturbios emocionales, es común encontrar en la investigación analítica, durante el proceso terapéutico, que los modelos del self y del objeto más influyentes son aquellos que permanecen inconscientes, que se desarrollan durante los años más tempranos de la vida. Mientras estos modelos influyen



sobre los estados psíquicos del individuo, sus reacciones y sus predicciones, puede haber otros modelos -tal vez radicalmente incompatibles con los primeros- que están actuando simultáneamente y que son más accesibles a la conciencia del sujeto; modelos éstos que la persona puede equivocadamente creer que son dominantes.

Modelos latentes pueden activarse en determinado momento en respuesta a ciertos desencadenantes que se dan en la interacción. Esto es algo que se puede observar claramente en psicoterapia de grupo, en situaciones en las cuales uno ve cómo una persona comienza inadvertidamente a utilizar un modelo representacional diferente a partir de una acción o comunicación de otro miembro del grupo que, de esta manera, ha activado un sistema representacional que hasta ese momento no era preponderante. Por ejemplo, una experiencia de rechazo puede reactivar una constelación representacional latente caracterizada por un "otro rechazante" y un "self rechazable". Esta activación de modelos latentes (y de

VILLA GUADALUPE

CLINICA PSIQUIATRICA
Director: Dr. Eduardo Kalina

TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MULTIPLE EN PSIQUIATRIA

- DROGADICCION
- ALCOHOLISMO
- PSICOSIS
- NEUROSIS GRAVES
- DEPRESIONES
- INSOMNIO
- BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA
- ESTRES

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTEGRALES

- AMINOGRAMAS
- MINERALOGRAMAS
- TEST COMPUTARIZADOS
- POTENCIALES EVOCADOS

INTERNACION Hoteleria 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

Scalabrini Ortiz 1963 • (1425) Buenos Aires • Tels. 72-0258 / 71-2766 Fax: (541) 71-2248



las ansiedades relacionadas con estos) explica el mecanismo por el cual los así llamados "factores precipitantes" pueden desencadenar estados patológicos agudos. La teoría del *attachement* utiliza un paradigma cibernético y el lector tal vez entenderá mejor estos conceptos si tiene en cuenta un esquema teórico basado en la activación y desactivación de sub-sistemas.

Los modelos representacionales se forman en el curso de episodios o escenas de la vida personal. O sea que están ligados a escenas latentes o manifiestas de la historia vincular.

Ahora bien, el modelo representacional de la figura de apego (o representación del objeto) no se construye como un mapa fidedigno y estático de esa figura. Tampoco parece ser, como algunos teóricos del psicoanálisis han propuesto, una imagen distorsionada por fantasías y procesos proyectivos. Se podría afirmar que la representación de la figura de apego se construye sobre la base de los resultados que el individuo en crecimiento obtiene al tratar de evocar respuestas empáticas y positivas por parte de sus padres. En este sentido, la representación se forma en el transcurso de un interaccionar dinámico entre el niño y sus padres y también puede formarse en ausencia de éstos (como respuesta a tal ausencia).

Es importante recordar que el niño pequeño tiene muchas necesidades diversas, no solamente chupar y alimentarse. De bebé necesita que lo limpien, que lo tengan en brazos, que le hablen, etc. Y, a medida que crece, necesita una diversidad mayor de respuestas y suministros. Podríamos agregar, que todas esas respuestas empáticas que el niño necesita pueden definirse bajo el común denominador de "base segura". Sin embargo, el niño también necesita estímulo y permiso para tener conductas exploratorias.

La investigación sobre los orígenes, estructura y función de los modelos activos internos es un ejemplo de trabajo interdisciplinario, en el cual la observación clínica se complementa con los estudios de laboratorio en el campo de la psicología evolutiva. En años recientes

los trabajos de Bowlby han inspirado un número creciente de trabajos de investigación en Estados Unidos e Inglaterra. La tarea realizada por Mary Main y colaboradores en el Departamento de Psicología de la Universidad de California en Berkeley se han transformado en un pilar fundamental.

En la Unidad de Psicopatología Evolutiva de la Clínica Tavistock de Londres, recientemente creada, se está actualmente trabajando sobre este tema con resultados promisorios. Una serie de estudios recientes, hechos en esta unidad, confirma la relación entre historia vincular, organización de los modelos representacionales y desarrollo de la personalidad *borderline*.

Trabajos recientes, realizados con una metodología científica rigurosa, están demostrando con claridad que hay una estrecha relación estadística, psicodinámica y evolutiva entre psicopatología en la edad adulta y experiencias vinculares adversas en la infancia y adolescencia.

La utilización de instrumentos específicos de investigación, tales como la *entrevista vincular de adultos* (George, Kaplan y Main, 1985) y el *instrumento de vínculo parental* (Parker, Tupling y Brown, 1979), como así también filmaciones seriadas de episodios de la vida familiar con video-tapes, están confirmando las hipótesis iniciales de Bowlby y ampliando el campo de información.

Los resultados de estos trabajos de investigación son compatibles con muchos enunciados de la teoría psicoanalítica derivados de la observación clínica. Sin embargo, lo que parece evidente es que la formación del así llamado "mundo interno" (o mundo de las representaciones mentales) está mucho más enraizada en experiencias reales de interacción interpersonal en el curso del desarrollo evolutivo que en las así llamadas "fantasías". Lo cual nos brinda un terreno más firme para continuar la investigación de laboratorio tanto como la indagación y aplicación clínica ■

Bibliografía

- Ainsworth, M. D. S. et al., (1978) *Patterns of Attachment*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.
- Bowlby, J., (1973) *Attachment and Loss* (Vol. II: Separations, Anxiety and Anger), The Hogarth Press, London.
- Jacobson, E., (1964) *The Self and the Object World*, International University Press, New York.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M., (1985) *The Attachment Interview for Adults*. Manuscrito de circulación interna. Universidad de California, Berkeley.
- Hartmann, H., (1950) Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego, *Psychoanalytic Study of the Child* 5, 74-96.
- Ortiz Barón, M. J., (1988) Apego, miedo, exploración y afiliación: interacción entre sistemas de conducta en la primera infancia. En *Etología y Psicología*, José Ramón Sánchez Martín y colaboradores, Servicios Editorial de la Universidad del País Vasco, San Sebastián.
- Ortiz Barón, M. J., (1990) Relaciones Socioafectivas y Conocimiento. Clase dictada en San Sebastián, Universidad del País Vasco, Agosto de 1989.
- Parker, G. y colaboradores, (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Patrick, M., Hobson, M. y colaboradores, (1991) Patterns of Relationship: Association among Adult Personality Disorder, Adult Attachment Classifications and Perceptions of Early Parenting. Manuscrito de circulación interna. Tavistock Clinic, Londres.

Los cuadros que ilustran este artículo son de Pierre-Auguste Renoir.

Viena: Una experiencia de desmanicomialización en marcha

El Prof. H. E. Gabriel estuvo en Buenos Aires invitado por Vertex para dictar conferencias y realizar visitas de intercambio científico en instituciones y organizaciones de Salud Mental.

Director del "Baumgartner Höhe", el Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Viena, y Profesor de la Universidad, Gabriel de 52 años de edad fue nombrado hace 14 por las autoridades del Municipio de la capital austríaca con la expresa misión de producir una reforma en la atención psiquiátrica.

La política del "sector" en Francia, la psiquiatría social inglesa y la reforma italiana iniciada por Basaglia y plasmada en la ley 180, fueron fuentes de inspiración para muchas de las medidas adoptadas.

De los 2.500 pacientes que tradicionalmente albergaba el hospital durante largos períodos, actualmente solo conserva 700, con períodos de estadía que van de 1 a 3 semanas, es decir, concentra su atención en pacientes agudos que no han podido ser atendidos en sus domicilios por el tipo de patología y/o los recursos familiares con los que cuentan.

Una red de trabajo psico-social cubre el conjunto de la ciudad que cuenta con 1.500.000 habitantes. Gabriel destaca que el éxito de su gestión tiene que ver con el apoyo político sin fallas que le otorgó el Municipio durante toda su gestión, la continuidad institucional en la planificación y ejecución del proyecto y los recursos económicos expresados tanto en el número y calidad del personal participante como en habitaciones del Municipio para alojar a los externados en la comunidad y en salarios mínimos que estos perciben aún sin poder trabajar por su discapacidad, cuando esta existe.

