



CONEXIONES

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

Año 3 Nº 8 Marzo de 2007
DISTRIBUCION GRATUITA



**// Hacia una Salud Mental Socio-Sanitaria
// Prodigalidad. Aspectos biopsicosociales // Psicosis
en el embarazo y puerperio // Resonancia magnética
estructural de las patologías neuropsiquiátricas
vinculadas con el circuito límbico // Los mitos del amor**



COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande
 VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman
 SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli
 SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin
 TESORERO: Lic. Belen Baudron
 SECRETARIO DE ACTAS: Dr. Nestor Saborido
 SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano
 SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán
 SECRETARIA DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES: Lic. Silvia Raggi
 SECRETARIO DE PRENSA: M. T. Ruben Gallardo
 SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Dr. Carlos Marachlian
 SECRETARIO DE CULTURA: Lic. Dario Galante
 SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Dr. Ariel Falcoff
 VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez, Beatriz Kennel
 COMISION REVISORA DE CUENTAS:
 TITULARES: Dr. Horacio Rodriguez O'Connor, Lic. Rosa Daniel
 SUPLENTE: Lic. Irma Zurita

MIEMBROS FUNDADORES

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertrán Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marachlian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calónico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron Maria Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, Garcia M^a Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan Demian, Naddeo Silvana Edith, Nisembaun Adriana, Olivera Patricia Beatriz, Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo Bruno, Saucedo Rose Mary, Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene Raul, Villa Nora, Zirulnik Jorge

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Dr. Samuel Basz, Dr. Pedro Boschan, Dr. Juan Carrega, Lic. Jorge Chamorro, Dr. Carlos Coquet, Dr. Horacio Etchegoyen, Lic. Osvaldo Delgado, Dr. Enio Linares, Dra. Andrea Lopez Mato, Dr. Gabriel Lombardi, Dr. Roberto Mazzuca, Dr. Roger Montenegro, Lic. Sara Slapak, Dr. Ricardo Soriano, Dr. Jaime Yospe

PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

SALUD MENTAL DE LA MUJER

PRESIDENTE: MARIA DE LAS MERCEDES BACCARO

PREVENCION EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARIO PUENTES

PSICOFARMACOLOGIA Y PSIQUIATRIA

PRESIDENTE: DIEGO ROBATTO

ANSIEDAD, DEPRESION Y SOMATIZACION

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: FABIO CELNIKER

PSICOSOMATICA

PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY (EN FORMA INTERINA)

PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

ADICCIONES

PRESIDENTE: SUSANA CALERO

ANTROPOLOGIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARTURO SMUD

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENE UGARTE

VIH-SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNANDEZ CABANILLAS

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

TERAPIA FAMILIAR: ENFOQUE COGNITIVO SISTEMICO

PRESIDENTE: LILIANA CHAZENBALK

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INES MARQUIS

ABORDAJES TERAPEUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

PSICOONCOLOGIA

PRESIDENTE: INES BOUSO

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLLAT

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

PSICOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA

PRESIDENTE: IRMA ZURITA

ESTRES Y TRAUMA

PRESIDENTE: ROBERTO SIVAK

EDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RICARDO IACUB

PSICOGERONTOLOGIA

PRESIDENTE: MARIA DELIA CAMINO

PSICONEUROINMUOENDOCRINOLOGIA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOANALISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

NEUROPSIQUIATRIA

PRESIDENTE: SERGIO GUILLERMO CZERWONKO

NEUROPSICOLOGIA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

CLINICA Y PSICOPATOLOGIA

PRESIDENTE: HECTOR FISCHER

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RAFAEL GROISMAN

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: GABRIEL SCIANCA

CONTENIDO

4

Pablo A. Berrettoni / Demián F. Goldstein / J. Eduardo Peralta
Hacia una Salud Mental
Socio-Sanitaria

8

René Raúl Ugarte
Prodigalidad.
Aspectos biopsicosociales

14

Juan Carlos Basani / Leonardo Rafael Coscarello
Psicosis en el embarazo y puerperio

18

María del Carmen Valle de Merola
Resonancia magnética estructural
de las patologías neuropsiquiátricas
vinculadas con el circuito límbico

24

Pablo Fridman
Los mitos del amor

Imagen de tapa:

La gran torre de Babel
(1563) de Pieter Brueghel
"el viejo" (1525 - 1569)
Kunsthistorisches
Museum, Viena



PUBLICACION DE
LA ASOCIACION ARGENTINA
DE PROFESIONALES SALUD MENTAL
Año 3 • N° 8 • Marzo de 2007

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL

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

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material. Ayacucho 234 (1025) Ciudad de Buenos Aires - Argentina Teléfono: (54 11) 4952-8930

 **diseño**
carlos de pasquale
4697-4934

AASM

Asociación Argentina
de Profesionales de
Salud Mental



WORLD FEDERATION
FOR MENTAL HEALTH

AASM 2008 III Congreso Argentino de Salud Mental

Buenos Aires, Marzo de 2008



INFORMES E INSCRIPCIÓN: AASM Ayacucho 234, Ciudad de Buenos Aires
Tel: 4952-8930 / www.aasm.org.ar / administracion@aasm.org.ar

adhiera: DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Realización y comercialización Inteq

GRUPO UNO
PRODUCCIONES

www.gu-producciones.com
info@gu-producciones.com

adhésión:

ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA

TESTAMENTO ANTICIPADO

ARAMIX
El rumbo exacto

Hacia una Salud Mental Socio-Sanitaria

Pablo A. Berrettoni¹
Demián F. Goldstein²
J. Eduardo Peralta³

EJES DE UN SISTEMA SOCIO-SANITARIO DE SALUD MENTAL

Haciendo siempre lo mismo no se pueden esperar resultados diferentes. Tal parece que en la actualidad aplicar la Ley representa lo distinto, lo novedoso.

La Ley 448 de Salud Mental (SM) sancionada en el año 2000, constituye un verdadero instrumento para definir acciones de SM que tienen un claro consenso en el campo de las disciplinas psi e implican una toma de posición con respecto a salvaguardar la integridad de los derechos humanos de los que sufren así como también de los sanos. A pesar de su reglamentación parcial en el año 2004, todavía no hemos logrado llevar sus beneficios a sus verdaderos acreedores: la comunidad.

Revisaremos entonces los puntos más relevantes para la conformación de una cultura socio-sanitaria de la Salud Mental, que permita maximizar los recursos estatales existentes y a la vez sea necesariamente inclusiva de los recursos comunitarios no gubernamentales, siguiendo los principios delineados en la Ley 448 de Salud Mental.

A tal fin desarrollamos una secuencia dinámica para conformar un Sistema Socio-Sanitario de Salud Mental que pueda aplicarse al ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

1.- Establecimiento de mapas epidemiológicos barriales.

Se presenta una gran oportunidad en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, que es la división de su mapa en Comunas. Esta división a nivel operativo agiliza el conocimiento epidemiológico de lo necesario y prevalente en cada Comuna. Podrán entonces direccionar sus recursos de forma tal que satisfaga sus necesidades particulares, que diferirán de comuna en comuna. Consecuentemente la gama de servicios en Salud Mental será ajustada a las necesidades comunales, brindando prestaciones a medida de los requisitos de sus destinatarios.

2.- Detección precoz de grupos poblacionales vulnerables o de riesgo, evaluando el aumento de conductas impulsivas de riesgo: accidentes, suicidios y homicidios, etc.

La constante plasticidad del tejido social de la CABA en los últimos años, sumado a las variables de alto impacto como la marginalidad, situaciones socioeconómicas desfavorables, vivienda, disparidad en la educación y desigualdad en el acceso a los servicios mínimos, han demostrado que las preconcepciones estáticas respecto a su conformación efectivamente se ha modificado. Existen en la actualidad numerosas variables que hacen que algunos grupos sociales sean altamente más vulnerables que otros, requiriendo en consecuencia un foco especial en su orientación, contención y atención. Las medidas preventivas podrán ajustarse longitudinalmente para brindar respuestas efectivas y acordes al escenario que define a la CABA, coordinando a su vez una promoción efectiva para contener el grado de vulnerabilidad de los distintos grupos.

3.- Confección de sistemas nosográficos nacionales multiaxiales, por consenso.

La particularidad de las temáticas recibidas en los distintos efectores de SM dan

1. Médico Psiquiatra. Dr. en Medicina. Presidente del Capítulo de Políticas de Salud Mental de la AASM. Jefe de Departamento de Agudos, Ambulatorios y Área Programática del Hospital Moyano. Ex Director General de Salud Mental del GCBA. Docente Autorizado Departamento de Salud Mental Fac. de Medicina UBA.

2. Psicólogo. Musicoterapeuta. Sec. Científico del Capítulo de Políticas de Salud Mental de la AASM. Concurrente del Servicio de Guardia Hospital Moyano. Fellow del Vivian Smith Institute of the Neuropsychological Society. Ex-Asesor DGSM.

3. Psicólogo. Tesorero del Capítulo de Políticas de Salud Mental de la AASM. Concurrente del Hospital Moyano. Ex-Asesor DGSM.

cuenta de situaciones propias de nuestro tejido social y cultural. Si bien los referentes nosográficos internacionales proveen un marco de referencia importante, es necesario adecuarlos a nuestra propia experiencia. Un ejemplo claro es el Eje IV del DSM-IVTR, que podría ampliarse y reformularse con factores psicoambientales autóctonos, propios de nuestra cultura y momento social.

4.- Confección de Guías de Síntomas Iniciales e Indicadores de las grandes patologías psíquicas existentes (democratización de los conocimientos).

Las guías de síntomas, indicadores de problemáticas, tratamiento y acción sociocomunitaria en Salud mental conformarán un conjunto de herramientas que permitan a los distintos actores sociales (profesionales, ONG's, técnicos, voluntarios, etc.) comprender mediante un lenguaje común y sin mayores sesgos teóricos, las bases para un abordaje de lo mínimo esperable en salud mental. Será un trabajo continuo y en progreso, gestado por todos los actores sociales y con disponibilidad en todas las instancias pertinentes a salud mental, cumpliendo así con un principio de democratización de los conocimientos.

5.- Campaña de Charlas informativas en Colegios, Clubes y ONGs sobre las distintas patologías.

La psicoeducación como parte de la instrucción básica es un agregado importante a los conocimientos mínimos y una apertura indispensable sobre aspectos de la salud mental que beneficiaría a los integrantes de la comunidad desde temprana edad.

Informar correctamente es brindar recursos promocionales y preventivos, apoyando la autonomía de la comunidad para abordar responsablemente los temas ligados a su salud mental. Esto puede apoyarse con material informativo impreso que acompañe las charlas, socializando así los conocimientos.

6.- Desplazamiento de la primacía de la ayuda institucional hacia la ayuda mutua solidaria, respetando los hábitos sanitarios, el medio ambiente y el estilo de vida de la población.

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es un programa de alcance y aplicación mundial fomentado por OPS entre otros organismos internacionales. La apertura hacia instancias comunitarias, en algunos casos con ayuda parcial del Estado, permitirá una transición paulatina y de largo plazo de una parcialidad de los servicios estatales hacia sus homónimos basados en la comunidad. La defensa de los ciudadanos por los derechos de las personas que padecen trastornos mentales será compartida por la que ejerce en la actualidad el Estado, generando mayor responsabilidad en los actores sociales y desplazando de a poco la figura paternalista del Estado que va en desmedro de la verdadera inclusión de los sufrientes psíquicos y los profesionales de la SM en el seno comunitario.

ESTRATEGIAS PARA UN ABORDAJE SOCIAL DE LA SALUD MENTAL

Las acciones que pueden materializar la secuencia integradora descrita anteriormente está conformada por la continua interacción del ámbito gubernamental y el comunitario. La creación de programas de acción que sean sustentables y cuya continuidad garantizada, evitará la utilización de los mismos con fines coyunturales, políticos o sectoriales, que se contraponen con la verdadera necesidad de los destinatarios. A continuación definimos 10 acciones estratégicas para un abordaje social de la Salud Mental:

- 1 - Estrategias comunitarias en base a la población sana agrupada en los diferentes barrios (comunas), que propugnen a la participación y al protagonismo de los diferentes actores sociales.
- 2 - Determinación de Sociomas barriales, con identificación de estresores y fortalezas regionales, con re-

asappia

Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia
Fundada en 1969

Psicoanálisis e Interdisciplina
 Presidente: Lic. Jorge Cantis Vicepresidenta: Lic. Mabel Belçaguy

ESCUELAS DE POSGRADO EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

C I C L O 2 0 0 7

Dirigidas a Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos y otros Profesionales de la Salud Mental
Becas para Serv. Hospitalarios: Cupo limitado

ESCUELA DE CAPITAL
 Directoras: Lic. Mabel Belçaguy – Lic. Silvia Angelo
 Duración: 2 años (Sábado 9 a 13,30 hs.)

ESCUELA PARA INTERIOR Y PAISES LIMITOFES
 Directoras: Lic. Lidia Orbe – Lic. Liliana Spadoni
 Duración: 2 años (Viernes 9 a 17 hs y Sábado de 9 a 13 y 30 hs cada 2 meses)

Objetivo: Articulación de la teoría sobre la constitución subjetiva y la psicopatología con la clínica de la infancia, la adolescencia y la familia.

EJERCICIOS CLINICOS - ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS - SUPERVISIONES - CONFERENCIAS

Áreas de Asistencia e Investigación:
 Infancia, Adolescencia, Discapacidad,
 Familia, Orientación Vocacional y Psicopedagogía

INFORMES
 Avda. Rivadavia 2431 (Pje Colombo)
 Entrada 2 4to. piso dep "9" – Capital – 4953-5789
 www.asappia.com.ar asappia@intramed.net

cuperación de sus historias, identidades y culturas, y establecimiento claro de demandas, necesidades y prioridades.

