



**Asociación de Psiquiatras  
Argentinos**  
residentes en el país  
y en el exterior



## APSA

Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatras (WPA)

Miembro de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL)

Miembro de la World Federation for Mental Health

## APSA

Rincón 355 - (C1081ABG)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel / Fax: (54 11) 4952-1249 - línea rotativa

www.apsa.org.ar • apsa@apsa.org.ar

### Comisión Directiva de APSA

#### Presidente

Dr. Horacio Vommaro

#### Vicepresidente

Dra. Analía Ravenna

#### Secretario

Dr. Luis Herbst

#### Prosecretaría

Dra. Laura Rosales

#### Tesorera

Dra. Nora Leal Marchena

#### Vocales Titulares

Dr. Darío Lagos

Dra. Silvia Aguayo

Dra. Graciela Onofrio

Dr. Mauricio Massacanne

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Dr. Ricardo Pérez Rivera

#### Vocales Suplentes

Dr. Hugo Dramisino

Dr. Federico Pavlovsky

Dr. Sebastián Romero Arena

Dr. Ernesto Serrano

Dra. Sara Amores

Dr. Ángel Uslenghi

#### Órgano Revisor de Cuentas

##### Titulares

Dr. Jorge Rubin

Dr. Guillermo Belaga

##### Suplentes

Dr. Gustavo Gómez

Dr. Esteban Pieckiwiéz

#### Comité de Disciplina

##### Titulares

Dr. Alberto Sassatelli

Dra. Diana Kordon

Dr. Eduardo Fernández

Dr. Andrés Mega

Dr. Jacobo Gutman

##### Suplentes

Dr. Julio Brizuela

Dra. Elba Picot

Dr. Humberto Velázquez

### Comité Editorial

#### (2011-2013)

#### Director

Hugo Dramisino

#### Comité Editorial

Guillermina Berkunsky

Tania Borda

Eduardo Burga Montoya

Gabriel Brarda

Julio A. Brizuela

Miguel Ángel Castro

Mariana Lagos

Nora Leal Marchena

Pedro Pieczanski

Hugo Pisa

Analía Ravenna,

Sergio Rojtemberg

Martín Ruiz

#### Comité Científico Nacional

Dra. Lucila Agnese

Prof. Dr. Ricardo Angelino

Dra. Ester Allegue

Dr. Sebastián Alvano

Dra. Sara Amores

Dra. M. de las Mercedes Baccaro

Prof. Dr. Héctor Basile

Dr. Jorge Berstein

Dra. Raquel Bianchi

Dr. José Bozzo

Dr. Julio Ángel Brizuela

Dra. Ingrid Brunke

Dr. Carlos Calatroni

Dr. Gustavo Carlsson

Dr. Hugo Carroll

Dr. Enzo Cascardó

Dr. Alfredo Cia

Dra. Cristina Deprati

Dr. Gustavo De Vega

Dr. Javier Didia Attas

Dr. Guillermo Dorado

Dra. Lucila Edelman

Dr. Luis Ellerman

Dr. Eduardo Espector

Dra. Celina Fabrykant

Dra. Julieta Falicoff

Dr. Juan C. Fantín

Dr. Guillermo Fernández Dadam

Dr. Andrés Ferdman

Dra. Lía Marcela Fernández

Dr. Alejandro Ferreira

Dr. Pablo Gabay

Dr. Aníbal Goldchluk

Dra. Nieves Grieco

Dr. Sergio Griselli

Dr. Rafael Groisman

Dra. Julia Gutreiman de Erlich

Dr. Sergio Halsband

Dra. M. Julia Herrero Chego

Dra. Yany Jaritonsky

Dra. Alicia Kabanchik

Dr. Eduardo Kalina

Dr. Daniel Kersner

Dr. Elías Klubok

Dr. Néstor Koldobsky

Dra. Diana Kordon

Dr. Gabriel Kunst

Dr. Darío Lagos

Dr. Carlos Lamela

Dra. Elena Levin

Dra. María de los Ángeles López

Geist

Dra. Graciela Maltagliatti

Dra. Silvia Melamedoff

Dra. Verónica Mora Dubuc

Dra. Cecilia Moise

Dra. Liliana Moneta

Dra. M. Eliana Montuori

Dr. Carlos Moretti

Dr. Víctor Ocampo

Dr. Luis Ohman

Dr. Oscar Olego

Dr. Graciela Onofrio

Dr. Federico Pavlovsky

Dra. Adhelma Pereira

Dr. Humberto Persano

Dra. Elba Picot

Dra. Mónica Pucheu

Dra. Lía Ricón

Dr. Jorge Rocco

Dr. Carlos Rodríguez Peña

Dr. Héctor Rubinetti

Dra. Adriana Sánchez Toranzo

Dr. José Schliapochnik

Dr. Gabriel Schraier

Dr. Darío Saferstein

Dra. Susana Sarubbi

Dr. Tomás Sepich D'Almeida

Dr. Ernesto Serrano

Dr. Rafael Skiadaressis

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Dr. Enrique Stein

Dr. Enrique Stola

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Dra. Elba Tornese

Prof. Dr. René Ugarte

Dra. Ana María Vaernet

Dra. Laura Valbonesi

Dr. Víctor Vergara

Dr. Juan José Vilapriño

Dr. Horacio Vommaro

Dra. Diana Zalzman

Dr. Julián Zapatel

Dr. Rodolfo Zaratiegui

#### Comité Científico Internacional

Dra. Carmita Abdo (Brasil)

Dr. Miguel Adad (Brasil)

Dr. Sergio Aguilar Gaxiola (EEUU)

Dr. Renato Alarcón (Perú)

Dr. Julio Arboleda Florez (Canadá)

Dra. Alejandra Armijo (Chile)

Dr. Edgard Belfort (Venezuela)

Dr. Carlos Berganza (Guatemala)

Dr. Miguel Bernardo (España)

Dr. Eugenio Bayardo Cancela (Uruguay)

Dr. Joao Romildo Bueno (Brasil)

Dr. Carlos Cabán (Puerto Rico)

Dr. Enrique Camarena Robles (México)

Dr. Aitor Castillo (Perú)

Dra. Sissy Castillo (Costa Rica)

Dr. Cástulo Cisneros (Ecuador)

Dr. Rodrigo Córdoba Rojas (Colombia)

Dr. Rodrigo Chamorro Oschilensky (Chile)

Dr. Jesús Ezcurra (España)

Dr. Jean Garrabé (Francia)

Dra. Silvia Lucia Gaviria (Colombia)

Dr. Antonio Geraldo da Silva (Brasil)

Dr. Francisco Golcher Valverde (Costa Rica)

Dr. José Miguel Gómez (Rep. Dominicana)

Dr. Miguel Gutiérrez (España)

Dra. Cecilia Idiarte Borda (Uruguay)

Dra. Elda Jirón González (Nicaragua)

Dr. Carlos León Andrade (Ecuador)

Dr. Marco López Butrón (México)

Dr. Juan Maass (Chile)

Dr. Eduardo Madrigal de León (México)

Dr. Cristóbal Martínez (Cuba)

Dra. Tirza Merino (El Salvador)

Dr. Rafael Navarro Cueva (Perú)

Dr. Humberto Nicolini (México)

Dr. Hernán Olivera Arauco (Bolivia)

Dr. Ángel Otero (Cuba)

Dr. Freedy Pagnussat (Uruguay)

Dra. Sybil Prado (Guatemala)

Dra. Virginia Rosabal Camarillo (Costa Rica)

Dra. Lexma Ruiz (Panamá)

Dr. Pedro Ruiz (EE.UU.)

Dr. Antonio Ruiz Taviel (México)

Dr. Ismael Salazar (Guatemala)

Dr. César Sánchez Bello (Venezuela)

Dr. Javier Saavedra (Perú)

Dr. Jesús Saavedra Caballero (Puerto Rico)

Dr. Kennet Vittetoe (Honduras)

Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)

Dra. Fátima Vasconcellos (Brasil)

Dra. Elvia Velázquez (Colombia)

Dr. Jaime Vengoechea (Colombia)

Dr. José Vernet Taborda (Brasil)

Dr. José Vera Gómez (Paraguay)

Dra. Laura Viola (Uruguay)

Dra. Raquel Zamora (Uruguay)

## INDICE

---

<b>Psiquiatras Argentinos - Dr. Juan Dalma</b> Dr. Hugo Pisa	<b>3</b>
<b>Editorial</b> Comité de redacción	<b>5</b>
<b>Editorial</b> Comisión Directiva de APSA	<b>6</b>
<b>Declaración sobre el Día Mundial de la Salud Mental  </b> Comisión Directiva de APSA	<b>7</b>
<b>Construcción y destrucción de la Salud Pública en la Provincia de Río Negro  </b> Prof. Dr. Carlos L. M. Cornaglia	<b>9</b>
<b>Hiponatremia secundaria al tratamiento con Antidepresivos ISRS en población adulta y geronte  </b> Dr. Martín Mazzoglio y Nazar, Dra. Milagros Muñoz, Dr. Alexis Mejías Delamano y Dra. Julieta Falicoff	<b>17</b>
<b>Conferencia: Las Psicoterapias Psicoanalíticas. Tareas organizadoras del proceso terapéutico  </b> Dr. Héctor Fiorini	<b>25</b>
<b>Impacto subjetivo de la práctica clínica actual según momentos de la formación  </b> Dra. Julieta Falicoff, Dra. Mariana Lagos, Dr. Martín Mazzoglio y Nabar, Dra. Silvana Bekerman, Dra. Milagros Muñoz y Dra. Milagros Méndez Ribas	<b>31</b>
<b>“Haga su diagnóstico”  </b> Dr. Federico Pavlovsky y Dra. Florencia Reynoso	<b>39</b>
<b>“En homenaje” al Dr. Carlos Repetto  </b> Dra. Mariana Lagos	<b>43</b>

---

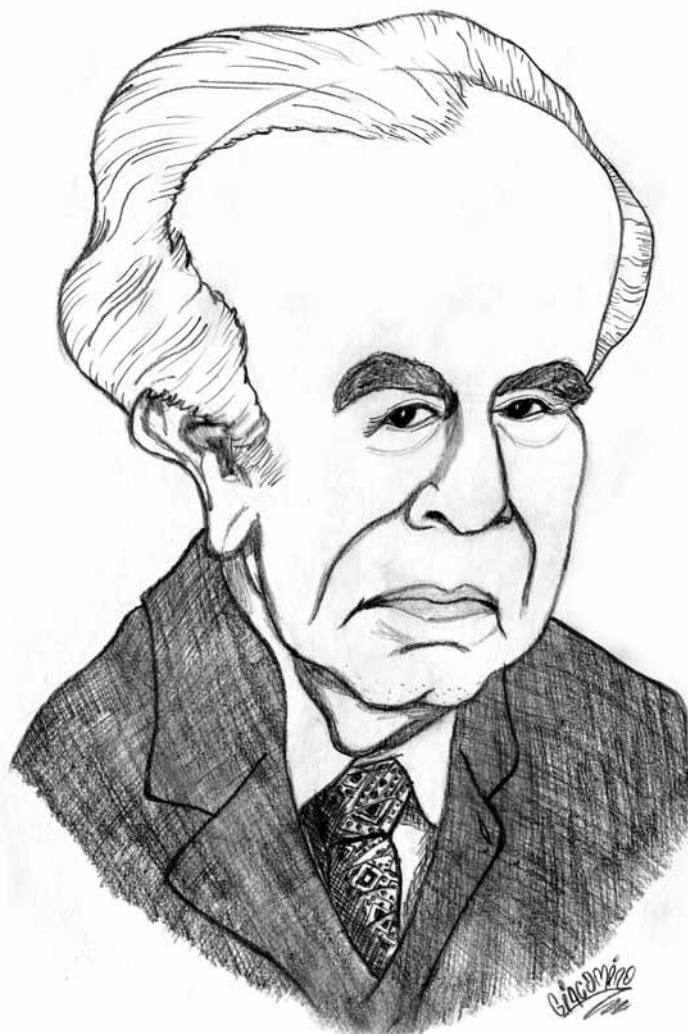
El material publicado en la revista Sinopsis representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La revista Sinopsis es propiedad de APSA.

Número impreso en el mes de Diciembre de 2013.  
ISSN: 2313-9161

Diseño y armado de la revista Sinopsis  
Q+D Diseño - (011) 20.55.97.93 - mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com  
Caricaturas: Mauricio Giacomino - maurigiacomino@yahoo.com

# Psiquiatras Argentinos

---



---

## Dr. Juan Dalma

El biógrafo Diego Pró, comienza su texto *“Dr. Juan Dalma: Trayectoria biográfica”* con la siguiente cita: “Estudiar la personalidad aislada de su medio ambiente, fuera del campo histórico en que se desenvuelve su vida diaria, es como tratar de explicar las oscilaciones de una aguja magnética sin pensar en el campo magnético”<sup>1</sup>. Luego recalca: “En la vida de este personaje intervinieron variados elementos históricos, sociales y culturales, propios de las zonas del mundo en que vivió y fue realizando su destino, y que provienen de varias nacionalidades: italiana, austríaca, húngara, croata, checa, eslava, inglesa y argentina. Esos elementos formativos, reunidos y fundidos en síntesis superior, daban sustento y carácter a este hombre excepcional”<sup>2</sup>.

El doctor Juan Dalma llegó a nuestro país en 1948, con el objetivo de realizar gestiones para la Dirección General de Sanidad Pública del gobierno de Milán. Era un reconocido médico, especializado en Salud Pública y en Psiquiatría. Tenía 53 años. Había nacido en la ciudad italiana de Fiume el 18 de junio de 1895.

Tucumán –una tierra de contrastes– lo cautivó y lo adoptó. Se adoptaron.

La Universidad Nacional de Tucumán –UNT– lo contrata el 15 de julio de 1948, como regente (asesor cultural del rector). En ese cargo organiza, pone en marcha y dirige la Escuela de Medicina entre el 1 de diciembre de 1950 y el 9 de agosto de 1951, año que se convierte en Facultad.

Fue un humanista de mente enciclopédica. Escribió sobre diversos temas y artistas como Leonardo Da Vinci, Miguel Ángel;

---

<sup>1</sup> - Cyril Burt – *“Psicología educativa e higiene mental”*

<sup>2</sup> - Pró, Diego – *“Juan Dalma, personalidad, pensamiento y acción”*. Centro Cultural Alberto Rougés, Fundación Miguel Lillo, Tucumán, 2009. Pág. 10.

Llevó a cabo el análisis de obras de Emile Zola, Anatole France, D`Annunzio, Séneca y Erasmo. En un Congreso de Psiquiatría en España, conoció a Iván Petrovich Pavlov y a Sigmund Freud, con quien mantuvo correspondencia. También hizo lo propio con Carl Jung y con el premio Nobel Albert Einstein, a propósito de la relación espacio-tiempo que había encontrado en escritos de Da Vinci.

Obtuvo el diploma de "Commendatore della Corona d Italia" y luego recibió el de "Cavaliere Ufficiale" de la República de Italia. Fue miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y de la Sociedad de Historia de la Ciencia; miembro de honor de la Sociedad Argentina de Humanismo Médico (Buenos Aires). Fue experto de la Organización Mundial de la Salud y Presidente Honorario de la Sociedad Dante Alighieri de Tucumán.

Su esposa donó la biblioteca con más de 2.800 libros, una hemeroteca con un millar y medio de ejemplares, sus escritos y su correspondencia. Legado que administra la fundación Miguel Lillo desde el 2006. Un centro de estudios funciona donde fue su casa.

Falleció el 20 de octubre de 1977 en un accidente automovilístico. Hoy el aula principal de la Facultad de Medicina de Tucumán lleva su nombre. Se la conoce y se la nombra –simplemente– como "El aula Dalma".

## Comité de Redacción

En esta oportunidad Sinopsis tiene el agrado de presentar su nuevo número con la auspiciosa y novedosa participación, en tres de sus artículos, de jóvenes colegas pertenecientes al fructífero Capítulo de Psiquiatras en Formación de APSA, identificado y reconocido por su “apodo” PEF.

Pero también contamos con la publicación de la memorable y magistral conferencia brindada por el “maestro” Dr. Héctor Fiorini, en la que hace epicentro en el tema con el que es ampliamente reconocido no sólo en nuestro medio sino también a nivel internacional: psicoterapias psicoanalíticas.

En otro orden, le ofrecemos al lector un material sumamente importante que, si bien trata sobre la gestión, en los últimos tiempos, en política de Salud Mental en la Provincia de Río Negro, puede ser considerado como un artículo que intenta poner luz sobre lados oscuros de ciertos discursos políticos enraizados en nuestro quehacer profesional.

Con pesar, también rendimos homenaje a nuestro querido colega, Dr. Carlos Repetto, fallecido recientemente en el mes de octubre.

Una vez más, esta diversa y rica compilación da cuenta de la diversidad y fructífera producción de los/as psiquiatras, no sólo en el “sagrado” recinto del consultorio y la vida privada de sus semejantes sino y también en el campo de las ideas, el conocimiento y la política. Y en tal sentido, nos propusimos reunir la trayectoria y la experiencia de los maestros y el compromiso y el entusiasmo de los jóvenes, para despedir este intenso año, con el renovado y esperanzado deseo de resaltar el poder transformador de nuestra maravillosa disciplina, como así también dar continuidad y fortalecimiento al proceso de una nueva cultura para APSA.

¡Hasta el 2014!

## Comisión Directiva de APSA

En el año del “30 Aniversario” de nuestra institución aparece una nueva entrega de SINOPSIS. La Comisión Directiva felicita a su Director y a su Comité de Redacción por el trabajo realizado.

El año del “30 Aniversario” ha sido pleno de actividades y participación societaria en APSA. Se inició con la realización de la Asamblea General Ordinaria, el 9 de marzo, en la cual se aprobaron Memoria y Balance de los estados contables del año 2012. Con la vigencia del nuevo Estatuto se eligió, por primera vez, la nueva Comisión Directiva a través del voto secreto y por lista completa. Como afirmamos en el editorial del número anterior de Sinopsis: “La Asamblea constituyó un ejemplo de participación y ejercicio democrático por parte de los socios quienes enriquecieron con sus opiniones y propuestas los puntos del orden del día que se pusieron a consideración”.

Continuó con la realización del XXVIII Congreso en la ciudad de Mar del Plata que se destacó por sus 5.200 participantes, por la calidad de los trabajos presentados, que desarrollaron el lema del congreso y porque contribuyó al diálogo entre las distintas disciplinas.

El balance del año 2013 se completa con la continuidad del Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental que se expresó en la Declaración del 10 de octubre por el día Mundial de la Salud Mental -que forma parte de este número-. Es de subrayar que la Declaración enumera las premisas básicas de un Plan Nacional de Salud Mental. Tiene un carácter propositivo y destaca que de lograrlo es imprescindible establecer claramente los mecanismos de participación entre todas las disciplinas que convergen en el campo de la Salud Mental y con los sectores sociales implicados. APSA se compromete a facilitar y fomentar los espacios necesarios para la intervención real, efectiva y sostenible de los actores provinciales y nacionales.

APSA ha tenido una importante participación en defensa del Hospital Público que se puso de manifiesto en la Declaración sobre el avasallamiento al Hospital Borda

donde se expresó que: “Sostendremos la irrestricta defensa del Hospital Público y la Salud Mental y reafirmamos nuestro compromiso ético con la dignidad de los pacientes y la solidaridad con todos los profesionales y no profesionales del Hospital Borda”. Así como también nuestro compromiso con la Asociación de Psiquiatras Cordobeses en relación a los hechos ocurridos en agosto próximo pasado en el Hospital Psiquiátrico de Santa María de Punilla.

La dirección y el plantel docente del Instituto Superior de Formación de Posgrado (ISFPG) han realizado una labor meritoria en el desarrollo y crecimiento del Instituto. Hoy contamos no sólo con una numerosa Carrera de Especialidad en el área Metropolitana, sino también en el Comahue y, en el año 2014, en Tucumán, Corrientes y Centro de la Provincia de Buenos Aires. Está avanzada la tramitación ante la CONEAU para constituirse en Instituto Universitario. Hay acuerdos marcos con las Universidades Nacionales de nuestro país y con Colegios Médicos de distintas Provincias. Se continúa con la EMC y con los Cursos de posgrado de los distintos Capítulos de subespecialidad de APSA. Se programan importantes Cursos para el año 2014. A la Dirección y el plantel docente nuestro agradecimiento por la importante tarea cumplida.

El 23 y 24 de agosto pasados se realizó el I Encuentro Nacional de Psiquiatras en Formación en la ciudad de Rosario, organizado conjuntamente con la Asociación de Psiquiatría de Rosario. Hubo 200 participantes que concurren desde las distintas provincias de nuestro extenso país. En un micro que partió de la ciudad de San Miguel de Tucumán arribaron 40 psiquiatras en formación de Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero. En micros y autos particulares llegaron del área metropolitana numerosos “PEF”. Arribaron desde la lejana Chubut y la vecina Córdoba quienes sumados a la importante concurrencia de los psiquiatras rosarinos en formación desbordaron el salón principal cedido gentilmente por el Círculo Médico de Rosario.

Es importante remarcar no sólo la numerosa concurrencia sino también el carácter federal de la misma. El entusiasmo y creatividad de los participantes y la profundidad de sus propuestas expresaron claramente que los “PEF” rescataron la importancia de formarse en las dos facetas de la estrategia terapéutica en psiquiatría que son, la psicoterapéutica y la farmacoterapia. También es de destacar el sentido de pertenencia institucional que se expresó no sólo en palabras, sino en la incorporación de más de 30 nuevos asociados. Finalmente culminó con el acuerdo de juntarse el próximo año en el II Encuentro en la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Otro aspecto importante han sido las reuniones que se mantuvieron con los psiquiatras tucumanos, a partir de la cual se organizó la Filial APSA con representación de todas las áreas de la psiquiatría que se expresan en esa provincia. Con los psiquiatras de Salta y Jujuy -realización del II Congreso del NOA-. El encuentro con los psiquiatras de Corrientes, Chaco y Formosa. En el conjunto de estas actividades se realizaron más de 40 socios nuevos. También hay que agregar la realización de las XVII Jornadas de Psiquiatría organizadas por la Asociación de Psiquiatría del Centro de la Provincia de Buenos Aires (APC).

Se realizaron las reuniones de Presidentes de los Capítulos de subespecialidad de APSA donde se pudo verificar no sólo la cantidad de Jornadas, encuentros realizados por los Capítulos sino también la constitución de un espacio de consulta y aprobación de lo que resuelve la Comisión Directiva. De consulta, porque se anticipan temas a tratar por la CD para considerar la opinión de los presidentes y así enriquecer y hacer más participativas las decisiones de la CD, y de aprobación, porque se reflejan las opiniones del conjunto.

Hay que destacar la actividad de los Directores de PROAPSI y el resultado de los cinco módulos que ya se han editado. Es un emprendimiento entre nuestra Asociación y la Editorial Médica Panamericana con el fin de desarrollar un Programa de Educación a Distancia en Psiquiatría bajo la dirección de los Dres. Rubén Barenbaum, Norberto Conti y Sergio Halsband. El objetivo es ocupar un espacio importante en la formación continua de los médicos psiquiatras y avanzar en el perfil del psiquiatra que deseamos para las diferentes regiones de nuestro extenso país.

APSA viene teniendo un papel protagónico en defensa de las condiciones de trabajo de los psiquiatras y en defensa del derecho al acceso a la Salud de nuestro pueblo. Continuaremos bregando por la defensa del hospital público, como expresión de la equidad en Salud, lo cual significa reducir las desigualdades, proteger a las personas más vulnerables y el respeto por la identidad cultural.

Cientos de nuevos socios hemos realizado en el transcurso del año como demostración de pertenencia a nuestra Institución. No queremos finalizar sin subrayar un hecho de gran trascendencia cual fue la decisión de que APSA pasase a ser la organizadora en su integralidad de sus Congresos anuales. Esta decisión ha sido recibida con sumo beneplácito por nuestros socios y agradecemos el apoyo de la industria farmacéutica manifestado en su masiva participación.