Departamentos terapéuticos, poco "medicalizados", atendidos a tiempo completo o parcial por enfermeras especializadas que en algunos casos solo hacen una visita diaria, son los lugares de reinserción de las personas sin familia. Allí viven en pequeños grupos compartiendo tareas y responsabilidades. En contrapunto los servicios de Psicopatología en los hospitales generales son raros y la Paidopsiquiatría, que en Austria se vincula más estrechamente con el circuito pedagógico que con el médico, no está comprendida en los planes de la reforma vienesa que dirige Gabriel.

Las técnicas desarrolladas incluyen el uso limitado pero frecuente y eficaz de la farmacoterapia, el análisis institucional y la psicoterapia respecto de cuyas líneas existe una amplia libertad en el Baumgartner Höhe y en



el trabajo de campo para desarrollar diferentes concepciones. La formación psicoterapéutica es solicitada para ingresar al hospital como residente psiquiatra, pero no es impartida teóricamente en el mismo sino que se la deja en manos de asociaciones (la Psicoanalítica dependiente de la IPA, sistémicas, inspiradas en Caruso, etc.) a elección del candidato.

Una tarea de poco conocida repercusión internacional (el Dr. Gabriel se lamenta de no encontrar el tiempo para escribir lo que van haciendo) pero constante y eficaz que, al decir de su mentor, en quien campea la modestia, ha modificado definitivamente la opinión popular y profesional respecto de la psicosis y de su tratamiento en Viena.

Las conferencias dictadas

En APdeBA se presentó una temática histórica retratando el ambiente psiquiátrico vienés a fines del siglo XIX y principios del XX. Warner von Jauregg, el descubridor de la malarioterapia, en contrapunto con los desarrollos freudianos, ilustró paradigmáticamente el rol del psiquiatra en esos años. Una serie de publicaciones de gran difusión popular, cuyas portadas exhibió el conferenciante, sobre temas relativos a la psicosis, al enfermar mentalmente y a la psicología general, escritas por conocidas figuras de principios de siglo mostró un cariñoso interés por los lectores lejos de la época en la problemática específicamente psiquiátrica. Las etapas de construcción del Hospital, obra arquitectónica imponente para la época, fue presentada en una serie de fotografías de archivo que enriquecieron visualmente la exposición.

En el Hospital Italiano, ante una nutrida concurrencia, con la presentación de la Prof. Lía Ricón y la presencia del Dr. M.A. Matteredzi, presidente de APSA (ambos miembros de nuestro Comité Científico), el Dr. Gabriel expuso el modelo de trabajo que desarrolla con su equipo en Viena. Esta experiencia organizada por Vertex, contó con el apoyo material de la Embajada de Austria y los laboratorios Ciba-Geigy. Dos corresponsales de nuestro equipo, el Dr. Andreas Woitzuk desde Austria, y en particular el Dr. Rene Epstein, a quién debemos sus impecables traducciones del alemán, en Buenos Aires aseguraron con dinamismo y exactitud la concreción del evento ■

Juan Carlos Stagnaro

Sobre la reforma psiquiátrica italiana

Mario Soboleosky

Franco Rotelli, principal figura del movimiento surgido en Italia en las últimas décadas, miembro de nuestro Comité Científico y responsable actual de las actividades en Trieste y *Bruno Norcio*, joven y destacada figura del quehacer de la Salud Mental, fueron entrevistados por nuestro corresponsal en Italia

Trieste sobre el mar Adriático, al lado de Venecia, ve dibujar en el cielo otra de sus maravillosas puestas de sol. El viento característico, la bora, dobla los árboles cargados de nieve en este helado enero. Franco Rotelli me recibe en su escritorio, en un viejo pabellón del ex-hospital psiquiátrico de Trieste, que antes fue lugar de trabajo y reflexión de Franco Basaglia. Grabador por medio nos disponemos a charlar un rato, entre el teléfono que suena permanentemente y los colaboradores que lo reclaman.

Vertex: ¿Cuándo y en qué universidad te recibiste de médico?

Franco Rotelli: En la Universidad de Padua, acá, en Italia, en 1967. En 1968 hacía el servicio militar. El Mayo Francés del '68 no era ni siquiera previsible, cuando yo era estudiante.

Vertex: ¿Cuál fue tu primera relación con la Psiquiatría y por qué elegiste esta especialidad?

Rotelli: Empecé en el año 1965, como estudiante, a frecuentar la clínica universitaria, en Parma, (reflexiona)... hay tantos motivos! Creo que el principal fue una reacción a la medicina general, la encontraba poco interesante porque me parecía que la enseñanza universitaria de la medicina, aquí en Italia, tenía solo una orientación biologicista, positivista, y no me interesaba mucho; por lo tanto, esta visión de la medicina como una actividad mecánica, reparatoria, la encontraba poco interesante.

Vertex: ¿Cuál fue tu primera relación con Basaglia y con esta experiencia de Trieste?

Rotelli: Después de recibirme y de cumplir con el servicio militar, trabajé en un manicomio judicial. En ese

año de trabajo logré crear una situación de cambio de estructuras, buscando transformar algunas reparticiones del manicomio en situación de comunidad terapéutica. Pero esto generó en la dirección del manicomio carcelario, en el "stablishment", una reacción muy fuerte en mi contra. Por consiguiente, cuando Basaglia vino a trabajar a Parma, muy cerca del manicomio judicial donde yo trabajaba, pedí trabajar con él. Esto fue en 1970 y al año siguiente, vinimos juntos a trabajar aquí, en Trieste.

Vertex: Por lo tanto, estás aquí desde el principio de esta experiencia. Mencionaste el manicomio carcelario, ¿qué pasa hoy en los manicomios judiciales de Italia?

Rotelli: La ley 180 no modificó en nada esta situación, que está regulada por una ley de la década del '20, de la época del fascismo, que instituía el hospital psiquiátrico criminal. Hoy, en Italia, hay todavía seis hospitales psiquiátricos criminales, con alrededor de 1.100 personas internadas. La legislación no cambió nada desde entonces. Hay, solamente, una importante sentencia judicial de la Corte Constitucional que estableció que, en cualquier momento una persona puede ser liberada del manicomio judicial si los médicos certifican que esta persona está mejor psíquicamente. Antes de este fallo judicial eso era imposible, pues las leyes prevenían un mínimo de años en el que la persona debía permanecer en el manicomio carcelario, según la gravedad del delito cometido. Posteriormente a esta sentencia es posible que alguien salga, incluso antes, si la junta médica afirma que mejoró.

Vertex: ¿Este fallo tiene valor como precedente jurídico para toda Italia?

Rotelli: Exactamente, como sentencia judicial de la Suprema Corte vale para toda Italia, la consecuencia es muy importante, aunque no es muy utilizada porque, en realidad, la preocupación principal de los médicos del hospital psiquiátrico judicial es que tienen miedo de la responsabilidad que se deriva de liberar precozmente a una persona del manicomio criminal y por lo tanto no lo hacen muy a menudo, excepto cuando hay una acción de los Servicios Públicos Psiquiátricos no judiciales, que asumen la responsabilidad; o cuando

hay familiares que se interesan mucho; o, en última instancia, cuando hay en la red social una posibilidad de protección, e, incluso, de control, de estas personas. Es decir, existe la posibilidad de que salgan más fácilmente que en el pasado.