- 3 - Desarrollo de Talleres Comunitarios participativos, en especial los destinados a promoción de la Salud Mental, basados en el desarrollo de las potencialidades de los individuos que los componen, dirigidas al trabajo, el arte, la educación, el deporte y la integración social.
- 4 - Establecimiento de Centros de Capacitación socio-laboral para la formación en artes y oficios, vinculado a Educación, Derechos Humanos y Sociales, Cultura, etc..
- 5 - Desarrollo de los Emprendimientos Sociales entendidos como la integración sociolaboral de grupos de personas que producen y/o comercializan bienes y/o servicios que sean el resultado de sus propias actividades.
- 6 - Promoción del armado de aumento de comunicación intracomunitaria e intersectorial.
- 7 - Énfasis en los grupos etarios adolescentes, jubilados y grupos de riesgo tales como madres solteras, desocupados, mujeres golpeadas y adicciones (alcoholismo y pasta base), promoviendo el desarrollo de sus potencialidades creativas mediante el desarrollo de solidaridad social.
- 8 - Promover la ética de la participación que se basa en el principio de que las personas cuyas vidas se ven afectadas por una decisión gubernamental deben tomar parte en el proceso de decisión.
- 9 - Desplazar la adopción de soluciones verticales (si fueran efectivas ya se hubiera hecho), en función de las necesidades socioambientales locales.
- 10 - Implementación del programa de Talleres de SM Comunitaria y Solidaria.

CONCLUSION

Buscar activamente el aumento de los lazos de solidaridad social y los mecanismos autogestivos para la solución de la problemática de los sufrimientos psíquicos es un objetivo a largo plazo que definiría a la salud mental socio-sanitaria.

Como se puede observar, el nudo central lo constituye la ruptura del aislamiento social que aqueja a los sufrimientos psíquicos, y para ello buscamos tener una actitud proactiva, salir a la comunidad, y participar de las actividades sociales, antes de que aparezca el "paciente problema".

Esto es lo que significa transitar desde un sistema hospitalocéntrico para arribar al modelo comunitario socioparticipativo.

Nuestro optimismo está cifrado en que hemos llegado a un punto del desarrollo de conocimientos del campo psi, en que se permiten las condiciones para un salto cualitativo en las concepciones acerca de la salud men-

tal pública, compartido no sólo por los efectores de salud mental, sino también por la sociedad.

Ya no hay lugar para posiciones solipsistas. Está muy probado que en el desarrollo humano normal, no sólo hace falta la leche para crecer físicamente, sino que necesitamos de la miel de la mano que nos la dá, para que nos desarrollemos afectivamente, seguros de nosotros mismos y de los demás.

Bibliografía

- Bohoslavsky, R; Chevalier, R; Dubcovsky; Grimson, W; Kesselman, H; O'Donnell, P; De Pravaz, S; Salvarezza, J; *Psicología Argentina Hoy*, Ediciones Búsqueda, Lanús Oeste, 1973.-
- Carrillo, Ramón, *Planes de Salud Pública 1952-1958*, Eudeba, Bs. As., 1975.-
- Carrillo, Ramón, *Clasificación Sanitaria de los Enfermos Mentales (1949)*, *Obras Completas, Tomo V*, Eudeba, Bs. As., 1974.-
- Cohen, H; De Santos, B; Fiasché, A; Galende, E; Saidón, O; Stolkiner, A; Testa, M; *Políticas en Salud Mental*, Lugar Editorial, Bs. As., 1994.-
- Declaración de Principios rectores de Políticas, Planes y Programas en Salud Mental del Foro permanente de Políticas de Salud Mental*, Centro Federativo de Sociedades Provinciales de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, Mar del Plata, Abril de 2001.-
- Galende, Emiliano y Kraut, Alfredo J, *El Sufrimiento Mental*, Lugar Editorial, Bs. As., 2006.-
- Goldemberg, Mauricio, *Lineamientos Generales de un Plan de Salud Mental*, Buenos Aires, 2 al 30 de Enero de 1984.-
- Goldemberg, Mauricio, *Estado actual de la Asistencia Psiquiátrica en el País*, *Acta Neuropsiquiátrica Arg*, Vol IV, N° 4, Buenos Aires, Octubre- Diciembre de 1958.-
- Pellegrini, Jorge L, *Cuando el Manicomio ya no Está*, Fundación Jerónima, San Luis, 2005.-
- RBC: *Estrategia para la Rehabilitación, la Igualdad de Oportunidades, la Reducción de la Pobreza y la Integración Social de las Personas con Discapacidad: Documento Conjunto de Posición / Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud*. Geneva, 2005.
- Reggiani, Héctor, *La Desaparición del Manicomio*, Editorial Dunken, Bs.As., 1999.-
- Spaccavento, Donato, *Una Gestión de Salud para Todos*, Revista, Buenos Aires, 2006.
- Varela, Juan, *La Psiquiatría Como Institución y Otras Cuestiones Afines*, Gráfica y Copiado, Bs. As., 2006.-
- Winslow, Charles-Edward A., *La Conquista de la Enfermedad Epidémica*. Princeton, 1944.-
- Winslow, Charles-Edward A., *The Cost of Sickness and the Price of Health*. World Health Organization, (Monograph Series, 7). Geneva, 1951.

Prodigalidad.

Aspectos biopsicosociales

René Raúl Ugarte

Médico Psiquiatra - Médico Legista - Doctorado y Especialista en Psicología Clínica - Especialista en Medicina del Trabajo - Postgraduado en Criminología - Profesor Titular a Nivel de Postgrado en UBA, UAJFK y UFLO - Miembro del Comité Científico Nacional de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), adherida a la Asociación Psiquiátrica Latinoamericana (APAL) y a la World Psychiatric Association (WPA) - Presidente y Fundador del Capítulo Salud Mental y Ley de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), adherida a la World Federation for Mental Health (WFMH) - Presidente Honorífico del Capítulo Psiquiatría Antropológica de APSA, adherido a la Sección Etnopsiquiatría de la APAL, integrante de la WPA - Fundador y Secretario General del Capítulo Neurociencia de APSA. Fundador y Miembro Titular de la Sección Neurociencia de la APAL, integrada también a la WPA.

SUMARIO

El presente trabajo configura una revisión del enfoque conceptual que merece dentro del Derecho Argentino, el 2do. Inciso del Artículo 152 bis del Código Civil de la República Argentina.

Jurisprudencialmente y conforme a la doctrina impuesta por los diversos juristas, los jueces de 1ra. Instancia, los camaristas e incluso los magistrados de la Corte Suprema Nacional, interpretan dicho inciso casi exclusivamente desde la óptica jurídica, no dándole la merecida relevancia al enfoque médico legal.

Desde hace casi cuatro décadas tanto el Cuerpo Médico Forense, como los médicos psiquiatras y los médicos legistas, han petitionado en diversas oportunidades, lamentablemente en forma generalmente verbal, lo improcedente y anticientífico de esta visión unilateral y restrictiva, vigente aún en los estrados judiciales del país.

La inhabilitación civil, por su severa importancia, implica nutrir las sentencias con el aporte del riquísimo espectro médico legal, contrastando el material matricial de los fallos con las raíces biopsicosociales y antropológicas que fundamentan el maridaje de la ley con la medicina.

No es posible inhabilitar a una persona solo mensurando desde lo económico, la incidencia de este factor sobre sus dependientes. Ello transgrede sus derechos humanos. Solo los trastornos mentales pueden limitarla. Sentenciar en base a una mera lectura superficial de efectos, sustantiva afrontar un evento calamitoso para un ser humano, a través del estudio fenomenológico de las consecuencias. Y esto es resumidamente un disparate.

El ser de la conducta de los hombres, únicamente puede examinarse desde sus causas, desde sus primerísimas causas, médicamente hablando, desde la etiología de sus desvaríos.

INTRODUCCION

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define a "prodigalidad" como "profusión, desperdicio, consumo de la propia hacienda, el acto de gastar excesivamente".

El vocablo aparece en el 3er. inciso del artículo 152 bis del Código Civil de la República Argentina. Artículo incorporado al citado código mediante la Ley de reformas Nro. 17.711/68, propuesta por el distinguido jurista Dr. Guillermo Borda. Dicho artículo remite a los juicios de inhabilitación judicial. Entendiendo por inhabilitación judicial, la que toma en consideración un conjunto de pacientes que, sin ser psicóticos, dementes, débiles mentales profundos, portadores de trastornos graves de la personalidad o de severas neuro o endócrinopatías de repercusión conductual, presentan signos y síntomas de deterioro psíquico por la pérdida de funciones parciales, que se trasuntan en limitaciones para la conducción de su persona y el manejo de sus bienes.

Para el Derecho interesa fundamentalmente la protección del afectado y de su familia, en cuanto a la defensa de su patrimonio, entendiéndose por patrimonio al conjunto de bienes y riquezas que uno tiene.

¿Pero que dice textualmente el artículo 152 bis del Código Civil, cuya sistematización obra en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación?

Art. 152 bis del C.C.

Podrán inhabilitarse judicialmente :

1°) A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes, estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio;

2°) A los disminuídos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 de este código (se aclara que es el referido al juicio de incapacidad por insania), el juez estime que del libre ejercicio de su plena capacidad, puede resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio;

3°) A quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. Solo procederá en este caso la inhabilitación si la persona imputada tuviere cónyuge, ascendientes o descendientes, y hubiere dilapidado una parte importante de su patrimonio. La lectura del artículo precedente permite determinar que el mismo abarca:

a) Alcohólicos crónicos;

b) Toxicómanos;

c) A los disminuídos en sus facultades mentales, considerando involucrados en este concepto a los débiles mentales ligeros o moderados, a los síndromes psicórganicos acotados, o bien a un "defecto psíquico" remanente en un esquizofrénico.

d) A los pródigos: considerando así a las personas que por los gastos injustificados que realizan se exponen a sí mismas y a sus familias a quedar en la indigencia. Remitiéndose ahora este trabajo a examinar lo inherente a la incumbencia del término "prodigalidad" en cuanto al Derecho y a la Psiquiatría Legal puede observarse lo siguiente, sin omitir los aspectos biopsicosociales.

MIRADA JURIDICA

En el campo de lo jurídico, dice el Dr. Juan Carlos Ghirardi en su obra "Inhabilitación Judicial" (Ed. Astrea - 2da. edición - pag. 248 - Buenos Aires - 1.992), "al pródigo se lo protege porque gasta, no porque sea psíquicamente anormal. Lo realmente combatido en este caso por la norma no es la falta de salud, sino los resultados perniciosos que ella produce o puede producir".

Agrega luego el jurista: "Ahora bien, esos actos de disipación han de manifestarse en la vida social del individuo que los realiza, canalizándose, según lo exige la norma, a través de la administración y la disposición". Y en párrafo siguiente del mismo texto (pág. 249) señala: "digamos que en principio entendemos, parafraseando a Tau Anzoátegui ("La prodigalidad en la ley 17.711, LL,138-1261), que, "por actos de disposición se entiende a los que disminuyen o modifican sustancialmente los elementos que forman el capital del patrimonio o que comprometen su porvenir por largo tiempo",

mientras que "los actos de administración tienen por objeto hacer producir a los bienes los beneficios que normalmente pueden obtenerse de ellos, respetando su naturaleza y destino".

También debe consignarse una atinada observación del Dr. Ghirardi en otra página del texto consultado (la 244) cuando señala "...la abierta distinción que existe entre los dos primeros incisos del artículo 152 bis del Código Civil y el tercero. Aquellos han sido pensados para amparar a los propios inhabilitados, éste para tutelar los intereses de la familia. Hay una cierta unidad de criterio en los primeros, que se quiebra en el último,...".

El Dr. Ghirardi asimismo en páginas anteriores (las 64 y 65) de su misma obra no solo reproduce conceptos vertidos anteriormente por el Dr. J. A. Gisbert Calabouig (que se verán en párrafos posteriores de este escrito) sino que también hace referencia a la jurisprudencia francesa, para la que pródigo es aquel que con irracionales gastos disipa sistemáticamente su patrimonio (Goldenber, I. H., voz Declaración de prodigalidad, en "Enciclopedia Jurídica Omega", t. V, p. 877 y siguientes).

Para la Real Academia Española de la Lengua, "irracional" es lo opuesto a la razón, entendiéndose por razón



ATENEA
CLINICA DE DIA

CENTRO DE SALUD MENTAL HOSPITAL DE DIA CONSULTORIOS EXTERNOS

Directora

Lic. ELSA BROMBERG

TALLER DE ESCRITURA
TALLER DE DIBUJO Y MODELADO
PRACTICA DEL RELATO
MUSICOTERAPIA
EXPRESION CORPORAL
CONSULTORIOS EXTERNOS
NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

URGENCIAS PSIQUIATRICAS E INTERNACION DOMICILIARIA

Palestina (ex Rawson) 1021 Tel: 4861-6008 / 4867-0170

Radiollamada:

4527-9000 / 5288-9000 / 46783550

ATENEA Cod. 8512

"totalidad de las actividades o funciones que permiten a un hombre pensar lógicamente", conforme al "Diccionario de psiquiatría JIMS" (Ed. JIMS - Barcelona - 1.995). O sea, podría agregarse, que pensar es discernir con acierto, para no incurrir en lo "ilógico" ("que carece de lógica, o va contra sus reglas y doctrinas", de acuerdo a la Real Academia Española). Y no se olvide que el llamado "pensamiento paralógico" (el vocablo "lógico" con el prefijo "para" de etimología griega, que podría leerse como "al margen de la lógica") es referido por el Dr. J. Vallejo Ruiloba, catedrático de la Universidad de Barcelona, como formando parte de ciertos trastornos del pensamiento ("Introducción a la psicopatología y la psiquiatría" - Ed. Masson - 4ª. edición - pág. 471 - Barcelona - 1.998) imputables a las expresiones psicopatológicas más bizarras.