Podemos adelantar que ya es el mayor congreso de APSA en el número de diferentes modalidades de presentaciones superando hasta la fecha por más de 100 al de mayores presentaciones en la historia de los congresos. El mismo se realizará entre el 23 y el 26 de abril del 2014 en el NH Gran Hotel Provincial de la ciudad de Mar del Plata con más de 20 salones y con la comodidad de realizarlo en una sola planta. Los esperamos a todos.

En resumen, un año fructífero y un futuro pleno de nuevas realizaciones lo que nos permite en el año del “30 Aniversario” brindar con todos los socios por un Feliz 2014 con la seguridad de que con el trabajo y la participación de todos contaremos con una APSA cada vez más desarrollada y organizada para el bien de todos y al servicio de nuestra comunidad.

# Asociación de Psiquiatras Argentinos –APSA- Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental

## Comisión Directiva de APSA **10 de octubre: DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL**

El Día Mundial de la Salud Mental es un momento propicio para manifestar nuestra opinión acerca de la situación de la Salud Mental en nuestro país y para proponer nuevas líneas de acción para su necesaria transformación institucional.

El Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental de APSA nuclea a jefes de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de hospitales generales, directores de hospitales especializados, profesionales de Guardias, expertos en Psiquiatría Legal y docentes universitarios en la materia de todo el país, con el fin de reunir información de la realidad clínica y sanitaria de nuestro campo de trabajo. Otra fuente indispensable para fundamentar nuestras posiciones surge de nuestro trabajo mancomunado con las Asociaciones de Psiquiatría de todas las provincias y/o regiones de nuestro país que aportan sus análisis de la realidad de cada lugar en el campo de la Salud Mental.

Históricamente nuestra Asociación mantuvo su férrea posición en defensa de los Derechos Humanos de los pacientes, sus familias y los trabajadores del sector, como así también la consideración de la Salud Mental como parte de la Salud Pública, derecho inalienable de nuestro pueblo.

Basados en las conclusiones del Observatorio y de las Asociaciones provinciales sustentamos la necesidad de una reforma institucional de la Salud Mental, de carácter federal que tenga en cuenta las diversidades históricas y culturales de cada provincia y/o región de nuestro extenso país.

Un plan entendido de esta manera tiene que contemplar:

- La defensa del hospital público, como expresión de la equidad en Salud, lo cual significa reducir las desigualdades, proteger a las personas más vulnerables y el respeto por la identidad cultural.
- La estigmatización hacia el trastorno mental responde a una complejidad de causas sociales y culturales que tienen consecuencias negativas para la salud del paciente y de su familia. Actúa como un obstáculo a los cuidados y tratamientos y a la integración del paciente en los distintos espacios de su comunidad. La estigmatización atraviesa y afecta también a los integrantes del equipo de salud y a los centros de internación especializados, quedando así los profesionales y los centros en una particular situación en la que a la vez pueden ser objeto y también sujetos de la estigmatización.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familias, y favorecer su proceso de recuperación e inclusión social.

Un plan Nacional de Salud Mental estratégico y operativo requiere:

- 1) Elaborar un diagnóstico estructural del estado de la Salud Mental en nuestro país.
- 2) Obtener la información epidemiológica necesaria para conocer y cuantificar la magnitud de los problemas de salud mental de la población de nuestro país y diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica que permita conocer el impacto de este Plan en términos de resultados en salud.
- 3) Elaborar indicadores cualitativos y cuantitativos basados en estándares interna-

cionales que posibiliten evaluar periódicamente los objetivos propuestos.

- 4) Transformar la Salud en nuestro país partiendo de la Atención Primaria de la Salud, pensada y estructurada como estrategia. Para ello es necesario el desarrollo de una Red que integre los Niveles de Atención con los Niveles de Prevención acorde a la Estrategia de APS, diferenciándonos de quienes sólo la consideran una respuesta de baja calidad para los pobres, con la única finalidad de reducir costos y des-responsabilizar al Estado.
- 5) Organizar redes de servicios a través de hospitales de día y de noche, casas de convivencia, casas de medio camino, hostales, residencias protegidas, sistemas de acompañamiento terapéutico y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales.
- 6) Implementar la internación psiquiátrica en los hospitales generales generando el espacio necesario para garantizar la dignidad del paciente y sus diversas modalidades de tratamiento.
- 7) Reafirmar la necesidad de la existencia de centros de internación especializados.
- 8) Resaltamos la necesidad de desarrollar e integrar adecuadamente a las organizaciones comunitarias, que sin remplazar las obligaciones del Estado permitan integrar el aporte y la solidaridad del ciudadano.
- 9) Cumplir con la obligación de disponer del presupuesto

necesario, cifrado y previsto, para poder implementar un plan de transformación institucional de la Salud Mental. Especial cuidado debe prestarse a que bajo un aparente cambio de “modelo” o “sistema”, se esconda la oportunidad presupuestaria y mercantilista de los entes financiadores que proceda a dismantelar o asfixiar a Servicios sin ofrecer ninguna otra alternativa, violando el derecho a la Vida y subsidiariamente a la Salud, derechos consagrados por la Constitución Nacional y Tratados Internacionales.

- 10) Reafirmamos la importancia del eje Salud Mental y Psiquiatría en la estructura curricular de Grado en la formación del médico, así como la del Postgrado y los Programas de Educación Médica Continua; como se está implementando en todas las Facultades de Medicina públicas de nuestro país, para asegurar la calidad de atención a la comunidad, asignando los recursos necesarios para una capacitación y formación acorde a la realidad epidemiológica y a las demandas de nuestra población acorde con las realidades nacional, regionales y provinciales.

Este es nuestro compromiso concreto y para poder lograrlo es imprescindible establecer claramente los mecanismos de participación entre todas las disciplinas que convergen en el campo de la Salud Mental y con los sectores sociales implicados. APSA se compromete a facilitar y fomentar los espacios necesarios para la intervención real, efectiva y sostenible de los actores provinciales y nacionales.



Imagen de edificios del hospital de Allen – Agosto del 2011

(Fotos y diseño de tapa, Valentina Cornaglia, artista plástica, Lic. en Pintura, nacida en Allen)

# Construcción y Destrucción De La Salud Pública En La Provincia De Río Negro ("Manicomio y Desmanicomialización")

## 1984 - 2011

**Prof. Dr. Carlos. L. M. Cornaglia**

Médico Cirujano – Licenciado en Psicología  
Gral. Roca, 4 de Octubre 2011

### 1) Introducción

Al comenzar el año 1984 fui convocado por las autoridades ministeriales de Salud Pública de la Provincia de Río Negro para organizar la atención de la Salud Mental. Un grupo de ex alumnos de la Universidad Nacional de Córdoba sugirió al Ministro mi participación. Por entonces habíamos escrito (Bertucelli, Cornaglia 1983) un conjunto de ideas básicas para la planificación en Salud Mental. Éramos conscientes que nos esperaba una tarea muy difícil, después de tanta destrucción de la Salud Pública, instalada a partir del 1955 (con la autodenominada “revolución libertadora”), con la desintegración de la planificación de la Salud Pública más importante que se haya realizado alguna vez en nuestro país (con el Plan Quinquenal organizado por el entonces Presidente Juan Domingo Perón y la política Sanitaria Argentina dirigida por el Prof. Dr. Ramón Carrillo). A pesar de embrionarios y fugaces intentos, de algún cambio en un sentido nacional, como el intentado respecto a las transacciones relacionadas con la industrialización de fármacos, durante el gobierno de Arturo Illia (por medio de la labor de los Dres. Oñativía y Somoza), o con mayor profundidad, durante el período 1973-1975 mediante el intento de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (que dejó sus rastros en Río Negro), la destrucción instalada en 1955 se prolongó y profundizó desde 1976 en adelante.

Llegado el año 2011 la provincia de Río Negro ha contado con una continuidad gubernamental, político-partidaria como se ha dado en pocas provincias argentinas, habiendo sido factible la construcción de otras posibilidades en el campo de la salud en general, de la Salud Mental en particular, y de las políticas sociales como fundamento de las primeras. Si bien el proceso de destrucción, hasta el 2003, no se restringió sólo a la provincia de Río Negro, sino que abarcó el país todo (subordinado a la política ultra neoliberal contraria a la justicia social, la soberanía política y la independencia económica), en Río Negro se construyó una ilusión denominada “desmanicomialización”, que fue levantada como bandera de avanzada en Salud Mental y como ejemplo para instalar en otras provincias (e incluso en el extranjero), y como condensada síntesis de una supuesta política en Salud Pública, que intentaremos analizar en detalle en este trabajo.

Intentaremos demostrar que esa ilusión, lejos de concordar con la realidad de los hechos acontecidos en la provincia y sus resultados evidenciables en la realidad actual, fue parte del proceso de destrucción de la Salud Pública en Río Negro. Con esa destrucción, aconteció el borramiento, la ocultación, y la utilización espúrea de todo lo que logramos en la provincia, en un año de trabajo (marzo de 1984 a marzo de 1985).

## 2) Los inicios de la construcción en Salud Mental como forma de construcción en Salud Pública en Rio Negro (1984-1985)

### 2.1. Un punto de partida: nuestras raíces históricas:

Es sabido que la construcción de la cultura, de un pueblo y una nación es un lento proceso de configuración de identidad cultural, social y nacional, que implica todos los componentes de la cultura, de la sociedad y de su historia. Los poetas, sobre todo, cuando son reconocidos como paradigmas de esa identidad, expresan un saber, que guía las sendas de esa construcción, al mismo tiempo que muestran, sintética y claramente, los aspectos centrales de sentimientos y pensamientos (hoy decimos, representaciones sociales) con los cuales pueden identificarse la mayoría de quienes integran esa construcción social y cultural.

Guiados por esas enseñanzas, y por el dolor que nos impuso la destrucción de nuestro país, la persecución, la muerte de nuestros compañeros, connacionales y luchadores por la Salud Pública, comenzamos nuestra labor con un epígrafe basado en una referencia al Martín Fierro:

Más Dios ha de permitir  
Que esto llegue a mejorar,  
Pero se ha de recordar  
Para hacer bien el trabajo  
Que el fuego pa calentar  
Debe ir siempre por abajo.  
(Martín Fierro, José Hernández)

Comenzamos nuestra función en febrero de 1984 con una hipótesis de trabajo, que habíamos esbozado en aquellas “Ideas Básicas para una posible Planificación en Salud Mental” (Bertucelli, Cornaglia 1984) y que resumimos aquí en sus principios generales.

Entonces decíamos: “Dado que..., no es posible establecer una planificación que parta de lineamientos generales para pasar, seguidamente, a su aplicación particular (no es posible realizar efectivamente planes de arriba hacia abajo), es necesario reconocer los planes de quienes ya están trabajando, desde siempre; las fuerzas positivas del pueblo –para reconstruir, partiendo de lo que está, un sistema de salud que responda a las necesidades de ese pueblo, y no sólo de quienes planifican” (Bertucelli, Cornaglia 1983).

Concordante con las enseñanzas del Martín Fierro y con esta tesis, sintetizábamos nuestro concepto en cuatro principios, como fundamento de la tarea de planificación.

Cuadro 1. Principios para la planificación en Salud Mental (Bertucelli, Cornaglia, 1983)

1. Principio de la máxima utilización de los recursos existentes.
2. Principio de la capacidad preventiva y terapéutica de la población.
3. Principio de la planificación en plazos: corto, mediano y largo plazo, a posteriori de la evaluación en sentido ascendente de los recursos existentes.
4. Principio de la integración, elasticidad, plasticidad y alternancia de la planificación social de la salud mental.

Dado que tanto Bertucelli como el autor de este escrito no éramos nacidos en Rio Negro, dejábamos bien en claro que “No somos los dueños de casa, tampoco invitados, solo y nada menos que comedidos” (Bertucelli, Cornaglia, 1983, p. 2). Respecto a la evaluación ascendente que proponíamos decíamos: “Quién evalúa aprende de lo existente y gracias a este aprendizaje recién propone (no dispone), sistemáticamente. Este proceso de aprender y proponer es constante” (Bertucelli, Cornaglia, 1983, p. 4).

Siguiendo las ideas y los actos de Carrillo entendíamos la salud como un “bien social”, y como una “...consecuencia de las relaciones con el medio ambiente humano y no humano” (Bertucelli, Cornaglia, 1983, p.6). Agregábamos que: “Según este punto de vista toda planificación en el ámbito especial de la salud mental está condicionada, se fundamenta, se basa y sólo puede desarrollarse sobre la planificación de otras áreas de Salud Pública, que atienden las necesidades más perentorias de la población (ej. plan de nutrición, plan de protección materno-infantil) o de áreas complementarias como Acción Social o Educación)” (Bertucelli, Cornaglia, 1983,).

Guiados por nuestra historia, nuestras raíces culturales, pero sin dejar de lado las experiencias nacionales específicas en la construcción de la Salud (Cabred, Carrillo, Oñativia, Somoza, entre otros) e internacionales (Cornaglia había recorrido gran parte de Europa Occidental estudiando la mayoría de los sistemas de atención de la Salud Mental en ese subcontinente y había participado en la primera Jornada Alemana –organizada por la OMS- de planificación de servicios de Salud Mental en 1981) nos pusimos a concretar nuestra propuesta (sin contar con un marco preciso de políticas provinciales, pero con la anuencia y apoyo del entonces Ministro de Salud).

Basados en nuestra experiencia inmediata previa (Cornaglia trabajaba en el Hospital Colonia Dr. Emilio Vidal Abal –con 1800 internados, el segundo hospital más grande del país-) y Bertucelli en una comunidad barrial del Sur de la ciudad de Córdoba y habiendo elaborado cada uno de nosotros una tarea crítica de lo que ocurría en los hospitales psiquiátricos (Cornaglia 1983; Alvarez, André, Cornaglia, Langioni, Lopez Seco 1983) y en las comunidades (Bertucelli, cf. Proyecto Brochero), distribuimos nuestra labor en correspondencia con esa experiencia previa.

Mientras Bertucelli se dedicaba al trabajo en la comunidad de Allen, el autor centró su labor dentro del hospital de esa localidad –Allen- (en especial del entonces existente Servicio de Salud Mental) y en los primeros contactos con los colegas (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeros, entre otros) quienes realizan tareas en los hospitales de la Zona Sanitaria I (toda esta labor fue estrechamente apoyada logística y activamente por la Sra. Médica Lidia Morettini, entonces a cargo de dicha Zona). El entonces Ministro me había encomendado que, en mi calidad de Jefe de Programa de Salud Mental, me radicara en la localidad de Allen, para reformular lo que venía ocurriendo en el servicio de mayor cantidad de camas psiquiátricas con que contaba la provincia.

### 3. La construcción de un programa provincial de Salud Mental

Siguiendo los principios establecidos en nuestras “Ideas básicas” (en adelante IB) fuimos construyendo, con todos los colegas de cada hospital (profesionales más directamente relacionados con las tareas de Salud Mental) un programa provincial. Con la excepción de cuatro colegas (tres médicos, uno de ellos Jefe del Servicio de Psiquiatría, y una psicóloga del hospital de Allen, quienes pretendieron iniciarme un juicio por injurias y calumnias; que el Juez en cuestión no hizo lugar) y un médico del hospital de Viedma (quien había desempeñado importantes funciones políticas durante la dictadura militar), fuimos iniciando un trabajo de cooperación, día a día, no sólo con la mera enunciación de ideas, sino por medio del trabajo codo a codo, dentro de los consultorios, en las salas, atendiendo en conjunto, registrando sus propuestas, sus problemas, sus sugerencias, sus necesidades y las de la gente que concurría, por entonces, a los hospitales. Con cada uno de ellos, y con cada grupo interesado de cada hospital, fuimos organizando paso a paso, idea tras idea, lo que fue constituyéndose en propuestas programáticas (ver Bibliografía producida por la Jefatura de Salud Mental, Cornaglia 1984) para cada uno de los servicios o grupos de trabajo, en base a los informes que elaborábamos de cada uno de ellos (Cf. Cornaglia 1984, Bibliografía citada).

En cada uno de estos encuentros íbamos proponiendo que nuestros colegas, además de decir, expresar y comunicar sus ideas y experiencias, las fueran escribiendo. De esta forma procurábamos que los estigmas de desvalorización de lo propio, el silencio y la paralización de la capacidad creativa, se fuera lentamente transformando en productividad y reconocimiento de las capacidades de cada uno, en relación a su tarea de servicio a nuestro pueblo. Valorizar nuestras capacidades personales y profesionales para poder valorar la capacidad de la gente y valorar la capacidad de la gente, para que ello nos permita valorar la nuestra).

Dada nuestra ubicación geográfica, partimos de la Zona Sanitaria I, continuando rápidamente (incluso mientras realizábamos esa labor) con las restantes zonas sanitarias (Cornaglia 1984). Simultáneamente a ese trabajo íbamos elaborando en la práctica:

- 1) Un programa concreto de trabajo que luego se reflejaba en forma escrita.
- 2) Los dispositivos que nos permitían trazar prioridades epidemiológicas y crear los medios pertinentes para afrontarlos.
- 3) La progresiva construcción del programa provincial, en base a los alcanzado en (1) y (2).
- 4) Ibamos participando de actividades conjuntas, con colegas de la provincia de Neuquén (pensando y actuando siempre desde una perspectiva, no sólo provincial, sino también regional).
- 5) Participábamos en el primer seminario Nacional de Salud Mental realizado en la localidad de La Falda (provincia de Córdoba), con el fin de coordinar lo provincial y lo regional con lo nacional (en este seminario participaron el Lic. José Schiappapietra –hospital de Allen; el Dr. Luis Di Giacomo, -hospital de L. Beltrán; la Dra. Rosa Alonso, del hospital de San Carlos de Bariloche; la Lic. en Psicología Raquel Wajzman).
- 6) Junto a esta tarea, que siempre implicó un aprender y enseñar constantes, organizamos seminarios de estudio en Allen y en la Escuela de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue (1984) entendiendo que las Universidades siempre deben participar estrechamente de las tareas que se desarrollan en relación a las necesidades de la población de una provincia, de una región, del país.
- 7) También organizábamos seminarios zonales, jornadas zonales (dos en la Zona I, una en la II y una en la V) y finalmente las primeras jornadas provinciales de Salud Mental (para la cual recibimos, un mes después la suma de \$ 60.000).
- 8) Todo gestado por el conjunto de los trabajadores de Salud Mental (cuyos nombres y apellidos aparecen en toda la bibliografía adjunta).
- 9) Durante todo ese período cubríamos con nuestros vehículos la mayor parte de los viajes realizados por todas las zonas sanitarias.
- 10) El grupo de profesionales existentes durante el período de un año fue escasamente incrementado (cf. Recursos Humanos en Salud Mental por zonas Sanitarias, 15.06.84), pero todos participaron activamente en esa construcción.
- 11) Registramos día a día nuestra labor (sin contar con secretaría alguna) y cada pequeño grupo o colega que colaboraba con el trabajo conjunto, hacía lo propio.
- 12) Escribimos el primer anteproyecto para una ley de “protección a las personas con padecimientos mentales” (“Ideas relativas a una legislación de protección de personas con padecimientos mentales. Allen 30.II. 1984) que compartimos con todos los participantes en la primera Jornada Provincial de Salud Mental, realizada en Allen los días 30/11/84 y 01/12/84.

Todo lo mencionado y lo que referiremos más adelante fue sistemáticamente ocultado, tergiversado y utilizado, sin realizar demasiadas referencias, por parte de quien me sucedió en el cargo de Jefe de Programa de Salud Mental –el Dr. Hugo Cohen-, a pesar que todo el material indicado en la biblio-

grafía fue entregado a las autoridades pertinentes y que el Sr. Cohen estaba en pleno conocimiento de ello.

#### 4. La ficción del “manicomio”, como base de la ilusión de “desmanicomialización” (1985-2011)

El día 28 de marzo de 1984 me encontraba en la localidad de Ingeniero Jacobacci, por indicación del Sr. Ministro Dr. Remigio Romera, para que evaluara cuál sería el destino del edificio que se encontraba en la proximidad de Jacobacci, y que había funcionado durante algún tiempo como Hospital Psiquiátrico (había comenzado mi función el día 09/03/84). Este pedido del Sr. Ministro se relacionaba con un escrito, preexistente a mi llegada (surgida del entonces Jefe del Servicio de Psiquiatría de Allen), que proponía reabrir ese lugar para enviar allí los denominados pacientes “crónicos”. Inmediatamente regresado a Allen comuniqué por escrito al Sr. Ministro que bajo ningún punto de vista era necesario reabrir ese edificio para la función propuesta, y que recomendaba que se utilizara para fines del Municipio de Ing. Jacobacci, cuestión que el día 28/03/84 había comentado al entonces Secretario de Gobierno de la Municipalidad de esa localidad. En síntesis: la propuesta de reapertura del edificio del ex “manicomio” quedó clausurada de inmediato en marzo de 1984. ¿De dónde habría de surgir entonces el “manicomio” que daría lugar a la “des-manicomialización”?

Si esta doble ficción pudo sostenerse, fue quizás en virtud de varias operaciones simultáneas:

- 1) El ocultamiento de todo lo realizado previamente.
- 2) Un nominalizar sectores de la realidad, instalando un léxico y una idea importada de la experiencia italiana surgida del grupo de Franco Basaglia.
- 3) Exportar inmediatamente la cuestión fuera de la provincia, apoyado en la necesidad de la política provincial y nacional, muy restringidas en sus logros en el campo de la salud pública, de manera que muy pocos pudieran conocer los antecedentes y la realidad efectiva de la provincia (a marzo de 1985, como consta incluso en la auditoría externa realizada por un representante de la Dirección de Salud Mental de la Nación).
- 4) Ir destruyendo sistemáticamente los logros centrales que habíamos alcanzado, trastocando los ejes centrales de la tarea (ver más abajo).
- 5) Haciendo valer el servicio de Salud Mental de Allen, como si fuera un “manicomio, cuando, como consta en toda la documentación de la época (examinar en detalle toda la bibliografía referida a dicho servicio, incluido el resumen de finalización de nuestra tarea, 25/03/85), habíamos llegado a una transformación estructural del mismo (ver del resumen al finalizar mi función y todo lo escrito por los profesionales integrantes del servicio, durante todo el período de transformación).
- 6) Extendiendo la noción de “manicomio” en un sentido tan amplio, que podía incluirse en él cualquier cosa, menos lo que en la bibliografía nacional, internacional y en la realidad se denominaba “manicomio”.

Aún suponiendo que, con el nombre de “manicomio” se pu-

diera entender el funcionamiento de cualquier institución de salud, funcionalmente similar a lo que generalmente se denomina manicomio, la ficción de la “desmanicomialización” resultaba ser sólo una lejana alusión a la realidad, utilizada con fines propagandísticos y de ascenso administrativo, mientras que todos quienes habíamos participado de una construcción de conjunto (con raras excepciones, como el caso del Lic. en Psicología José Schiappapietra, quien hace referencia somera a una minúscula parte de mi labor y de todos quienes eran los artífices de lo logrado hasta marzo de 1985, en un libro de su autoría) fuimos siendo testigos de la progresiva destrucción de lo alcanzado.

El transcurso del tiempo no pudo lograr que semejante ficción pudiera sostenerse dentro de la provincia, sino tan sólo en papeles y publicaciones financiadas por diversos entes, más interesadas en cuestiones administrativas, de diversas agencias nacionales e internacionales que en las necesidades de la gente (como parte de la burocracia de la OPS). Quienes seguimos trabajando en la Provincia de Río Negro, y fuimos transfiriendo la labor allí gestada por toda la Patagonia y más allá, pudimos demostrar que nuestro trabajo podía dar cuenta de los problemas prioritarios de nuestra población (ver por ejemplo, las publicaciones y conferencias del Dr. Jorge Pellegrini, del Dr. Luis Digiacomo, y del autor de este escrito).

Si en sentido amplio existió alguna vez un “manicomio” en la provincia de Río Negro, y una pretendida “desmanicomialización”, entonces es necesario afirmar que la salud pública ha sido transformada en un “gran manicomio”, que ahora abarca, hoy, la mayor parte de la provincia (la alcoholización continuada y creciente, junto a la farmacologización patogénica generalizada de la población y la intoxicación desde el vientre materno a la ancianidad son algunas muestras de ello), y no solamente las instituciones existentes en 1984-1985.