Vertex: *¿Podés decirnos, cuál es el concepto de inimputabilidad actualmente vigente en Italia, es decir, cuando una persona que cometió un delito no es castigada jurídicamente?*

Rotelli: La legislación penal no cambió, por lo tanto, es inimputable la persona totalmente incapaz de "entender y querer" el acto delictivo. Es decir, si una persona es considerada por el magistrado, en base a las pericias médicas, totalmente incapaz de "entender y querer", no es imputable. En el pasado, había cierta mecanicidad en las pericias psiquiátricas, por lo cual si una persona era juzgada enferma mental en forma grave, por ejemplo, diagnosticado un esquizofrénico, un psicótico, grave, entonces se llegaba a la conclusión de que esa persona era totalmente incapaz de "entender y querer", y por consiguiente, inimputable. Desde hace algunos años, hemos puesto en discusión, con mucha vehemencia, este automatismo: enfermedad mental grave, igual incapacidad. Muchos psiquiatras, peritos judiciales, forenses, médicos legistas, empezaron a aceptar, mucho más que antes, esta preocupación y hacen pericias judiciales cuyas conclusiones son el diagnóstico de una enfermedad mental grave, pero no por esto una total incapacidad. Queremos continuar esta batalla cultural para quebrar el mecanicismo, el automatismo del que hablábamos antes. Consideramos que la enfermedad mental es, a menudo, una causa de reducción de la capacidad mental de las personas, pero no la eliminación de su capacidad; por lo tanto, consideramos que el enfermo mental, a pesar de esta situación debe ser considerado, al menos parcialmente, capaz y, por consiguiente, imputable. Es una batalla cultural que está en curso pero está aún en el campo cultural y no se generalizó todavía lo suficiente. Sin embargo este criterio ya es aceptado por psiquiatras, no particularmente progresistas. Es una batalla que está, digamos, en el plano exclusivamente científico, por ahora.

Vertex: *En la experiencia de Trieste, ¿qué es la enfermedad mental?, ¿cómo la podemos definir?, en resumen, ¿existe la enfermedad mental?*

Rotelli: Son dos preguntas diferentes, la primera pregunta es si existe la enfermedad mental, indudablemente existe. Es más difícil contestar qué es la enfermedad mental.

Que la enfermedad mental existe creo que es imposible negarlo; la cuestión es aclarar qué entendemos por enfermedad mental. Pensamos que es natural que exista la locura, es decir, en toda sociedad humana existe algo que podemos llamar locura. Pensamos que la enfermedad mental es diferente de la locura, la enfermedad mental es la transferencia en códigos médicos, científicos, disciplinarios, de la locura. La locura existe, y es una realidad natural; la enfermedad mental existe y nosotros la consideramos un artefacto, es decir, una realidad artificial, no una realidad ontológica, no una realidad natural. Es la transformación que hace nuestra so-



ciudad de la locura en enfermedad mental, lo que determina la existencia de la enfermedad mental. Entonces, que existen los locos no hay duda; que los locos sean enfermos, lo decide la sociedad. No es tan claro que sea un hecho natural, es una decisión social considerar la locura una enfermedad, por lo tanto, hacerla controlar por los médicos. Por consiguiente, hablar en términos de síntomas, de diagnóstico, pronóstico, medicamentos, terapias, y por ende, construir instituciones sanitarias, médicas, para controlar y administrar la locura es una consecuencia, un hecho artificial, no un hecho natural, luego, la enfermedad mental entendida en este sentido, es una realidad inventada; mientras que la locura existe independientemente de la voluntad de hacerla existir, la enfermedad mental existe sólo por convención social. Respecto de tu segunda pregunta: ¿qué es la locura?, te respondería: no tengo la más pálida idea.

Vertex: *Mencionaste como uno de los elementos del control médico de la locura, entendida como enfermedad mental a los medicamentos. ¿Qué lugar ocupan los psicofármacos en la estrategia terapéutica, aplicada en Trieste?*

Rotelli: Los fármacos tienen un rol, un rol importante, ciertamente, más importante de lo que desearíamos. Hemos pensado siempre que los medicamentos son una pobre respuesta a una realidad muy rica; los fármacos son un elemento de simplificación, de reducción del concreto, de lo real, ante la falta de instrumentos, de capacidad, de posibilidades de dar respuestas más ricas se da esta respuesta, que, repito, consideramos muy pobre, e, incluso, peligrosa, bastante riesgosa; una respuesta pobre a una pregunta compleja, una respuesta simplificada a una realidad muy rica. De todos modos, no logramos dar con el quid de la cuestión, de tal modo de



reducir el peso del medicamento en la estrategia terapéutica hasta hacerlo desaparecer, o, por lo menos, reducirlo a una variable mucho menos importante. Sea como fuere, el fármaco es todavía una respuesta muy importante, y estamos trabajando, investigando, para reducir su importancia, pero aún no lo logramos, como quisiéramos ■

El interés del Dr. Bruno Norcio por el movimiento basagliano de la psiquiatría nació durante el período de su especialización universitaria. Se encontraba a un paso de hacer su especialización psiquiátrica en una universidad del sur en Sicilia, y no estaba de acuerdo con los métodos que se usaban para el tratamiento de los enfermos psiquiátricos.

Vertex: ¿Cuál fue su recorrido formativo?

Dr. Bruno Norcio: Me recibí de médico en 1970, y todo el año siguiente frecuenté la clínica universitaria de Bologna y de psiquiatría en Catania. La especialización en neurología en la Universidad de Bologna la hacía al mismo tiempo que era auxiliar docente voluntario. Había una sección de neurología en la que se internaba a los enfermos psiquiátricos leves, y además, una sección de enfermos psiquiátricos crónicos que eran alojados en un lugar subterráneo, adonde para nosotros, practicantes, estaba prohibido entrar.

Era una situación muy fea, en la que se ponía en práctica la reclusión física, la contención en la que se ataba a los enfermos y las condiciones higiénicas eran terribles, un verdadero manicomio que se encontraba en el subterráneo de la clínica universitaria.

La experiencia de Basaglia, que se difundió en su libro "La Institución Negada" fue para mí muy atractiva

e importante, por lo que en el verano del '71 fui a Gorizia a verificar personalmente cómo funcionaba. Allí conocí a algunos personajes que la habían animado. Conocí a Agostino Pirella, a Domenico Casagrande, Vincenzo Pastore, Bieri Marzi, todos exponentes, posteriormente, de Psiquiatría Democrática. Basaglia, mientras tanto, se había mudado a Trieste, en donde pensaba recomenzar con otro proyecto similar.

Conseguí ir a Gorizia a trabajar en 1972 y fue muy importante para mí desde el punto de vista formativo, participar desde el interior en la comunidad terapéutica del hospital psiquiátrico de Gorizia. Esta experiencia concluyó de una manera no muy placentera. A fines de 1972, se produjo una serie de pedidos del equipo médico a la administración provincial por la apertura de centros territoriales. Ante la negativa de la Administración de adherir a esa solicitud de programa para transformar y aún mejorar, abriendo al exterior la comunidad terapéutica todo el equipo médico, del primero al último, decidí renunciar en bloque. Se abrió de este modo, un período de crisis que, se esperaba, pudiera llevar a la Administración a tratativas en interés de los internados y de todos los pertenecientes a la comunidad terapéutica del hospital.

En cambio, la Administración encontró inmediatamente un equipo médico de recambio que, no sólo se puso a disposición de esta clase de maniobra, sino que, de algún modo, la utilizó para sus propios objetivos de poder. De tal modo, a fines del '72 todo el equipo que trabajaba en la comunidad terapéutica, se fue; y fue sustituido por un grupo de nuevos profesionales. Una parte de los desplazados, entre los que me contaba, vino a Trieste. Eramos cinco o seis personas. Otra parte fue a Arezzo, donde estaba en curso una práctica de transformación del hospital psiquiátrico bajo la dirección de Pirella.

Luego de ese paréntesis en Gorizia, a fines del '73 empecé a ir como voluntario al hospital psiquiátrico de Trieste, mientras hacía el servicio militar. En 1974, después de ganar el concurso como asistente-psiquiatra, empecé a trabajar en el hospital psiquiátrico de Trieste. Por lo tanto, participé en la fase de su transformación y apertura en particular operando en una de las cinco zonas en que estaba sectorizado el hospital. Como dije muchas veces, el primitivo proyecto aquí, en Trieste, era un proyecto de sectorización, es decir, a cada zona de la ciudad le correspondería un reparto interno. En la zona en la que operaba nuestro equipo, era la zona quinta, que incluía la periferia industrial triestina y dos municipios pequeños, Muggia y San Dorligo, de hecho trabajamos cinco años.

En 1975 se abrió el Centro de Salud Mental de Muggia, que al principio era sólo un centro diurno, funcionaba "part-time" a la mañana y a la tarde y las internaciones se hacían siempre en el hospital psiquiátrico. En 1978, después de la aprobación de la ley 180, esta práctica cambió, pues todos los centros de Trieste se orientaron a operar durante las veinticuatro horas. En 1980 el centro de Muggia se cerró y en su lugar se abrió un centro operante veinticuatro horas sobre veinticuatro, en la zona del Domio.