En el párrafo subsiguiente del referido "ut supra" (página 65), de su mismo libro, el Dr. Ghirardi diferencia dos vertientes en lo que atañe a prodigalidad. Habla de "una prodigalidad esencial, la que puede experimentar una persona perfectamente normal y sana desde el punto de vista médico, y una prodigalidad sintomática, expresión de una indudable enfermedad mental con desórdenes de conducta, debilidad volitiva y déficit general del juicio".

"Desde un punto de vista general cabe así distinguir una prodigalidad razonable (en sentido figurado, ya que ningún loco dispendio puede serlo) y una irrazonable. En la primera los gastos tienen un fin preordenado, intrínsecamente plausible, aunque en conjunto puedan ser ética y jurídicamente condenables; en la segunda, son absolutamente arbitrarios".

Pese a ello, el jurista agrega luego: "No obstante, jurídicamente, tales clasificaciones y distinciones, carecen de gran relevancia, dado que, si la prodigalidad existe, habrá que proceder a la inhabilitación de quien la sufre, siempre que concurren los otros requisitos extrínsecos a ella, que enumera nuestro Código Civil".

Por su parte el Dr. José W. Tobías en su libro "La inhabilitación en el derecho civil" (Ed. Astrea - 2da. Edición - págs. 111 y 112 - Buenos Aires - 1992) afirma: "La acción de prodigar debe entenderse como sinónimo de dilapidar,..." y agrega: "La acción de dilapidar supone el despilfarro inmotivado, la disipación inútil, ajena a toda causa seria o racional, la ausencia de fundamento y sentido en el desprendimiento sin control de los bienes". Para referir luego: "En la valoración de la dilapidación queda comprendido, sin duda, el jugador habitual; la sola perspectiva de la ganancia no excluye la característica dilapidatoria, como se ha sostenido erróneamente; analizados estadísticamente es evidente que los juegos de azar redundarán casi inevitablemente en una pérdida patrimonial, pese a ganancias circunstanciales".

Significativamente el juego patológico está tipificado en el DSM-IV-TR y en el CIE 10, bajo los códigos [312.31] y F 63.0 respectivamente dentro de sus aparta-

dos sobre Trastornos del control de los impulsos. O sea, que la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, tipifican como patología uno de los ejemplos citados por el Dr. Tobías. Autor que en su misma obra al pie de la página 111 hace mención también a que la sintomatología dilapidatoria es un fenómeno bastante frecuente en algunas enfermedades mentales. Así menciona a Pellegrini, R. - Loro, A. en "Compendio di medicina legale" (Ed. Cedam - pág. 387 - Padova - 1.944), en la que se citan la parálisis general progresiva en su fase prodrómica, la paranoia, la hipomanía y la imbecilidad. Hace referencia asimismo a W. Weigandt en su "Psiquiatría forense" (Ed. Labor - Pág. 149 - Barcelona - 1.928).

MIRADA MEDICO LEGAL

A su vez y ya plenamente desde el campo de la psiquiatría legal, el Dr. Juan Antonio Gisbert Calabuig, Presidente de Honor de la Sociedad Mediterránea de Medicina Legal señala: "Prodigalidad equivale a disipación de los bienes propios en forma sistemática y rápida. Desde el punto de vista médico legal se ha distinguido una prodigalidad esencial (concepto con el que se discrepa) y una prodigalidad sintomática. Esta última sería la expresión de una indudable enfermedad mental, con trastornos de conducta, debilidad volitiva e insuficiencia crítica por déficit del juicio". Para decir luego: "En su informe el perito deberá precisar si la disipación de los bienes es el resultado de una prodigalidad sintomática de enfermedad mental, como la que hemos consignado. Si la conclusión es positiva, es necesario analizar la enfermedad mental que la condiciona (parálisis general progresiva, hipomanía, ciertos tipos de personalidades psicopáticas, delirios paranoides, debilidad mental), con el fin de estudiar la naturaleza de la perturbación producida en las funciones psíquicas, su grado de permanencia y la gravedad de la peligrosidad civil que representa, por si fuera conveniente proceder a la incapacitación con instauración de una tutela que proteja eficazmente los intereses del pródigo" ("Medicina legal y toxicología" - Ed. Masson - 5ª. edición - pág. 977 - Barcelona - 1.998). Estos conceptos ya los había vertido el autor en la edición de su obra de 1.990.

Para quien suscribe, la prodigalidad podría incluirse entre los trastornos en el control de los impulsos.

La psiquiatría actual, remite este tipo de desórdenes, dentro del enfoque del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y en lo expuesto por la "Clasificación Internacional de las Enfermedades" - Capítulo V (F), dedicado a los "Trastornos Mentales y del comportamiento" (CIE 10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a lo descrito como "trastorno explosivo intermitente", "cleptomanía", "pi-

romanía", "juego patológico", "tricotilomanía" y "trastorno del control de los impulsos no especificado". Y es justamente en esta última categoría donde se hace referencia a aquellos trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios diagnósticos requeridos por las restantes categorías o de los trastornos descriptos en otras secciones.

¿Y qué sería genéricamente un trastorno en el control de los impulsos? Los Dres. H. I. Kaplan y B. J. Sadock, catedráticos de la Universidad de Nueva York en "Sinopsis de psiquiatría" (Ed. Médica Panamericana - 8va. edición - pág. 861 - Madrid - 1.999) dicen: "Los pacientes con estos trastornos no pueden resistir el impulso, la motivación o la tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para ellos mismos o para los demás. Los pacientes pueden o no intentar conscientemente resistir el impulso, y pueden o no planear sus conductas. Antes de actuar, los pacientes perciben un aumento de la tensión ó activación; después sienten placer, gratificación o liberación pero pueden o no sentirse arrepentidos o culpables. Sin embargo, puesto que su conductas coinciden conscientemente con sus deseos, sus actos son egosintónicos".

Por otra parte, también los mismos autores ejemplifican en otra de sus obras ("Tratado de psiquiatría/VI" -

volumen 2 - Ed. Intermédica - 6ta. edición - pág. 1.338 - Buenos Aires - 1.997) este trastorno en la categoría "trastornos del control de los impulsos no especificados con "la compra compulsiva (oniomanía)".

A su vez, los Dres. R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott, catedráticos de las universidades de California, Texas y Maryland respectivamente en su "Tratado de psiquiatría (Ed. Masson - tomo I - pág. 780 - Barcelona - 2.000) comprometen el estudio del Impulse Control Disorders, tipificado por la Task Force del DSM-IV para la eventual inclusión de "el gastar patológico" y el "comprar patológico" en la misma categoría evaluada por los Dres. Kaplan y Sadock en 1.997. Además otros autores desde 1.994 buscan criterios diagnósticos referidos a "compras descontroladas" o "compras compulsivas".

ASPECTOS BIOPICOSOCIALES

Factores biológicos

Conforme a J. Vallejo Ruiloba en su "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría" (Ed. Masson - 4ª. edición - pág. 702 - Barcelona - 1.998): "La investigación se



**Universidad
Maimónides**

Licenciatura en
Musicoterapia
Dirección: Lic. Rubén Gallardo

CICLO 2007

Con esta Carrera nos proponemos construir otra historia para la Musicoterapia, como Disciplina de las Ciencias de la Salud, y una nueva Cultura Profesional para los Musicoterapeutas

- Licenciatura en Musicoterapia:
Duración 4 años
Requisitos: Título Secundario / Entrevista previa
- Ciclo de Licenciatura en Musicoterapia:
Duración 18 meses
Requisitos: Título de Musicoterapeuta (o Estudiante Avanzado)

Materias específicas libres de mitos y pre-conceptos
Orientación hacia el Ejercicio autónomo de la Profesión
Docentes ligados a una experiencia directa con la práctica clínica
Capacitación para integrar y coordinar Equipos Musicoterapéuticos

Informes e Inscripción: HIDALGO 775 4905-1101
musicoterapia@maimonides.edu • 15 5975 6918 • www.maimonides.edu • www.promusicoterapia.com.ar

ha centrado en las posibles causas orgánicas de estos trastornos, especialmente en la conducta violenta o aquellas otras que perturban el orden social".

Y agrega: "Parece que el sistema serotoninérgico está implicado en los sistemas más evidentes del descontrol de impulsos. Investigaciones recientes han relacionado bajas concentraciones de un metabolito de la serotonina, el 5-hidroxiindolacético en el LCR, con la impulsividad. También los antidepresivos IRSS se han mostrado efectivos en el tratamiento de estas patologías, planteando la posibilidad de vinculación entre la patología de los impulsos, los trastornos afectivos y la obsesivo-compulsividad. Asimismo los sistemas noradrenérgico y dopaminérgico también se han visto involucrados en la impulsividad".

Aportando después: "Hay pruebas que implican áreas cerebrales específicas, como el sistema límbico, que las relacionan con la actividad impulsiva y violenta, al mismo tiempo que otras regiones se asocian a la inhibición de estas conductas. También algunas hormonas, en especial los andrógenos, se han visto implicadas en la conducta violenta y agresiva".

"Está bien fundamentada la relación entre la epilepsia del lóbulo temporal y ciertas conductas impulsivas violentas, así como entre la agresividad y las lesiones cerebrales".

"Se encuentra mayor incidencia de trastornos del control de los impulsos entre los pacientes con antecedentes de trastornos por déficit de atención con hiperactividad, deficiencia mental congénita o adquirida o epilepsia".

Factores psicológicos

Siguiendo al mismo autor: "Se llama "impulso" a una disposición vehemente hacia un modo de actuar, que puede tener la finalidad de disminuir la tensión creada por el deseo, bien a causa de la intensidad del impulso o bien por la disminución del autocontrol. Se ha interpretado que los trastornos del control de los impulsos tienen en común el intento de derivar experiencias negativas o efectos dolorosos, por medio de la actuación agresiva sobre el ambiente".

"Se relaciona la conducta impulsiva con los intentos de control de ansiedad, culpa y depresión por medio de la acción. Para un observador externo, las conductas impulsivas están muy relacionadas con el alivio del malestar".

Factores sociales

Y continuando con el mismo autor: "La investigación ha puesto de manifiesto que estos factores están implicados claramente en estas conductas alteradas. Los acontecimientos vitales y los factores parentales (la violencia en casa, el abuso de alcohol, la promiscuidad y las tendencias antisociales) parece que están presentes en la mayoría de los casos".

ENTRECruzAMIENTO

Indudablemente cualquier trastorno en el control de los impulsos, vehiculiza taxativamente la mención de comprar y gastar desmedidamente, lo que implica por analogía el vender: vender como fundamento para lograr la disponibilidad de medios que permitan ejecutar los deseos más íntimos y perentorios en la demanda impulsiva de cumplimentación de los mismos.

Puede observarse que estas manifestaciones relativas al "control de los impulsos" son asimilables a lo que jurídicamente se entiende por "prodigalidad". Sin pretender quien suscribe, inmiscuirse en un terreno de estudio cuasi consuetudinario de los juristas, no por ello puede obviarse el señalar, significativas confluencias entre lo jurídico y la psicopatología.

Los juristas fundamentalmente hablan de una prodigalidad con dos segmentos, uno vinculado a lo esencial y otro a lo sintomático.. Adscriben al primero un estado de salud y hacen depositario al segundo de un cuadro de enfermedad. A ambos los hacen pasibles de inhabi-



"CURSO PREPARATORIO PARA EXÁMEN DE RESIDENTES Y CONCURRENCIA EN PSICOLOGÍA", Coord. Carlos Gustavo Motta

CURSOS PARA GRADUADOS

Supervisión, Beatriz Schlieper

- "Los escritos técnicos de Freud", Carlos Gustavo Motta
- "Teoría y práctica del psicoanálisis", Raquel Vargas
- "Clínica de la psicosis (en el Htal. Borda), Beatriz Schlieper

SEMINARIOS/PASANTIAS

- "Síntomas contemporáneos y la dirección de la cura en la época actual", Carlos Gustavo Motta
- "Clínica de las toxicomanías", Yanina Mazzoni y Carolina Zaffore
- "Abordaje psicoanalítico de anorexias y bulimias"
Santiago Mazzuca y Florencia Surmani
- "El juego en la clínica psicopedagógica y su articulación con el psicoanálisis", Mónica Pasquini
- "El rechazo del saber, psicoanálisis y psicopedagogía"
Marta Ramo
- "Psicopedagogía, aportes para una intervención clínica posible", Marta Herrera

ATENEO: "Encuentros clínicos sobre la práctica con niños"

Guatemala 5070 - (CP 1425) Buenos Aires -
Tel (5411) 4774-2389 - Fax (5411) 4831-5872 -
fundacion@etiem.com.ar - www.etiem.com.ar

litación pues se estima que los dos gravitan sobre el patrimonio. Curiosamente tienen en cuenta la familia en el caso de la prodigalidad, pero no en lo que atañe a los alcoholistas crónicos, a los toxicómanos y a los disminuídos en sus facultades mentales (aunque algunos juristas hicieron la misma observación).