No es casual que el desarrollo de aquella pretendida “desmanicomialización”, haya coincidido con la destrucción de las políticas sociales, sanitarias y económicas iniciadas, como decíamos en 1955, profundizada en las sucesivas dictaduras hasta el 1976, y consumada con el desarrollo hiperneoliberal concluido en 2003.

Los hospitales fueron vaciados, des-cuidados, des-mantelados, des-integrados, des-membrados sus grupos de trabajo, destrozada sus tradiciones, como expresión de la privatización que invadió el intersticio del tejido socio-cultural, en cada una de sus formas. La ilusión de una “medicina privada prepagada” se ha mostrado ineficiente e ineficaz, no sólo para satisfacer las necesidades de salud de los más pudientes económicamente, sino también para mostrar una alternativa de supuesta excelencia cualitativa. La Salud Pública incluye la salud de todo un pueblo y contiene a cualquiera de sus componentes: un Plan Nacional y provincial de Salud es la base para pensar y organizar todo tipo de tarea en Salud (sea mental, “física” o social), sea que pertenezca a las instituciones gubernamentales, a las denominadas “obras sociales” o a las agencias prepagadas, pero en ninguno de los casos puede responder al Plan Hegemónico (no de los médicos, como era usual decir en los últimos años de la década del 80) de la industria farmacéutica, que ha sido muy eficaz en mani-

comializar la vida cotidiana de los rionegrinos, tanto como otras provincias argentinas.

Si hemos elegido una imagen fotográfica de parte del hospital de Allen (foto realizada en agosto del 2011) ha sido porque ella representa de manera elocuente todo lo que queremos expresar aquí y porque, supuestamente, en Allen se desarrolló parte de la pretendida batalla “desmanicomializadora”.

## 5. Transformación y construcción: formas positivas de desarrollo de la Salud Pública

Todo nuestro trabajo de construcción de la Programación en Salud Mental en la Provincia de Río Negro poseía un sentido positivo, un qué, cómo, con quienes, y para qué hacer, en lugar de sólo un des-hacer ficciones.

Nuestro programa contenía un conjunto de problemas prioritarios a atender, y de formas específicas de hacerlo, en conjunto co-operante con la gente: 1) El alcoholismo y la alcoholización como problema fundamental a atender (no contábamos en aquel entonces con los detallados estudios existentes en la actualidad en nuestro país, como los de INDEC y el OAD-SEDRONAR) sino sólo con los erróneos y sesgados “estudios” del PEPSI (programa de epidemiología psiquiátrica de aquella época del CONICET, que hemos analizado en otros lugares), y la salud materno-infantil como promotora de la salud humana. 2) El trabajo grupal como forma prioritaria de trabajo, y en particular y en relación con el problema de salud prevalente, mencionado en (1): el Grupo Institucional de Alcoholismo creado por el Dr. Jorge Pellegrini. 3) Una modalidad institucional terapéutica (en lugar de la iatrogénica, que hoy preferimos llamar patogénica). 4) Una forma de capacitación permanente, en el más alto nivel posible. 5) Una flexibilidad y apertura permanente para reformular todo lo necesario de acuerdo a las evaluaciones pertinentes.

Fuimos respetuosos de quienes se hicieron cargo de la política de Salud Pública de la provincia y del programa de Salud Mental, esperamos con especial paciencia ir contrastando la ficción de la “desmanicomialización” y nuestras hipótesis de trabajo con la realidad e intentamos continuar construyendo en cuanto espacio provincial, regional y nacional nos fuera posible.

## 6. La continuidad de la construcción en la Provincia de Río Negro, en la región Patagónica y en el territorio Nacional

Simultáneamente a la destrucción sistemática (disfrazada de “desmanicomialización”) de las modalidades de atención, de la organización institucional, de las técnicas de intervención prioritarias y de los niveles de prevención prioritarios, así como de los problemas prioritarios a atender (cf., por ejemplo, Propuestas programáticas para las tareas de Salud Mental de la Zona Sanitaria I, Allen 30/05/84) y de la docencia e investigación, fuimos intentando poner a prueba, por muy diversos

medios todo lo que pensábamos y hacíamos en Río Negro antes de la “desmanicomialización”.

El Programa de Salud Mental que elaboramos entonces fue el primero en la provincia (y quizás en nuestro país), en su tipo, en considerar que el “Alcoholismo constituye un problema prioritario” (cf. Problemas de Salud Mental prioritarios de la zona sanitaria I, p. 26 de las propuestas programáticas..., Allen 30/05/84), y el primero que, en base a la creación del Dr. Jorge Pellegrini, propuso al GIA como modalidad prioritaria de atención.

Todo el trabajo realizado por el Dr. Jorge Pellegrini desde entonces a la actualidad (cf. [www.gia.org.ar](http://www.gia.org.ar)) y la Mesa Nacional de Conducción de la Red de Grupos Institucionales de Alcoholismo han demostrado, cabalmente, que es la única experiencia, que nacida en Río Negro, se extendió por la mayor parte de las provincias argentinas, realizando una labor terapéutica, de prevención primaria y terciaria, de docencia y de investigación única, no sólo en nuestro país, sino también en el mundo (como lo muestra la acogida que ha tenido en diferentes países). Simultáneamente a esta labor que lleva ya 27 años, el programa de “desmanicomialización” se ocupó de destruir cada uno de los GIA originarios Rionegrinos, a pesar que todo dato epidemiológico elemental indica la prioridad que debe otorgársele a ese trabajo.

Consciente de lo que mostraba nuestra evaluación en los hospitales de Gral. Roca, Allen, Cipolletti y Villa Regina (así como el antecedente de Marcelo Monetta -1979-: El alcoholismo en la nor-patagonia: factores antropológicos y culturales) registrados en nuestra labor de evaluativa ascendente, propuse al Dr. Jorge Pellegrini viajar a la Zona Sanitaria II, donde había conocido al Dr. Luis Digiacomo (del hospital de Luis Beltrán) para, junto a Octavio Leyes (quién se había recuperado en el grupo organizado por el Dr. Pellegrini) realizar las primeras Jornadas de Salud Mental en la ciudad de Choele-Choel, el día 12/05/84. El Dr. Di Giacomo era acompañado por el chofer de la ambulancia del hospital (Sr. Domingo Tomadini, por entonces miembro de AA). De esta vinculación, de esta co-operación, surgió un trabajo conjunto con el Dr. Pellegrini y con el Dr. Digiacomo que extendimos progresivamente a distintas localidades de la provincia. Esta labor se extendió con el primero, estrechamente, hasta fines de la década del 90, y con el segundo hasta la actualidad. Con el Dr. Pellegrini y otros colegas de cuya cuenta da a conocer el Dr. Pellegrini en sus textos (cf. todas las publicaciones del Dr. Pellegrini y más referidas a los GIA) fuimos construyendo la tarea de los GIA en todas las provincias patagónicas y, gradualmente, en Córdoba, Mendoza, La Pampa, Buenos Aires; al mismo tiempo que organizábamos en Río Negro, Chubut y Santa Cruz, una formación continua en Salud, que denominamos “Curso Regional de Formación y Capacitación del Recurso Humano en Salud” (en mi caso, lo hacía desde la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad y de la Cátedra de Psicología Sanitaria –ambas a mi cargo- de la Universidad Nacional de Córdoba). En toda esta labor contábamos únicamente con nuestro aporte personal, el de los participantes, y en algunos casos de autoridades municipales. Cuando yo había dejado la Jefatura de Salud Mental, en marzo de 1985, había

propuesto a las autoridades provinciales, que el Dr. Jorge Pellegrini continuara en ese cargo. Por razones de índole política mi proposición no fue aceptada, designando el gobierno, al Sr. Hugo Cohen. Toda la trayectoria del Dr. Jorge Pellegrini, tanto en la provincia de Chubut, como, muy especialmente su tarea en la provincia de San Luis (reconocida nacional e internacionalmente), en la transformación de instituciones enfermantas y enfermas, en auténticas instituciones de Salud Pública, dejó claramente demostrado que no nos equivocábamos entonces, y que una cosa es la ficción desmanicomializadora y otra la transformación institucional paradigmática, auténtica y enraizada en nuestra historia, al Servicio de la Salud Pública.

Por mi parte continúe la tarea de Río Negro, hasta la actualidad (organización de la Primera Cátedra de Psiquiatría de la región del Comahue y de la Patagonia siguiendo las modalidades creadas en 1984, desarrollando cursos de grado de Medicina y Psicología, Postgrados en la Universidad del Comahue y de Flores –Cipolletti, y atención ambulatoria en Gral. Roca, en Sierra Grande –Playa Dorada; en San Antonio Oeste, en Río Colorado, -en especial con la Lic. Graciela del Valle Fiore, el Dr. Luis Di Giacomo, el Dr. Miguel Vera, la Lic. Silvia Cerasuolo, la Lic. Liliana Ingold, entre otros; y colaborando con colegas de diferentes hospitales, como de la práctica ambulatoria privada) y fuera de Río Negro (por ejemplo en Neuquén, con el Dr. Wille Arrue desde 1984, como parte del trabajo intersectorial y regional iniciado en las Jornadas de Medicina Rural el 07/04/84. El Dr. Wille Arrue contribuyó especialmente en nuestra orientación hacia el trabajo en alcoholismo a nivel regional, ya que él venía realizando una labor grupal que presentó en ocasión de dichas Jornadas). El Dr. Arrue organizó, en la primera década del 2000, una serie de encuentros para residentes de medicina general de El Neuquén y para residentes de Salud Mental de la provincia de Río Negro (entre ellas una en las que participé como docente en la localidad de Junín de Los Andes). En todos los casos fuimos prolongando lo iniciado en Río Negro, y en La Pampa (como director de Salud Mental) y posteriormente como Director de Cursos de Postgrados referidos a la Dependencia de Drogas (todo a partir de la modalidad que iniciamos en Río Negro en 1984), en la UNPA y la UNLP (hasta el día de hoy). Toda esta labor nos ha permitido un trabajo, que abarca la mayor parte de las localidades, con mayor número de habitantes de la Región Patagónica desde Hilario Lagos, Realicó, Rancul, Intendente Alvear (al norte en la Pampa) hasta El Calafate, Río Gallegos y Usuahia al sur.

Entre tanto la desmanicomialización fue incrementado el vaciamiento, la destrucción y el olvido de quienes más necesitan, continuando la derivación de jóvenes pacientes dependientes del etanol y de otras sustancias químicas a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o a la provincia del mismo nombre, y de quienes, poseyendo los medios necesarios para hacerlo, no encuentran en su provincia lo que en esta época del desarrollo histórico tienen todo el derecho de recibir.

La provincia de Río Negro iniciará próximamente un cambio político, en el contexto de un país que se reconstruye, lenta pero firmemente, restituyendo la vida, la esperanza, la capacidad de crear y construir en libertad. La Salud Pública

provincial aguarda un cambio urgente después de tanta “desmanicomialización”.

Más allá de esa política del “Des”, como la hemos caracterizado en este trabajo, y en otro lugar, han existido algunos aportes que son de valor (pero que también se fueron diluyendo en la confusa neblina de la ficción), como la creación de la residencia en Salud Mental, el nombramiento de trabajadores de Salud Mental en diversos hospitales, de médicos generalistas, de familia, y de diversas especialidades, diversos profesionales de la salud, agentes sanitarios, trabajadores de la Salud en general, quienes solitarios, a veces agotados, y golpeados ante el muro de la ilusión, intentan sostener, hasta donde sea posible, una labor digna y creativa al servicio de toda la población de la provincia. También, en la construcción de infraestructura hospitalaria fue posible realizar algunos avances, que aunque tardíamente (y después de alrededor de dos décadas de espera), como los hospitales de Cipolletti y San Carlos de Bariloche dan cuenta de cuánto y cuando se postergó.

## **7. Hacia la creación de un Programa de Salud Pública, basado en los mejores valores y desarrollos provinciales, regionales y nacionales**

La situación de la salud de la población rionegrina, y no solo de la Salud Mental (es imposible considerar a la última sin entender que es parte de la primera), se ha agravado en los últimos treinta años. Si bien las ficciones y las ilusiones del manicomio y la desmanicomialización, constituyen un fenómeno rionegrino, el desarrollo de las tasas de prevalencia e incidencia de morbilidad, como las tasas de mortalidad han seguido las pautas nacionales.

No nos hemos podido recuperar de tanta destrucción y, de la emergencia, de fenómenos cuasi inexistentes hasta 1976. Un paradigma emergente, en este contexto, es que las acciones de cualquiera de los “tres sectores” (planes provinciales y nacionales de salud; “obras sociales”; entidades privadas de atención y las empresas de “medicina prepaga” contribuyen a generar voluminosas tasas de incidencia y prevalencia de dos tipos de problemas, que el 98% de los profesionales que trabajan en el campo de la salud, y los usuarios de los servicios, no están en condiciones de identificar, diagnosticar, prevenir y tratar. Estos dos problemas son: 1) La prescripción irracional de todo tipo de fármacos. 2) La prescripción de fármacos que generan dependencia, “física”, “psíquica” y “social”.

Esto implica otros problemas, desde el punto de vista de un sistema de salud:

- 1) Aumento del gasto total en salud, con el mayor porcentaje del mismo destinado a los fármacos (en su mayoría inservibles para promover y proteger la salud humana).
- 2) Transformación de todo el sistema de salud en una macroagencia promotora y protectora de la dependencia de fármacos (sobre todo los denominados tranquilizantes e hipnóticos) individual, familiar, institucional y comunitaria.
- 3) Una disminución de la disponibilidad de fuentes de financiación para actividades simples y sanas (sea esta disponi-

bilidad para los usuarios, los profesionales y/o programas saludables).

- 4) De esta forma la gente, los profesionales y agentes que trabajan en los servicios de salud se han transformado en financiadores de las empresas transnacionales productoras de fármacos las cuales han incrementado sus ganancias y su capital de una forma nunca previamente existente (en el mismo período de caída de todos los indicadores en salud de nuestro pueblo).

Esto ha sido posible, no sólo en un contexto global particular, sino, de acuerdo a la situación social, económica y política de cada país ( como lo muestra la forma diferencial que ha impactado la macroestructura global internacional en cada país; por ejemplo: no es lo mismo en Canadá que en EE.UU; o en Finlandia que en Grecia; o en Cuba, que en Argentina o Brasil o Chile; o que en estos últimos, comparados con México).

Para lograr esto, en el campo de la Salud Pública, era necesario destruir (en todo los planos e instituciones) todo lo logrado en la Política Sanitaria Argentina (nombre también de la obra de Carrillo) hasta 1955. Tanto en Río Negro, como en el resto de nuestro país, no existe en la actualidad una organización sanitaria efectiva (eficaz y eficiente) que logre lo entonces alcanzado.

Esto posee su expresión en todos los agentes de salud, quienes hemos sido sometidos (como integrantes, al fin y al cabo, de esta cultura de la dependencia y la destrucción) a esta ideología patogénica y altamente rentable, para quienes parasitariamente, en otros lugares del planeta, incrementan día a día sus ganancias. Esta “maquinaria” de la enfermedad necesita de quienes ejecuten sus preceptos, de forma automática, estereotipada y con la creencia de que sus actos responden a los nobles ideales de cada una de las profesiones (se trate de médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, farmacéuticos, agentes sanitarios o cualquier otro agente de salud). En el caso de los médicos, el ejemplo más elocuente de ello son los juicios contra los médicos (en ausencia de cualquier juicio contra las empresas transnacionales que determinan la mayor parte de los problemas de salud de la gente).

La mayor parte de los recursos humanos para las tareas de salud existentes en Río Negro han sido adiestrados (inconscientemente para ellos) en esa ideología, en las universidades o escuelas de Salud Pública existentes en las capitales centrales (Buenos Aires, La Plata, Rosario, Córdoba). A pesar de la apertura de la Escuela de Medicina y de la Carrera de Psicología (en la UNCO - Cipolletti) en las dos últimas décadas, y de la preexistencia de la Carrera de Trabajo Social (en la UNCO - Gral. Roca), de la Odontología en la Univ. de Río Negro; y de la existencia de Carreras de Enfermería, la tendencia dominante es la misma y cuando los profesionales son incluidos en los programas de salud (por más pertinentes que sean los mismos, como, por ejemplo, el Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación y su subprograma: Uso racional de fármacos) no pueden concretar acciones salutógenas, sino todo lo contrario.

Es necesario, entonces, reformular toda la política formati-

va de quienes trabajan en los Servicios de Salud y de quienes ingresaran a ellos, como parte de todas las transformaciones estructurales que imprescindiblemente incluirá todo plan provincial o nacional. Esto resulta tan ineludible como ha sido desde el 2003 la reformulación de toda la política económica (al margen del FMI y sus designios), de la política de derechos humanos, de los medios de comunicación, del PAMI, de las AFJP, de Aerolíneas Argentinas, y de la redistribución de la renta nacional (para mencionar sólo alguno aspectos de lo logrado en los dos últimos gobiernos nacionales). Hoy necesitamos y podemos hacerlo.

En Río Negro podemos continuar lo que iniciamos en 1984, y que fue, luego destruido. Uno de los medios necesarios para un programa formativo del recurso humano en salud, es la creación de una Escuela, Centro, o Instituto de Salud Pública.

## **8. La formación de recursos humanos para un Plan Provincial Rionegrino de Salud Pública. Creación del primer centro Patagónico de Salud Pública**

La formación en Salud Pública sigue aconteciendo, en nuestro país, de forma totalmente centralizada (Buenos Aires y Córdoba). No existe en toda la Patagonia una sola institución que facilite una currícula para tales fines, menos aún, cuando la tendencia general de todos los programas formativos universitarios (UNCO, Univ. de Río Negro, y las restantes de la Patagonia y Bahía Blanca) no responden en lo más mínimo a los requerimientos actuales de la población. Sólo en Neuquén se dio, hasta hace dos décadas, un movimiento en medicina general y rural, cuya influencia alcanza hasta nuestros días, a pesar de la destrucción sistemática de lo entonces alcanzado.

Cualquier plan provincial no podrá sostenerse, en todos sus otros componentes, sin que todos sus agentes ingresen a un programa formativo permanente, mediante un subprograma de becas orientado específicamente (como ocurrió con el Programa Educativo Federal). Esta actividad requiere de docentes formados para ello. Existen en la provincia de Río Negro (y en la región Patagónica) profesionales de tres generaciones que están en condiciones de contribuir a tal formación (aunque constituyan sólo un grupo no muy numeroso). Ese centro provincial de Salud Pública (que puede crearse por medio de la labor conjunta del gobierno provincial y de la Universidad de Río Negro) puede constituirse en un referente coyuntural y estructural para esa labor. Decimos coyuntural, pues la urgencia es extrema. Decimos estructural, porque la tarea es a largo plazo. En efecto la reconstrucción y construcción será difícilmente alcanzada, aún con los mejores programas y esfuerzos, sino es en una labor de largo plazo (alrededor de cuatro décadas).

Esto es factible (ya lo pusimos en práctica durante nuestra labor en la provincia de La Pampa) y sólo requiere un aporte financiero accesible (disminuyendo gastos innecesarios en fármacos destructores de la salud humana) y decidiendo cambios políticos fundamentales.

Es necesario convocar a los profesionales con experiencia

---

concreta y que, en todos estos años, han luchado incesantemente en la provincia (junto a quienes debieron emigrar para trabajar en otras provincias patagónicas o del resto del país) para organizar un programa formativo con plazos y metas precisas (corto, mediano y largo).

Estos expertos provinciales conformarán los programas formativos generales y especiales (para cada profesión, grupo de trabajo, programa) y su puesta en marcha en el 2012. Cuando la provincia no cuenta con los expertos necesarios podrán convocarse otros de la región patagónica (y sólo excepcionalmente de otras regiones del país). Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud Provincial podrá incluir en esta labor todos los aportes nacionales pertinentes, para facilitar así una coordinación adecuada con los Planes Nacionales.

Río Negro está en condiciones de realizar estos cambios (lo desarrollado en Gral. Roca. durante la gestión del gobernador Soria, es una muestra elocuente de ello) y puede constituirse en el fundamento concreto de una futura escuela patagónica de Salud Pública que incluya escuelas o centros de cada una de las provincias de la región.

# Hiponatremia secundaria al tratamiento con antidepresivos ISRS en población adulta y geronte | *Hyponatremia secondary treatment with SSRI Antidepressants in adults and elderly*

## Dr. Martín Mazzoglio y Nabar

Médico (UBA). Especialista en Psiquiatría.  
Jefe de Residentes del Psiquiatría,  
HGA Manuel Belgrano.  
Docente Adscripto de la Facultad de Medicina (Departamentos de Anatomía y de Farmacología), UBA.  
Docente Auxiliar de Salud Mental, Unidad Manuel Belgrano, Facultad de Medicina, UBA.  
Becario de Posgrado, INEBA.  
Miembro de los Capítulos "Psiquiatras en Formación" y "Neurociencia", APSA.

## Dra. Milagros Muñiz

Médica (UBA). Especialista en Psiquiatría.  
Docente Auxiliar de Salud Mental, Unidad Manuel Belgrano, Facultad de Medicina, UBA.  
Miembro del Capítulo "Psiquiatras en Formación", APSA.

## Dr. Alexis Mejías Delamano

Médico (UBA). Residente de Psiquiatría.  
Médico Especialista en Medicina de la Industria Farmacéutica (UBA). Jefe de Trabajos Prácticos, Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.

## Dra. Julieta Falicoff

Médica (UBA). Especialista en Psiquiatría.  
Instructora de Residentes del Psiquiatría, HGA Manuel Belgrano. Docente Auxiliar de Salud Mental, Unidad Manuel Belgrano, Facultad de Medicina, UBA. Vicepresidente del Capítulo "Psiquiatras en Formación", APSA.

## Resumen:

Presentamos 7 casos de pacientes entre 52 y 76 años, de ambos sexos, en tratamiento por trastorno depresivo con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y ansiolíticos, concomitante con otros tratamientos clínicos (IECA, tiazidas y carbamazepina). Se realizaron estudios bioquímicos de laboratorio y electrocardiograma previo al inicio del tratamiento. En las primeras semanas (media=2.5) luego de iniciado el tratamiento psicofarmacológico se registró hiponatremia (media=126 mEq/Lt), en 3 pacientes de tipo sintomática, que requirió interconsulta con Clínica Médica quienes diagnosticaron Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética (SSIHAD) y fueron derivados a Nefrología y Endocrinología. Se decidió de manera interdisciplinaria retirar el ISRS, lográndose la normalización de los valores bioquímicos (sodio plasmático y urinario, osmolaridad plasmática y urinaria) y se reforzó el tratamiento psicoterapéutico hasta la implementación de otro antidepresivo. Plantaremos la asociación entre los ISRS, el desequilibrio electrolítico del sodio y las interacciones farmacológicas y factores de riesgo que lo aumentan.

**Palabras clave:** Antidepresivos ISRS – Hiponatremia - Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética

## Abstract:

*We report 7 cases of patients between 52 and 76 years, of both sexes, in treatment for depressive disorder with antidepressants selective inhibitors of serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and anxiolytics, concomitant with other clinical treatments (ACE inhibitors, thiazides and carbamazepine). Biochemical studies were conducted laboratory and electrocardiogram prior to initiation of treatment. In the first weeks (mean = 2.5) after starting treatment was recorded psychopharmacological hyponatremia (mean = 126 mEq / L) in symptomatic type 3 patients that required interconsultation Medical Clinic who diagnosed syndrome Inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) and were referred to Nephrology and Endocrinology. It was decided to withdraw the SSRI interdisciplinary manner, achieving normalization of biochemical values (plasma and urinary sodium, plasma and urine osmolality) and psychotherapeutic treatment was reinforced to the implementation of another antidepressant. We will raise the association between SSRIs, sodium electrolyte imbalance and drug interactions and risk factors that increase it.*

**Key words:** Antidepressants SSRIs – Hyponatremia - Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion.

## Introducción

La hiponatremia es un trastorno electrolítico que puede ser causada por múltiples factores. Una de las causas más frecuentes es el Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética –SSIHAD-, una patología con etiología y sintomatología múltiples. Los primeros en describir el SSIHAD fueron Bartter y Schwartz en el año 1957 en un reporte de 2 casos con carcinoma broncogénico.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos antidepresivos más utilizados en todos los grupos etarios por su perfil de eficacia, seguridad y efectos adversos, si bien pueden causar efectos secundarios graves e indeseables.