Fue un período muy importante, sea desde el punto de vista formativo sea desde el punto de vista de la respuesta diferente que se daba a los pacientes, los cuales eran enfrentados con su problemática directamente en los lugares de vida, de trabajo. Por consiguiente, más allá de una gestión de las crisis, de los problemas de en-

fermedad declarada, hubo una posibilidad, en aquel período de desarrollar incluso una intensa actividad de relación con grupos sociales, sea a nivel de lugares de trabajo, sea a nivel de escuela, sea a nivel de hogares de ancianos, sea a nivel de conventillos, incluso de vecinos de pacientes psiquiátricos. Fue un trabajo muy estimulante, especialmente desde el punto de vista de la prevención, tanto secundaria como terciaria.

Hubo la posibilidad de sacar del hospital psiquiátrico un gran número de pacientes que estaban internados desde hacía mucho tiempo. Hicimos una experiencia de "casa-familia" en el municipio de Muggia, con un grupo de pacientes crónicos. También hicimos un trabajo de programación con la administración municipal, con una serie de iniciativas de carácter cultural tendientes a promover información y conocimiento incluso, sobre la enfermedad mental. Encuentros en el barrio, encuentros con estudiantes, con maestros, etcétera.

Después de 1980, pasé a otra zona con funciones de responsabilidad, muy diferente de la precedente pues estaba formada por un territorio prevalentemente agrícola en la periferia de Trieste, tres municipios menores más dos circunscripciones: el altiplano Cárstico. El Centro de Salud Mental se hallaba en el municipio de Aurisina, tanto la actividad como el tipo de consenso de parte de la población y de las instituciones locales eran muy favorables. Había buenas relaciones entre el servicio, la población y las estructuras productivas del lugar. Fuimos invitados a dar conferencias relativas a la prevención, a la educación sanitaria, tanto en las escuelas como en las fábricas. Teníamos activas relaciones con los dos consejos de fábrica de las principales industrias que se encontraban en el territorio, y también teníamos óptimas relaciones con las administraciones municipales, sea desde el punto de vista de la posibilidad de ayuda, sea desde el punto de vista de las posibilidades de reinserción laboral y social de algunos pacientes con mucho tiempo de internación.

Otro objetivo que nos impusimos como Servicio de Salud Mental fue el de atenuar en todo lo posible, los contrastes, fundamentalmente de origen histórico, entre las diversas comunidades étnicas presentes en este territorio, caracterizado precisamente por la presencia contemporánea de una comunidad eslovena, italiana, y en particular, de una comunidad italiana de proveniencia istriana (Istria, Yugoslavia), que es una comunidad que fue marcada profundamente por el éxodo que sufrió en la postguerra y por estar inserto en una comunidad mayoritariamente eslovena, donde se produjeron enfrentamientos y tensiones sociales muy fuertes que tuvieron incluso una influencia sobre la patología psiquiátrica y sobre el tipo de demanda que llegaba al servicio. Mi experiencia personal en la conducción de ese centro se prolongó hasta 1990.

Vertex: Los factores sociales y la salud, muy ligados entre sí, fueron a menudo disociados. Muchos planes de salud ni siquiera tienen en cuenta lo social, ¿cuál es, por el contrario, el concepto de salud en la reforma de Trieste?

Norcio: Lo social es importantísimo, tiene un aspecto preponderante. Pero no sólo en términos de dirección del Servicio Psiquiátrico. De hecho, hoy no sabría decirte si es correcta la expresión "Psiquiatría Social", para el tipo de trabajo que hacemos. En el sentido de que hoy



por Psiquiatría Social, se entiende, en los países europeos, un tipo de organización, de acercamiento, a los problemas psiquiátricos caracterizado por el "community care" (cuidado de la comunidad) que, en la acepción anglo-sajona significa simplemente que, algunas funciones de terapia son descentradas, con la supervivencia, sin embargo, de las grandes instituciones psiquiátricas, los manicomios, y con una fragmentación de instituciones intermedias, más "soft" (suaves) que luego deben realizar la "community care".

Yo pienso que es más importante pensar en lo social como en una categoría del sufrimiento psíquico, pero del sufrimiento de cualquiera, o de los problemas existenciales que cualquiera puede tener; pensar en lo social como una categoría central de la misma existencia, por lo tanto las dificultades que una existencia puede producir y que pueden ser consideradas como enfermedad. En un plano general, lo social significa relaciones con el grupo microsociedad más próximo, es decir con los familiares, relaciones con los compañeros de trabajo, con los amigos, con los conocidos, con el vecindario.

Otro problema que plantea la demanda que llega al servicio es que a menudo, los pacientes, nuevos o antiguos, tienen graves dificultades de vida; por lo tanto presentan dificultades para responder a las propias necesidades primarias. Acá está el problema de la vivienda, del dinero mínimo y vital. A menudo estas personas ni tienen, ni disponen de dinero. Aquí se abre la discusión de la función incluso de soporte, de respaldo social, de ayuda a la sobrevivencia, más allá, digamos, de la respuesta terapéutica especializada que se le pide al servicio.

Hay un tercer aspecto social de los problemas que se nos plantean, es el aspecto no ligado directamente al paciente singular, sino ligado al barrio, a la comunidad. Cómo vive la comunidad el tema de la enfermedad mental, cuál es el grado de tolerancia ante ella y cuál



puede ser la solidaridad existente o aquella que se pueda promover, incrementar, desarrollar con respecto a los problemas, o de vida o de eventual reinserción en actividades de intercambio social específicos de los pacientes, del mismo centro. Esto presupone llevar a cabo un trabajo, que tiene sin duda connotaciones preventivas y de educación, de información sanitaria sobre el que es necesario, naturalmente, comprometerse.

Vertex: Finalmente, quisiera saber, según su opinión, cuáles fueron los éxitos, los objetivos futuros y los obstáculos de la reforma de Trieste.

Norcio: Lo que me parece más importante como éxito, ligado al mensaje principal de la ley 180/78, en el plano nacional, es que se borró en Italia la idea, la organización del manicomio. Creo también que otros logros se pueden enumerar: el hecho, por ejemplo, de haber dado subjetivamente la voz a quienes no la tenían, es de-

cir a los ex -internados o a aquellos siempre en riesgo de ser marginados socialmente la posibilidad de existir, de contar algo. Por lo tanto, se pueden contar millares de historias personales en las que hubo una rehabilitación, no tanto como proceso técnico que llevó a una reinserción medible con el empleo, con la recuperación de la actividad laboral, de cierta red social, etc., sino la actividad rehabilitadora que significó volver a existir. Antes estaba la realidad de la no-existencia civil, ahora tienen la existencia civil.

Un tercer punto que me parece importante, y que puedo indudablemente enumerar como un éxito es el hecho de haber comprometido en el área de la psiquiatría figuras y sujetos que tradicionalmente no pertenecían a esta área, y que trajeron contribuciones prácticas, concretas, incluso teóricas, espíritu creativo, sinergias que hubieran sido impensables si esto no se hubiera verificado. Me refiero a artistas, pintores, poetas, actores teatrales, trabajadores, artesanos, es decir a toda una serie de figuras que en una organización siempre son empleados en un rol "terapéutico" profesionalizados como terapeutas o, sino no tienen derecho a entrar. Esta es, en mi opinión, otra característica muy particular de la experiencia triestina: la invitación, el compromiso del artista no es para hacer musicoterapia o terapia con el dibujo o con la pintura, es en cambio para trabajar junto con quienes hacen estas actividades para producir a su manera cosas personales ■

Las máscaras y esculturas que ilustran este artículo son del Africa Central.

LECTURAS & SEÑALES

LECTURAS

Arrue, Wille; Kalinsky, Beatriz, De "la Médica" y el Terapeuta. La gestión intercultural de la Salud en el Sur de la Provincia de Neuquén, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1991, 289 págs.

En una fundamentada exposición, (es de destacar la profusión y pertinencia del rastreo bibliográfico en el que se apoya la obra) los autores nos presentan un modelo metodológico de excelente factura en la investigación psicosocial.