Pero lo llamativo es que se subdivide la prodigalidad en una forma caprichosamente "sana" (solo lesiva en lo ético) y otra definitivamente patológica. A las dos las alcanza el 3er. inciso del artículo 152 bis del Código Civil. Entonces caben las siguientes consideraciones: si un sujeto es sano e incurre en prodigalidad, es inferible pensar que manipula los intereses familiares en razón de vehiculizar una caracteropatía psicopática o bien que maneja situaciones simuladoras de enfermedad mental. Y en este caso, la adscripción del mismo al Código Civil sería precaria, pues habría que también someterlo a la Justicia Penal. No podría equipararse dentro del campo de la ley un individuo mentalmente enfermo, con otro que transitaría por el campo de lo delictual.

Cabe sin embargo consignar, que se está evaluando el tema en esta última parte, bajo la tesis alienista del Dr. Nerio Rojas, o la nosológica del Dr. Vicente Cabello. En esta última también el eventual psicópata sería inimputable por considerarse, que no es culpable por tener una tabla de valores morales diferente a la media de los demás mortales (sería algo así como un enfermo espiritual). ¿Qué ocurriría entonces si se aplicara el concepto de imputabilidad generalizada vigente en parte del derecho escandinavo?

Como se advierte, el problema es harto complejo y al entrecruzarse lo médico legal con lo jurídico aparecen más arborizaciones inexploradas.

CONCLUSIONES

En definitiva quien suscribe considera que debe darse más relevancia a la opinión médico legal en los juicios de inhabilitación judicial. Los temas que en los mismos se manejan incumben directamente al quehacer médico y se estima que configura una verdadera aberración evaluar casi exclusivamente la prodigalidad a través de parámetros económicos.

Se tiene en cuenta en lo fundamental el síntoma (la dilapidación monetaria) y no la etiología, o sea la causalidad que desencadena esa conducta mórbida.

Los jueces competentes en el tema se basan para sus fallos en su sacrosanta doctrina jurídica. En principios preñados de dogmatismo y en los que la mentada jurisprudencia, respecto a lo médico, de ser revisada científicamente adolece de genuinas inexactitudes.

No se pretende con este libelo apostrofar contra los profesionales del derecho; solo se busca dar coherencia y sentido común a la asimétrica confluencia de disci-

plinias académicas en los juicios de inhabilitación. Juicios en los que los abogados demandan, defienden y sentencian sobre temas de raíz médica en los que no son idóneos. Relegan al médico a un rol que ni siquiera alcanza el de auxiliar como lo consagra la norma.

Ya el insigne maestro Dr. E. F. P. Bonnet planteó esta inquietud hace más de tres décadas. Seamos quienes fuimos sus discípulos, capaces de cumplimentarla, por el bien de la justicia y por el bien de los que son alcanzados por fallos erróneos.

Bibliografía

* Asociación Americana de Psiquiatría [APA] "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" [DSM-IV-TR] (Ed. Masson - Barcelona - 2.002).

* Bonnet, E. F. P. "Medicina legal" (Ed. Lopez Libreros - Tomo I - 2da. edición - Buenos Aires - 1.980).

* Cabello, V. "Psiquiatría forense en el derecho penal" (Ed. Hammurabi - 2da. edición - Buenos Aires - 2.000).

* Ghirardi, J. "Inhabilitación judicial" (Ed. Astrea - 2da. edición - Buenos Aires - 1.992).

* Gisbert Calabuig, J. A. "Medicina legal y toxicología" (Ed. Masson - 5ta. edición - Barcelona - 1.998).

* Hales, R. E., Yudofsky, S. C. y Talbott, J. A. "Tratado de psiquiatría" (Ed. Masson - Tomo I - Barcelona - 2.000).

* JIMS "Diccionario de psiquiatría JIMS" (Ed. JIMS - Barcelona - 1.995).

* Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. "Sinopsis de psiquiatría" (Ed. Médica Panamericana - 8va. edición - Madrid - 1.999).

* Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. "Tratado de Psiquiatría [VI]" (Ed. Intermédica - Volumen 2 - 6ta. edición - Buenos Aires - 1.997).

* Organización Mundial de la Salud [OMS] "Trastornos mentales y del comportamiento" [CIE 10] de la "Clasificación internacional de enfermedades" [Capítulo V{F}] (Ed. Meditor - Madrid - 1.994).

* Pellegrini, R. y Loro, A. "Compendio di medicina legale" (Ed. Cedam - Padova - 1.944).

* Rojas, N. "Medicina legal" (Ed. El Ateneo - 12ª. Edición, 3ª. reimpresión - Buenos Aires - 1.987).

* Tobías, J. W. "La inhabilitación en el derecho civil" (Ed. Astrea - 2da. edición - Buenos Aires - 1.992).

Psicosis en el embarazo y puerperio

Juan Carlos Basani ¹
Leonardo Rafael Coscarello ²

1 - Médico Psiquiatra
Miembro de la AASM
Hospital B. Moyano.

2 - Médico
Miembro de la AASM
Docente UBA
Hospital B. Moyano.

INTRODUCCION:

El embarazo y el puerperio constituyen un período crítico en el ciclo vital de la mayoría de las mujeres. Surge claramente el papel de la maternidad, con todos los cambios biológicos, los aspectos psicosociales y las relaciones que se establecen entre esta nueva situación y la personalidad previa.

El embarazo y el puerperio constituyen quizá, el ejemplo más claro del aspecto policausal en la etiología de las enfermedades mentales, donde se ve que una experiencia nueva, las más de las veces gratificante y placentera provoca cierta desestabilización de diversas áreas del aparato psíquico que pueden o no desencadenar un trastorno mental.

CONSIDERACIONES SOBRE LA GESTANTE Y FACTORES QUE ACTÚAN SOBRE ELLA.

- A) Edad:** ocurre entre los 20 y los 40 años puesto que este espacio temporal de la vida es la época de mayor fertilidad.
Polonio y Figueredo señalan por debajo de 20 años sólo el 4% de incidencia psicótica y por encima de los 40 años el 7%. Vislie, en Oslo, en una serie de 70 casos, halló que el 24% de ellos corresponderían a mujeres entre los 35 y 39 años y entre 40 y 44 años señalo 15% de ocurrencia psicótica, concluyendo en definitiva, que con el avance de la edad existen mayores probabilidades de desarrollar psicosis puerperales.
- B) Número de gestaciones:** Thomas y Gordon sobre 1100 pacientes señalan que el 54% eran primíparas, siendo el restante 46% multíparas.
Hemphill en un estudio estadístico no encuentra que la multiplicidad de las gestaciones aumente las posibilidades de psicosis.
Notestein y cols. estudiando los factores dinámicos que gravitan en las funciones reproductivas ponen de relieve su variación para cada gestación, no siendo pues comparables la primera con las sucesivas.
- C) Raza:** diversas estadísticas parecen indicar que en EE.UU. la incidencia de psicosis puerperales es menor entre las mujeres de raza negra que entre las de raza blanca.
Estudios de Saldon y otros de Zilboor parecen indicar mayor susceptibilidad de las mujeres israelíes para la psicosis durante el puerperio, criterio que no es compartido por otros autores.
- D) Factores hereditarios y constitucionales:** A fines del siglo XIX se insistía sobre el papel del terreno (Magnan-Toulouse): los trastornos puerperales aparecían sólo en los casos de mujeres portadoras de un desorden psíquico latente; en efecto, a menudo ocurre que una psicosis puerperal no es más que un episodio de una evolución psicótica intermitente o crónica. Pero los autores contemporáneos tienden a dar más importancia a los factores etiológicos actuales, sean psicosociológicos o fisiopatológicos.
Según G. Schneider, 1957, la predisposición existiría en el 50% de los casos.

E) Factores Psicosociales: El embarazo representa un factor psicosocial de gran importancia que modifica todas las condiciones y las perspectivas de la vida de la mujer.

En las mujeres de las sociedades primitivas casi no se han descrito casos de psicosis puerperales. Los trabajos de antropólogos y sociólogos, en especial M. Mead llevan a la conclusión de que la actitud de la mujer en el embarazo y el parto desempeñan un papel fundamental en el determinismo de los accidentes.

F) Factores Biológicos: Se modifican todos los metabolismos, también el volumen sanguíneo y las tasas de hierro, calcio y fósforo. Pero fundamentalmente son las modificaciones endócrinas las que están en relación con los trastornos mentales. Según Hemphill, la expulsión rápida de la placenta, con su correspondiente contenido hormonal, determina desajustes endócrinos y predispone a la psicosis. Delay sostiene que en las psicosis puerperales el desencadenante sería la falta de retorno a la normalidad del ciclo ovárico-hipofisario.

G) Predisposición genética: No existe evidencia de una carga genética específica.

H) El Factor Infeccioso: que no es despreciable en ciertos casos, ha reducido su importancia. Es determinante en ciertas psicosis que aparecen en las evoluciones sépticas puerperales pero no es más que un factor coadyuvante en otros casos.

CUADROS CLÍNICOS:

La coincidencia de alteraciones mentales con el estado de gestación, puerperio y aún lactancia fue conocido desde la antigüedad. Ya Hipócrates, se refería a dichos estados y durante toda la era hipocrática se creía en la existencia de relaciones de causalidad entre el parto y la afección mental.

Correspondió a Esquirol, en 1845, el primer estudio ordenado de los cuadros psicóticos del puerperio. Marcé en 1858, publicó una monografía sobre el tema, afirmando su tesis de que no hay ningún cuadro psicótico observable en el puerperio que no pueda también ser visto fuera de toda situación de gestación o puerperio. En 1889 Lloyd y más actualmente Zilboorg, sostienen idénticos criterios.

La psicosis puerperal tiene lugar en los días que siguen al alumbramiento.

El comienzo es brusco, de los dos a los diez días después del parto, la confusión aparece súbitamente, sin período premonitorio, con ausencia de todo síntoma infeccioso.

Los síntomas iniciales de insomnio, desasosiego y labilidad emocional evolucionan a confusión, irracionalidad, ideas delirantes y preocupación obsesiva por el recién nacido.

El estado confusional puede ser leve (simple obnubilación) o grave y llegar al estupor. Generalmente se trata de un estado confuso onírico de tonalidad ansiosa.

La riqueza y el polimorfismo de este estado confusional son, por lo demás, bastante característico de todas las psicosis puerperales.

Se pueden describir otras formas en la que predominan trastornos en la timia: las melancolías puerperales, las formas maníacas y los estados mixtos en los que aparecen alternancia de los síntomas maníacos y melancólicos.

Los estados maníacos e hipomaníacos son particularmente frecuentes en el período puerperal.

Una proporción menor, pero significativa de las psicosis puerperales son las de tipo esquizoafectivo o esquizofreniforme, incluyendo síntomas paranoides y catatónicos típicos. Algunos autores han hablado de esquizofrenia del postparto, aunque en realidad se trata más bien de la agudización de un estado psicótico anterior. K. Leonhard las incluye dentro de las psicosis sintomáticas o de acompañamiento, que se definen como aquellos trastornos psíquicos ocasionados por enfermedades corporales. Considera que la psicosis puerperales existen causas endócrinas, refiere que aparte de esto los procesos de gestación apenas ocasionan psicosis en la mujer.

En la eclampsia y en la corea gravídica pueden presentarse cuadros psicóticos.

El embarazo casi nunca produce cuadros psicóticos, si bien puede actuar como tóxico.

F. Alonso Fernández dice que no hay una psicosis puerperal específica, esto es, una entidad psiquiátrica morbosa característica del puerperio.

Teoría etiológica multidimensional: una premisa casi general en las psicosis puerperales es la concurrencia de múltiples factores capaces de producir enfermedad, todos haciendo causa común y contribuyendo a potenciarse entre sí; factores dependientes unos de la herencia y personalidad y otros del estado gravídico puerperal.

En el DSM IV está clasificada dentro del grupo de Trastorno psicótico no especificado (F.29) ya que son trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios de trastornos específicos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se pueden establecer con:

- a) tristeza postparto,
- b) depresión inducida y
- c) síndrome mental orgánico.

Evolución general y pronóstico: después de un período de remisión, la psicosis puerperal tiende a reaparecer durante varios meses, siendo el promedio actual de 30 a 50 días.

El riesgo de infanticidio, suicidio o ambos es alto para las mujeres no tratadas.

Psicosis Postparto y Conflicto Filicida: Rascovsky (1970) en su trabajo original sobre el tema ha sido el primero en señalar la exclusión y negación de que ha sido objeto este término.

Se define conflicto filicida como la existencia en la mujer de exigencias contrarias frente a su hijo: por un lado hostilidad y por otro la necesidad de brindar cuidados maternos.

Pueden observarse alteraciones de conducta en el vínculo con su hijo, abandono y exposición del bebé a elementos agresores, rechazo físico, incapacidad para asumir el cuidado maternal, agresión física e intentos de filicidio o su máxima expresión: filicidio consumado.

Algunas de estas madres no se ocupan de su hijo, lo abandonan. Otro subgrupo agrede indirectamente a su hijo y otras pacientes con funcionamiento psicótico más acentuado, realizan por ejemplo intento de sofocación en su recién nacido.

Terapéutica: El tratamiento varía dependiendo del tipo de trastorno psiquiátrico, la severidad de los síntomas, y la historia previa de tratamiento con respuesta favorable a la terapéutica instaurada.

La psicoterapia se recomienda en casos de sintomatología leve. Cuando los síntomas son más severos se uti-

liza como coadyuvante el tratamiento psicofarmacológico con resultados alentadores respecto a la mejoría clínica y a la interacción madre-hijo. Resulta de importancia abordar los factores psicosociales del entorno próximo, como problemas familiares y conflictos en la relación marital.