El objetivo del trabajo es describir la implicancia de los ISRS en el desequilibrio electrolítico del sodio, con especificación de las interacciones farmacológicas y factores de riesgo que lo agravan.

## Materiales y métodos

Reporte de serie de casos con revisión bibliográfica de trabajos de investigación, publicaciones en revistas indexadas y libros especializados referentes al tema.

## Presentación de casos y Resultados

Presentamos una serie de 7 pacientes, edades entre 52 y 76 años (promedio = 65.14 años), de ambos sexos, que fueron derivados al Servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos Manuel Belgrano durante el período de febrero 2009 - mayo 2011 por sus médicos clínicos de cabecera. En la entrevista de admisión realizada en conjunto por un profesional médico psiquiatra y un psicólogo, los pacientes fueron diagnosticados con síndrome depresivo por lo cual se indicó tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico con psicofármacos -antidepresivos ISRS y ansiolíticos benzodiazepínicos-. La elección del antidepresivo se basó en la semiología de los pacientes y en la disponibilidad existente en la farmacia del hospital dada la carencia de recursos económicos de los mismos; se utilizaron medicamentos genéricos como muestras originales donadas por laboratorios de especialidades médicas.

Los fármacos antidepresivos indicados fueron: paroxetina en 3 pacientes, fluoxetina en 2, citalopram en 1 paciente y sertralina en 1 paciente. En relación con los ansiolíticos, a 4 pacientes se les indicó clonazepam, a 2 pacientes lorazepam y a 1 paciente alprazolam. Todos los fármacos fueron prescritos dentro de los rangos terapéuticos de dosis.

En la historia clínica centralizada del hospital constaban los tratamientos clínicos en curso de 6 de los pacientes y laboratorios bioquímicos recientes (menor a 1 mes de tiempo) en rangos normales. Presentamos los datos poblacionales en la Tabla 1.

A los días de iniciado el tratamiento psicofarmacológico los pacientes comenzaron con un cortejo de síntomas por los cuales consultaron al hospital (4 pacientes por guardia, 3 por consultorios externos) [Tabla 2, 3 y 4]. El tiempo promedio de comienzo de la sintomatología fue de 11.29 días (mínimo = 5; máximo = 22) y se les realizaron estudios en sangre de rutina por guardia a todos los pacientes que evidenciaron hiponatremia (promedio = 126.43 mEq/L) y disminución de la osmolaridad plasmática (promedio = 262 mOsm/L). Posteriormente, los médicos clínicos solicitaron estudios en orina que objetivaron hipernatremia (promedio = 47.43 mEq/L) y aumento en la osmolaridad (promedio = 210 mOsm/L) [Tabla 5]. Atento con los resultados y las manifestaciones clínicas se diagnosticó SSIHAD y solicitamos interconsultas con nefrología y endocrinología; en ateneo conjunto se decidió discontinuar el antidepresivo en función de la bibliografía publicada y la temporalidad entre la instauración del psicofármaco y los síntomas. Decidimos reestructurar el plan farmacológico con ansiolíticos y se reforzó la psicoterapia. La decisión para suspender el antidepresivo de forma rápida fue a los 7.14 días en promedio desde el inicio de los síntomas (mínimo = 2; máximo = 13) y registramos que el tiempo para la desaparición completa de los síntomas fue a los 4.14 días (mínimo = 2; máximo = 9) desde la suspensión del fármaco. El tiempo transcurrido para la normalización de los valores bioquímicos

fue de 21.57 días (mínimo = 17; máximo = 30) desde el inicio de los síntomas en que se objetivaron las alteraciones. Los datos temporales con su gráfico se exhiben en las Tablas 2 y 3.

Por gráfico de correlación pudimos establecer que la edad de los pacientes mantenía una correlación positiva significativa con los valores del sodio plasmático ( $R^2 = 0.71$ ) y con la osmolaridad urinaria ( $R^2 = 0.74$ ) [Gráficos 1 y 2]. El tiempo de comienzo de los síntomas mantuvo una correlación indirecta y significativa con la edad de los pacientes ( $R^2 = 0.76$ ) [Gráfico 3].

En 3 pacientes se logró la estabilización del cuadro depresivo con los ansiolíticos y la psicoterapia, pero en los cuatro pacientes restantes fueron necesarios utilizar psicofármacos de distinto grupo farmacológico. Dos pacientes fueron medicados con venlafaxina, uno con lamotrigina y otro con bupropion, los cuales se obtuvieron de la farmacia del hospital o a través del Programa de Uso Racional de Psicofármacos.

Actualmente, los pacientes continúan en tratamiento por nuestro Servicio de Salud Mental y con controles periódicos por el Servicio de Endocrinología.

## Discusión

### SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA: FISIOPATOLOGÍA Y CLÍNICA

El Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética -SSIHAD- se caracteriza por una elevada concentración de hormona antidiurética (HAD) que genera una hiponatremia (concentración de sodio menor a 130 mEq/L) e hipoosmolaridad plasmática (menor a 275 mOsm/L) con un volumen extracelular en rango normal a alto, con un incremento en la natriuresis (concentración de sodio en orina mayor a 20 mEq/L) que provoca un aumento en la osmolaridad urinaria (mayor a 100 mOsm/L), lo que significa que la orina se encuentra altamente concentrada pero en bajo volumen<sup>3,7,9,11,15</sup>.

Si bien las concentraciones de HAD son mayores, en muchos casos se evidencian concentraciones plasmáticas dentro de los parámetros normales y la alteración reside en los efectos de la hormona por una desregulación en la sensibilidad de los receptores renales para la misma.

Esta entidad puede encontrar múltiples causas como: neoplasias malignas (carcinoma broncogénico), traumatismos craneoencefálicos, causas infecciosas (tuberculosis, SIDA), vasculares (oclusiones cerebrovasculares, hemorragias, trombosis del seno cavernoso), neurológicas (síndrome de Guillen Barré, esclerosis múltiple, psicosis), malformaciones congénitas (agenesia del cuerpo caloso), metabólicas (porfirias) y farmacológicas (ISRS, carbamazepina, etc).

En el SSIHAD, la HAD produce un aumento en la reabsorción de agua a nivel renal. Recordemos que la HAD ejerce su acción a nivel del túbulo distal y colector de las nefronas, permitiendo la reabsorción de agua y de esta forma produciendo una orina concentrada. De esta manera, el exceso de agua diluye el sodio extracelular. Al mismo tiempo, el pequeño aumento de la presión arterial que ello genera, estimula la pérdida de sodio por orina a través de la natriuresis por presión. Por lo cual, la hiponatremia se debe a una reducción del sodio

corporal total, además de un aumento del agua corporal total. La retención aguda de agua y el descenso del sodio plasmático también provocan un aumento del volumen intracelular. La inflamación cerebral resultante aumenta la presión intracraneal y probablemente cause los síntomas agudos de la intoxicación acuosa. Tras varios días esta expansión de volumen intracelular puede reducirse por la inactivación o la eliminación de los solutos intracelulares, con lo que remiten los síntomas que a menudo se asocian a la hiponatremia.

Si la hiponatremia se desarrolla gradualmente o ha estado presente durante varios días, puede ser asintomática. Sin embargo si se desarrolla en forma aguda casi siempre se asocia con síntomas y signos polimorfos debidos a intoxicación hídrica que pueden consistir en cefalea leve, confusión, anorexia, astenia, náuseas, diarreas, dolores abdominales, vómitos, pérdida de peso, coma y convulsiones<sup>2,5,15</sup>. Dichos síntomas no aparecen hasta que la concentración de sodio plasmático es menor a 130 mEq/L.

La mayoría de los casos de SSIHAD que presentan concentraciones de sodio entre 125 y 135 mEq/L tienen sintomatología inespecífica a predominio gastrointestinal o pueden ser asintomáticos. Cuando la concentración cae debajo de 125 mEq/L los síntomas predominantes son neuropsiquiátricos y es prevalente observar confusión, letargo, desorientación y cambios de conducta. Se consideran cuadros severos aquellos con natremias menores a 125 mEq/L y desencadenados en menos de 48 hs, conllevan alta mortalidad dada la alta prevalencia de convulsiones, coma y paro respiratorio<sup>11</sup>.

Si bien la mayoría de los cuadros son reversibles y sin secuelas, los casos con natremias menores a 120 mEq/L, y en función de la velocidad de instauración del cuadro, conllevan una alta morbi-mortalidad y secuelas.

La mayoría de los estudios clínicos, epidemiológicos y meta-análisis hallaron una alta prevalencia de SSIHAD inducido por drogas, dentro de las cuales los psicofármacos tienen una alta asociación e implicancia en el desarrollo del cuadro. Otros fármacos implicados en la etiología son los diuréticos, antiepilépticos, antineoplásicos e inmunosupresores. En 1995, Olav Spigset et al<sup>15</sup> realizó un trabajo sobre las especificidades del SSIHAD debido al uso de psicofármacos y concluyó que esta patología puede generar síntomas muy similares a los de una patología psiquiátrica, dificultando el diagnóstico diferencial puesto el empeoramiento o reaparición de síntomas en el contexto de un paciente psiquiátrico se creen relacionados a la patología mental y no a las alteraciones hidroelectrolíticas.

### ISRS Y SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA

Recientemente se ha demostrado que el aumento de serotonina a nivel central es un modulador positivo de importancia para el incremento en la secreción de la HAD. Existen casos publicados de SSIHAD secundarios a drogas que aumentan el tono serotoninérgico como los antidepresivos, el éxtasis y la sibutramina.

Numerosos reportes de casos, estudios observacionales y de casos y controles, así como estudios clínicos prospectivos han reportado hiponatremias asociadas con el uso de ISRS, con

una incidencia variable entre el 0.5 y 32%<sup>1,5</sup>. Este grupo de antidepresivos son los más asociados debido a su amplia prescripción atento al perfil de seguridad, de efectos adversos y su amplia prescripción en distintos grupos etarios.

Todos los ISRS que existen en el mercado han sido asociados con SSIHAD en distintos reportes. Los más asociados son la fluoxetina<sup>6,10,17</sup> y la paroxetina<sup>4,13,14</sup>, pero también se reportaron otros fármacos asociados con este síndrome como el citalopram<sup>12</sup>, escitalopram y sertralina, como drogas de otros grupos (duales y tricíclicos)<sup>8</sup>. En la base de datos de reacciones adversas perteneciente a la World Health Organization (WHO) se reportan en primer lugar la fluoxetina, seguida por la paroxetina y la sertralina. Liu et al<sup>7</sup> estudiaron 736 casos de SSIHAD asociados con ISRS y hallaron que la fluoxetina estaba implicada en el 75.3% de los casos, seguida por la paroxetina (12.4%), sertralina (11.7%) y fluvoxamina (1.5%).

Movig et al<sup>11</sup> en 2002 compararon el riesgo de hiponatremia por ISRS en relación con otros antidepresivos y hallaron que los ISRS estaban asociados con un incremento de 4 veces el riesgo de desarrollarla. Asimismo, determinaron que en combinación con diuréticos tiazídicos el riesgo de desarrollar hiponatremia ascendía a 13 veces.

En relación con el tiempo de aparición de los síntomas los reportes postulan rangos entre 3 y 120 días, si bien en su mayoría coinciden entre los 7 y 15 días posteriores al inicio de la terapia con el psicofármaco<sup>15</sup>. En cuanto a la desaparición de los síntomas, Liu et al<sup>7</sup> publicaron que todos los pacientes con hiponatremias leves o moderadas volvieron a la normalidad entre 2 y 28 días después de la suspensión del psicofármaco, y mencionan que en la mayoría de los casos en que se vuelve a indicar la droga reaparece la hiponatremia.

El mecanismo por el cual los ISRS causan hiponatremia sería secundario al desarrollo de un SSIHAD<sup>5</sup>. Se postulan 3 hipótesis sobre los mecanismos implicados<sup>3</sup>:

- estimulando la liberación de la HAD, reportada para: ISRS, inhibidores de recaptación de noradrenalina, antidepresivos duales, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, antineoplásicos, carbamazepina, nicotina y narcóticos,
- potenciando la acción de la HAD, en los casos de clorpromazina, metilxantinas y AINES,
- actuando como análogos de la HAD, en los casos de la oxitocina o desmopresina.

En aquellos pacientes medicados con más de un fármaco asociado con el desarrollo de SSIHAD los mecanismos se ven potenciados<sup>9</sup>.

En relación con los factores de riesgo implicados, un estudio determinó que el 78% de los casos eran mujeres y el momento prevalente de aparición se registró en el verano. Otros factores son la edad avanzada, el consumo de ISRS concomitantemente con diuréticos (tiazídicos), la polifarmacia, el bajo peso corporal y los niveles plasmáticos bajos de sodio. La interacción con tiazidas y en los casos de polifarmacia, sería causada a nivel del sistema de metabolismo microsomal, fundamentalmente el CYP3A4.

En la población adulta mayor, los datos de incidencia de hiponatremia secundaria a los ISRS son también muy variables (entre 12 y 83%)<sup>18</sup>. Los cambios fisiológicos que se producen

en esta etapa alteran la homeostasis del agua predisponiendo la aparición de hiponatremia, la máxima dilución y capacidad de concentración del riñón están alteradas como así también la secreción de HAD puede estar ligeramente aumentada. Se ha reportado que la respuesta de la HAD a los estímulos osmolares es mayor que en adultos jóvenes, esta osmosensibilidad puede incrementar el riesgo de SSIADH<sup>7</sup>. Movig et al<sup>11</sup> determinaron que 1 de cada 200 pacientes adultos mayores tratados con fluoxetina o paroxetina desarrollaban hiponatremia por SSIHAD y que el factor de riesgo más importante en este grupo etario era el bajo peso corporal. Asimismo, hallaron que la hiponatremia por antidepresivos tricíclicos tenía menos incidencia que la causada por ISRS y que los síntomas son más graves. Por tal motivo, distintos grupos de investigadores<sup>1, 7,11,18</sup> recomiendan en pacientes gerontes monitorear los niveles de sodio en plasma durante el primer mes de tratamiento con ISRS.

#### ASPECTOS FARMACOLÓGICOS IMPLICADOS EN EL SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA DE LOS CASOS PRESENTADOS

Los pacientes presentaron valores de laboratorio bioquímico alterados en sangre y en orina que, sumados a la inespecíficas manifestaciones clínicas y la temporalidad de los mismos posteriores al inicio de la terapia psicofarmacológica con an-

tidepresivos ISRS, reunían los criterios para SSIHAD. Esta características signo-sintomatológicas estuvieron acorde con las publicaciones internacionales sobre la temática.

A los puntos expresados se agregaron los factores de riesgo de los pacientes, el examen de laboratorio de rutina pre-tratamiento en rangos normales y la respuesta con remisión sintomática y normalización de los parámetros de laboratorio que reforzaron la asociación, no primaria ni única, entre la clínica de los pacientes y el efecto producido por los ISRS.

Cabe destacar que los ansiolíticos no se reportan como causantes de SSIHAD.

Es un sesgo del presente trabajo que los fármacos antidepresivos tipo ISRS utilizados por los pacientes reportados no fueron todos originales.

#### **Conclusiones**

En los casos presentados los antidepresivos tipo ISRS se asociaron con hiponatremia causada por el Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética.

Este evento adverso fue más significativo en pacientes gerontes y en aquellos tratados con otras drogas causantes de la patología por sinergismo entre los mecanismos causantes.

#### **Referencias bibliográficas**

1. Anon. *Antidepressant-induced hyponatraemia*. Curr Probl Pharmacovigilance 1994;20:5-6.
2. Bigaillon C, El Jahiri Y, Garcia C, et al. *Inappropriate ADH secretion-induced hyponatremia and associated with paroxetine use*. Rev Med Intern 2007;28(9):642-4.
3. Department of Medicine Washington University School of Medicine St. Louis, Missouri. El Manual Washington de Terapéutica Médica 30<sup>o</sup> ed; Editorial Lippincott Williams y Wilkins. Cap. 3; 44-52.
4. Fabian TJ, Amico JA, Kroboth PD, et al. *Paroxetine-induced hyponatremia in older adults: a 12-week prospective study*. Arch Intern Med 2004;164(3):327-32.
5. Jacob S, Spinler SA. *Hyponatremia associated with selective serotonin-reuptake inhibitors in older adults*. Ann Pharmacother 2006; 40:1618-1622.
6. Kazal LA, Hall DL, Miller LG, et al. *Fluoxetine-induced SIADH: A geriatric occurrence?* J Fam Pract 1993;36:341-3.
7. Liu BA, Mittman N, Knowles A, et al. *Hyponatremia and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone associated with the use of selective serotonin reuptake inhibitors: a review of spontaneous reports*. Can Med Assoc J 1996;155(5):519-527.
8. Matsumoto H. *Hyponatremia associated with selective serotonin reuptake inhibitors*. Intern Med. 2005 Mar;44(3):173-4.
9. Mesa Rodríguez T. *Hiponatremia como complicación en el manejo del paciente psiquiátrico*. Alcmeon 2010;16(3):305-313
10. Miranda M, Armijo G, Miranda P. *Severe hyponatremia during treatment with fluoxetine*. Rev Med Chil. 1999 Mar;127(3):337-40.
11. Movig KL, Leufkens HG, Lenderink AW et al. *Association between antidepressant drug use and hyponatraemia: a case-control study*. Br J Clin Pharmacol 2002; 53: 363-369.
12. Odeh M, Beny A, Oliven A. *Severe symptomatic hyponatremia during citalopram therapy*. Am J Med Sci 2001 Feb;321(2):159-60.
13. Odeh M, Seligmann H, Oliven A. *Severe life-threatening hyponatremia during paroxetine therapy*. J Clin Pharmacol 1999 Dec;39(12):1290-1.
14. Ota H, Yamaguchi Y, Yamaguchi K, et al. *Paroxetine-induced hyponatremia in an elderly man due to the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone*. Nihon Ronen Igakkai Zasshi. 2008 Jan;45(1):90-4.
15. Spigset O, Hedenmalm K. *Hyponatraemia and the syndrome of inappropriate ADH secretion (SIADH) induced by psychotropic drugs*. Drug Safety 1995;12:209-25.
16. Strachan J, Shepherd J. *Hyponatraemia associated with the use of SSRI*. Aust N Z J Psychiatry 1998 Apr;32(2):295-8.
17. Twardowschy CA, Bertolucci CB, Gracia Cde M, et al. *Severe hyponatremia and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic Hormone (siadh) associated with fluoxetine*. Arq Neuropsiquiatr. 2006 Mar;64(1):142-5
18. Wilkinson TJ, Begg EJ, Winter AC, et al. *Incidence and risk factors for hyponatraemia following treatment with fluoxetine or paroxetine in elderly people*. Br J Clin Pharmacol 1999 Feb;47(2):211-7

## Tablas y Gráficos

Tabla 1. Características poblacionales y tratamientos farmacológicos que recibían los pacientes.

Paciente	Sexo	Edad	Patologías de base	Medicación	
				clínica	psicofarmacológica
1	M	56	HTA, artrosis	enalapril, hidroclorotiazida	paroxetina 20 mg/d + clonazepam 1 mg
2	F	75	DBT II, hipotiroidismo	ibuprofeno, ácido tióctico, ranitidina, T4	citalopram 15 mg/d + lorazepam 2,5 mg/d
3	F	52	epilepsia	levetiracetam, carbamacepina	sertralina 75 mg/d + clonazepam 2 mg/d
4	M	55	---	---	paroxetina 20 mg/d + alprazolam 1 mg
5	F	69	HTA, úlcera duodenal	atenolol, hidroclorotiazida, omeprazol	paroxetina 15 mg/d + lorazepam 1,5 mg
6	M	73	neuropatía por compresión, asma	tramadol, salbutamol, corticoides	fluoxetina 15 mg/d + clonazepam 0,5 mg/d
7	F	76	HTA, hipotiroidismo	enalapril, valsartan, hidroclorotiazida, T4	fluoxetina 20 mg/d + clonazepam 1 mg/d

Máximo	76,00
Mínimo	52,00
Promedio	65,14

Tabla 2. Sintomatología registrada en los pacientes y tiempos de comienzo y desaparición de síntomas, suspensión del antidepresivo y normalización de registros bioquímicos.

Paciente	Edad	Sintomatología		Dispositivo por el cual ingresó con los síntomas	Día en que se decidió suspensión antidepresivo desde inicio síntomas	Tiempo en que desapareció la sintomatología desde suspensión antidepresivo (días)	Tiempo en que se normalizaron los valores bioquímicos desde inicio de síntomas (días)
		Clínico	Tiempo de comienzo de la sintomatología luego de iniciado el tto antidepresivo (días)				
1	56	dolor abdominal	11	cons. externos	13	3	22
2	75	confusión, letargia, calambres, cambios conducta	7	guardia	10	9	19
3	52	vómitos, diarrea, cefalea	22	cons. externos	7	2	17
4	55	náuseas, vómitos	17	guardia	2	4	23
5	69	cefalea, anorexia, náuseas	7	guardia	5	2	18
6	73	dolor abdominal, diarrea, desorientación, astenia	10	cons. externos	8	5	30
7	76	confusión, desorientación, inestabilidad, letargia, labilidad	5	guardia	5	4	22
Promedio	65,14		11,29		7,14	4,14	21,57
Máximo	76,00		22,00		13,00	9,00	30,00
Mínimo	52,00		5,00		2,00	2,00	17,00

Tabla 3. Cronología de las acciones terapéuticas implementadas.

Paciente	Días																																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
7																																										

<span style="color: red;">■</span>	Comienzo de los síntomas	<span style="color: green;">■</span>	Desaparición de la sintomatología
<span style="color: yellow;">■</span>	Suspensión del antidepresivo	<span style="color: blue;">■</span>	Normalización de los valores bioquímicos en estudios en sangre y orina

Tabla 4. Sintomatología observada en los pacientes.

Síntoma	Cant. de Pacientes
Cefalea	2
Confusión	2
Desorientación	2
Diarrea	2
Dolor abdominal	2
Náuseas	2
Vómitos	2
Anorexia	1
Astenia	1
Calambres	1
Cambios de conducta	1
Inestabilidad postural	1
Labilidad emocional	1
Letargia	1

Tabla 5. Resultados de laboratorio bioquímico.

Paciente	Edad	Rutina en sangre									Orina	
		Hemograma	Hepatograma	Proteinograma	Glucemia	Urea	Creatinina	Sodio	Potasio	Osmolaridad plasm	Osmolaridad	Sodio
				(g/dL) (n=6-8)	(mg/dL) (n=70-105)	(mg/dL) (n=15-40)	(mg/dL) (n=0,6-1,1)	(mEq/L) (n=135-145)	(mEq/L) (n=3,5-5)	(mOsm/L) (n=275-300)	(mOsm/L) (n<150)	(mEq/L) (n=20-40)
1	56	N	N	6,2	119	23	1	132	4,1	270	171	42
2	75	N	N	6,8	84	31	0,9	123	4,4	258	218	49
3	52	N	N	7,9	106	19	1,2	128	3,8	264	199	44
4	55	N	N	6,6	92	25	0,8	130	4,7	272	185	48
5	69	N	N	8,1	72	16	0,8	125	4,3	253	232	49
6	73	N	N	6,4	88	34	1,1	128	4,9	268	208	46
7	76	N	N	7,2	110	41	0,7	119	3,9	249	257	54
Promedio	65,14			7,03	95,86	27,00	0,93	126,43	4,30	262,00	210,00	47,43
Máximo	76			8,1	119	41	1,2	132	4,9	272	257	54
Mínimo	52			6,2	72	16	0,7	119	3,8	249	171	42

Gráfico 1. Registros de edad de los pacientes en función de los valores de concentración de osmoles en sangre y orina.