En su tesis principal este libro demuestra cómo la medicina popular, en la región estudiada, ha logrado inscribir significados dentro del sistema oficial, tanto en el marco de los conceptos nosológicos como terapéuticos. Esto ha sido así gracias a una práctica conjunta, de curadores populares y médicos, mediada a través de articuladores interculturales, especialmente los agentes sanitarios en los equipos de salud.

Yendo de la salud en general al campo específico de la Salud Mental los autores (Director y Coordinadora de Campo, respectivamente, del Proyecto de Investigación "Salud y Participación Social" de la Zona Sanitaria IV de Neuquén) previenen sobre los riesgos de un reduccionismo interdisciplinario pero defienden una correcta inter(trans?) disciplina como ámbito de elaboración idóneo en la teorización, hoy faltante o parcial, de la Salud Mental.

Entre otros anexos la obra cuenta con la transcripción del Plan de Salud Mental de Neuquén presentado por D. Grünman, Jefe de la Zona Sanitaria IV, que constituye un documento indispensable para enmarcar la investigación que informan Arrue y Kalinsky y que cuenta en su ejecu-

ción con varias decenas de miembros en el equipo.

En momentos en que la creatividad investigativa y bibliográfica nacional en nuestra especialidad se ve reducida, en su inmensa mayoría, a repeticiones en eco del discurso de las metrópolis, este libro nos presenta un ejemplo de desarrollos posibles digno de emulación.

Vertex

Binswanger, Ludwig, Mis recuerdos de Sigmund Freud, Almagesto, Buenos Aires, 1992, 142 págs.

Un texto indispensable para la historia del movimiento psicoanalítico y no menos importante para la historia de la psiquiatría. Así se pue-

de calificar esta obra del creador de la *Daseinanalyse* quién parte en sus recuerdos del primer encuentro con Freud en 1907. A la sazón Binswanger contaba veintiseis años, su interlocutor cincuenta y dos. "En ningún momento hizo valer su superioridad, empleando menos la teoría que la casuística para instruir. Preciso y sorprendente en su manera de expresarse, natural y franco en sus gestos, una voz modulada que nunca elevaba; es así como Freud aparece todavía en mi recuerdo". Mucho tiempo después de la muerte de su amigo, Binswanger continuaba relatando el "efecto de sacudida" que le provocaba su presencia.

Tiempo de construcción del movimiento psicoanalítico que buscaba penetrar el ambiente psiquiátrico



CENTRO DE ESTUDIOS EN PSICOTERAPIAS

Directores: Dres. Hector Fiorini - Humberto Gobbi - Nilda Guerschman - Pedro Menendez

INSTITUCION PSICOANALITICA DE ASISTENCIA Y FORMACION

FORMACION DE POSTGRADO PARA MEDICOS

- Niveles anuales de formación en teoría y técnica de psicoterapias psicoanalíticas e institucionales.
- Práctica asistencial guiada
- Curso regular para interior del país y extranjero (3er. Sábado de cada mes de 9 a 16 hs.)
- Jornada anual

SEMINARIOS INTENSIVOS Y COMPLEMENTARIOS 1992

- TALLER DE CASOS CLINICOS: Dr. HECTOR FIORINI
- LA OBRA DE D. W. WINNICOTT: Dr. PEDRO MENENDEZ
- PSICOSOMATICAS: Dra. ELSA WOLFBERG
- TEORIA PSICOANALITICA: Dr. HUMBERTO GOBBI
- FAMILIA Y PAREJA I: Lic. NILDA GUERSCHMAN - Lic. SILVIA FERNANDEZ - Lic. MONICA BRUDE
- PSICOTERAPIA PSICOANALITICA GRUPAL: Lic. LAURA BLEGER - Dr. NESTOR PASIK
- CLINICA DE LAS IDENTIFICACIONES Y EL FANTASMA: Lic. MARIA DEL CARMEN CALVO
- STRESS Y DEPRESION; ABORDAJE TERAPEUTICO: Lic. CELIA MARIURI
- LEYENDO SESIONES DESDE LA LINGÜISTICA. IMPLICANCIAS PARA LA TECNICA PSICOANALITICA: Lic. INES LOUSTALET

INFORMES: AV. CABILDO 592 (1426) BS. AS. TE. 774-2570
LUNES A VIERNES DE 10 A 21 HS.

de la época para validarse y propagar sus principios. Bergolzhli, la institución dirigida por el prestigioso Bleuler se abrió la primera y con ella nuestro autor y sus instructores y colegas: Jung, Abraham, Maier...

Desde entonces, Binswanger mantuvo un vínculo inquebrantable de amistad con Freud, casi tan intenso como profundo se cavaba el foso teórico que los fue separando. "Vaya conmigo tan lejos como pueda; y por el resto, nosotros deseamos permanecer buenos amigos" le escribe Freud en 1913. Etapa por etapa, el autor relata las vicisitudes de esa relación, subentendida por la polémica científica que los enfrentaba, hasta la muerte del amigo en 1939. Inútil relatar aquí tal recorrido, por que nada puede reemplazar su conmovedora lectura en el original.

Vertex

Marc, E., Picard, D., La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación. Paidós, Barcelona, 1992, 210 págs.

El campo del conocimiento relativo a las relaciones entre los hombres continúa creciendo. Toca ahora la elucidación minuciosa de todo aquello que hace al vínculo de dos o más personas. Los gestos, los rituales, las expresiones especulares, el "contagio" de la tristeza o la alegría, el movimiento de los cuerpos. Todo se encuentra en las balanzas de la observación científica y del poderoso deseo de saber. La calle de la *Lengua*, tiene dos carriles que permiten agrupar senderos que confluyen en vez de bifurcarse: *afecto* y *cognición*. Sobre lo afectivo: torbellino de catexias, enlaces libidinales, depositación de imágenes. La cognición: el registro de la ley, el mito, la sintaxis,

el archivo de la memoria cultural... Uno de los autores, Picard, había escrito un libro interesante –editado también por Paidós– que lleva un subtítulo atrayente: del Deseo al Código. Aquí el subtítulo subraya: Cultura, instituciones y comunicación.

Es grato encontrar luego de tantos discursos cargados de bucles y retorcimientos, un panorama, primero descriptivo, de los conceptos de interacción y comunicación y luego, un desarrollo minucioso y claro, del sistema de códigos que rigen o enmarcan los contactos sociales, desde el salud apenas esbozado, hasta el diálogo entre el líder y la muchedumbre –o el actor y su público–. En estos momentos donde el objeto se encuentra tan separado de su representación, resulta importante el estudio de los mecanismos que dan origen a los códigos y su variación de acuerdo a las traslaciones que vive permanentemente la cultura.

Si hace 15 años los anglosajones "descubrieron" a los europeos –franceses en particular–, es interesante comprobar cómo estos franceses, ahora, registran el pragmatismo saludable de las universidades inglesas o norteamericanas.

Más allá del razonable eclecticismo que hace sencilla la lectura y del innegable afán positivista puesto de manifiesto por los autores, el texto se abre como una cómoda atalaya desde donde apreciar mejor el complejo interjuego de los vínculos sociales.

Vertex

Whitaker, C., Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar, Paidós, Barcelona, 1992, 271 págs.

El tono coloquial y consejero del autor recuerda, en una versión nor-

teamericana, al viejo vizcacha. El material memorístico, el humor, los giros intuitivos, dibujan el perfil de un terapeuta, que apasionado por su tarea, continúa interrogándose sobre los procesos de la cura. A través de una especie de autobiografía, que entreteje episodios de la vida privada con el estudio de casos de la práctica asistencial, se asiste al desarrollo de la teoría y la técnica de este autor. Whitaker comenzó su práctica psiquiátrica y analítica, recostado sobre las ideas del psicoanálisis del Yo, tuvo importantes contactos con la escuela de Palo Alto, con Bateson, con Searles, giró levemente ubicando el contexto familiar de los pacientes psicóticos hasta alcanzar referentes sistémicos y –sin deshechar ninguna técnica– acercarse a las prescripciones eriksonianas.

Es dable asistir a un contrapunto –bien escrito y sazonado– entre el abordaje serio y comprometido con el paciente esquizofrénico, y desde otra dirección, la psicoterapia familiar, en un clima lúdico, que a juzgar por los relatos, posee un alto grado de eficacia.