Enfoque farmacológico: Ante los resultados contradictorios obtenidos en la búsqueda bibliográfica y ante nuestra propia experiencia es difícil llegar a conclusiones precisas respecto a indicaciones de elección. Aún falta consenso uniforme. Se tratará de dar pautas a seguir, con recomendaciones que tiendan a mitigar las potenciales circunstancias implicadas en esta interacción madre-hijo-entorno-psicofármaco.

En la paciente embarazada es fundamental evaluar la interacción descrita anteriormente. El potencial efecto adverso producto de la concepción al indicar psicofármacos, tiene que ser puesto en la balanza contra el riesgo de no tratar la enfermedad psiquiátrica. Todos los psicotrópicos cruzan la placenta y exponen al feto en pleno desarrollo. El puerperio no excede este riesgo potencial ya que generalmente todos los psicofármacos pasan a la leche materna.

De ser necesaria la utilización de psicofármacos es importante:

- * Psicoeducación en referencia a las opciones terapéuticas. Es aconsejable un diálogo profundo con la paciente y sus familiares cercanos.
- * Necesidad de equipos terapéuticos interdisciplinarios, que posean consenso de información unificada y toma de decisiones.
- * Obtener el consentimiento informado. Dialogar con los familiares sobre los potenciales riesgos y los beneficios de la terapéutica.
- * Utilizar los psicofármacos con mayor número de evidencia positiva que demuestren ser efectivos para la madre, ser bien tolerados por la misma, al igual que al feto y al neonato, y ser seguros en estos últimos.
- * Averiguar antecedentes inherentes a la toma de psicofármacos con respuesta positiva a los mismos.
- * La utilización de dosis subóptimas exponen a la madre, al feto (intraútero) y al neonato (lactancia) a sufrir descompensaciones. Se deben realizar los ajustes de acuerdo al principio de la mínima dosis efectiva útil.
- * Reevaluar periódicamente el estado clínico de la paciente.
- * Estar en contacto permanente con el médico obstetra que monitorea su embarazo para garantizar el lugar correcto donde realizar el trabajo de parto.
- * Si la paciente con un cuadro psicótico puerperal está amamantando, además de las pautas generales ya comentadas es aconsejable el contacto con el pediatra y el neonatólogo para informar sobre el estado de la



FUNDACIÓN
• Instituto argentino de terapeutas relacionales
• FAMILIAS Y PAREJAS

Directora General: LIC. M. ROSA GLASSERMAN
Directora de Docencia: LIC. ANA I. MARTÍNEZ

Fundación FAMILIAS Y PAREJAS
Instituto argentino de terapeutas relacionales

ASISTENCIA - DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

CURSOS DE FORMACIÓN EN CLÍNICA SISTÉMICO-RELACIONAL 2007

MODALIDADES DE CURSADA:
SEMANAL - MENSUAL - INTENSIVO 3 SEMANAS AL AÑO
Seminarios - Talleres - Ateneos - Presentaciones clínicas
- Supervisiones - Entrenamiento Clínico Intensivo.
Pasantías Participación en programas de Clínica e Investigación:

Diversidades Familiares - Familias con Niños y Adolescentes
Familias Ensambladas - Pareja
Trastornos de la Conducta Alimentaria - Violencia.

INFORMES E INSCRIPCIÓN: Beruti 4583 6º Piso - TEL/FAX: 4777-3719 / 3251.
E-MAIL: info@familiasyparejas.com.ar WEB: www.familiasyparejas.com.ar



“CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN TERAPIA SISTÉMICO-RELACIONAL”.
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
SECRETARÍA DE POSGRADO
INICIO: MARZO 2007

Informes e inscripción: Avda. Independencia 3051, 2º piso, Capital Federal,
Tels. 4932-2225 / 4957-5879
E-mail: posgrado@psi.uba.ar Web: www.psi.uba.ar/posgrado

paciente y consensuar la suspensión de la lactancia. Puede ser viable la posibilidad de lactancia mixta, y si coincide el momento de la puesta al pecho materno con la toma del medicamento se debe complementar con leches maternizadas.

* Es importante recordar que durante el embarazo se producen cambios que determinan el descenso de los niveles plasmáticos de las drogas y en cuanto al recién nacido es mucho más sensible a los medicamentos debido a variables farmacocinéticas que determinan mayor predisposición a intoxicaciones por los mismos.

CONCLUSIONES

Lo más importante es en este trastorno la relación de la madre con su hijo ya que constituye el centro funcional y el eje dinámico de todas las manifestaciones de la psicosis puerperal.

Se debe tener en cuenta que si bien la enfermedad afecta a una persona se compromete por ella una adecuada relación entre la madre y su hijo, pilar fundamental para que el bebé pueda crecer y desarrollarse en un marco de contención y afecto.

Bibliografía

- 1) Ey Henri, Bernard P, Brisset Ch, "Tratado de Psiquiatría" Masson, Barcelona 1986.
- 2) Kaplan H. Sadock B. "Psiquiatría Clínica" Médica Hispanoamericana Bs.As. 1991".
- 3) Jaspers K "Psicopatología General" Betta. Bs.As. 1963.
- 4) Alonso Fernández F "Compendio de Psiquiatría" Oteo Madrid 1978.
- 5) Sole Sagarra, Leonhard "Manual de Psiquiatría".
- 6) Betta Juan Carlos "Manual de Psiquiatría" Albatros Bs.As. 1977.
- 7) DSM IV Masson 1995.
- 8) Trucco Burrows M "Desordenes mentales del puerperio". Rev.Chil.Neuro-Psiq.1987.
- 9) Struve Romero J "Archivos venezolanos de Psiquiatría". Vol. 18 N° 39. 1972.
- 10) Suarez Richards "Introducción a la Psiquiatría" Slider La Plata. 2002.
- 11) Laverde Rubio E. "Psicosis postparto" Rev.Col. de Psiq.Vol XIII N° 4. 1984.
- 12) Murguía Daniel y Col. "Estudio Clínico y psicotécnico" Rev. Psiq. Uruguay. Año XXX. N°79. 1965.

AASM

**Asociación Argentina
de Salud Mental**

Ayacucho 234
Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 4952-8930
www.aasm.org.ar
administracion@org.ar

AML

ACADEMIA DE MEDICINA LEGAL
Y CIENCIAS FORENSES DE LA
REPUBLICA ARGENTINA

"PSICOPATOLOGIA JURIDICA Y FORENSE"

Comienza en mayo 2007,
400 hs. con 3 ejes:

- **Psiquiatría y
Psicopatología Forense**
- **Derecho y
Responsabilidad
Profesional**
- **Práctica Pericial**

**Sede: Riobamba 650 - Capital -
Espacio Educativo LA SALLE
T.E.: 4373-6633 - e-mail:
amlinsade@yahoo.com.ar**

Resonancia magnética estructural de las patologías neuropsiquiátricas vinculadas con el circuito límbico

María del Carmen
Valle de Merola

Médica psiquiatra
Docente UBA
Hospital neuropsiquiátrico
Braulio Moyano.
Secretaria científica del
capítulo neuropsiquiatria y
psicosis de la AASM
mcvalle1956@hotmail.com

INTRODUCCION

El sistema límbico parece estar implicado en la fisiopatología de enfermedades neuropsiquiátricas, tales como la demencia, esquizofrenia, trastornos afectivos y mnésicos. Estas manifestaciones son sutiles y en gran parte desapercibidas hasta el advenimiento de la neuroimagen moderna.

En este artículo se muestran algunas de las manifestaciones en RM de estas patologías.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (E.A):ANOMALÍAS ESTRUCTURALES

Solamente se mencionarán las anomalías estructurales evidenciadas en estudios por RM .No se comentarán las otras modalidades de imagen que puede aportar la RM: Técnicas de difusión y perfusión; espectroscopía, y la resonancia funcional(RMf).

El análisis volumétrico de las estructuras del lóbulo temporal con RM, han evidenciado reducción del volumen hipocámpico en pacientes con demencia tipo Alzheimer, cuando se los compara con sujetos control normales(1). Estos hallazgos descriptos en RM se hallan relacionados con las placas seniles y ovillos neurofibrilares que ocurren a nivel del hipocampo. Estudios "in vitro" han mostrado una correlación entre el tamaño de los hipocampos y el número de ovillos neurofibrilares identificados histológicamente(2). Las áreas de alta señal en RM, observadas a nivel del hipocampo en secuencias T2, reflejan los cambios degenerativos asociados a la EA(Fig1).

La atrofia de la amígdala en estudios por RM, también ha sido reportada en estadios precoces de esta enfermedad(3).

Imágenes axiales siguiendo el eje longitudinal del hipocampo e imágenes en cortes coronales perpendiculares al eje mayor del mismo, lo que da mayor resolución espacial ,aunque puede aumentar el ruido : relación señal/ ruido, muestran ensanchamiento de las surcos parahipocámpicos que reflejan atrofia del hipocampo(asta de Ammon y gyrus dentado) y del gyrus parahipocámpico (corteza entorrinal y del subiculum)(4,5).

En pacientes ancianos con moderado trastorno cognitivo , la atrofia del hipocampo determinada por mediciones volumétricas en RM es un índice predictivo al subsecuente desarrollo de EA(6).La sensibilidad y especificidad aún no han sido determinadas en forma fehaciente, aunque el (VCM)o voxel compression mapping de estudios de RM seriados han indicado que una mínima atrofia medial

de los lóbulos temporales, del cíngulo posterior, y de la corteza temporoparietal, pueden preceder a la aparición clínica de la enfermedad de Alzheimer(7).

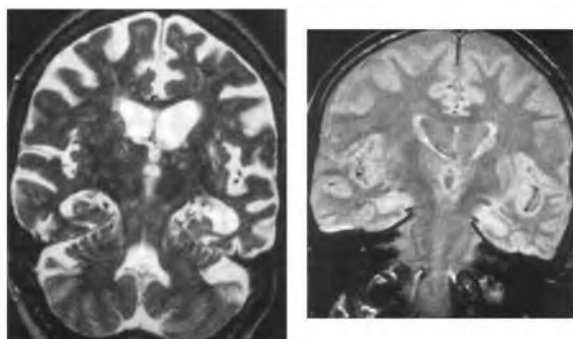


Fig 1 Enfermedad de Alzheimer . A) MR coronal ponderada en T2 .Se reconoce ensanchamiento de los surcos y de las astas temporales de los ventrículos laterales, asociado a atrofia e incremento en la señal de las regiones hipocámpicas. B) Imagen coronal en densidad protónica. Observe la señal intensa en ambos hipocampos. Mujer de 72 años con pérdida de la memoria anterógrada y retrógrada, ideas delirantes de perjuicio y apraxias motoras. El lenguaje se hallaba conservado, aunque empobrecido.

• ESQUIZOFRENIA

La anomalía más frecuente encontrada en los pacientes con esquizofrenia es el ensanchamiento ventricular. Los estudios estructurales con RM han mostrado en pacientes con esquizofrenia ensanchamiento ventricular y disminución volumétrica de los lóbulos temporales (estando comprometidos especialmente el sistema límbico y la amígdala)(8). Otras alteraciones han sido encontradas a nivel de la corteza orbitofrontal. Es de hacer notar que todas estas manifestaciones estructurales ya se encuentran en las primeras etapas de la enfermedad, lo que indicaría un trastorno del neurodesarrollo; pero además estudios longitudinales a largo plazo hacen presumir probablemente que las alteraciones son progresivas debido al desarrollo de procesos degenerativos asociados.

El ensanchamiento ventricular "per se" no es diagnóstico de esquizofrenia, ya que estas manifestaciones se las observa en otras afecciones neuropsiquiátricas, tales como la EA y la depresión.

El aumento del tamaño ventricular, en especial de los ventrículos laterales y sobre todo del cuerno temporal de los mismos es más evidente en la esquizofrenia que en la enfermedad de Alzheimer, en esta, el ensanchamiento de los ventrículos laterales es más generalizado, mientras que en la primera predomina en las astas temporales, además se ha notado que el cuerno temporal izquierdo puede ser más severamente afectado que el derecho(9).

Este agrandamiento más selectivo sugeriría los cambios estructurales en relación a la corteza temporal, hipocampo y la amígdala(9).

Distintos autores han reportado reducción del hipocampo anterior y del giro parahipocámpico izquierdos en estos pacientes (10). Otros autores han demostrado disminución del volumen de las amígdalas/ hipocampos, siendo más considerable en el izquierdo(11). Se ha visto además incremento en la prevalencia del cavum septum pellucidum, cavum vergae y disgenesia del cuerpo calloso en pacientes esquizofrénicos, sugiriendo alteración de las vías neuronales desde y hacia el área septal (12) .

• TRASTORNOS AFECTIVOS

Estudios estructurales con RM en relación al tamaño ventricular en pacientes bipolares han producido una variedad de resultados disímiles.

Se ha visto mayor ensanchamiento del sistema ventricular en pacientes bipolares que en aquellos control normales (13). Se ha reportado que en cortes de sección con RM por el área temporal, ésta es más pequeña en pacientes con trastorno afectivo bipolar (14). De todos modos no hay estudios longitudinales fehacientes en esta patología que así lo demuestren.

Otros autores notaron que el lóbulo temporal derecho era más pequeño en pacientes bipolares(15). En estudios con RM, además se ha identificado un tiempo de relajación T1 más corto en los hipocampos de pacientes con depresión mayor comparado con sujetos control normales .Esto estaría relacionado probablemente a cambios biofísicos que ocurren en el hipocampo(16).

• EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL

Los síntomas que le son propios se encuentran descriptos también con las denominaciones de ataques crepusculares, dreamy states, epilepsia psicomotriz, crisis del uncinatus. Este complejo de epilepsias parciales que se originan en lesiones del sistema límbico y que están asociadas con la enfermedad epiléptica debe ser apropiadamente llamada epilepsia límbica Esta afección puede traer aparejadas alteraciones en el lenguaje, la memoria, como así también trastornos cognitivos, emocionales, de las sensaciones y de la conducta.