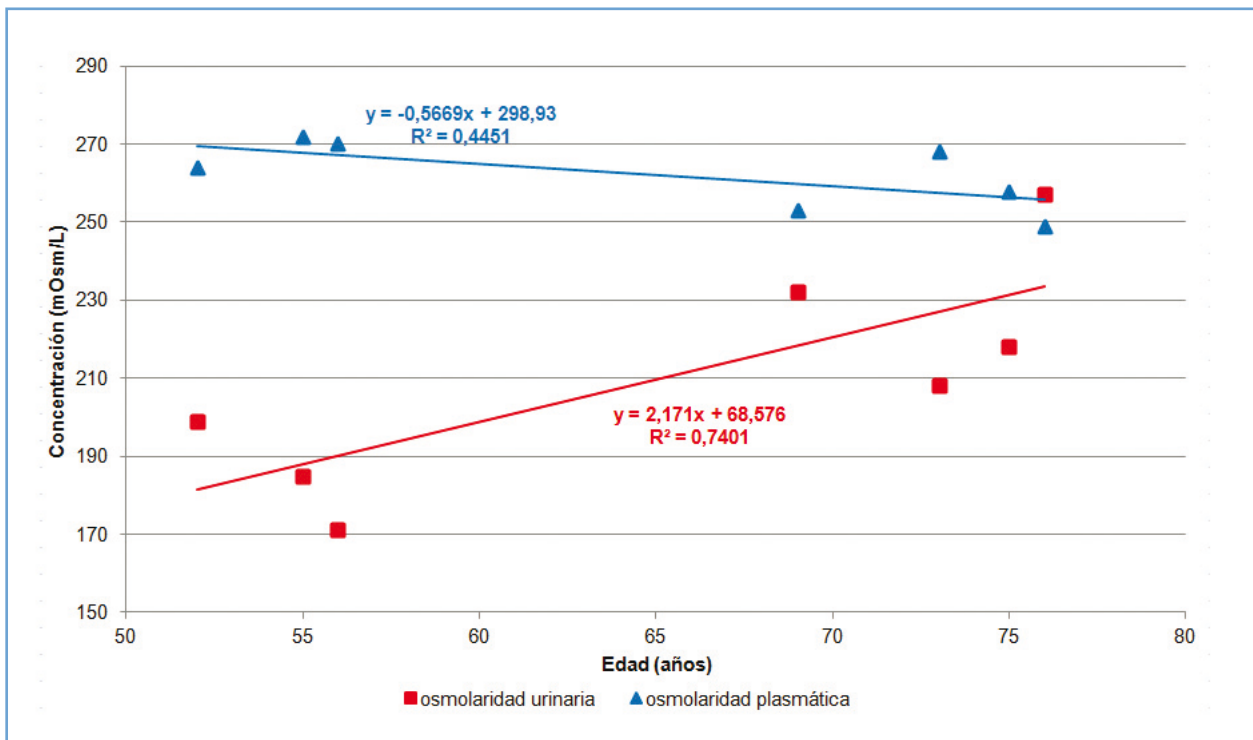


Gráfico 2. Registros de edad de los pacientes en función de los valores de concentración de sodio en sangre y orina.

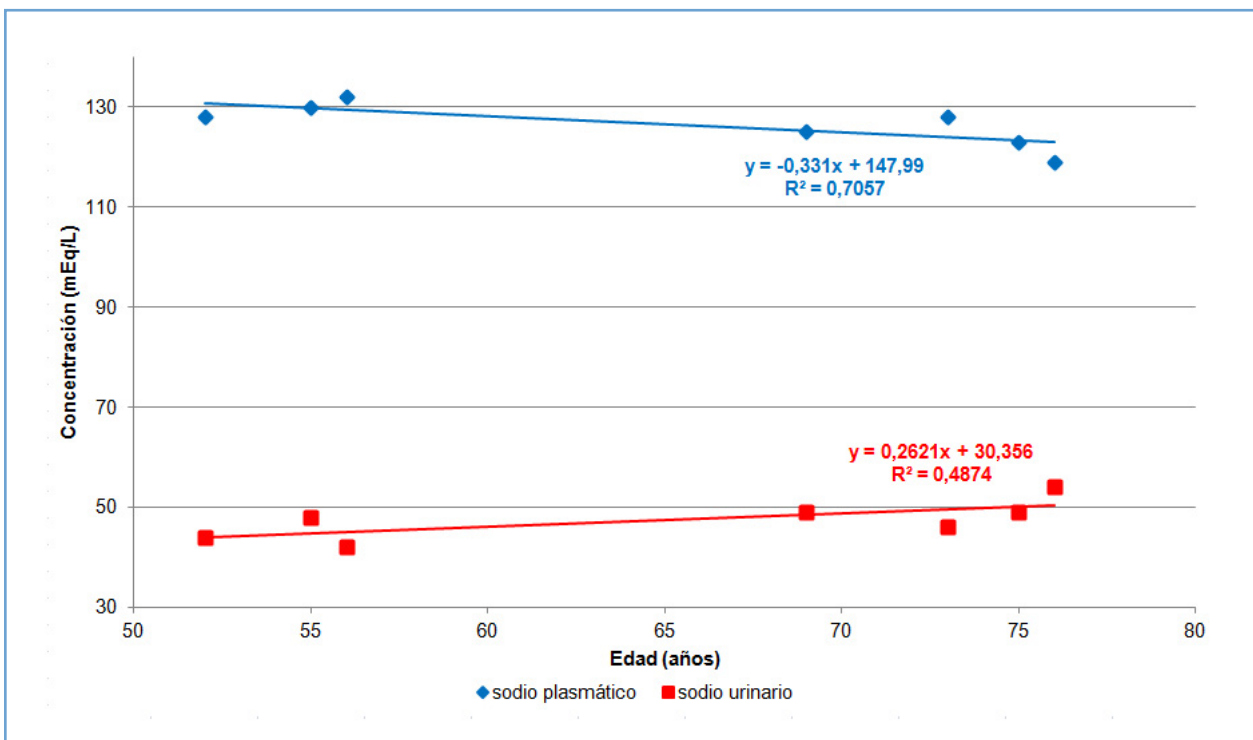
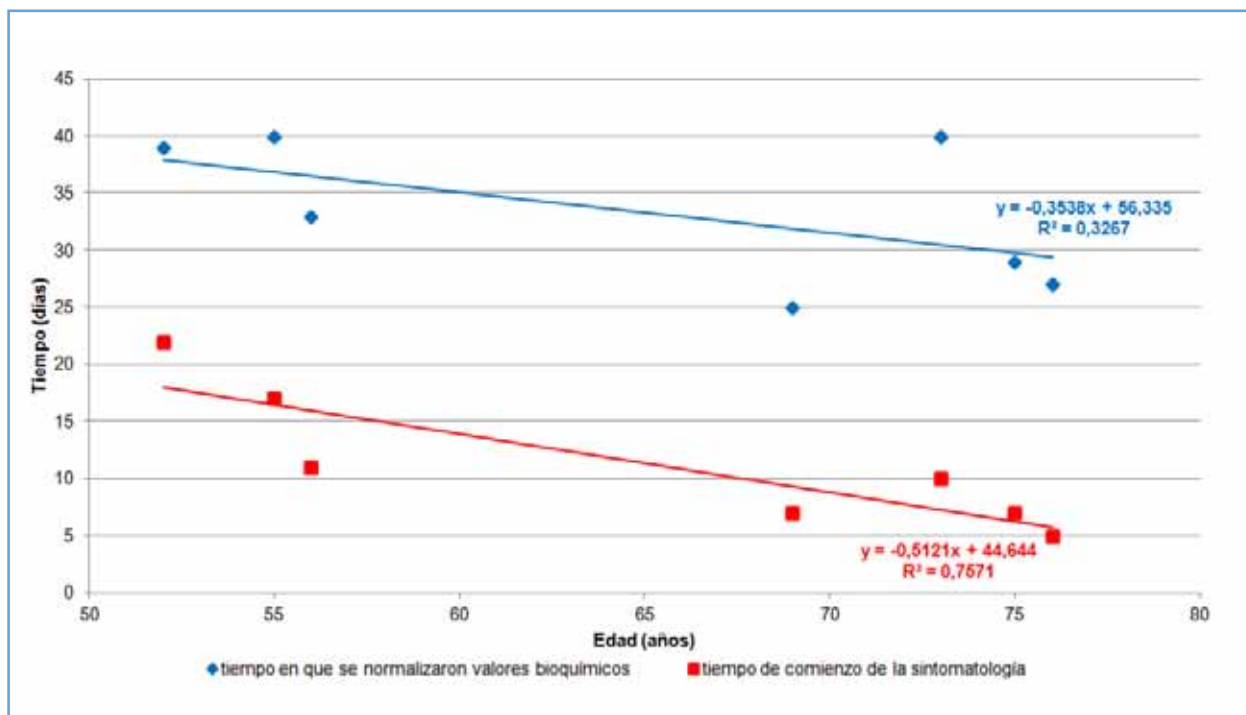


Gráfico 3. Registros de edad de los pacientes en función del tiempo de comienzo de los síntomas y de normalización de los valores bioquímicos.



# Las Psicoterapias Psicoanalíticas

## Tareas organizadoras del proceso terapéutico

### Conferencia del Dr. Héctor Fiorini

#### en el XXVIII Congreso Argentino de Psiquiatría (abril / 2013)

#### Dr. Héctor J. Fiorini

Médico especialista universitario en Psiquiatría (UBA), psicoterapeuta, psicoanalista. Hasta el año 2003 se desempeñó como Titular a cargo de la Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires –UBA-. Director General del Centro de Estudios en Psicoterapias. Profesor Invitado del Máster en Psicoterapia de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor Invitado en distintas universidades: Nacional de Córdoba, Católica Argentina, Belgrano. Autor de diversos libros de entre ellos citamos:  
El campo teórico y clínico de las psicoterapias (1987)  
Estructuras y abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas (1994),  
Nuevas líneas en Psicoterapias Psicoanalíticas (1999),  
Teoría y Técnica de Psicoterapias (2002),  
El psiquismo creador (2006).

Muchísimas gracias Dr. Stagnaro por esta tan afectuosa presentación, y todo mi agradecimiento a APSA por esta muy honrosa invitación, así como me ha conmovido ser designado Presidente de Honor de este Congreso.

Voy a comenzar historizando como se constituye un campo de psicoterapias psicoanalíticas, de dónde arrancan, qué asuntos plantea ese campo, qué investigaciones lo van constituyendo en el tiempo, y las tareas que eso supone, son numerosas las tareas son las que tienen que ver con el campo de las psicoterapias psicoanalíticas.

Este campo aparece inicialmente señalado por Freud en un par de artículos poco leídos; en muchos lugares no se dan a leer directamente porque comprometen a los esquemas previos. En los Escritos Técnicos de Freud, ustedes van a encontrar un par de artículos, uno se llama “*El Porvenir de la psicoterapia psicoanalítica*” de 1910 y “*Los caminos de la terapia psicoanalítica*” de 1918. En estos artículos Freud se pregunta ¿qué va a pasar con el futuro del análisis? Que, hasta ese momento, era un análisis clásico enteramente, y él dice que es para poca gente, para un sector social de poder adquisitivo mayor, varias veces dice, “*con éste método llegamos a muy poca gente*”, es decir no representamos nada en salud mental atendiendo a veinte personas en un consultorio. Entonces, dice, estamos todavía trabajando en una pequeña escala pero el futuro que se viene va a cambiar, las circunstancias van a cambiar cuando aparezcan hospitales, centros de salud mental, en situaciones en que habrá nuevas demandas para la salud mental y esa demanda se hará masiva. Ante esa demanda masiva, dice Freud, nuestra técnica tendrá que cambiar. No sabemos cómo va a cambiar, dice en 1918, pero seguramente habrá que combinar recursos; él se imagina la combinación de recursos, y lo que imagina -que inicialmente aparece en el artículo- es la combinación de una intervención psicoanalítica con instrucciones de tipo educativo, y tal vez una ayuda material. A veces, piensa, habrá que combinar intervenciones psicoanalíticas con hipnosis para poder penetrar en algunas patologías, intervenciones que hasta ese momento no se estaban usando. Entonces lo primero que él afirma es que va a haber que cambiar, no sabe en qué dirección. El también afirma en uno de esos artículos que no se le pasa por alto que en los trastornos que una persona padece influye su ambiente, influyen, dice, las circunstancias que rodean a la consulta, y piensa que intervenir sobre esas circunstancias que rodean y agravan la consulta estará más que justificado. Eso, muchos analistas no lo escucharon, lo dejaron pasar de largo, pero hizo falta tiempo para que se retomara la idea que estaba clara, es decir, la enfermedad es una co-causación entre procesos internos de un determinado psiquismo, los procesos internos de otros psiquismos que rodean a esa persona y otra serie de procesos de tipo social, institucional que están también penetrando la situación de enfermedad, de modo que él estaba planteando, va a haber que intervenir sobre los contextos. Yo después voy a retomar esta idea de los contextos con nociones más precisas, como es, entiendo, la noción de situación, que apareció unos años después desde el enfoque existencial, por ejemplo, con la obra de Sartre. Lo cierto es que Freud avanza esa idea de los cambios que vendrán y durante veinte años muchos analistas no se dan por enterados, siguen trabajando con el método clásico, pero algunos psicoanalistas, entre los años 1935 y 1940 están empezando a hacerse cargo de los cambios; comienzan a explorar esas tareas que Freud imaginó que iban a cambiar la práctica.

Entonces, ésta gente empieza a indagar las posibilidades de atender a pacientes que no van a ir al clásico diván, al encuadre de muchas sesiones semanales, o a un trabajo sin límites de tiempo. Esto toma la forma de diversas prácticas privadas, pero

---

además toma forma en ciertos centros asistenciales que se van destacando en el tiempo porque empiezan a producir una casuística con variaciones técnicas importantes.

Voy a mencionar cuatro centros, de los muchos que se fueron haciendo cargo de estos cambios. Cuatro centros que yo destacaría por la producción casuística y técnica que abre el campo de las Psicoterapias Psicoanalíticas y el primero es el centro de Franz Alexander y Thomas French en Chicago, es el Instituto de Psicoanálisis de Chicago, el segundo sería el de la Clínica Tavistock (fundada en 1920 por el Dr. Hugh Crichton-Miller) en Londres, el tercero sería el de la Clínica Menninger de Kansas, EEUU, y el cuarto es un centro argentino, el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús que dirigió el Dr. Mauricio Goldenberg.

Yo tuve la suerte de trabajar muchos años al lado de Goldenberg y llenarme de curiosidades, de intereses y de impactos al trabajar con poblaciones muy complejas, muy difíciles, trabajar por ejemplo con población de villas, y tener que ver cómo adaptar un conocimiento psicoanalítico que venía de los modelos clásicos, a situaciones nada clásicas, digamos así.

Toda la asistencia en Salud Mental en América Latina era ya entonces de un grado de variedad y de demandas enteramente cambiantes. Algo era claro, y eso a mí me apasionó bastante, que en América Latina teníamos que inventar la Salud Mental, no venía inventada de Europa, había que inventarla de nuevo. La situación de demanda de una persona europea de clase media no tenía casi nada que ver con la situación de demanda de una persona que no tenía casa ni trabajo en una villa. Éstos cuatro centros que menciono fueron produciendo obras y obras con una casuística importante. De los cuatro centros, yo diría que el nuestro, el de Lanús, tiene una importancia mayor en el tiempo que los otros que cité, primero, porque tiene una casuística mucho mayor, esa casuística en Lanús era de más de 2.500 consultas por año. En cambio toda la muestra de Alexander era de 300 pacientes, y la Tavistock a lo mejor veía otros tantos cada año. Una más amplia casuística va dando condiciones de demanda muy diversas a las que hay que ir adaptando métodos y desarrollando nuevos métodos.

De esta situación de invención les doy un ejemplo. Teníamos mucha gente que venía a la secretaría del hospital a pedir turno para iniciar tratamiento, pero no se daba abasto, hacían cola y la secretaria no llegaba a dar todos los turnos. Ante la gente acumulada ahí en un hall, algunos terapeutas pensaron: *"Esto es un grupo!, vamos a hacer un grupo de espera, un grupo de espera en secretaría, para conseguir un turno"*, y se inició un trabajo que duró mucho tiempo, que era una especie de "pre-terapia grupal", en el umbral del hospital. Y ésta gente del grupo de espera ya comenzaba un tratamiento, con lo cual cuando le daban el turno era natural tomar ese turno y seguir algo ya iniciado, no había un resalto. Del mismo modo, éramos muchos terapeutas, llegamos a ser 200, y con toda esa gente que consultaba, no había consultorios, entonces, primero inventamos el consultorio en el auto, cada uno que tenía un auto, usaba y prestaba ese auto, y la sesión se hacía con el terapeuta en un sillón y el paciente en el sillón de atrás y después como no alcanzaban los autos empezamos a caminar por el hospital... (risas.), Goldenberg tenía una costumbre muy maravillosa que era hablarnos tomándonos del hombro. Yo vi una cosa extraordinaria, él tomaba del hombro a un paciente que estaba en un estado

psicótico paranoide, y el paciente tenía una calma extraordinaria, yo eso lo experimenté porque Goldenberg muchas veces me puso la mano en el hombro, (risas...), con la mano en el hombro te curaba, yo supongo que era por una energía sanadora que emitía el cuerpo de Goldenberg. El caso es que cuando Goldenberg empezó a caminar por el hospital con un paciente tomado del hombro nosotros tuvimos otro ejemplo a seguir de alguna manera, entonces teníamos la terapia a lo Sócrates, era la Peripatética, recorriendo el hall, el campo del hospital, el jardín, que era media manzana, entonces, fíjense como esto era muy "Latinoamérica", inventar espacios que no tenían precedentes, pero que podían funcionar, lo interesante es que podían funcionar.

Y del mismo modo se fueron inventando así otras cosas, por ejemplo, qué hacer con la gente que terminaba un tratamiento, y que quería tener alguna relación de pertenencia con el hospital, que quería continuar, entonces se inventó un club de ex-pacientes, se reunían una vez por semana y veían una película o jugaban al truco, y duró muchos años, se llamó "Club Amanecer" y a mucha gente le significaba una especie de club social con otros pares, donde iban compartiendo la experiencia de haberse tratado allí, han sido experiencias de socialización. Goldenberg tuvo otras salidas de inventiva para la zona, él hablaba mucho con las sociedades de fomento, y éstas sociedades le plantearon el problema que había en Lanús con los chicos que pasaban todo el día en la calle, entonces él pensó: *Veamos ¿qué podemos hacer?, y... "armemos un campeonato de fútbol"*, organizó una liga de fútbol en la zona de Lanús con los chicos de 15 años y se armaron unos torneos que por muchos años organizaban a esos chicos, se movilizaba entonces una inventiva que estaba desafiada por eso que Freud llamó las nuevas demandas, la demanda que se haría masiva.

Bueno, estos centros que yo mencioné, Alexander, Tavistock, Menninger, Lanús, empiezan a desarrollar un tipo de psicoterapia, de base psicoanalítica diferente a la freudiana clásica, que se dio en llamar "Terapia Focal".

La idea de foco, surge espontáneamente porque lo piden los pacientes, en realidad no se le ocurrió a ningún terapeuta, sino que el paciente viene a la consulta con un problema principal, es decir, no viene con todos los problemas de la vida en el mismo plano, en una misma jerarquía, sino que viene con un problema que jerarquiza como principal. La idea del problema principal, en algunos lugares, recuerdo la Clínica del Hospital John Hopkins, lo formulaba así: en una admisión se le decía al paciente, *"Si Ud. tuviera que elegir un asunto a tratar en primer lugar, cuál elige?"* y los pacientes en general decían, tengo este asunto principal, que si me divorcio, o no me divorcio, si cambio de trabajo o me echan, o me peleo definitivamente con mi familia o intento mejorar el vínculo, es decir, con frecuencia había un asunto principal. Lo interesante es entender que el asunto principal no se formula en términos de inconsciente, sino que primero es una temática para la existencia y que se la formula la consciencia, yo tengo un problema consciente, y es que no sé si puedo dejar el trabajo o no puedo dejarlo, o no sé si me tengo que ir del país o tengo que quedarme.

Entonces, a la conciencia se le plantea un problema de existencia, esto remite a toda una cuestión que yo ahora voy a ampliar, en la visión de Goldenberg, sobre todo, que es el cruce de lecturas, entre lecturas de orden psicodinámico, como pueden

---

ser, cuales son los motivos inconscientes para divorciarse, pelearse, y cuáles son las manifestaciones que a la existencia se le presentan como válidas. Esto en Goldenberg era un trabajo importante, el de integrar una lectura psicoanalítica, una lectura psiquiátrica y una lectura de existencia, línea de pensamiento de los autores existenciales, que nos va a conectar con la noción de “proyecto”, de la que yo quiero hablar también. Entonces voy a ver si les puedo destacar, qué nos planteaba Lanús, qué nos planteaba Goldenberg. Él, y también -en esa época- Pichon Rivière, estaban planteando una visión plural interdisciplinaria, no había una disciplina única o privilegiada, o recortada como después algunas ortodoxias pretendieron, sino que había pensamientos que cruzaban modelos y que se proponía en cada situación clínica ver qué articulación de modelos permitía dar cuenta mejor de la situación, no había un esquema general que valiera para todos los casos, sino que cada caso tenía una configuración singular que se leía según el cruce de estos modelos. Incluyo en este punto la referencia a las ciencias sociales, en ese momento había un psiquiatría social en marcha, y una antropología, con cuestiones socioeconómicas y sociopolíticas que tenían que ver con la situación de Lanús por ejemplo, claramente, problemas gremiales, problemas barriales, todas esas iban configurando las situaciones de demanda, rodeaban a la situación de demanda. Entonces a mí me pareció que lo primero que Goldenberg me había transmitido de diferente es que no me traía a una disciplina aislada, sino a una disciplina integrada con otras. Y esa interdisciplina obliga a pensar mucho más, indudablemente a pensar mucho más, porque ya no alcanzan los modelos de un autor, sino que se abre en una tarea no terminable, seguimos hoy en la misma, de cruce de modelos, y de puesta en relación de diferentes modelos. En este panorama, en aquella época, la psicología entraba por todas las puntas, la psicología se ligaba a la psiquiatría, al psicoanálisis, a las ciencias sociales y a la filosofía de modo que los psicólogos que fueron integrando el servicio nos ayudaron mucho a desarrollar toda esta forma de encarar la demanda, siempre hay debates, ideológicos o políticos a cerca de una intradisciplina versus interdisciplina. Hay un filósofo, Eugenio Triás de Barcelona, que dice *“las diferentes disciplinas disputan entre sí el poder del centro, dibujan un gráfico estrellado, pero no hay caso, el centro es siempre excéntrico, de modo que no hay disciplina que pueda tomar definitivamente el poder del centro, aunque varias lo van a disputar muy seguido”*. Conocemos esas luchas acerca de quién tomó el poder, cómo lo tomó, si tuviéramos tiempo, analizaríamos un poco la confusión que hay acerca de la toma de poder de una disciplina. Porque cuando una disciplina cree que puede tomar el poder, es porque cree que tiene un saber, pero cuando una disciplina cree que tiene un saber, rompió una dialéctica, que es la dialéctica entre saber y no saber, que es lo esencial al pensamiento científico. El pensamiento científico sabe pero además sabe que no sabe y eso es esencial en las ciencias. A mí me resultó muy formativo en una cátedra de la facultad que compartíamos con Enrique Stein, en Histología, llegaba un simposio de la Fundación Ciba Geigy de New York, que reunía, una vez al año, a diez biólogos que habían producido las diez investigaciones más importantes del último año, siete días en New York, una sola pregunta, a diez sabios eh?, “Dígame lo que Ud no sabe”, los sabios hablaban y no paraban de hablar de lo que no sabían, porque sabían, sabían lo que no sabían, era fantástico lo que uno aprendía acerca del método de pensamiento científico. Bueno, en general, las orto-

doxias y las tendencias que en una disciplina quieren tomar el poder, niegan esta dialéctica entre saber y no saber, e ingenuamente creen que es posible agitar una bandera que dice: *“ya sabemos, hemos terminado de saber”*, y el resto, no, el resto no sabe nada. Ingenuidad total, o mala fe total, es decir, hay que ignorar bastante de epistemología para creer que una disciplina terminó de saber, hay que ser fuertemente ignorante, y tener cierta patología narcisista, a veces psicopática a flor de piel.