Todo el libro se encuentra impregnado de un tono amable, zumbón, casi alegre. Sus conceptos sobre el lugar en que alternativamente, debe ocupar el terapeuta –paterno o materno–, resultan cercanos a Berne. Por último, los capítulos finales, como corresponde a un profesor retirado, consisten en un conjunto de reglas y conclusiones sobre el buen y mal hacer en psicoterapia.

Un libro que se deja leer en dos direcciones, como una historia personal de la evolución de las psicoterapias del '30 al presente y además como un compendio particular de teoría y técnica del abordaje familiar.

Vertex



**ESCUELA DE
PSICOLOGIA SOCIAL
DEL NORTE**

Directora: **María Amelia Abbate**

Reconocida por la
Primera Escuela Privada de Psicología Social,
Fundada por el Dr. E. Pichon-Rivière

- Asesoramientos Institucionales •
- Trabajos en la comunidad •

Malaver 1883 • tel. 797-8193 • de 18 a 21 hs.
(1636) Olivos, Provincia de Buenos Aires



C.T.I.

CENTRO TERAPEUTICO INTERDISCIPLINARIO

- NIÑOS - ADOLESCENTES
- TERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR
- ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO DOMICILIARIO

**PSICOMOTRICIDAD
MUSICOTERAPIA**

**PSICOPEDAGOGIA
FONOAUDIOLOGIA**

HOSPITAL ITALIANO
POTOSI 4062 1º Piso

Tel.: 981-4850 / 5890 / 5260 – 476-3946 int. 550

Dr. ROBLES GORRITI - JEFE DE SERVICIO SALUD MENTAL PEDIATRICA
LIC. J. CARLOS FERNANDEZ - JEFE DE C.T.I. Y HOSPITAL DE DIA

SEÑALES

Acerca de la investigación en psicoanálisis

La vitalidad y pujanza del psicoanálisis en nuestro país, unidos a su increíble capacidad de convocatoria, son motivo de un asombro siempre renovado para visitantes extranjeros. Mencionamos también el efecto fronteras afuera, la irradiación del psicoanálisis criollo, en la medida en que para tantos pasajes de casi todos los continentes la existencia misma de un movimiento psicoanalítico se debe en gran parte a la diáspora argentina. Los extraños ven este aspecto de nuestra realidad en una perspectiva que subraya el contraste entre la fuerza del psicoanálisis argentino por un lado y un repliegue de la disciplina psicoanalítica en casi todo el resto del mundo, en retroceso con respecto al predominio teórico y práctico que supo obtener hace no demasiado tiempo.

En todo caso queda bien claro que no es en nuestra Argentina que el psicoanálisis está retrocediendo, en casi ninguna de sus corrientes. Pues bien, creo que tenemos derecho a felicitarnos por ello. Más aún si consideramos la tierra arrasada que ha quedado en tantos ámbitos del quehacer intelectual, profesional y cultural como consecuencia de los avatares de nuestra historia reciente. Este derecho que tenemos a felicitarnos no se basa en una vana autocomplacencia narcisística, sino en la certeza que el psicoanálisis es el mejor instrumento para abordar el padecimiento subjetivo. No solamente el mejor procedimiento, sino en rigor el único que puede ofrecer al sufrimiento una salida a la altura de la dignidad de lo humano, más allá de la a veces necesaria reducción farmacológica o psicoterapéutica de dicho sufrimiento.

Esta posición única del psicoanálisis se debe en gran parte al compromiso de fondo que nuestra disciplina tiene con la ciencia. O, mejor dicho, al compromiso básico y fundante con la racionalidad científica, con el ideal de inteligibilidad, con la ambición de hacer operar la razón, con la coherencia conceptual y ética, con el fundamento y la prueba.

Es un rasgo que a nadie se le ocurrió poner en tela de juicio del deseo de Freud: la voluntad decidida de extender las fronteras de la racionalidad científica y conquistar para ella el territorio de lo subjetivo. Empresa paradójica, puesto que implica captar con la razón lo que por definición tiende a escabullirse de ella: la subjetividad. Subjetividad que en la medida que escapa de caer bajo la égida de la racionalidad de vocación científica se convierte en terreno propicio para la germinación vigorosa de la semilla de lo irracional. Desde lo irracional pululan los aspirantes a hacerse cargo de lo subjetivo. La religión viene siendo por supuesto el "favorito histórico", primacia fuertemente cuestionada ahora por lo que es quizás peor que la misma religión: la Corte de los Milagros integrada por una fauna heterogénea de videntes, magos y brujos.

Sin embargo la investigación en psicoanálisis no tiene entre nosotros el vigor que podría esperarse si consideramos su influencia (R. Epstein se ha ocupado recientemente

del tema en VERTEX,*). Es cierto que se publica mucho, pero en contadas ocasiones se trata de resultados de un verdadero trabajo de investigación. Dejaremos de lado un estudio de las razones, así como de la particularidad de lo que sería una investigación psicoanalítica. Quiero señalar solamente que debería ser una tarea colectiva del psicoanálisis impulsar la investigación en nuestra disciplina, y que para lograr este objetivo el psicoanálisis debería abstenerse de recurrir a fondos oficiales. Nuestra actividad genera recursos que deben servir para financiar nuestras investigaciones. Las instituciones psicoanalíticas (por lo menos algunas de ellas) son ricas, y apoyar la investigación está en la línea de renovar permanentemente el compromiso fundante con la razón científica. De tal modo, los analistas

* Epstein, R. Algunas consideraciones sobre el lugar actual del trabajo de investigación en psicoanálisis. Vertex, Vol. II Nº 5: 243-244, 1991.

CUANDO ES NECESARIA UNA EVALUACION PSICOFISIOPATOLOGICA...



CEDIN

CENTRO DE DIAGNOSTICO E INVESTIGACION NEUROBIOLÓGICAS (1)
Director Médico: Dr. Luis I. Mariani (2)

I. AREA ELECTRONEUROBIOLOGIA

- B.E.A.M.: Brain Electrical Activity Mapping (MAPEO CEREBRAL COMPUTADO)
- TEST DOSE: Test Dosis respuesta psicofarmacológica al B.E.A.M
- Potencial Evocados Cognitivos

II. AREA NEUROBIOQUIMICA:

NEUROTRANSMISORES Y SUS METABOLITOS (HPLC)

- Catecolamínicos: NA/MOPEG, DA/HVA, Adr/VMA
- Feniletilamínicos: FEA/AFA
- Indolamínicos: 5-HT/5-HIAA
- Metilados: BUFOTENINA, O-M-BUFOTENINA, NN-DMT, DMPEA

III. AREA INFORMATICA

- D.S.M. III R. computado
- Test psicométricos y de personalidad computados
- Historias Clínicas y Vademecum Psicofarmacológico computados

(1) CENTRO COLABORADOR DEL NEW YORK MEDICAL INSTITUTE (USA) EN PROYECTOS DE INVESTIGACION SOBRE ELECTROFISIOLOGIA Y PSICOFARMACOLOGIA TRANSCULTURAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
(2) PROFESOR ADJUNTO DE PSICOFISIOPATOLOGIA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE BELGRANO.
MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA Y PSIQUIATRIA DE NEW YORK. PRESIDENTE: Dr. ALFRED FREEDMAN (USA)

Olazábal 3710 (C.P.1430) Buenos Aires
FAX: 361-5718 T.E.: 542-7323 Horario: Lunes a Viernes de 14 a 20 hs.
SE ATIENDEN TAMBIEN OBRAS SOCIALES

interesados en la investigación no deberíamos competir con los colegas científicos golpeando la misma puerta que ellos, que trabajan en laboratorios y centros de investigación pauperizados, y que en general no tienen otro recurso que recurrir a las enflaquecidas arcas públicas.