El 60% a 80% de los pacientes que presentan el complejo parcial epiléptico tienen evidencia de esclerosis temporal mesial(ETM)(17), el restante 20% tienen anomalías estructurales, tales como malformaciones vasculares, tumores, hamartomas, displasia cortical, lesiones postraumáticas u otras raras etiologías.

El incremento en la señal a nivel del hipocampo en secuencias T2 pone de manifiesto ETM en casi el 80% de los casos(17).

Las manifestaciones en RM estructural de atrofia del hipocampo y el incremento de la señal en secuencias ponderadas en T2 reflejan los hallazgos patológicos de pérdida neuronal y gliosis (Fig 2); pero además permite descartar otras patologías.

Los cambios de señal anormal observados en el hipocampo pueden ser aun mas evidentes en las secuencias FLAIR (fluid-attenuated inversion recovery) que las espin eco o las FSE(fast spin echo)

Hay que tener en cuenta que la señal hiperintensa en secuencias T2 no es específica de esclerosis mesial, ya que puede ser causada por otras alteraciones tales como tumores, colecciones de liquido cefalorraquideo, artificios de flujo, edema, sangre u ocasionalmente calcificación.

• **SÍNDROMES CRONOMNÉSICOS Y PSICOSIS ORGÁNICAS**

La dismnesia límbica se caracteriza por la incorrecta ubicación temporal de los recuerdos, hallándose vinculada al hipocampo-fornix-cuerpo mamilar-tálamo y gyrus cíngulo. Esto difiere de las alteraciones relacionadas con la memoria remota que ocurre en los síndro-

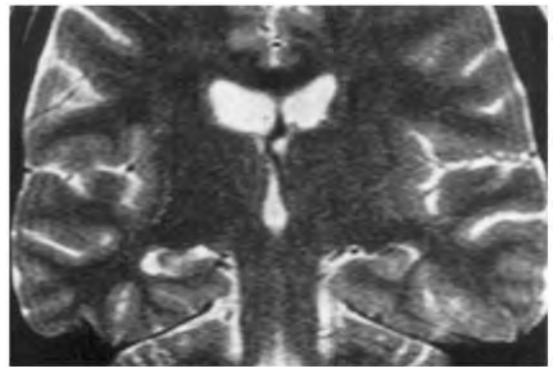


Fig 2 Esclerosis temporal mesial. Secuencia coronal T2. Hipocampo derecho discretamente atrófico con señal hiperintensa. Compare con el hipocampo izquierdo, el cual es normal.

mes demenciales en donde hay un amplio compromiso de la corteza cerebral.

La encefalopatía de Wernicke es la causa mas común de perdida aislada de la memoria reciente. Se caracteriza por una triada clínica de: oftalmoplejía, ataxia y confusión debido al déficit de tiamina o vitamina B1 que se la observa con relativa frecuencia en los pacientes alcohólicos crónicos .También puede observarse en enfermos con malabsorción, anorexia, obstrucción intestinal alta, alimentación parenteral prolongada, hemodiálisis e hiperemesis gravídica.

Las alteraciones patológicas se hallan distribuidas principalmente en las regiones periventriculares en especial el tercer y cuarto ventrículo y vecino al acueducto de Silvio. La atrofia de los cuerpos mamilares es un hallazgo específico observado en la autopsia.

La RM muestra atrofia de los cuerpos mamilares, además de las alteraciones periventriculares (Fig 3). Puede verse el realce de los cuerpos mamilares luego de la ad-

Psiquiatría dinámica en un entorno ideal para la recuperación integral

www.abrines.com.ar

1958 2007

Abrines
CLINICA PRIVADA

INTERNACION
CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL DE DIA
CONSULTORIOS EXTERNOS
TERAPIA INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILAR
PSICOMOTRICIDAD Y VIDEOCINE
EQUIPO DE ADMISION, SEGUIMIENTO Y SUPERVISION

Benito Pérez Galdós 2647 . Quilmes Oeste
Tel.: 4250-1061 (L. Rot.) . info@abrines.com.ar

AlvarezHD.com.ar

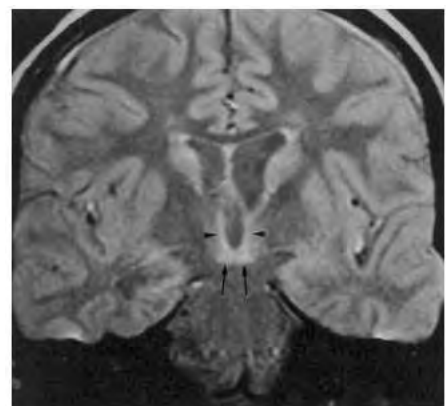


Fig 3 Encefalopatía de Wernicke. Imagen coronal en densidad protónica. Se reconoce hiperintensidad en las regiones periventriculares de ambos talamos(núcleos medial dorsal) y a nivel de los tuberculos mamilares

ministración del gadolinio(18).

Un elevado porcentaje de pacientes con encefalopatía de Wernicke de origen alcohólico presentan al recuperarse la psicosis de Korsakoff caracterizada por un síndrome crónico de amnesia anterograda y retrograda, con relativa preservación de las otras funciones intelectuales. Las estructuras cerebrales alteradas en la psicosis de Korsakoff no están bien delimitadas. Se considera que las lesiones se localizan en los núcleos dorsomediales del tálamo, pulvinar medial y cuerpos mamilares.

Si bien el alcoholismo es la principal causa del síndrome de Korsakoff, cuadros similares se han visto en traumatismos cerebrales con compromiso de los lóbulos temporales y cuerpos mamilares, la sección bilateral de los fornix y en las cingulectomías (síndromes Korsakoff-like)(19).

La mayor parte de la irrigación del hipocampo se halla en relación a las ramas de arteria cerebral posterior. La isquemia e infarto del lóbulo temporal, incluyendo el hipocampo, pueden producir cuadros de amnesia retrograda y anterógrada(19) (Fig 4).

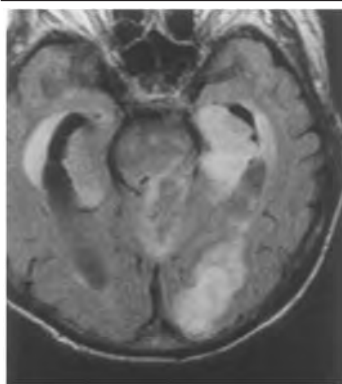


Fig 4 Infarto hemorrágico FLAIR. Infarto hemorrágico en territorio de la ACP izquierda. Secuencia axial FLAIR.

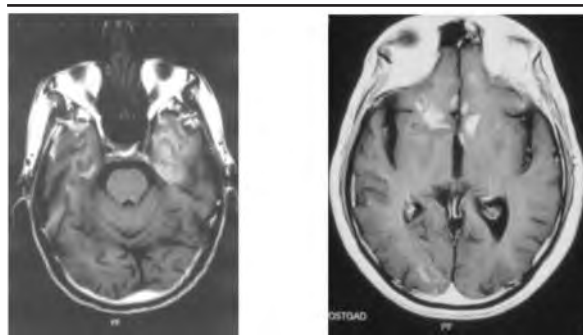


Fig 5 Encefalitis herpética . A) RM de encéfalo axial Secuencia FLAIR .Muestra incremento anormal en la señal predominantemente del hipocampo izquierdo. B) RM axial T1 con gadolinio muestra áreas focales de realce patológico.

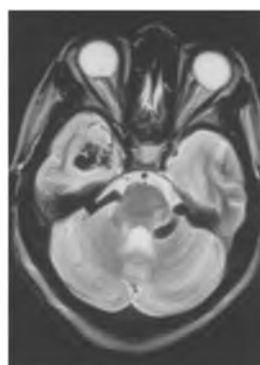


Fig 6 MAV .RM con imagen axial en densidad protónica Demuestra la presencia de una masa en la región del lóbulo temporal derecho de señal mixta, debido a productos de degradación de la sangre y áreas de vacío de flujo de baja intensidad

La encefalitis herpética afecta preferentemente las áreas orbitofrontal y temporal medial(Fig 5) .El déficit neuropsicológico mas común es el de una profunda amnesia, pudiendo estar acompañada de afasia, cuadros epileptógenos e incluso un síndrome de Kluver - Bucy.

Malformaciones vasculares (MAV), neoplasias primarias y secundarias que comprometen al sistema límbico pueden producir múltiples alteraciones relacionadas con las funciones del mismo(Fig 6 y 7) .

Una particular afección es la denominada encefalitis límbica caracterizada por un deterioro progresivo intelectual .Esta ocurre en pacientes con neoplasias sistémicas, particularmente el carcinoma pulmonar de células pequeñas(20). La amnesia es el rasgo mas prominente en estos pacientes. Los cambios mas pronunciados se encuentran en el hipocampo .Su etiología es desconocida, sospechándose causas virales, metabólicas e inmunológicas.

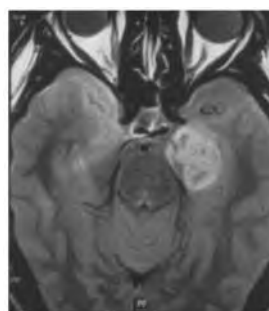


Fig 7 Glioma quístico . Imagen de RM axial ponderada en T1 luego de la administración de gadolinio . En la amígdala e hipocampo izquierdo lesión con realce heterogéneo y efecto de masa.



CONCLUSION:

El sistema límbico (limbic system de Mc Lean) es el sector donde se integran las conductas emocionales, homeostasis, los actos instintivos, cronométricos y tímicos. Es en esencia un gran ordenador de la vida y en consecuencia da lugar a la existencia humana. Las afecciones neuropsiquiátricas presentan sutiles

cambios morfológicos, estas alteraciones estructurales pueden ser mostradas y evaluadas en RM; teniendo por lo tanto, no solo implicancia en el diagnóstico precoz, sino también valor pronóstico y evolutivo.

GRUPO IV

INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PSIQUIATRÍA
PSICOLOGÍA INDIVIDUAL / FAMILIAR / GRUPAL
PSICOPEDAGOGÍA
MUSICOTERAPIA
PSICOEDUCACIÓN

ALQUILER DE CONSULTORIOS ZONA CABALLITO

4-901-6482 / 15-5-639-3451 / 15-6-335-6173



Especialización en Psiquiatría

Director:

Prof. Dr. Gustavo Tafet

Comité Asesor:

Prof. Dr. Jaime Smolovich

Prof. Dr. Cesar Cabral

Informes e Inscripción:

psiquiatria@maimonides.edu

15-5332-9082

Universidad Maimónides:

Hidalgo 775, Buenos Aires / 4905-1101

Bibliografía

- 1) Jack CR, Jr, Petersen RC, Xu YC, et al. Prediction of AD with MRI-based hippocampal volume in mild cognitive impairment. *Neurology* 52:1397,1999
- 2) Cascino GD, Jack CR, Parisi JE, et al. Magnetic imaging-based volume studies in temporal lobe epilepsy: Pathological correlations. *Ann Neurol* 30:31,1991.
- 3) Lehericy S, Baulac M, Chiras J, et al: Amygdalohippocampal MR volume measurements in the early stages of Alzheimer disease. *AJNR Am J Neuroradiol* 15: 929, 1994.
- 4) Kesslak JP, Nalcioglu O, Cotman CW. Quantification of magnetic resonance scans for hippocampal and parahippocampal atrophy in Alzheimer's disease. *Neurology*.41:51, 1991
- 5) de Leon MJ, George AE, Stylopoulos LA, et al. Early marker for Alzheimer's disease: the atrophic hippocampus. *Lancet* 2:672,1989
- 6) Killiany RJ, Gomez-Isla T, Moss M, et al. Use of structural magnetic resonance imaging to predict who will get Alzheimer's disease. *Ann Neurol*. 47:430,2000.
- 7) Fox NC, Crum WR, Scahill RI, et al. Imaging of onset and progression of Alzheimer's disease with voxel-compression mapping of serial magnetic resonance images. *Lancet* 358:201,2001.
- 8) Katsanis J, Iacono WG, Beiser M. Relationship of lateral ventricular size to psychophysiological measures and short-term outcome. *Psychiatry Res* 37:115,1991.
- 9) Crow T, Colter N, Brown R, et al: Laterallized asymmetry of temporal lobe enlargement in schizophrenia. *Schizophr Res* 1 : 155, 1988.
- 10) Shenton ME, Kikinis R, Jolesz FA, et al: Abnormalities of the left temporal lobe and thought disorder in schizophrenia. A quantitative magnetic resonance imaging study. *N Engl J Med* 327 : 604, 1992.
- 11) Breier A, Buchanan RW, Elkashef A, et al : Brain morphology and schizophrenia: a magnetic resonance imaging study of limbic, prefrontal cortex, and caudate structures, *Arch Gen Psychiatry* 49 : 921, 1992
- 12) Degreef G, Lantos G, Bogerts B, et al : Abnormalities of the septum pellucidum on MR scans in first-episode schizophrenic patients.

MESA REDONDA

AJNR Am J Neuroradiol 13 : 835, 1992

13)Beats B ,Levy R, Forsti H: Ventricular enlargement and caudate hyperdensity in elderly depressives. Biol Psychiatry30 : 452, 1991.

14)Hauser P, Altshuler LL, Berrettini W: Temporal lobe measurement in primary affective disorder by magnetic resonance imaging .J Neuropsychiatry Clin Neurosc 1 : 128, 1989.