Bueno, ¿qué ocurrió con la predicción de Freud?, que con el tiempo, fueron apareciendo distintos tipos de terapias a partir de distintas demandas, con un eje en los modelos freudianos, por ejemplo aparecen estas líneas mencionadas, de terapias focalizadas individuales, pero se inician también, en varios centros, las terapias grupales, de pareja, y de familia, y las combinaciones entre trabajar con individuo y grupo, que es una combinación de una gran riqueza terapéutica, yo la experimenté mucho tiempo y la sigo experimentando, articulando recursos individuales, con trabajo grupal. Hablando de la respuesta a la demanda, las terapias grupales se inician en buena medida con Bion, ante una demanda del hospital de veteranos de la segunda guerra, que tenían traumas de guerra muy importantes. Había una cantidad tan grande de gente dañada, que no se les podía dar terapia individual, entonces Bion inventa la sesión grupal con veinte o treinta pilotos, explora el grupo como organización de interacciones. De nuevo es la demanda, la de un sector de población, no es la idea de un intelectual surgida en la soledad de su escritorio, es la demanda social que cada vez trae un nuevo llamado para que lo encaremos, nos vemos exigidos a crear una nueva herramienta. Unos cinco años después, con Pichón Rivière en Argentina y Eliot Jacques en Inglaterra, comienzan las terapias institucionales, abordajes que abren otros caminos, también pensables en términos freudianos, en ciertos sentidos, y en otros planos, con las ciencias sociales, con la antropología, se abren instrumentos de intervención en empresas, en instituciones, en escuelas, en hospitales, tomados en su trama de organización y tareas. Había un cierto debate durante mucho tiempo en psicoanálisis acerca de si éstas terapias seguían siendo análisis o ya no eran análisis, largo tiempo de debate sobre el tema. En un momento dado André Green, un hombre que recorrió exhaustivamente la teoría psicoanalítica, concluye así: *“Las psicoterapias de orientación psicoanalítica son psicoanálisis con un encuadre modificado”*. Se avanza así un fundamento para darle ingreso a estas terapias al campo freudiano, digámoslo así, pero tengo la impresión de que debemos ir más allá de Green. Estas terapias no sólo modifican el encuadre, sino que se modifican los objetivos, la estrategia, los procesos, el vínculo terapéutico, las actitudes del analista, todo, con respecto a lo clásico, todo va cambiando, e introduce algo que yo diría es *“otro psicoanálisis”*, un psicoanálisis actualizado que incluye más variables. Entiendo que la diferencia entre un psicoanálisis clásico y cualquiera de las formas que estoy citando de psicoterapias psicoanalíticas, es que las psicoterapias psicoanalíticas trabajan con más variables. Yo personalmente hice una prueba un tiempo largo, algo así como seis o siete años, que fue, parte del día trabajar con psicoanálisis clásico, y parte del día con otros pacientes trabajar psicoterapias psicoanalíticas breves, focales, combinando recursos, y comparado en el tiempo, tuve la clara sensación de que el psicoanálisis clásico con sus dispositivos más básicos instalados, para mí, era más pobre, desde el punto de vista desde lo que se podía impulsar como proce-

so, que el analista clásico estaba en un rol demasiado pasivo, y las terapias psicoanalíticas en cambio, le dan al terapeuta la posibilidad de jugar un rol más activo, como lo había destacado inicialmente Ferenczi, y más tarde Alexander, el rol más activo suponía que el terapeuta dialogaba más con el paciente, que podía introducir variaciones del encuadre para regular intensidades de la relación transferencial, es decir, un terapeuta que iba a ayudar a producir procesos, no solamente a nombrar lo que pasaba, sino que era un co-productor de procesos, esto aparece claramente en las terapias psicoanalíticas, fue lo que a mí me fue entusiasmando más de estas modalidades, la posibilidad de jugar con otra energética del terapeuta, del vínculo, en un trabajo de co-participación procesal.

Por otro lado, cómo estas terapias se alejan en cierta medida de Freud, siguen sus modelos, pero también los reformulan, se hacía muy claro, en esto, Freud en *"Análisis terminable e interminable"*, dice que para poder analizar a un paciente es muy importante que el paciente no tenga ninguna preocupación importante sobre el presente, porque entonces si el presente no le importa tanto, él lo que va a buscar es el pasado influyendo en ese presente. Esta formulación de Freud le cerraba al psicoanálisis todo el campo del trabajo en crisis, por ejemplo. Para poder trabajar en crisis hay que jerarquizar las tensiones del presente, ver asimismo cómo interviene el pasado allí también, pero además el trabajo en crisis revela otra dimensión importantísima que en Freud no está clara, y es el lugar del futuro, porque en las terapias de crisis y en las situaciones de crisis está muy comprometida la dimensión de futuro. En una crisis severa, en una crisis patológica, el asunto es ¿qué va a ser de nosotros?, no solamente ¿qué está siendo hoy de nosotros?, sino ¿qué va a ser de nosotros cuando se acumulen los daños, las pérdidas? En la clínica hay una pregunta muy importante que va hacia el futuro y viene desde el futuro, eso no está tematizado en Freud. Freud buscaba centralmente descifrar el juego entre pasado y presente, y la cuestión del futuro, vamos a ver ahora, es otra dimensión relevante de la clínica.

Castoriadis es un psicoanalista, griego, que se radicó en Francia, un notable filósofo y psicoanalista, un clínico agudo en sus señalamientos. Él fue trabajando con ambas disciplinas, con la filosofía y el psicoanálisis, tiene un libro pequeño de Nueva Visión que se llama *"El psicoanálisis, Proyecto y Elucidación"* donde va a acentuar la idea de que la situación terapéutica comporta siempre una dimensión de proyecto. Él traza una línea, toma las raíces griegas y dice que: "toda situación terapéutica, en principio tiende intencionalmente un arco que va de un pathos, que puede ser una patología, un sufrimiento sintomático, una crisis; que va de un pathos, a un polo de poiesis, que quiere decir creación, entonces se parte de una situación de padecimiento, pero se apunta a una creación, y creación, ¿de qué?. Uno diría, en los términos más amplios, a tomar el padecimiento, y crear ante el mismo alternativas, crear o desarrollar otras perspectivas, que no estaban presentes. En su trabajo Castoriadis dice que "el paciente viene a un tratamiento para ver si puede constituirse como sujeto", con la idea de que la enfermedad lo tenía disuelto o atado al sujeto, o barrado, como dicen los lacanianos, estaba en alguna medida el sujeto disuelto, en afanisis, disolución, y el proyecto terapéutico, sería el proyecto de trabajar para recuperar cierta autonomía de sujeto, cierta y relativa autonomía de sujeto. Esto le otorga a la situación te-

rapéutica, cuando nos ponemos en marcha en la consulta, una dimensión de proyecto. En griego proyecto quiere decir, *pro-eyecto*, "lanzar adelante", y el proyecto, en la filosofía existencial (antes les destacaba que la filosofía existencial tenía mucho que darnos a pensar), quiere decir, precursar lo posible, es una temporalidad especial del psiquismo, que instala el futuro en el presente, y organiza el presente, según un futuro que va a ser buscado, que es objeto de una intencionalidad. Entonces a ese movimiento del presente al futuro, del futuro al presente, Sartre le llama: "Vivir un horizonte de posibles, o precursar lo posible". La categoría de "*lo posible*", es una categoría muy importante en términos epistémicos porque introduce la posibilidad de creación frente a circunstancias donde no estaba lo posible, donde había otras circunstancias actuando. Todo esto tiñe a la situación clínica de un proyecto creador, digamos así. La noción de creación requiere algunas definiciones. Una era la de Wittgenstein, que decía "*crear es producir diferencias*", mientras que la enfermedad no trae diferencias, porque lo que trae es un circuito de repetición que insiste en repetirse, en ese estereotipo de la enfermedad, la creación en la clínica es la posibilidad de crear diferencias, ya sea diferencias de conducta o diferencias de pensamiento o diferencias de proyectos, diferencias de puntos de vista, o diferencias de sentidos. Otra definición de creatividad que me fue interesante, ha sido la de Sartre siguiendo a Platón, que decía: "*Crear es traer a la existencia algo que no era*", lo que no era, era la diferencia, lo que venía era la repetición. "Crear es traer a la existencia algo que no era", ésta definición le da a todo contexto terapéutico una intencionalidad creadora, y esto lo enfatizo, porque en algunas líneas clásicas en psicoanálisis se supuso que el analista no deseaba nada. En realidad el analista intenta no desear en relación con ciertos valores de vida del paciente, se propone ser neutral, pero el analista desea que haya un proyecto, y que ese proyecto sostenga el trabajo en un proceso. El deseo de proceso es inherente a la situación terapéutica, en tanto nos abstendremos de desear con otros valores, como otros objetivos de vida, tendremos neutralidades en otros puntos, pero si el analista no desea un proceso vinculado a un proyecto, eso es iatrogénico, está tiñendo la situación terapéutica de una nada para la existencia, se ofrece como un modelo flotante en un vacío.

Es importante considerar la intención práctica de la situación de consulta, para ver el contrapunto entre la práctica y la teoría. Pierce, un filósofo norteamericano, semiótico, dice lo siguiente: "*dígame usted que está tratando de hacer, y yo le diré de qué trabajan sus ideas*", me pareció fantástico porque rompe una relación jerárquica tradicional entre práctica y teoría. No es que lo que trato de hacer lo establezco ya con la teoría, lo intento con la práctica y entonces me doy cuenta de qué lugar en esa práctica le estoy dando a mi teoría. Trastoca los términos, digamos, usted muéstreme la acción y yo le digo que teoría hay en la acción, no en la teoría manifiesta, sino la teoría implícita en la acción. Esto, algunos investigadores norteamericanos como Hans Strupp lo han puesto en juego así: había en el hospital debates acerca de si los terapeutas eran más psicoanalistas o más conductistas o más existenciales. Entonces Hans Strupp les decía: "Ud. tráigame grabadas cinco o seis sesiones y yo le digo si usted es más analista o conductista o existencial pero lo registro en su filmación, no en lo que usted dice". Tomaba a terapeutas formados y a residentes de primer año de dos corrientes especialmente, psicoanalítica y conductista, los filmaba a todos, los

---

examinaba, los comparaba y se encontraba con que a veces el que decía ser muy psicoanalítico era más conductista y el que se decía conductista era más psicoanalítico que los conductistas, todos esos equívocos que se sostienen porque en la práctica pasa otra cosa. En este punto me interesa destacar un comentario del novelista Marcel Proust que dice “*experimentamos en un mundo y nombramos en otro*”, esa es una diferencia sustancial porque hay una gran dificultad en nombrar la experiencia, la experiencia se nos escapa, atraviesa el filtro de las palabras y de la conciencia, hacemos mucho más de lo que creemos que hacemos. Yo fui filmado en Lanús en una entrevista familiar con un paciente esquizofrénico que se quería ir del hospital, yo creí que hablaba con el paciente, cuando me mostraron la filmación yo mientras le hablaba sobre la importancia de mantener su internación, lo agarraba del brazo para que no se fuera y no tenía la menor idea de haberlo tocado, me veía y decía “no puede ser”. Creo que eso nos debe pasar con frecuencia en nuestra práctica.

Acá estoy entrando en el problema de las prácticas. En el mismo esquema de Castoriadis, tenemos un eje vertical que va del padecimiento o enfermedad a la creación de alternativas y en un eje horizontal lo que va de una *techné* con una teoría de esa *techné*, una teoría de las acciones prácticas que debiéramos encarar, y va a una praxis que es ya la práctica misma, es la puesta en acción. Ahí también hay un resalto entre la teoría y lo que debiéramos hacer, *techné*, y lo que realmente hacemos, hay un resalto que siempre se nos va a escapar. A veces la supervisión sirve para poder averiguar mejor que hizo uno, aunque lo que le contamos al supervisor ya está seleccionado. Lo cierto es que éste tema es muy amplio, importante para tratar, tema, de gran envergadura. Lo digo brevemente, voy a sacrificar un minuto por Kant, porque él planteó el tema de la diferencia entre la teoría, a la que le llamo “*la razón pura*” y la práctica que denominé “*la razón práctica*”. Entonces Kant destacó que “*la teoría busca conceptos coherentes, la práctica busca acciones eficaces*”, y entre conceptos coherentes y acciones eficaces tenemos unos resaltos fuertes, no es un continuum, no hay armonía, no se sintetizan de modo fácil o automático coherencia conceptual con eficacia práctica. La demanda que nosotros tenemos por parte de las poblaciones es eficacia práctica, nosotros haremos la teoría que podamos para responder mejor a eso, pero lo que nos piden es alguna práctica que le sirva a la vida de la gente. Entonces yo pensé tomar algunos aspectos de la práctica. “Alianza Terapéutica” es un concepto medio perdido con el tiempo, no está claro para los médicos, y los médicos clínicos debieran usar todo el tiempo el criterio de alianza terapéutica, porque sino el paciente no dura, y es posible que algunos psiquiatras no lo tengan tan trabajado, entonces me pareció útil detenernos en la idea de alianza terapéutica, para pensar que es una dimensión de la práctica muy importante. Nosotros pensamos que el paciente para tener condiciones de alianza con nosotros tiene que tener en primer lugar cierto reconocimiento del carácter psicológico de los trastornos que motivan a la consulta, cierto grado de reconocimiento del mundo psi. En segundo lugar, tiene que tener alguna expectativa de obtener beneficios con el esfuerzo que va hacer al tratarse, tiene que tener alguna esperanza de beneficios. Tercero, tiene que tener alguna aceptación del método que vamos a usar, por lo tanto es necesario, para crear una alianza, explicarle el método y que el paciente pueda darle alguna aceptación preliminar, ya que el método en sí es

algo que el paciente puede no aceptar. De hecho nosotros tenemos siempre en primeras consultas dudas sobre el método, la duda más común es la persona que viene y dice “*yo tengo mucho miedo al venir acá porque me dijeron que ustedes son muy divorcistas, y como yo estoy en una crisis de pareja, tengo miedo de que me obliguen a separarme*”, entonces es todo una pregunta que hace a la alianza terapéutica. Tiene que haber cierta aceptación del encuadre y del contrato. Tiene que haber una cierta inicial conexión empática, que Freud le llamo *rapport*, por cierta conexión intuitiva que dice que podríamos conectarnos. A mí en una primera entrevista me interesa colocar el tema delante y decirle al paciente: “*mire vamos a trabajar un rato en esta entrevista y al terminar nos vamos a preguntar si creemos que podemos trabajar juntos, qué impresión tiene Ud. para conmigo, que impresión tengo yo con Ud. y si nos parece que podríamos hacer algo juntos*”, a veces termina la entrevista y el paciente dice “no de ninguna manera”, hay que saber tolerar su no aceptación, indagarla, no interpretarlo todo como patología del paciente. Por último tendría que haber una coincidencia en formular algunos objetivos para la terapia, algunos fines, algunas metas, algo por lo cual empezar, después los objetivos o los métodos podrán ser reformulados pero primero algo en borrador tendría que ser compartido.

Un tema fuerte es el siguiente, en la situación de consulta, en realidad tenemos jugándose el encuentro entre dos culturas, el operador viene formado en la cultura psi, pero el consultante en principio, no; entonces tenemos una situación antropológica muy interesante, que es cómo se van a relacionar entre sí dos culturas que son diferentes, en niveles educacionales también diferentes. Viene aquí una pregunta por el poder, si se reúnen dos culturas, ¿en qué cultura se va a resolver ese diálogo?, en una, en dos, entre dos...pregunta a revisar, pero de hecho, la situación de consulta nos enfrenta a esa cuestión. El gran tema de la alianza terapéutica es que nosotros construimos un contrato, pero un contrato, decía Castoriadis, instituye una relación no estable, intuitiva, es una relación inestable, que va a haber que chequear permanentemente. Castoriadis decía: “*cuando una relación no se está instituyendo, se está destituyendo*”, de modo que nosotros no demos por sentada la alianza sino que tenemos que trabajar siempre para ver si la alianza funciona o está amenazada o cuestionada, se fortalece o se debilita.

Algunas cuestiones sobre el Foco, para hablar de terapia focal. Decíamos que el foco es ante todo una manifestación del motivo de consulta que tiene que ver con la vida de la gente, y sobre ese elemento manifiesto de la consulta nosotros podemos leer cierto conflicto inconsciente, central, que hace al motivo de consulta. El aporte del psicoanálisis es poder transformar un motivo de consulta manifiesto en una lectura de motivaciones latentes ocultas que tienen que ver con toda la vida infantil, fantasmática, pulsional del paciente. En ese conflicto juegan también componentes grupales, no es individual aunque la consulta sea de a uno, no hay individuo sin grupo ni real ni imaginario, de modo que la consulta nos lleva a cotejar los componentes grupales, componentes situacionales, componentes evolutivos también. Hay muchas formas de trabajo en la focalización, éste es un pequeño inventario, a veces hay una consulta que delimita claramente un motivo de consulta principal, y el tratamiento gira alrededor de ese eje, el eje no se mueve. En otros casos aparecen de entrada dos o más focos y se presenta

---

un problema, que es jerarquizar si es que hay un asunto más urgente o más delicado y otro que puede esperar, entonces tenemos la segunda variante que sería una focalización selectiva, porque hay que optar entre más de un foco. A veces en el trabajo, esos focos se despliegan de modo sucesivo, de modo que el que quedó en espera viene después, la focalización sucesiva es un modo frecuente del trabajo focal. A veces el foco no surge espontáneamente por el paciente, sino que hay que crear un foco, que es el caso de los pacientes fronterizos, caóticos, donde el material no admite ninguna organización, y tenemos que proponer nosotros alguna organización para poder trabajar (“construcción de focos inducidos en pacientes fronterizos descompensados”). Por último, hay terapias donde se alternan momentos de un trabajo focal y momentos de trabajo abierto en todas direcciones, en etapas donde la búsqueda se abre en muchas direcciones y luego desemboca en un nuevo foco, para algunos el trabajo psicoanalítico podría ser un trabajo de focos alternantes sin límites de tiempo.

El título de mi conferencia es “tareas que organizan el proceso psicoterapéutico”, dimensiones que trabajan en el proceso de la psicoterapia psicoanalítica, yo acá voy a destacar una serie de tareas básicas. Para que podamos trabajar y producir procesos terapéuticos tienen que juntarse todas esas tareas básicas y armar sinergias, una especie de máquina en forma de una matriz de acciones convergentes mutuamente potenciadas. Voy a caracterizar esa matriz, esa maquinaria de esta manera: **Una Psicoterapia Psicoanalítica es una actividad pensante, emocional, vinculante, corporal, creadora, continente e interpretante.** Pueden entrar en consideración más dimensiones, pero sé que con este conjunto de tareas, enlazadas unas con otras, abarcamos mucho de lo que podemos hacer. Sobre todo lo que me importa destacar es que todas estas tareas son relevantes, y que el conjunto es el que tiene potencia de cambio, porque suma por ejemplo el poder del pensamiento con el poder emocional de las transferencias y con el poder vinculante gestual y movilizador de afectos de lo corporal. De modo que si puedo pensar que un trabajo terapéutico pasa por todas estas dimensiones, tiene muchas posibilidades de ser potente y de mostrar eficacia. Digo *pensante* porque el trabajo del pensamiento es un trabajo esencial, no habría que confundirlo con el *hablar*, algunos autores creen que en Occidente con las modas

lingüísticas de las últimas décadas se confundió el hecho de que la terapia era cuestión de hablar, con hipertrofiar los poderes de los lenguajes, las lingüísticas, y las “lenguajerías” pero no, la terapia no contiene solo el problema del hablar, sino de pensar mediante las palabras, es un trabajo de pensamiento, también puede trabajar con juegos de palabras, pero las palabras nunca fueron decisivas, porque el asunto es ¿qué es lo que dan a pensar?, entonces Foucault decía que en Occidente estaba demasiado achicada la diferencia entre pensamiento y habla, hasta casi anularse. Nosotros tenemos que reabrir la brecha entre pensamiento y habla para recuperar las dos dimensiones, la dimensión de lo verbal y la dimensión de lo pensante. La psicoterapia es un trabajo *emocional*, nosotros tenemos que estar atentos a todo el movimiento de las emociones, que es lo que va a mover el conjunto del psiquismo en la consulta. Es un trabajo *vinculante*, no solamente se hablaría de transferencia y contratransferencia sino que hablaría también de producir diferencias en la vinculación, el vínculo sería también un vínculo que corrige historias, eso fue en Alexander una idea muy destacada, como experiencia emocional correctiva, que no sólo trae a la transferencia la historia, sino que además la va a modificar en algunas posibilidades, propias de un vínculo diferente, inédito. Última referencia a tareas, tareas de base, hacer contacto con la problemática en juego, registrar lo que se está jugando, eso no es fácil, porque hacer contacto emocionalmente cuesta, cuesta sostener el contacto, y cuesta registrar todo eso que duele, profundamente duele, choca, conmueve. Desarrollar más y más los medios de expresión, para lo cual las terapias no debieran ser sólo con la palabra, sino que debieran usar otros lenguajes también, lenguajes gráficos, lenguajes del cuerpo, otro tipo de lenguajes, imágenes, trabajar con imágenes y no sólo con palabras. Es decir el tema que se abre, se abre como la necesidad de usar diferentes lenguajes y no sólo el lenguaje verbal, aunque es el más prestigiado en la cultura. Llegaremos hasta aquí en esta exposición sólo por razones de tiempo.

Me gustaría dejarles un consejo de Gilles Deleuze, un filósofo del que siempre tenemos más por aprender, cuando dice: “No piense usted para siempre, piense cada vez”. El campo de las Psicoterapias Psicoanalíticas tiene fuertes desarrollos y a la vez queda enteramente abierto. Gracias.

---

## Referencias Bibliográficas

Fiorini, H. Teoría y Técnica de Psicoterapias. 2012, ed. Ampliada y actualizada, Buenos Aires, Nueva Visión.  
Alexander, F. y French, T. Terapéutica Psicoanalítica. 1965, Buenos Aires, Paidós.  
Freud, S. Escritos Técnicos. Standard Edition, 1976, Buenos Aires, Amorrortu, vol 11 y 17.  
Malan, D. A Study of Brief Psychotherapy, 1963, Springfield-Illinois, C. Thomas.

Strupp, H., Binder, J. Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time Limited Dynamic Psychotherapy. 1984, New York, Basic Books.  
Wallerstein, R. Forty-Two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy. 2000, New York, Other Press.  
Fiorini, H. Estructuras y Abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas. 2000, 4ª. ed, Buenos Aires, Nueva Visión.  
Fiorini, H. El Psiquismo Creador. Teoría y Clínica de Procesos Terciarios, 2006, Buenos Aires, Nueva Visión

Sinopsis agradece a María Eugenia Moyano / Capítulo de Psiquiatras en Formación de APSA por la desgravación de esta magistral conferencia.

# Impacto subjetivo de la práctica clínica actual Según momentos de la formación

Actividad de Investigación Intercapitular: "Salud Mental y Derechos Humanos" y "Psiquiatras en Formación"

Subjective impact of the current clinical practice by moments of training Intercapitular research activity

"Mental health and human rights" and "Psychiatrists in Training"

## Dra. Julieta Falicoff

Médica (UBA). Especialista en Psiquiatría. Instructora de Residentes del Psiquiatría, HGA Manuel Belgrano. Docente Auxiliar de Salud Mental, Unidad Manuel Belgrano, Facultad de Medicina, UBA. Vicepresidente del Capítulo "Psiquiatras en Formación", APSA.