La presente quiere ser una señal sobre una iniciativa relacionada con la investigación en psicoanálisis, no tan lejanamente tributaria de la experiencia del autor de estas líneas como investigador científico, en los inicios de su carrera profesional. La iniciativa consiste en ofrecer a la comunidad psicoanalítica, así como a los estudiosos de otras disciplinas interesados en el psicoanálisis, un conjunto de servicios auxiliares que son esenciales para encarar una investigación que pretenda ser seria. Tales servicios auxiliares tienen la función de facilitar el acceso a lo que se publicó y se publica. Es decir, son fuentes de acceso a bibliografías, y en este sentido instrumentos básicos de investigación. Este tipo de servicios auxiliares son ampliamente conocidos y utilizados en otras disciplinas, en las que el progreso de la informática les está dando un alcance asombroso. En el caso del psicoanálisis cualquiera que haya intentado efectuar una búsqueda bibliográfica medianamente exigente conoce perfectamente las engorrosas dificultades que debe encarar, con resultados muchas veces decepcionantes, adjudicables en gran medida a la inexistencia de instrumentos "ad-hoc". Vale la pena destacar que en el resto del mundo tampoco hay sistemas de acceso a la bibliografía de carácter exclusivamente psicoanalítico. Nuestro punto de partida fue la creación de una Base de Datos de referencias bibliográficas psicoanalíticas. Esta Base, desarrollada con tecnología avanzada de computación, fue bautizada con el nombre de Russell, en alusión y homenaje al filósofo y matemático inglés y especialmente a su inquietante paradoja de los catálogos. Russell recopila referencias bibliográficas de todas las corrientes del psicoanálisis en castellano, inglés y francés, y próximamente también en otros idiomas. Se constituye así en el único sistema —en el mundo— de indexación computada que por un lado recopila bibliografía *exclusivamente* psicoanalítica, y por el otro incorpora *exhaustivamente* la producción, tanto actual como pasada, de todas

las corrientes del psicoanálisis que se reconocen herederas de Freud. A partir de la Base de Datos se produce periódicamente "Bibliografías psicoanalíticas", un Boletín de novedades que informa sobre una amplia sección del material ingresado en cada período de actualización. Un servicio anexo a estos dos es "Babel - Servicio de Biblioteca Psicoanalítica Virtual", cuya tarea es la búsqueda y eventualmente la obtención de libros, revistas y copias de artículos a cuya referencia se accedió a través de la Base de Datos, del Boletín o de cualquier otra fuente. A través de "Babel" la biblioteca de cualquier institución psicoanalítica (así como la biblioteca personal de cualquier analista) es virtualmente la "Biblioteca Universal del Psicoanálisis". La huella borjeana así reivindicada significa también la aspiración a que el origen argentino del sistema sea algo más que solamente un dato geográfico.

Resulta grato mencionar, a modo de conclusión, que merced a un convenio con VERTEX —cuyos detalles se anunciarán oportunamente— los suscriptores de esta publicación tendrán un tratamiento preferencial para la utilización de los nuevos servicios aquí mencionados.

Dr. Jorge Bekerman

Otto Kernberg

Ciclo de Conferencias en APdeBA

El tratamiento psicoterápico de los pacientes fronterizos.

30 de junio, 21 hs.

Teorías psicoanalíticas de relaciones objetales.

2 de julio, 21 hs.

Dimensiones clínicas del masoquismo.

4 de julio, 13 hs.

Informes: APdeBA, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Maure 1850, 1426 - Buenos Aires. Tel.: 775-7867/7985.

2ème Congrès International de Psychiatrie et Psychologie Légales.

Organizado por la WFPPA (World Forensic Psychiatry and Psychology Association), tendrá lugar en París los días 18, 19 y 20 de Diciembre de 1992, en el Centre Chaillot Galliera, el 2do. Congreso de la Asociación que agrupa psiquiatras y psicólogos forenses.

El tema actual será: "*Grandes ciudades y trastornos psicopatológicos en la actualidad*", abarcando criminalidad sexual, niños maltratados y malestar en los suburbios, así como todos los otros temas médico-legales conexos, el Congreso tendrá como idiomas oficiales el inglés y el francés, siendo su Presidente el Dr. S. Bornstein y su Secretario general el Dr. C. Kottler.

Informes en Buenos Aires: teléfono 953-2353

MPS Revista Argentina de Medicina Psicosomática, Nº 58, de pronta aparición, contendrá los siguientes artículos:

"Un caso de alopecia en una niña de 4 años", *Lic. Schijman*

"Levinas, un filósofo humanista de nuestro tiempo", *L. M. Teragni*

"Oscuro bajo el sol", *Canosa y Repetto*

"Homenaje a la memoria de Enrique Pichon Rivière"

"In Memoriam: Héctor Gilligan y los A. A.", *Dr. Soto Yarruti*

"Personalidad borderline y drogadependencia", *O. Gallego Lluesma*

"Narcisismo y postmodernidad", *Luis Nenkes*

Director: Horacio Helou

Jefe de Redacción: Octavio Gallego Lluesma

XV Encuentro Argentino de Psicología Profunda

Organiza: Círculo de Psicología Profunda de Buenos Aires

21 y 22 de agosto de 1992

Tema Central: *Descubrimiento y Hermenéutica*

Lugar: L. Finadiet, H. Irigoyen 3771, Cap. Federal.

Informes: Beruti 2347, 2º Buenos Aires, Tel.: 821-7009, de 15 a 19 hs.

Noticiero APSA

La Dirección de la Revista Vertex, cuyos miembros son asociados de Apsa desde su fundación, acordó con la Comisión Directiva de la misma que a partir de este número comenzará a incluirse la presente Sección. Aunque hasta el presente informamos sistemáticamente de todas las actividades de APSA, esta nueva sección se propone formalizar con mayor énfasis nuestro apoyo editorial al esfuerzo de todos los colegas que bregan por que contemos con una Asociación amplia, seria, prerepresentativa y democrática como es el proyecto de APSA.

VIII Congreso Argentino de Psiquiatría IV Encuentro Latinoamericano de Psiquiatras II Jornadas Hispano Argentinas

Tema Central:

"Los Nuevos Desafíos de la Clínica" (en el contexto de las culturas iberoamericanas)

Organizado por APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos)

Sede: Centro Cultural General San Martín - Capital Federal

Fecha: 19 al 22 de septiembre de 1992

Objetivos

La Comisión Directiva de A.P.S.A. conjuntamente con profesionales de destacada actuación docente y asistencial se encuentran dedicados a la tarea de organizar el VIII Congreso Argentino de Psiquiatría cuyo tema central será Los nuevos desafíos de la clínica.

Bajo un título amplio y abarcativo es nuestro propósito el de constituir un foro de reflexión, encuentro y discusión de los diferentes aspectos de una compleja realidad, a los efectos de elaborar en conjunto propuestas concretas y válidas que nos permitan mejorar y jerarquizar nuestro quehacer.

Es por esto que hemos implementado una dinámica diferente para incrementar la participación activa y la contribución de todos los que estén interesados en la temática propuesta,

Si bien esta reunión constituye el VIII Congreso Argentino de Psiquiatras, A.P.S.A. entiende que no se concibe la práctica de la misma, sino

en el juego de la relación inter y transdisciplinaria con los profesionales del abarcativo y complejo campo de la Salud Mental. Con esta propuesta esperamos que estos profesionales enriquezcan con su asistencia y participación el trabajo que en conjunto realizaremos; buscando coincidencias y respetando las diferencias, aportando su experiencia en los talleres o presentado trabajos libres que serán discutidos por paneles de expertos y la audiencia, podremos hacer entre todos que este encuentro sea un evento significativo en su producción y contenido para el futuro de la psiquiatría argentina.

Temario preliminar

- 1) Desórdenes de ansiedad
- 2) Depresión
- 3) Avances psicofarmacológicos
- 4) Desórdenes obsesivos - Compulsivos
- 5) Trastornos del sueño
- 6) Desórdenes de la alimentación
- 7) Síntomas negativos de la esquizofrenia
- 8) Abordajes psicoterapéuticos
- 9) Psiquiatría y neurociencias
- 10) Trastornos psicóticos
- 11) Arte y psicoanálisis
- 12) Simposio Ibero-Latino-Americano

Modalidad de trabajo

Simposios
Conferencias
Mesas redondas
Intercambio de experiencias
Equipos de trabajo Posters
Cursos de actualización
Métodos audiovisuales
Talleres

Trabajos libres

Se quiere jerarquizar este área brindando un foro de escuchas y discusión de los mismos. Se otorgarán premios a aquellos trabajos que se presenten a concursar.

En el próximo anuncio se darán a conocer las condiciones

Comisión Directiva de A. P. S. A.