15)Swayze VW, Andreasen NC, Alliger RJ: Subcortical and temporal structures in affective disorder an schizophrénia : A magnetic resonance imaging study .Biol Psychiatry 31 : 221, 1992.

16)Krishnan KR, Doraiswamy PM, Figiel GS : Hippocampal abnormalities in depression .J Neuropsychiatry Clin Neurosci 3 : 387, 1991.

17)Tien RD, Felsberg GJ, CastronCC : Complex partial seizures and mesial temporal sclerosis.Evaluation with fast spin-echo MR imaging .Radiology 189 : 835, 1993.

18)Victor M : MR in the diagnosis of Wernicke-Korsakoff syndrome.AJNR Am J Neuroradiol 11: 895, 1990

19)Byrum CE, Thompson JE, Heinz ER, et al .The limbic system : normal anatomy and pathology .Neuro Imag Clin of North America.7:96, 1997.

20)Lacomis D, Khoshbin S, Schick RM. MR imaging of paraneoplastic limbic encephalitis. J Comput Assist Tomogr 14:115,1990

Malvinas 25 años después "Un recorrido compartido"

PRESIDENTE: Héctor Fischer

COORDINADORES: Norberto Pisoni y Alberto Trimboli

Lunes 26 de marzo de 11:00 a 12:30hs.

Actividad no arancelada

Weisaeth Lars (Psiquiatra y profesor en estrés traumático. Director e Investigador del Centro Nacional Noruego para el estudio de la violencia y estrés traumático. Autoridad mundial en psicotraumatología la disertación esta calculada en (ingleses), **Eduardo Gerding** (Traductor) Psiquiatra especialista en Estrés (Representante de los veteranos de Malvinas)

Mike Seear: 1° oficial del 7° batallón (Gurkha) Duque de Edimburgo. Doctorado en Universidad de Nottingham.

Héctor Fischer: Presidente de la Carrera de Especialista y Decano Depto. Psicología Clínica (UAJFK). Presidente del Capítulo "Clínica y psicopatología de la AASM

Organizan:

Departamento de Psicología Clínica UAJK
Carrera de Especialistas en psicología Clínica UAJK
Capítulo Universidad Salud Mental AASM
Capítulo Psicopatología y Psicología Clínica AASM

Exposición en Ingles con traducción

Lugar Colegio Bolivar: calle Bolivar 1163.

Salón Cuatrecasas

Informes e Inscripción:

Lunes a viernes de 13 a 19 hs.

Ayacucho 234 Ciudad de Buenos Aires

Tel. (0054) (11) 4952-8930

e-mail: administración@aasm.org.ar /

info@aasm.org.ar

www.aasm.org.ar

actividades 2007

Los mitos del amor

EL MITO DEL ANDROGINO:

Comenzó Aristófanes su intervención en el Banquete, de esta manera:

"En efecto, me parece que los hombres no se dan en absoluto cuenta del poder del Amor, ya que si se la dieran le hubiesen construido los mas esplendidos templos y altares, y harían en su honor los mas solemnes sacrificios ^[1] "...

Y después Aristófanes contó que eran tres los géneros de los hombres, no dos, como ahora, masculino y femenino, sino que había un tercero que participaba de estos dos, cuyo nombre era el andrógino, que eran seres redondos, sus espaldas y sus costados formaban un círculo; tenían cuatro brazos, cuatro piernas, dos rostros sobre un cuello circular, y sobre estos dos rostros una sola cabeza; tenían cuatro orejas, dos órganos sexuales y todo el resto duplicado también. Caminaba en posición erecta como ahora, hacia delante o hacia atrás, según deseara; pero cuando le daban ganas de correr con rapidez daban una vuelta de campana haciendo girar sus piernas hasta caer en posición vertical y, como eran entonces ocho los miembros en que se apoyaba, avanzaba dando vueltas sobre ellos a gran velocidad. Eran, pues, seres terribles por su vigor y su fuerza; grande era además la arrogancia que tenían, y atentaron contra los dioses, quisieron construir una escalera para atacarlos. Al enterarse los dioses de esta arrogancia el castigo debía de ser ejemplar, Zeus ideó la mejor manera: cortarlos en dos partes, de forma de hacerlos incompletos, con la desesperación permanente de cada uno de buscar la otra parte, y no encontrarla jamás. La condena consistió en añorar la otra mitad, de modo que ni el abrazo de los cuerpos pudiera recuperar la unidad original, muriendo de hambre e inanición general por no hacer nada los unos separados de los otros. Desde aquel entonces hombres y mujeres, hombres con hombres, y mujeres con mujeres, buscan siempre a la otra mitad, "y esto es el conseguir un amado que por naturaleza coincida con la índole de uno. ^[2] "

El amor, según el mito del andrógino es una condena de los dioses, es un estado de incompletud permanente en castigo por una arrogancia cometida previamente. Se trata de una experiencia no precisamente placentera, desde éstos términos, donde la búsqueda de la otra mitad está determinada por el fracaso.

LA VERDAD DEL MITO

El mito es un relato, no es una novela, es siempre un relato general..., un relato que pregunta por el origen, que apunta a la estructura a partir de los hechos de la experiencia. El mito es un intento de dar cuenta de lo inexplicable, de lo inasible, de lo que compete a lo que Heidegger ha llamado "la esencia del habla ^[3] ", o

^[1] Platon: *El Banquete*, Pág. 55, Buenos Aires: Ed. Orbis, 1983.

^[2] *Ídem*, Pág. 62.

^[3] Heidegger, Martín: *De camino al Habla*, Segunda Edición revisada, Pág. 141, Barcelona: Ediciones del Serbal, 1990.

sea el lugar desde el cual se genera el lenguaje, pero que en sí mismo está vacío. En este sentido, por estar en relación a dicha esencia, el mito participa de la creación poética, de este modo se podría decir que todo mito es poema.

El mito del andrógino da cuenta de los encuentros y desencuentros del amor, pero también ubica allí que en el amor hay una experiencia de la falta de objeto, que desde un principio hay una ausencia que determina el juego de los amantes, y que esto no es sin consecuencias. El peor de los castigos ha sido dividir la esfera, la imagen de un cuerpo redondo, perfecto, cuya simetría es tal que da placer a la mirada, dividir la esfera es romper con lo armónico, con la buena forma.

La continua apelación a lo sagrado, es la inclusión en el mito de aquello que no se puede explicar por la vía de la razón, lo sobrenatural es un modo del relato de hacer aparecer aquello que no se deja nombrar por la palabra, aquello cuya dimensión es de no-palabra. Por eso el mi-

to siempre se lee en dos direcciones, como en una partitura musical donde se lee simultáneamente el ritmo y la armonía (como lo señalan Claude Levy Strauss ^[4] y Jacques Lacan ^[5]), es la dimensión del relato y de lo que el relato nombra como imposible de decir.

En una partitura musical, las notas que se agrupan en un pentagrama en sentido vertical constituyen la armonía, y la sucesión de notas escriben la melodía y el ritmo, lo que se escucha como música incluye estos dos sentidos: lo simultáneo (armonía), y lo sucesivo (melo-

^[4] *Levi-Strauss, Claude: Antropología Estructural, La Estructura de los Mitos, 7ª Edición, Pág. 192, Buenos Aires: Ed. Eudeba, 1977.*

^[5] *Lacan, Jacques: Seminario 4 "La Relación de Objeto", Pág. 278, Buenos Aires: Ed. Paidós, 1994.*

CON EL RESPALDO DEL DPPT DE LA ASOCIACION PSICOANALITICA INTERNACIONAL - IPA



IUSAM

Instituto Universitario de Salud Mental
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

**Carreras de Posgrado Universitario en
Psicoanálisis, Niños y Adolescentes,
Psicopatología, Familia y Pareja, Cultura
y Salud Mental.**



Asociación
Psicoanalítica
de Buenos Aires

EL PSICOANALISIS Y LA SALUD MENTAL EN SU AMBITO MAS ACADEMICO

Maure 1850 C1426CUH Buenos Aires Tel.: 4775 7867 / 7985 Int 14 info@iusam.edu.ar www.iusam.edu.ar

AUTORIZADO PROVISORIAMENTE POR DECRETO N° 352/05 DEL PEN ART. N° 62 LEY 24521 EDUCACION SUPERIOR
APROBADO POR RESOLUCION MINISTERIAL N° 512/06

día y ritmo). Es lo que Claude Levy Strauss ^[6] destaca como lo sincrónico y lo diacrónico del mito.

En el caso del mito del andrógino, ocurre una sucesión de hechos que van desde el andrógino inicial unificado a su separación en mitades, y simultáneamente una imposibilidad que lleva a querer desafiar a los dioses, un estado de imposibilidad de la satisfacción totalizadora, que subyace al relato en toda su extensión. La in-

tervención de los dioses no hace mas que ratificar esa imposibilidad: no es posible el todo para los humanos, la condición de ser mortales les imposibilita ser dioses. Es en ese sentido que Aristófanes considera que el amor merece los mas esplendidos altares y templos, y también los mas solemnes sacrificios..., en verdad a esa tarea los sujetos dedican gran parte de sus vidas.

Es oportuno aclarar una importante diferencia que se suscita a la lectura de los mitos en función de la subjetividad, dado que pueden establecerse posiciones claramente antagónicas: Carl G. Jung ha sostenido que los mitos son imposiciones arquetípicas que preceden al sujeto, y que lo determinan contra su voluntad, o a favor de ella. El tratamiento analítico consistirá en des- prender los contenidos míticos de los "objetos de la conciencia" y que se "consoliden como realidades psicológicas fuera de la psique individual" ^[7]. Desde esta idea los mitos son determinantes ancestrales que se le imponen a cada sujeto, y de los cuales dependen en la vida cotidiana. De acuerdo al arquetipo de cada uno cambiará su determinación mitológica, y el tratamiento intentará separar esos mitos de su conciencia, pero sin que pierdan su condición de "dominación inconsciente colectiva" ^[8].

Jacques Lacan considera al mito como un relato atemporal, una ficción que invariablemente "sugiere la noción de una estructura" ^[9]. Y por eso, el mito muestra que "la verdad tiene una estructura de ficción" ^[10]. O sea que participa de la verdad de la estructura, es una ficción que devela la verdad de la estructura subjetiva. Por eso los mitos se pueden homologar en distintas culturas, y pueden ser traducidos sin perder su esencia lingüística, su capacidad de transmisión. La verdad como estructura de ficción, señala a la verdad no como lo que esta oculto detrás del relato, sino lo que la misma ficción revela como verdad en tanto propio, específico de aquello que el mito da cuenta (la diferenciación sexual, la relación con el origen, con los padres, etc.)

El entramado del mito actúa al modo del síntoma, en tanto anuda al relato la verdad de la estructura, produce una articulación entre el decir y lo imposible de decir. Crea una ficción que presenta lo real, por eso en relación al mito del andrógino Jacques Lacan dice que

Arteterapia

- Talleres vivenciales
- (Abordaje terapéutico desde diferentes lenguajes expresivos)
- Trabajo institucional

Roxana Adonaylo - Arteterapeuta
 Centro de día (adicciones) Hospital . T. Alvarez
 Red Solidaria -Comunidad Emanuel

Te. 4-786-5369 / (rho@ciudad.com.ar)

CE·SA·MEN·DE

Primer Centro de Especialistas en Salud Mental de Villa Devoto

ASISTENCIA Y FORMACIÓN EN PSICOANÁLISIS

AREAS ASISTENCIALES
 NIÑOS - ADOLESCENTES
 ADULTOS - PAREJA - FAMILIA

Atención Ambulatoria y a Domicilio

Secretaría:
 Lunes a Viernes de 10.00 hs. a 16.00 hs. Tel. 4504-7710
 info@cesamende.com.ar www.cesamende.com.ar

Directora y Fundadora:
 Lic. Silvia Justo

STAFF
Miembros Fundadores:
 Lic. Graciela Falco,
 Lic. Silvia González Parma,
 Dr. Gregorio Noceda,
 Lic. Dora Noiman

Lic. Ana Marquis,
 Dra. Miriam Horvitz,
 Lic. María Carolina Pirovani

^[6] Levi-Strauss, Claude: *Antropología Estructural, La Estructura de los Mitos*, 7ª Edición, Pág. 193, Buenos Aires: Ed. Eudeba, 1977.

^[7] Jung, Carl Gustav: *Lo Inconsciente*, 5ª Edición, Pág. 122, Buenos Aires: Ed. Losada, 1974.

^[8] Ídem, Pág. 123.

^[9] Lacan, Jacques: *Seminario 4 "La Relación de Objeto"*, Pág. 253, Buenos Aires: Ed. Paidós, 1994.

^[10] Ídem.

"Aristófanes nos habla aquí exactamente como Juanito" ^[11], por supuesto refiriéndose al famoso caso de Sigmund Freud, donde la construcción que hace Juanito es anudar al caballo la figura aterrante del padre, de modo que mediante la fobia haga soportable dicha relación al padre.

Aristófanes hace un mito al modo del síntoma del amor, la ilusión del retorno a la unidad perdida, es ésta la razón por la que Lacan sostiene que el mito del andrógino ha triunfado en la civilización occidental. Es el mito que le ha dado un sentido, por mas que ilusorio o fantástico, al vacío que implica la imposibilidad de la fusión entre los sexos, lo que Lacan designa como "No hay relación sexual".