## Dra. Mariana Lagos

Médica. Especialista en Psiquiatría. Presidente del Capítulo "Salud Mental, Derechos Humanos y Emergencias Sociales", APSA. Coordinadora regional de Sección de Salud Mental y Derechos Humanos, APAL. Miembro del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial-EATIP. Miembro del Consejo Internacional para Rehabilitación de Víctimas de Tortura-IRCT-. Docente de la Cátedra de Salud Mental a cargo del Prof. Juan Carlos Stagnaro, Facultad de Medicina, UBA.

## Dr. Martín Mazzoglio y Nabor

Médico (UBA). Especialista en Psiquiatría. Jefe de Residentes del Hospital de Psiquiatría, HGA Manuel Belgrano. Docente Adscripto de la Facultad de Medicina (Departamentos de Anatomía y de Farmacología), UBA. Docente Auxiliar de Salud Mental, Unidad Manuel Belgrano, Facultad de Medicina, UBA. Becario de Posgrado, INEBA. Miembro de los Capítulos "Psiquiatras en Formación" y "Neurociencia", APSA.

## Dra. Silvana Bekerman

Médica (UBA). Especialista en Psiquiatría. Psicoterapeuta. Integrante del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP). Vicepresidenta del Capítulo "Salud Mental, Derechos Humanos y Emergencias Sociales", APSA.

## Dra. Milagros Muñiz

Médica (UBA). Especialista en Psiquiatría. Docente Auxiliar de Salud Mental, Unidad Manuel Belgrano, Facultad de Medicina, UBA. Becaria de Posgrado, INEBA. Miembro del Capítulo "Psiquiatras en Formación", APSA.

## Dra. Milagros Méndez Ribas

Médica (UBA). Especialista en Psiquiatría. Miembro del Capítulo "Psiquiatras en Formación", APSA.

## Resumen

El presente trabajo surge de una interpelación necesaria sobre las actuales condiciones del ejercicio profesional desde una mirada intergeneracional.

El malestar subjetivo actual en gran cantidad de profesionales en el ejercicio de sus tareas resulta un factor de alerta que deber ser desnaturalizado.

Las principales dificultades en el sistema de Salud se evidencian en el acceso, demoras, falta de recursos, en distintas medidas según sectores y lugares geográficos. Se suman a esta situación la precarización laboral y la falta de condiciones de trabajo, que afectan y lesionan los códigos que regulan el ejercicio profesional e impactan en los aspectos inherentes al rol profesional en su práctica clínica. Nuestro objetivo es establecer la prevalencia de las dificultades en la práctica profesional, en correlación con distintos momentos de la formación. Realizamos un estudio observacional y transversal mediante una encuesta semi-estructurada en una muestra dividida en 2 grupos: PEF o "profesionales en formación" y PFB o "profesionales con formación básica". Si bien los momentos de la formación estudiados son muy disímiles, las dificultades referidas en la práctica (aplicación Ley de Salud Mental, sobrecarga laboral, honorarios) y las áreas de afectación (calidad de atención y salud física y mental) fueron similares en ambos grupos.

**Palabras clave:** Práctica clínica. Condiciones laborales. Momentos de formación. Profesionales en Formación.

## Abstract

*The lack of sanitary measures and policies to meet the health needs of the population affected and damage codes governing the practice. They join job insecurity and lack of minimum working conditions that erode and impact on aspects inherent professional role in clinical practice. Our goal is to establish the prevalence of the difficulties under current working conditions and their consequences, according to the time of formation. We conducted a cross-sectional observational study using a semi-structured survey of mental health professionals, which divided into 2 groups: PEF or "professionals in training" and PFB or "professionals with basic training." While training times are very discimiles studied the difficulties referred to in practice (Mental Health Act implementation, overwork, fees) and areas of involvement (quality of care and physical and mental health) were similar in both groups .*

**Key words:** Clinical Practice. Working conditions. Training moments. Training Professionals.

## Introducción

La realización de este trabajo surgió de la preocupación compartida por profesionales de la Salud Mental de distintas disciplinas y diferentes niveles de formación acerca de las condiciones cotidianas en las que desempeñamos nuestra tarea y las consecuencias que dichas condiciones comportan tanto para los propios profesionales como para nuestros pacientes.

Proponemos con esta presentación una interrogación posible sobre algunas de las dificultades del ejercicio profesional desde una mirada intergeneracional.

Los trabajadores de la Salud nos vemos interpelados por las necesidades crecientes de los pacientes que nos sitúan en encrucijadas difíciles de resolver; muchas de las problemáticas de salud, incluidas las de salud mental, son, en esencia, problemáticas sociales. Es decir, que están vinculadas con situaciones de vida donde son vulnerados derechos básicos de vastos sectores sociales que sufren falta de trabajo, de vivienda digna, de educación y de alimentación adecuada, viendo así afectadas profundamente su salud física y psíquica.

Esta problemática trae como consecuencia (entre otras) que los profesionales de la Salud nos vemos desbordados por la complejidad de las consultas de los pacientes.

Así es como, de esta multiplicidad de factores, no sólo se ve afectada la posibilidad de realizar nuestra tarea en forma adecuada sino que nuestra propia salud física y emocional se ven fuertemente comprometidas aún cuando -con frecuencia- no nos demos cuenta.

Esta interrelación de factores esquemáticamente se podría plantear así: derechos humanos básicos vulnerados  $\leftrightarrow$  mayor afectación de salud de la población  $\leftrightarrow$  mayor demanda de atención  $\leftrightarrow$  dificultad de los equipos de salud de cubrir las necesidades de los pacientes  $\leftrightarrow$  afectación de trabajadores de la salud  $\leftrightarrow$  deficientes condiciones de atención de la salud de la población.

Circuito que se repetirá una y otra vez, profundizándose sus efectos cada vez más, por lo cual consideramos absolutamente prioritario trabajar en estos temas, identificar los elementos objetivos y subjetivos presentes en esta problemática y reflexionar acerca de los distintos recursos a los que debemos recurrir (o crear) para realizar nuestra tarea, que no es otra que la de mitigar el sufrimiento de quienes nos consultan.

Estas condiciones laborales, sumadas a la creciente exigencia de la práctica clínica, erosionan en mayor o menor medida aspectos inherentes al rol profesional, afectando los códigos que regulan el ejercicio de esta función.

Estas circunstancias se expresan necesariamente en la calidad de la atención profesional, quedando profesionales y pacientes atrapados en una situación de permanente vulneración (sutil o explícita) de los derechos que nos asisten.

La naturalización de estos fenómenos, con frecuencia diluye la percepción y el reconocimiento de sus efectos en los profesionales, tanto en lo que hace al impacto directo en sí mismo como en su práctica clínica.

Sentimientos de frustración, impotencia, desgano, desmotivación, enfermedad física y, a veces, la muerte son una lamentable consecuencia en los profesionales a partir de la situación descrita.

Otra derivación de la misma conflictiva se evidencia en la reiterada expresión de los pacientes de no ser suficientemente escuchados, de no obtener contención emocional ni respuestas profesionales apropiadas ante sus motivos de consulta.

También resulta significativa la escasa conciencia que con frecuencia tienen los profesionales acerca del profundo deterioro del acto médico y de la relación médico-paciente, que podemos interpretar como un síntoma de la compleja situación vinculada a las condiciones laborales actuales.

La situación descrita nos plantea el desafío de recuperar el valor y el lugar de nuestra especialidad, y las mejores tradiciones de la vocación profesional y los aspectos reparadores de los trabajadores de la Salud Mental, como así también ofrecer todos los instrumentos de la terapéutica al servicio de la mejor calidad en la prevención y asistencia de nuestros pacientes<sup>1,2,3,4,5</sup>.

## Objetivo

El objetivo del presente trabajo es establecer la prevalencia de las dificultades que se presentan bajo las condiciones actuales

de trabajo y sus consecuencias, tanto individuales como laborales, en los integrantes del Equipo de Salud Mental acorde con el momento de la formación.

## Material y métodos

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal mediante la implementación de una encuesta semi-estructurada y anónima a 117 profesionales integrantes del área de Salud Mental.

Se dividió a los participantes en 2 grupos: uno llamado PEF o "profesionales en formación" (n=48) que incluyó a residentes, concurrentes, alumnos de cursos superiores y de carreras de especialistas acreditadas; y otro grupo denominado PFB o "profesionales con formación básica" (n=69) que incluyó a los médicos especialistas en psiquiatría, psicólogos clínicos, licenciados en enfermería, licenciados en trabajo social, licenciados en terapia ocupacional, musicoterapeutas y talleristas.

Los resultados de las encuestas fueron procesados y sometidos a pruebas de estadística descriptiva (promedio, máximo, mínimo) e inferencial (correlación  $r$  y  $r^2$ ) y se realizaron gráficos sobre dichos valores mediante el Microsoft Excel® para una mejor visualización de la magnitud de las diferencias.

El presente trabajo de investigación se realizó atento a los reparos ético-legales vigentes.

## Resultados

En ambos grupos determinamos que la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657/10, la sobrecarga laboral y los honorarios percibidos fueron las mayores dificultades referidas por los participantes [Gráf. 1]; mientras que la calidad de atención y el impacto en la salud personal (física y emocional) fueron las áreas con mayor afectación manifestada, especialmente en los participantes del grupo PEF [Gráf. 2].

Sólo el 32% de los encuestados contaban con espacios de reflexión, destacándose que el 64% de los PEF contaban con dichos espacios y ninguno de los PFB [Gráf. 3].

En promedio, los PFB registraron sólo un 14% menos de horas laborales/semana que los PEF.

Determinamos en los profesionales en formación del equipo interdisciplinario que la cantidad de lugares de desempeño laboral era directamente proporcional a la cantidad de dificultades referidas en la encuesta ( $r^2=0.76$ ) [Gráf. 4]. Dentro del grupo de psicólogos con formación básica, la edad fue directamente proporcional a la cantidad de dificultades presentadas en el desarrollo de su profesión ( $r^2=0.72$ ) [Gráf. 5].

Cabe resaltar que el análisis cualitativo de las respuestas expresadas por los profesionales, en entrevistas informales realizadas al momento del trabajo, dan cuenta del malestar subjetivo frente a varios de los factores mencionados, lo cual hacen a su tarea cotidiana.

## Discusión

Los resultados recabados en nuestro trabajo plantean la ineludible necesidad de reflexionar ampliamente acerca de la temática

---

tratada. Reflexión que debe incluir tanto un aspecto macrocontextual como otro que hace al desarrollo de la práctica cotidiana, sabiendo que estos últimos son, en gran medida, reflejo de los primeros.

Sabemos que los recursos destinados a la atención de la salud en general y a la de la Salud Mental en particular son insuficientes y/o no son adecuadamente utilizados -lo vemos diariamente en todos los ámbitos en los que trabajamos-. Esta situación no es nueva; y está vinculada a muchos años donde las políticas de salud de los distintos gobiernos han ido privilegiando otros aspectos de la atención médica (con frecuencia incluyendo un abaratamiento de los costos de las prestaciones médicas) en detrimento de la calidad de asistencia que se presta a los pacientes. Esta situación afecta tanto a los pacientes como a los profesionales: largas esperas de los pacientes para conseguir turnos, necesidad de presentarse a la madrugada para solicitar atención, tiempos de consulta sumamente breves, falta de medicamentos, imposibilidad de numerosos pacientes de adquirirlos, dificultad de conseguir camas para internación son situaciones que forman parte del paisaje cotidiano de nuestro quehacer. Todas estas situaciones implican para los profesionales una importante sobrecarga emocional y profesional, provocando sentimientos de impotencia y frustración frente a las crecientes demandas donde las problemáticas sociales impregnan las demandas específicas de salud.

Además de la necesidad de comprometernos e implicarnos como profesionales en la denuncia y la lucha por una Salud Pública adecuada a las necesidades debemos implementar distintos modos de hacer frente al impacto en nosotros mismos de la situación que venimos describiendo.

De ahí una de las preguntas de la encuesta, la referida a los dispositivos de los grupos de reflexión para compartir y pensar en estos temas. Los datos obtenidos en este punto nos plantean interrogantes relacionados con el modo, alcance y utilidad de los espacios de reflexión existentes en las instituciones públicas y privadas donde los profesionales desempeñan sus tareas laborales. La saturación, real o subjetiva en el sistema de salud público y las diversas instituciones de Salud Mental, podría generar la idea de lo escasamente prioritario que resulta el cuidado de los profesionales y estos espacios de reflexión tan necesarios.

La sobrecarga laboral y el monto de los honorarios constituyen una preocupación común con alto impacto subjetivo entre los profesionales con distintos niveles de formación. Sin embargo algunos aspectos del vínculo entre ambos factores no son suficientemente evidenciados por los mismos trabajadores afectados: existiría una sobreadaptación a la problemática relacionada con los honorarios bajos que es compensada "naturalmente" mediante el aumento de las horas laborales sin tener en cuenta los alcances e impacto de dicha solución de compromiso. Parte de esta naturalización se apoya también en el hecho de que en las profesiones relacionadas con la salud las ideas de altruismo, responsabilidad social, vocación y voluntarismo se encuentran contenidas fuertemente, potenciadas por el mandato social de ocupar un lugar de "sacerdocio".

La afectación de la salud física y mental es una de las preocupaciones explicitadas por todos los profesionales; sin embargo con frecuencia no son verbalizadas en los grupos de reflexión ni entre colegas por considerarlas parte constitutiva de la prác-

tica clínica, por subdiagnóstico, automedicación o prejuicio. Sin duda este silencio opera potenciando la presión emocional y el malestar al cual los trabajadores de la salud se encuentran sometidos.

Frente a las marcadas dificultades manifestadas por los profesionales en su práctica clínica resulta preocupante la evaluación de los encuestados respecto a que la relación médico-paciente (o profesional-paciente) se encuentra en general poco afectada. Esta valoración expresa, cuando menos, un desconocimiento profundo por parte de los profesionales de la importancia de una adecuada relación con el paciente como recurso humano y terapéutico. Al mismo tiempo sugiere poca conciencia de esta situación y un elevado nivel de disociación emocional, así como la presencia de un mecanismo de desmentida de la realidad, si se tienen en cuenta las quejas de pacientes o el aumento de los litigios de mala praxis originados en múltiples factores, entre los que una relación inadecuada, ocupa un lugar relevante.

## Conclusiones

Si bien los momentos de la formación estudiados son muy disímiles, las dificultades referidas tanto en la práctica profesional como las áreas de afectación más frecuentes fueron similares en ambos grupos de profesionales del Equipo de Salud Mental, presentando sólo diferencias cuantitativas menores. Esta situación pone en evidencia que no hemos dado la suficiente importancia a las condiciones en que realizamos nuestra labor a lo largo de los años de práctica. Ejercer la crítica sobre esto debiera poder movilizar los cambios que se requieren desde lo micro a lo macro del sistema.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de resignificar la importancia de los espacios de reflexión y participación, así como su complementación con otros de características creativas, recreativas o tendientes a promover un mayor nivel de descarga psicofísica.

Repensar grupalmente en el ámbito laboral los modos de afectación personal de los profesionales, así como desarrollar nuevos dispositivos para disminuir el impacto de la tarea redundará beneficiosamente tanto en los sentimientos de realización personal referidos a la tarea que desempeñamos los trabajadores de la salud como a alcanzar una mejoría de los resultados en la artesanal misión de contribuir a aliviar el padecimiento humano.

## Bibliografía

1. Kalimo R, Mejman C. *Respuesta psicológica y de conducta al stress laboral*. Rev OMS 1998.
2. Lagos M, Bekerman S, Falicoff J, Mazzoglio y Nabar MJ, Méndez Rivas M. "Y por casa como andamos?" *Vicisitudes e impacto subjetivo de la práctica clínica actual*" Comunicación oral presentada en el XXVII Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), Ciudad de Buenos Aires 16 al 19 de 2012.
3. Maslach C. *Burnout: A social psychological analysis*. Ponencia, Berkely University of California, 1981.
4. Ramirez A, Graham J. *Mental Health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work*. Lancet 1996;347:724-728.
5. Thomaé y otros. *Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud*. Revista de Posgrado de la Vº Cátedra de Medicina 2006;153:18-21.



## Tablas y Gráficos

Tabla I. Características poblacionales de la cohorte.

	PEF %		PFB %
n=48		<b>Sexo</b>	
Residentes Concurrentes Alumnos de Cursos Superiores Alumnos de Carreras de Especialistas	68,75%	Femenino	75,36%
	31,25%	Masculino	24,64%
		<b>Edad</b>	
	28,89	Promedio	41,38
	36	Máximo	82
	25	Mínimo	23
	2,46	DS	12,74
		<b>Profesión</b>	
	72,92%	Esp. en Psiquiatría	59,42%
	14,58%	Lic. en Psicología	23,19%
	0,00%	Terapeuta Ocupacional	1,45%
	0,00%	Trabajador Social	1,45%
	4,17%	Enfermero	2,90%
	8,33%	Acompañante terapéutico	2,90%
	0,00%	Musicoterapeuta	0,00%
	0,00%	Médico	7,25%
n=69		Especialistas en Psiquiatría Psicólogos clínicos Licenciados en Enfermería Licenciados en Trabajo Social, Terapia Ocupacional	

Gráfico I. Dificultades referidas en la práctica clínica con especificación de la disciplina y momento de formación.

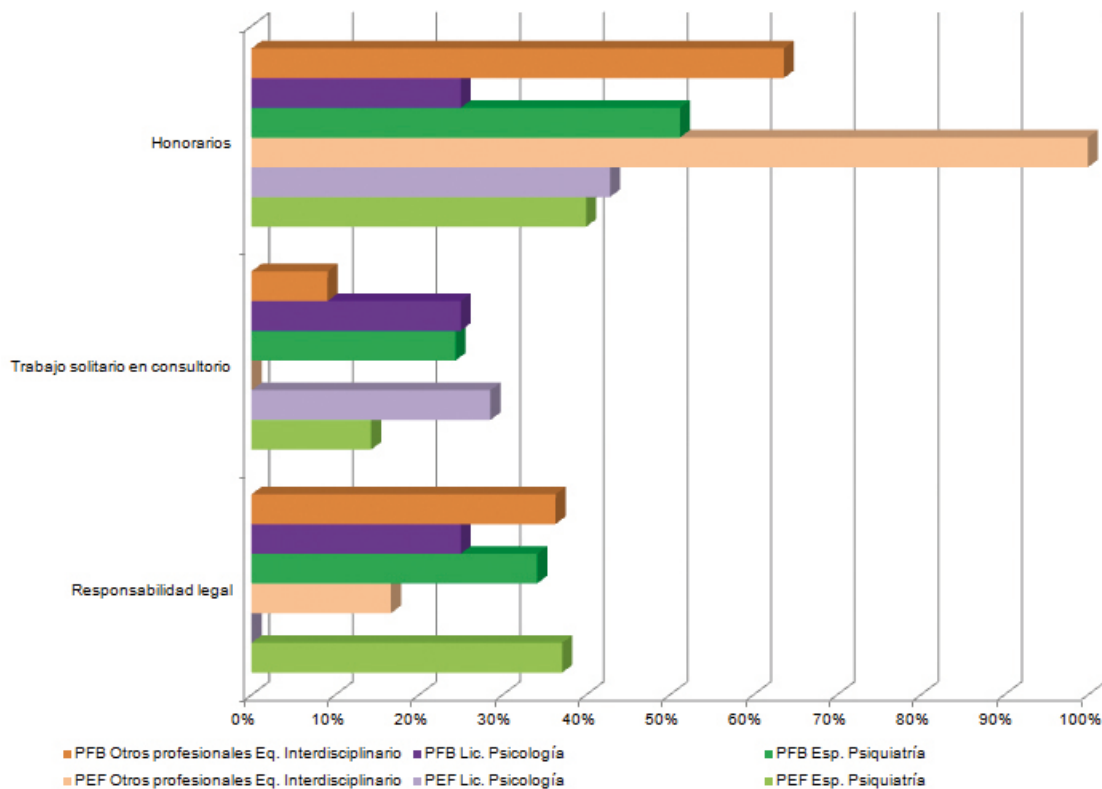


Gráfico 2. Áreas más afectadas por las condiciones laborales referidas por los participantes con especificación del momento de formación y disciplina.

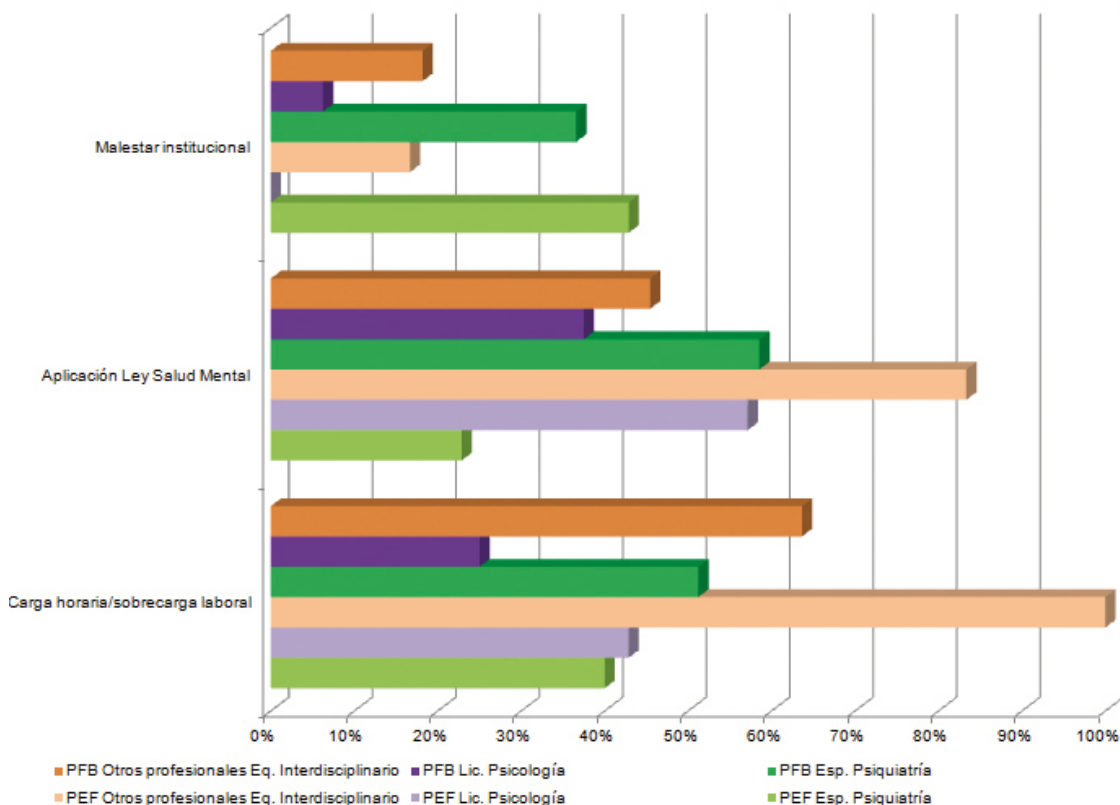


Gráfico 3. Porcentaje de respuestas positivas a preguntas formuladas sobre espacios de reflexión con especificación de la profesión disciplinar y momento de la formación de los participantes.