Presidente Honorífico: Dr. Roger Montenegro

Presidente: Dr. Miguel Angel Materazzi

Vicepresidente: Dr. Alberto Bertoldi

Secretario general: Dr. Juan Carlos Ferrali

Tesorero: Dra. Graciela Lucatelli

Vocales Titulares: Dr. Gonzalo Viale
Dr. Guillermo Bermúdez

Dr. Herbert Chappa

Dra. Mirta Méndez

Puig

Vocales Suplentes: Dr. Gustavo Jarast
Dra. Liliana Cutiera

Comisión Revisora de Cuentas

Titulares: Dr. Jorge Griselli

Dra. Ana Palacios

Suplentes: Dra. Sonia Kodizs

Dr. Rodolfo Pérez

VIII Congreso Argentino de Psiquiatría

Comité Organizador

Presidentes: Dr. Miguel Angel Materazzi
Dr. Roger Montenegro

Vicepresidentes: Dr. Alberto Bertoldi

Dr. Carlos Collazo

Secretario General: Dr. Juan Carlos Ferrali

Secretario de

Relaciones: Dr. Gonzalo Viale

Vocales Titulares: Dr. Gonzalo Viale

Dr. Guillermo Bermúdez

Dr. Herbert Chappa

Dra. Mirta Méndez

Puig

Inscripción

Profesionales: u\$s 200 (hasta el 31-5-92)

Profesionales socios de APSA: u\$s 100

Informes e inscripciones:

Virrey Ceballos 180, 4º piso, 1077
Capital Federal

Tel: 46-2701 / 45-9219

Instituto Superior de Formación de Post-Grado

Fue creado en 1987 por la Comisión Directiva de APSA, como respuesta a la necesidad de ofrecer un espacio coherente y sistemático que permita una formación permanente en la especialidad, teniendo en cuenta el vigoroso crecimiento de conocimientos y técnicas de continua producción en el campo de la Psiquiatría.

En todo momento se promueve a través del instituto un fluido devenir de entrecruzamientos en los que se intentan síntesis integradoras de lo diverso, con un absoluto respeto de lo plural tanto en lo científico y técnico, como en lo ideológico, que permita precisar en forma actualizada y rigurosa, entre otras cosas, el rol y la identidad de la psiquiatría que nuestra comunidad demanda.

En el contexto de este proyecto de formación continua que el instituto representa, el eje que articula estas acciones es fundamentalmente la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría de 3 años de duración, reco-

nocida como Unidad Académica de Post-Grado de la Facultad de Medicina de la UBA y por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Esta carrera prioriza la Formación Activa en Servicio como una herramienta operativa de enorme trascendencia, en especial si se tiene en cuenta que centraliza sus acciones en el Hospital General, con supervisiones y controles; ateneos clínicos, ateneos bibliográficos, pasantías por centros de Trabajo Comunitario, Guardias, Salas de Internación, etc.

Un aspecto importante de la carrera lo constituye el Grupo de Reflexión de los dinamismos que genera el espacio formativo en el grupo de alumnos y en los docentes y las instituciones. Todo este rico material es generosamente trabajado y capitalizado para la formación.

Otros aspectos tenidos en cuenta son los que hacen a las Metodologías de Investigación que se favorecen a través de la incorporación en proyectos concretos y el de la Docencia con la gradual y progresiva participación de los egresados en dicha función.

En torno al eje de la carrera de especialistas discurre una rica oferta de cursos específicos de especialización en diferentes áreas.

- El primer Director del Instituto fue el Prof. Dr. Miguel Angel Materazzi.
- En 1990 egresó la primera promoción de especialistas.
- Cursan actualmente primero y segundo año las siguientes promociones.
- En abril de 1992 ingresa la cuarta promoción.
- Cupos limitados.

Su estructura actual es la siguiente:

Director: Prof. Dr. Roger Montenegro

Subdirector: Prof. Dr. Juan Carlos Ferrali

Coordinadora del

Grupo de reflexión: Lic. María Cristina Franconi

Coordinadores de Actividades prácticas

en servicio: Dr. Sergio Griselli

Dra. Sonia Kodysz

Dra. Alejandra Maddocz

Dra. Ana Palacio

Dr. Rodolfo Pérez

Cuerpo Docente

- Dr. Héctor Ferrali
- Lic. Esther Cohen
- Dr. Herbert Chappa
- Lic. Cora Escolar
- Dr. Héctor Fischer
- Dr. Lardies González
- Dr. Héctor Luna
- Dr. Pedro Ruggero
- Dr. Vicente Mazzaferro

Dr. Roger Montenegro

Dr. Roberto Yañez Cortés

Dr. Alberto Bertoldi

Dr. Armando Bauleo

Dr. Carlos Collazo

Lic. Leonardo Daino

Dr. Juan Carlos Ferrali

Lic. María C. Franconi

Dr. Gregorio Barenblitt

Dr. Alberto Mainetti

Dr. Miguel A. Materazzi

Dr. Julio Moizezszowicz

Dra. Haydée Andrés

Dr. Luis M. Zieher

Dr. Adolfo Loketek

Programa de Materias

1er Año

- Clínica y Psicología I
- Psicología Profunda I
- Filosofía I
- Sociología
- Psicoterapias I
- Historia de la Psiquiatría
- Antropología
- Farmacología
- Integración Cultural (Arte) I
- Bioética
- Psicofarmacología I
- Neurología

2do Año

- Clínica Psicopatológica
- Psicología Profunda II
- Filosofía II
- Psicoterapias II
- Integración Cultural II
- Metodología de la Investigación Científica
- Psiquiatría Forense y Criminología
- Psicofarmacología II
- Salud Pública I
- Genética
- Geronto Psiquiatría

3er Año

- Clínica Psicopatológica III
- Psicología Profunda III
- Filosofía III
- Psicoterapias III
- Integración Cultural III
- Salud Pública II
- Salud Mental
- Prácticas y Modelos Institucionales
- Atención Primaria
- Informática

Centro de Investigación Médico Psicológico de la Comunicación

Sociedad miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatría área

Campo



(Institución huésped de APSA)

Actividades docentes 1992

Informes: Virrey Cevallos 180, 4º P.
Tel.: 45-9219 / 46-2702

Comisión Directiva del Centro

Director Honorífico: Prof. Dr. Miguel A. Materazzi

Director: Prof. Dr. Roger Montenegro

Subdirector: Lic. María C. Franconi

Area docente: Dr. Alberto Bertoldi

Dr. Juan Carlos Ferrali

Lic. María Caviglia

Area investigación: Dr. Guillermo

Bermúdez

Dr. Camilo Her-

nández

Lic. Brigitte Martini

Area preventiva: Dr. David Arruez

Dr. Pedro Ruggero

Dr. Armando Bauleo

Coordinadora del

area Campo Psi: Lic. María Cristina

Franconi

Objetivos de Campo Psi

Generar un espacio para reflexionar acerca de las articulaciones posibles entre el Arte y el Psicoanálisis

Seminarios

Los mismos comprenden una parte teórica y una parte práctica con films

Dirección: Lic. María Cristina Franconi

Profesores invitados: Juan C. Ferrali, Ana Amado, Emilio Bellon, Claudio España, Ricardo Manetti, Diana Paladino, Miguel Angel Matrazzi Roger Montenegro.

Cine y Psicoanálisis

Mayo: 6as Jornadas de Medios Audiovisuales y Salud Mental. Tema

Central: Arte y Psicoanálisis

Junio: El cine y "lo siniestro"

Julio: El arte norteamericano y el

viaje hacia la muerte

Agosto: Las vanguardias y el psico-

análisis

Septiembre: Psicoanálisis y cine de

grandes maestros

Octubre: Lo apolíneo y lo dionisiaco

en el cine

Octubre: En el 8º Congreso Argenti-

nos de Psiquiatría: 8º Simposio de

Medios Audiovisuales y Salud

Mental. Tema: Arte y Psicoanálisis

Noviembre: El cine de terror y el psi-

coanálisis.

Se entregarán certificados de asis-

tencia. Se desarrollarán en el Audi-

torio de Laboratorios Janssen, Men-

doza 1359, Capital Federal, los días

lunes de 20 a 23 hs.