Desde la relación necesaria entre mito y síntoma, Sigmund Freud refuta la teoría biológica del mito del andrógino que atribuye dicho relato a supuestas partículas biológicas que "aspiran a reunirse" ^[12], (Asimismo, sorprendentemente, Freud advierte que este mito reconoce antecedentes importantes con otro mito hindú, el Brihadàranyaka-upanishad, sin que el mismo Aristófanes haya podido tener estas referencias..., ¡¡observando en 1920 lo que después Levi-Strauss va a describir como lo estructural del mito!!). En esta negativa a aceptar una determinación biológica en este mito, puede también leerse una respuesta a la idea del sometimiento a los arquetipos que plantea Jung, dado que lo que Freud refuta aquí es que del relato de dicho mito no se comprueba ninguna relación posible entre sustancias femeninas y masculinas.

EL MITO PSICOANALÍTICO DE LA LAMINILLA

Jacques Lacan presenta sus respetos al mito del andrógino de Aristófanes, y dice de esta fábula es verdaderamente un desafío al tiempo, "se ha mantenido por los tiempos de los tiempos sin que nadie haya intentado superarla" ^[13] Y a continuación dice con cierta comicidad irónica: "Yo lo voy a intentar".

Lacan contaría su mito mas o menos así: Desde todos los tiempos, en cada nacimiento ha ocurrido, y ocurre

cada vez, que se escapa algo así como una sustancia inmaterial que se desliza al exterior, que se pierde en esa rotura primordial, y que se expande por la atmósfera. De esa primer rotura surge aquella sustancia, a la que en principio se la podría llamar Hommelette (un neologismo que condensa Hombre en sentido genérico, y omelette ^[14], un revuelto de huevos, muy popular en Francia), y luego hablando mas propiamente "lamini-lla", como aquella sustancia que se ha perdido en el inicio, y que en el intento de recuperarla nos empuja a las acciones y los actos, al amor, a la sublimación. La laminilla se desliza permanentemente, no se deja atrapar, no se puede encerrar ni guardar, y ocurre también que inadvertidamente puede acosarnos por la noche, aparecer de modo siniestro y mortífero mientras dormimos plácidamente. Ni bien surge en cada nacimiento, los sujetos luchan contra esta sustancia, le ponen trampas, intentan dominarla o educarla, sin conseguirlo jamás, porque la laminilla no es dominable, y es inmortal. El valiente que la quiera encerrar debe saber que esta sustancia es muy escurridiza, que puede deslizarse por los dedos, y alojarse quien sabe donde... A esta laminilla, un psicoanalista vienés llamado Sigmund Freud, la llamó libido.

^[11] Lacan, Jacques: Seminario 8 "La Transferencia", Pág. 112, Buenos Aires: Ed. Paidós, 2003.

^[12] Freud, Sigmund: Mas allá del principio de placer, Obras Completas, Tomo XVIII, Pág. 57, Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1979.

^[13] Lacan, Jacques: Seminario 11 "Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis", Pág. 204, Buenos Aires: Ed. Paidós, 1986.

^[14] Existe un dicho en Francia que dice: "para hacer una omelette hay que romper algunos huevos", algo así como que para hacer algo determinado, que tenga sentido para quien lo hace, se deben atravesar las circunstancias y complicaciones que requiera el asunto en cuestión.

publicidad

**Para publicitar en esta revista comunicarse con
Anabella Romano (Representante Comercial)
Tel 4431-1233 / 15-4436-2154**

La superación del mito del andrógino es la inclusión de la sexualidad como órgano del cuerpo que participa de la pulsión y del significante, es en esa doble pertenencia de la sexualidad que se revela su carácter de mortífera para el sujeto. A su propia superación del mito clásico, Lacan lo llama "el mito de la laminilla". Y la diferencia principal con Aristófanes y con los autores post freudianos que han teorizado el concepto de libido es que no se la plantea como un campo de fuerzas (dinámica de la libido), sino como un órgano ^[15].

Un órgano, por definición es algo que actúa como un todo, y puede referirse a un elemento anatómico, jurídico, o incluso comunicacional, por extensión es un todo que se ajusta a una acción determinada (órgano de prensa de un partido político, por ejemplo). Plantear a la libido en estos términos conduce a la idea de un sujeto definido por sus actos, que se presentan como un todo, a veces enigmático por supuesto. El concepto de órgano también acerca al sujeto a su condición de animal, Lacan lo compara con los animales cuando delimitan lo que consideran su "territorio", son esos los límites de la libido como órgano, la libido desplaza los límites del organismo. Es lo que puede observarse como lesivo cuando se lastima una persona, o una propiedad que forma parte de la libido de alguien, la injuria es en el cuerpo: el cuerpo libidinal, que en definitiva es el cuerpo propiamente dicho ^[16]. Lacan lo escribe así: "La libido es esa laminilla que desliza el ser del organismo hasta su verdadero límite, que va más allá que el del cuerpo. Su función radical en el animal se materializa en tal etología por la caída súbita de su poder de intimidación en el límite de su "territorio"." ^[17] El histérico, en la amplitud de sus identificaciones, puede llevar esos límites hasta extremos sorprendentes. El territorio del cuerpo es mucho más que su superficie biológica.

La laminilla como tal, es inmortal, y al modo que Freud plantea el plasma germinal, se vale de los cuerpos para existir al infinito. "El sujeto hablante tiene el privilegio de revelar el sentido mortífero de ese órgano, y por ello su relación con la sexualidad. Esto porque el signi-

ficante como tal, al tachar al sujeto de buenas a primeras, ha hecho entrar en él el sentido de la muerte. (La letra mata, pero lo aprendemos de la letra misma.) Por esto es por lo que toda pulsión es virtualmente pulsión de muerte." ^[18] La infinitud de la libido hace surgir la mortalidad de los cuerpos.

¿POR QUÉ UN MITO PARA LA LIBIDO?

El mito de la laminilla encarna la "parte faltante" del mito de Aristófanes, que es resultado de una división inaugural, que deja un resto inasimilable, lo que en su retorno constituye el verdadero problema del amor: se busca en el amor reintegrar lo que se pierde en la constitución de lo humano (Lacan relacionaba lo humano con el humus, el barro, o sea lo que proviene de la tierra y se moldea, se transforma). Ya no es la relación entre lo masculino y lo femenino, sino la relación a aquello que se pierde en lo inevitable del equívoco de los sexos.

^[15] Lacan, Jacques: Seminario 11 "Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis", Pág. 213, Buenos Aires: Ed. Paidós, 1986.

^[16] De este modo puede comprenderse porque las experiencias del cuerpo pueden ser semejantes en términos biológicos, pero nunca iguales en términos subjetivos.

^[17] Lacan, Jacques: Escritos 2, Posición del Inconsciente, XIV Edición, Pág. 827, Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1988.

^[18] Ídem.

^[19] Lacan, Jacques: Seminario 11 "Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis", Pág. 207, Buenos Aires: Ed. Paidós, 1986.



moebius
difusión psi

MOEBIUS DIFUSIÓN se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con la salud mental y la cultura en general: congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi. Contamos con la lista más grande de e-mails de profesionales e instituciones psi Argentinas y del Mundo. Si desea difundir un evento o actividad psi, contáctese con nosotros a:

info@moebiusdifusion.com

El mito de la búsqueda de la mitad sexual en el amor queda sustituido por la búsqueda, por el sujeto, no del complemento sexual, sino de la parte de sí mismo perdida para siempre. Esta búsqueda no esta exenta de encuentros y desencuentros, y está marcada siempre por el hecho de que el humano al ser sexuado, esta afectado por la muerte. La laminilla es puro Eros, es pulsión de vida inmortal, es lo que pervive de generación a generación, por eso al ser nombrada evoca lo mortífero y lo pone del lado del sujeto..

"La laminilla tiene un borde, se inserta en la zona erógena, es decir en uno de los orificios del cuerpo, en la medida en que estos orificios están vinculados con la estructura-cierre de la hiancia del inconsciente, tal como lo muestra nuestra experiencia." [19] La laminilla no es sexuada porque no necesita reproducirse, es inmortal pero se la puede nombrar, porque el sujeto es sujeto de la palabra. La certeza de que la letra mata es lo que se va a experimentar con la laminilla. Ser un órgano irreal no le impide a ella encarnarse, insertarse en una zona erógena, hacer su propio recorrido en el cuerpo. Ese modo de encarnarse, sin una sustancia tangible, es lo que hace que el mito cobre todo su valor de representación, de estructura de ficción, o sea todo su valor de verdad.

Se trata de captar de que modo se inserta la libido en el cuerpo, y por consiguiente en la dialéctica del sujeto. Este órgano de lo incorporal en el ser sexuado es aquello del organismo que el sujeto emplaza en el momento en que se opera una separación. El mito de la laminilla hace intervenir en las vicisitudes del amor a la dimensión de lo que Lacan llama objeto a, y es el modo en que esta sustancia mítica se puede formalizar en tanto se ubica en oposición lógica al sujeto, en tanto nombra esa dimensión de lo perdido, de un objeto mítico, que no es propiamente un objeto, al final de cuentas. Introducir esta dimensión cambia todos los efectos y avatares del amor, y lo transforma de una contingencia mas o menos feliz o infeliz, en una dimensión necesaria para cierto recorrido subjetivo: en experiencia única en la pulsión, y en los inextricables recorridos del deseo.



Existen formas mas creativas de usar papel

diseño

folletería + papelería

editorial

libros + revistas + catálogos

impresiones

carlos de pasquale

diseño gráfico + impresiones

tel. 4697-4934 - depasquale@speedy.com.ar



CURSOS

“Psicoprofilaxis Quirùrgica”

Curso Virtual

DIRECTORES: Irma Zurita y Patricia Oliveira

COMIENZO: Segunda semana de agosto 2007

“Curso sobre Adolescencia”

Directora: Liliana V. Moneta

Fecha aproximada de inicio: Mayo del 2007.

“Talleres de abordaje para niños y adolescentes con subjetividad en riesgo”

DIRECTORA: Liliana V. Moneta.

COMIENZO: Septiembre del 2007.

Dirigidos a todos los profesionales afines con la Salud Mental Infanto Juvenil.

Fundamentos de la clínica

Programa de Filosofía:

“La cuestión del Sujeto desde la antigüedad hasta nuestros días”

DIRECTOR Y DOCENTE: Juan C. Fantin

A distancia por Internet

De mayo a diciembre

Curso Virtual de Metodología de

la Investigación para

Profesionales de la Salud Mental

A distancia por Internet

DIRECTORES: Alberto Carli, MSc y

Beatriz L. Kennel

SECRETARIA CIENTIFICA: Silvia Raggi

Posgrado sobre Toxicomanía y

Conductas adictivas

DIRECTORES: Susana Calero,

Silvia Raggi y Alberto Trimboli

mayo a Diciembre

Curso de posgrado a distancia por Internet

"Introducción a la Musicoterapia Clínica"

DIRECTORA: Patricia B. Cabrera

DOCENTES: Lic. Rubén Gallardo,

Lic. Darío Caniglia

Desde el 7 de junio de 2007 al 20 de diciembre de 2007.

Posgrado de Psicopatología y Salud Mental

A distancia por Internet

DIRECTORES: Alberto Trimboli,

Juan Carlos Fantin, Pablo Fridman

COORDINADORES DOCENTES:

Silvia Raggi y Gustavo Bertran

mayo a Diciembre

Entrevistas Preliminares y

Entrada en Análisis:

Orientando-se en el goce.

CAPÍTULO: PSICOANÁLISIS Y

SALUD MENTAL

DIRECTORA: Olga Sánchez

Miércoles 16.30 a 18 horas

Frecuencia Quincenal: 1er y 3er

miércoles del mes.

Inicio: 1er miércoles de Junio 2007

Duración: cuatrimestral

Informes e Inscripción:

Lunes a viernes de 13 a 19 hs.

Ayacucho 234

Ciudad de Buenos Aires

Tel. (0054) (11) 4952-8930

administración@aasm.org.ar

info@aasm.org.ar

www.aasm.org.ar

jornadas

Jornadas

Jornadas de Toxicomanía y Conductas adictivas

Presidente: Susana Calero

Vicepresidente: Silvia Raggi

Secretario Científico: Alberto Trimboli

Agosto de 2007 (Fecha a confirmar)

“1ras. Jornadas de Psicoprofilaxis Quirúrgica”

Presidenta: Irma Zurita

Ultima semana de Septiembre

Informes e Inscripción:

Lunes a viernes de 13 a 19 hs.

Ayacucho 234 Ciudad de Buenos Aires

Tel. (0054) (11) 4952-8930

e-mail: administración@aasm.org.ar

info@aasm.org.ar


www.aasm.org.ar

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN DE ARTICULOS

- Los trabajos deberán ser enviados al director de la Revista Conexiones, Dr. Eduardo Grande.
- El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.
- Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.
- Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo sea considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.
- Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.
- Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.
- Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.

Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.

- Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés y no excederá las 200 palabras.
- Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.
- Las publicaciones presentadas para que sea considerada su publicación que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente serán remitidos al autor responsable para su modificación.






**Si su paciente
se siente a la deriva
en el mar de la
depresión y la ansiedad...**

NUEVO TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

ARAMIX[®]

Escitalopram 10 y 20 mg

El rumbo exacto

-  Reducción inmediata de los síntomas de ansiedad asociados a depresión.
-  Sin contraindicaciones en pacientes que cursan con Glaucoma e Hipertrofia Prostática.
-  Sin efectos secundarios indeseables tales como:
-Sequedad de mucosas -Visión borrosa -Constipación



IOMA



PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

**Bonificación Directa
en Farmacia**



Presentaciones:
Aramix[®] 10 y 20 mg
en envases conteniendo 15 ó
30 comprimidos recubiertos

ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA

Para mayor información dirigirse al
Dpto. Médico de Laboratorio ELEA S.A.C.I.F. y A.
Santo Tomé 4340 - Buenos Aires - Tel. 4379-4300
www.laboratorioelea.com.ar