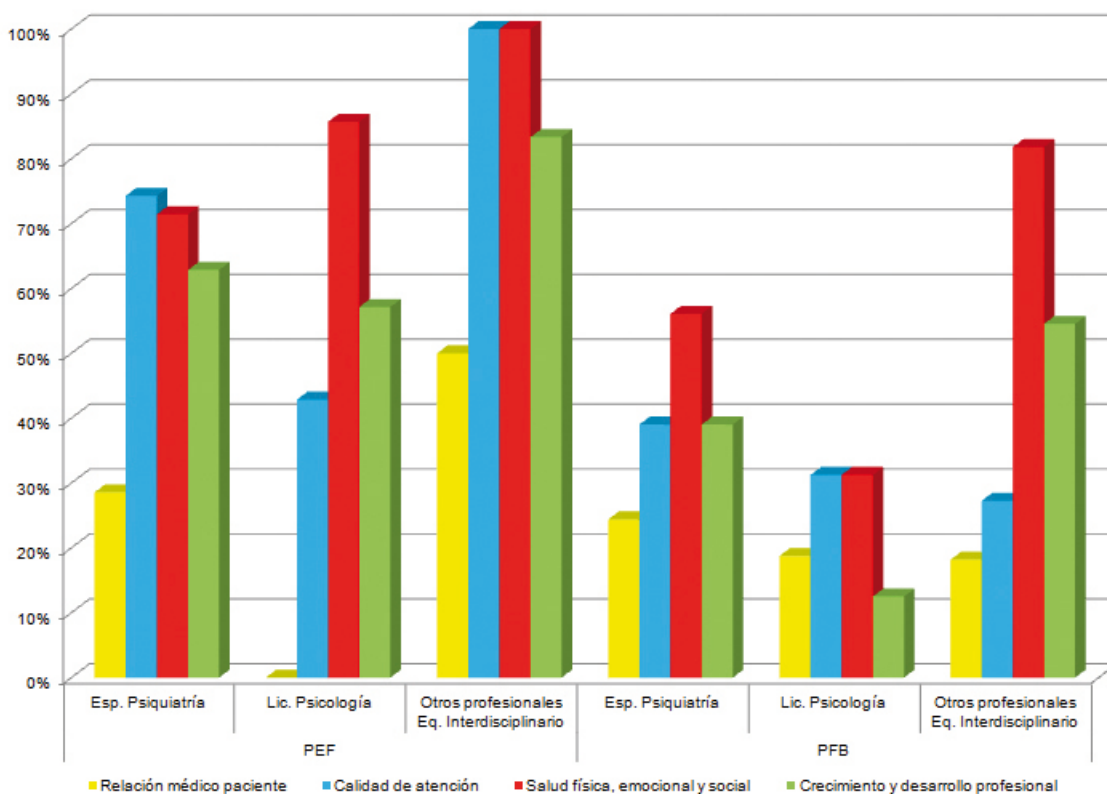


Gráfico 4. Gráfico de correlación entre la cantidad de lugares de desempeño laboral y la cantidad de dificultades referidas en la práctica clínica en profesionales integrantes del equipo interdisciplinario.

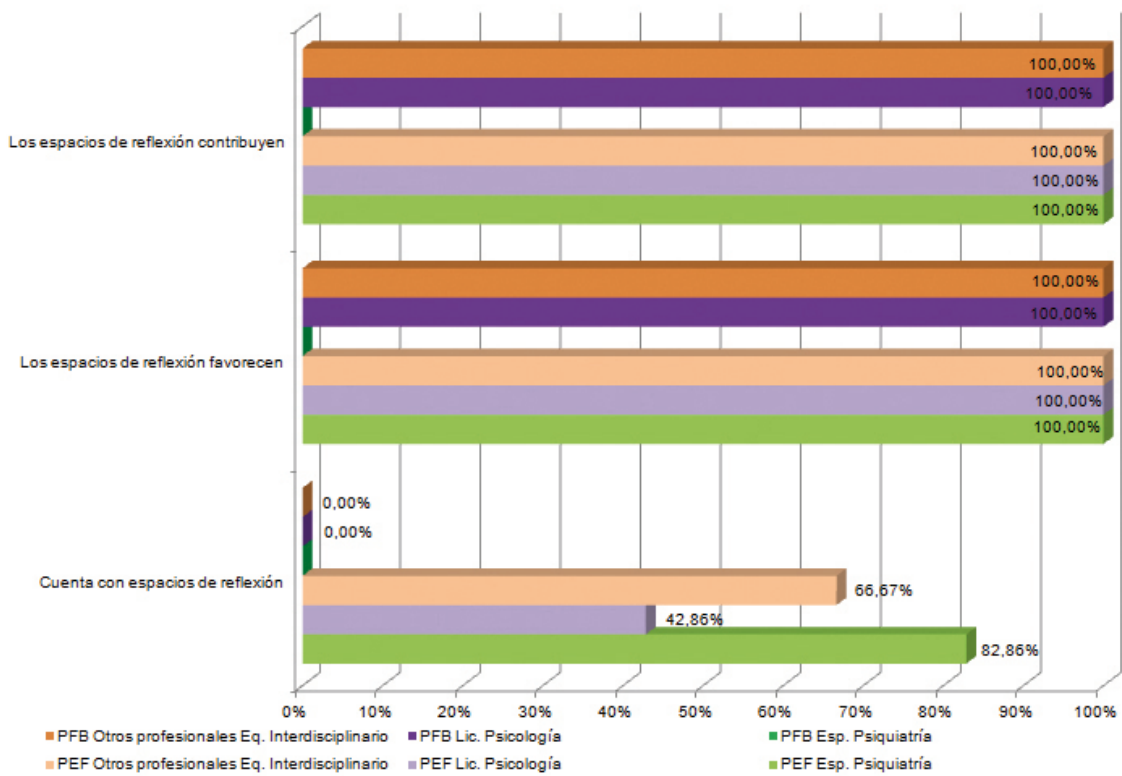
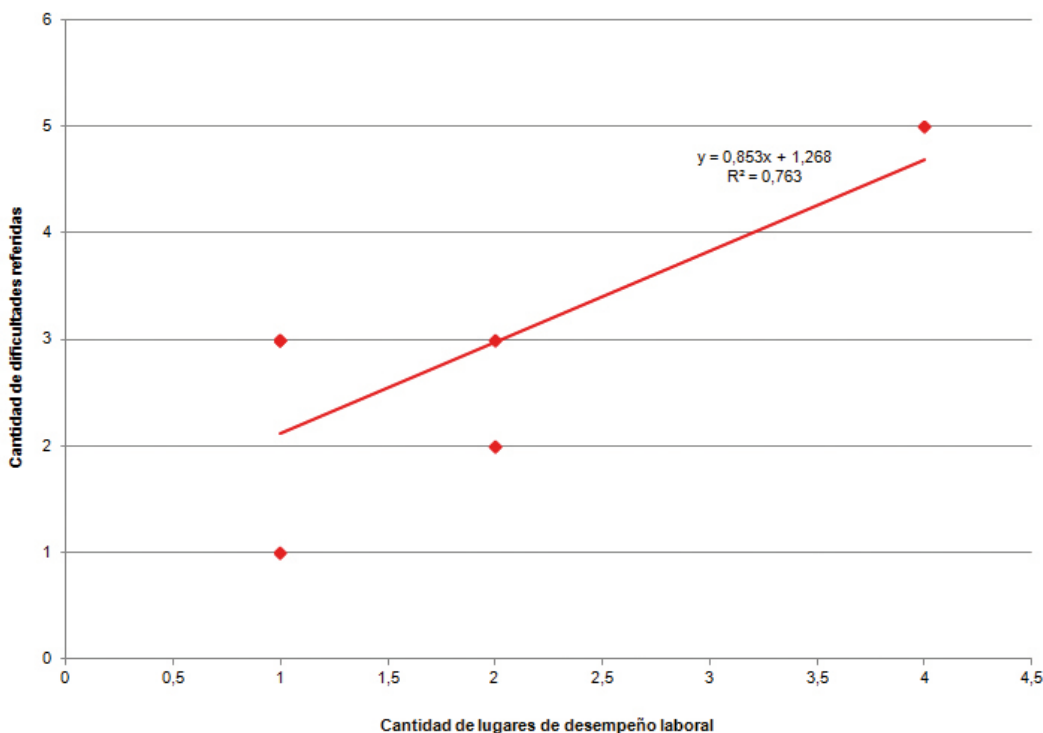


Gráfico 5. Gráfico de correlación entre la cantidad de dificultades manifestadas y la edad de los participantes y cantidad de horas laborales en profesionales licenciados en psicología.



# Concurso Premio Revista Sinopsis

## Reglamento de participación

1. El presente concurso (en adelante el "Concurso") es organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) a través del Comité Editorial de la Revista Sinopsis (en adelante el "Organizador"). La participación en el Concurso atribuye la condición de participante o participantes (en adelante, el "Participante") única y exclusivamente en la medida en que los interesados cumplan con la totalidad de las condiciones establecidas en el presente Reglamento e implica la aceptación plena e incondicional del mismo.
2. El presente concurso es válido en Argentina, como así también para socios residentes en el exterior.
3. Podrán participar en este concurso aquellas personas que se encuentren registrados como socios –titulares y adherentes- de APSA y con su cuota societaria al día. Quedarán exceptuados de participar del mismo los socios que integran la Comisión Directiva de APSA, los miembros del Comité Editorial de la Revista Sinopsis, autoridades del Instituto Superior de Formación de Postgrado y ex presidentes de nuestra Asociación, como así también los miembros titulares y suplentes del Jurado del referido concurso.
4. El Organizador llevará a cabo la realización del concurso promocionándolo a través de diferentes medios institucionales.
5. **Operatoria:** los participantes deberán enviar un correo electrónico a la dirección secretaria@apsa.org.ar  
Concurso Premio Sinopsis y en el cuerpo del mensaje, Asunto: Concurso Premio Revista Sinopsis:  
Nombre y apellido  
DNI / Dirección / TE / Correo electrónico de referencia  
Domicilio: calle / ciudad / provincia / país  
Título y año de graduación (de grado y postgrado):  
Universidad de origen (de grado y postgrado):
6. **Texto para el concurso:** Regirá el reglamento de publicación de artículos de nuestra Revista.  
Es condición indispensable para la participación en el Concurso que los derechos de propiedad intelectual y de publicación de cada Obra presentada sean de titularidad del Participante que la presente al Concurso. Es responsabilidad de los Participantes asegurarse que las obras presentadas cumplan con todos los requisitos estipulados en el presente Reglamento. De lo contrario, el Organizador tendrá la facultad de excluirlos del Concurso sin que ello implique derecho a reclamo alguno por parte de los Participantes.
7. **Recepción de Obras**  
Las Obras deberán ser presentadas con fecha límite a designar según lo estipulado para la publicación de cada número de la Revista.
8. **Selección y Jurado**  
Las Obras recibidas serán puestas a consideración de un jurado (en adelante, el "Jurado") que estará integrado por tres socios titulares de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) que serán para esta ocasión: Dr. Horacio Vommaro, Dr. Alfredo Cía y Prof. Dr. Manuel Suárez Richards. En caso de vacante de un titular su puesto será cubierto por los miembros del jurado suplente (También socios titulares) que en esta oportunidad lo integrarán: Dra. Graciela Onofrio, Dr. Luis Herbst y Dr. Rodolfo Zaratiegui. La selección del ganador, de conformidad con el presente, estará a cargo del jurado cuya decisión será inapelable y será anunciada en ocasión de los congresos anuales de APSA.
9. **Premio:** El jurado elegirá al ganador del premio que consistirá en una obra de arte (el premio es intransferible y no podrá ser canjeado).
10. El Ganador será notificado a la dirección del correo electrónico desde la cual remitió el envío, dentro de los veinte días hábiles contados a partir de la finalización del concurso cuya fecha coincidirá con la del cierre del último número de la Revista previo a los congresos anuales de APSA.
11. Para poder acceder al premio el ganador deberá presentar un documento nacional de identidad y los datos del mismo deberán coincidir con los datos registrados.
12. **Derechos de Exhibición:**  
Los Participantes aceptan que con motivo de la realización del Concurso su Obra pueda ser difundida por el Organizador a través de todos los medios que el Organizador considere oportuno.  
Asimismo, el Participante autoriza expresamente al Organizador a compaginar y editar las Obras –a su criterio- para efectuar promociones del Concurso.  
Para el caso que la Obra presentada fuese seleccionada como ganadora, el Participante acepta que la misma pueda ser publicada por el Organizador en posteriores ediciones del Concurso.
13. **Generalidades:** Cualquier situación relacionada con la interpretación del presente Reglamento será dirimida, en primera instancia por el Organizador.  
El Organizador podrá cancelar, suspender y/o modificar el presente Concurso a su solo criterio en cualquier momento y sin previo aviso.  
El Participante declara y garantiza que tiene todos los derechos y autoridad para participar del Concurso y que no existe limitación legal, contractual, ni de cualquier otra índole que pudiera restringir y/o interferir y/o impedir el más amplio y libre ejercicio por parte del Organizador de aquellos derechos que puedan derivarse directa y/o indirectamente de lo estipulado en este Reglamento, en particular con relación a la facultad de publicar la Obra presentada.
14. El Participante se compromete a mantener indemne al Organizador, frente a cualquier reclamo y/o acción judicial o extrajudicial que por cualquier concepto sea efectuada y/o dirigida y/o encausada contra el Organizador por cualquier tercero alegando directa o indirectamente que los derechos sobre la Obra, su título, los libros, el formato, la bibliografía y/o cualquier otro elemento integrante de la Obra violan y/o infringen y/o afectan y/o limitan y/o de cualquier otra manera lesionan un nombre comercial y/o una marca y/o un "copyright" y/o un derecho de propiedad intelectual o industrial, de un tercero.

# “Haga su diagnóstico”

## **Dra. Florencia Reynoso**

respuestahsd@gmail.com  
www.psiquiatriasformacion.org  
Facebook: psiquiatras en formación

El Capítulo Psiquiatras en Formación de APSA –PEF- nace con la idea de unir a médicos, de distintas generaciones y de diferentes puntos del país y Latinoamérica para acompañar a jóvenes psiquiatras en la formación de su especialidad. Compartiendo nuestra formación, basada en una organización horizontal de las actividades; donde el aprendizaje es guiado, con el fin de reunir colegas que se inician, con los maestros que le han dedicado toda una vida a la clínica y la docencia.

Una de las primeras actividades que surge es el “Haga su Diagnóstico”, la misma es de carácter virtual de circulación mensual. Que sea virtual tiene por finalidad su alcance federal; es decir, una actividad que pueda llegar a todas partes del país acortando la distancia, compartiendo conocimientos, facilitando el proceso de aprendizaje tras el intercambio mutuo.

Pero, ¿de qué se trata? Es el envío de casos clínicos de carácter ficcional, de parte de colegas de todo el país. Los mismos pueden ser viñetas de cuadros meramente psiquiátricos, por efectos adversos, interacciones medicamentosas o bien patologías clínicas (neurológicas, infectológicas, metabólicas, endocrinológicas, autoinmunes, etc.) que se manifiesten con sintomatología psiquiátrica.

La difusión se realiza a través del Boletín Oficial de APSA, correo electrónico, facebook y nuestra página web, de modo que todos aquellos que estén interesados pueden participar y compartir su impresión diagnóstica y reflexionar sobre el caso clínico propuesto.

En esta ocasión nos sentimos honrados y agradecemos la invitación de la revista SINOPSIS, que nos brinda un espacio para publicar, por primera vez, en este formato nuestros casos clínicos. Esperamos que puedan disfrutar con la lectura de los mismos del mismo modo que nosotros lo hacemos con el espacio.

## **CASO I - Presentado por el Dr. Federico Pavlovsky**

Mujer de 72 años, viuda, permanece en casa, vive con su hija.

Motivo de consulta: confusión

Enfermedad actual: consulta por presentar desde hace dos días deterioro de su estado mental, con desorientación en persona y tiempo, además de discurso incoherente. Acompaña el cuadro alteraciones en la marcha, agitación, náuseas y fiebre objetiva. La hija comenta que consume desde hace cuatro días con 20 gotas de tramadol cada 6 horas para el dolor crónico en miembros inferiores, que la paciente no ha conciliado el sueño y es la primera vez que le ocurre esto.

Antecedentes personales:

Depresión mayor diagnosticada hace tres meses, después de la muerte de su esposo, tratada con citalopram 20 mg/día.

Artrosis tratada con múltiples analgésicos sin mejoría.

Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20 mg/día, no usa diuréticos

Al examen físico se encuentra desorientada auto y alopsíquicamente, con irritabilidad marcada. Temperatura de 38.6, PA estable, con taquicardia, diaforesis e hiperreflexia.

Es evidente el trastorno en la marcha por rigidez de sus miembros inferiores.

Es internada durante 1 semana, con mejoría del cuadro.

## RESOLUCIÓN CASO I

### Síndrome Serotoninérgico

El síndrome serotoninérgico (SS) es un trastorno iatrogénico relacionado directamente con el uso de medicamentos que incrementan la actividad de la serotonina a nivel central, como los antidepresivos, entre ellos los ISRS y los duales, los antipsicóticos, como risperidona y olanzapina. Las interacciones farmacocinética y farmacodinámica de dos o más de ellos y la combinación de éstos con analgésicos, antibióticos, antirretrovirales, antiparkinsonianos o con sustancias ilícitas como ácido lisérgico (LSD) y 3-4 metilendioxi metilamfetamina (NDMA).

Su incidencia real no se conoce. El Síndrome Serotoninérgico es el resultado de la estimulación excesiva de los receptores postsinápticos 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>2</sub> por aumento de la disponibilidad de serotonina, tanto a nivel central como periférico. Los niveles de serotonina se pueden elevar por aumento de la síntesis: L-triptófano, aumento de la liberación (anfetaminas, cocaína, NDMA, fenfluramina, reserpina), disminución de la recaptación (ISRS, antidepresivos tricíclicos, trazodone, venlafaxina, meperidina), disminución del metabolismo (IMAO), estimulación directa de los receptores postsinápticos (buspirona, L-dopa, litio, LSD, trazodone).

Entre los riesgos para desarrollar síndrome serotoninérgico se cuenta a los ancianos, pacientes con enfermedad y tratamiento psiquiátrico y enfermedades neurológicas como migraña. La presentación del SS varía de paciente a paciente, pero usualmente el inicio de los síntomas ocurre en las primeras 24 horas siguientes a la exposición al agente causante. Ha sido descrito en personas entre los 9 y los 84 años.

#### Criterios para diagnosticar síndrome serotoninérgico:

Adición de un agente serotoninérgico a un régimen establecido de tratamiento (o aumento de la dosis) con la presentación de por lo menos 4 síntomas mayores o 3 mayores más dos menores:

#### *Síntomas mentales*

Mayores: Confusión, ánimo elevado, coma o semicoma

Menores: agitación, nerviosismo, insomnio, irritabilidad

#### *Síntomas autonómicos*

Mayores: Fiebre, hiperhidrosis

Menores: Taquicardia, taquipnea, midriasis, disnea, diarrea, presión alta o baja, hipotensión, hipertensión

#### *Síntomas neurológicos*

Mayores: Mioclonus, temblor, escalofríos, rigidez (Miembros inferiores), hiperreflexia

Menores: Falta de coordinación, midriasis, acatisia

Los síntomas no corresponden a trastorno psiquiátrico o a una exacerbación del mismo, que ocurra antes que el paciente haya tomado el agente serotoninérgico

Para realizar el diagnóstico de SS se requiere el uso de uno o más agentes serotoninérgicos simultáneamente, la presencia de los signos y síntomas característicos y la exclusión de otras enfermedades.

El SS puede progresar rápidamente a falla cardíaca, coma, convulsiones y falla orgánica multisistémica generalmente asociada a coagulación intravascular diseminada.

En los paraclínicos se puede presentar leucocitosis, elevación de la creatinofosfoquinasa o las transaminasas, disminución del bicarbonato y del recuento total de plaquetas, falla renal, alteraciones hidroelectrolíticas, acidosis respiratoria, coagulación intravascular diseminada; sin embargo, estas pruebas de laboratorio se recomiendan cuando se quiere monitorizar e identificar posibles complicaciones, pero no de rutina. El electrocardiograma usualmente muestra ritmo sinusal o taquicardia sinusal, y el electroencefalograma presenta ocasionalmente lentificación del ritmo, hallazgo consistente con encefalopatía difusa.

Los diagnósticos diferenciales más relevantes deben hacerse con el síndrome neuroléptico maligno y la hipertermia maligna, además de infecciones del SNC como encefalopatía herpética, enfermedades metabólicas, necrosis miocárdica, delirium tremens, uso intoxicación o abstinencia de sustancias tales como cocaína, anfetaminas, NMDA, LSD, toxicidad por carbamazepina o litio.

Proceder con mucha cautela si es necesario reiniciar la medicación, en lo posible evitar la reanudación de fármacos serotoninérgicos. Considerar otras posibilidades como: dejar en lo posible un período libre de medicación serotoninérgica de seis semanas, si no es pertinente utilizar otros fármacos, manejar un único medicamento serotoninérgico a las dosis más bajas posibles, evitar la combinación de medicamentos, educar al paciente en cuanto a la no auto-medicación.

En la mayoría de pacientes los síntomas resuelven en las primeras 24 horas una vez se ha suspendido la medicación (70 %) y dentro de las primeras 96 horas en todos los casos. La duración está relacionada con la vida media de los fármacos; entre más potente el agente serotoninérgico y más alta la dosis, mayor severidad del cuadro clínico.

## Bibliografía

1. Rodríguez, S, Fernández, S, Burger, M. Síndrome serotoninérgico: a propósito de dos casos clínicos reportados al Centro Nacional de Farmacovigilancia. Rev Med Uruguay 2005; 21: 78-82
2. Muñoz Cortés, H, Vargas Rueda, A, Síndrome serotoninérgico. Medunab. Revisión de tema. Vol. 7 Número 20 - Agosto de 2004. Pag. 144 - 150
3. Nemeroff, C.B. The American Psychiatric Publishing Textbook of psychopharmacology. Third Edition. American Psychiatric Association. 2004

## CASO 2 - Presentado por el Dr. Federico Pavlovsky

Paciente masculino de 52 años, vive con su esposa y un hijo. Empleado en una fábrica de plástico. Antecedentes personales: traumatismo encefalocraneano (TEC) hace 5 años, con pérdida de la conciencia durante 1 día, realiza controles periódicos con neurología.

Motivo de consulta: es traído por su esposa por cambios de comportamiento que se han acentuado en el último mes, refiere asimismo tenesmo que ha evolucionado a incontinencia urinaria.

Enfermedad actual: la esposa del paciente refiere que desde hace 3 meses empezó a notar cambios en su marido que consistieron en pérdida de la memoria, falta de concentración y enlentecimiento mental. En varias ocasiones presentó síntomas de desorientación temporoespacial, aunque transitorios. Se hace evidente un estado progresivo de apatía, desgano y desinterés por actividades que antes le producían satisfacción. Simultáneamente con la instalación de los síntomas cognitivos se instala lentitud psicomotriz que se hace evidente en la marcha, en particular al iniciar el movimiento.

Los exámenes generales arrojaron resultados normales, el médico clínico del paciente interpreta hace 8 semanas la sintomatología como un cuadro depresivo severo e indica sertralina 100 mg/día sin cambios significativos en el cuadro de base.

Al examen físico se encuentra un paciente en buen estado general. FC: 78, FR: 18, PA: 130/80, T: 37, desorientado en tiempo y espacio, bradipsiquia, no se encuentra productividad psicótica.

Exploración neurológica: apraxia de la marcha.

Se solicitan análisis generales: hemograma con leucocitos: 18000, N: 78%, L: 12%, HB: 14 HTo y demás valores dentro de rangos normales, TG: 400, GPT: 56, GOT: 45, ionograma: Na: 140, K: 4.2, Cl: 100, hormonas tiroideas, ácido fólico, vitamina B12, coagulación y orina fueron normales.

Punción lumbar normal (con dosaje de proteínas y glucosa en LCR normal). EEG normal.

Se realizó TAC cerebral, que informó con dilatación de ventricular (astas temporales).

## RESOLUCIÓN CASO 2

### Hidrocefalia normotensiva o Hidrocefalia crónica del adulto (HCA)

Síndrome descrito en 1965 por Adams y Hakim como una nueva entidad en tres pacientes que presentaban una clínica característica con la triada de deterioro cognitivo, trastorno de la marcha e incontinencia de esfínteres con una dilatación ventricular y presión de LCR en la punción lumbar normal.

Los pacientes presentan elevaciones transitorias o continuas, a menudo durante la noche y por esta razón tiene el nombre de hidrocefalia crónica del adulto (HCA)

El mecanismo fisiopatológico más aceptado en ambos casos es una alteración en los mecanismos de reabsorción del LC, asociado a alteraciones de las propiedades visco elásticas del parénquima encefálico. Es común en ancianos, pero algunos

autores hablan de una media en edad de 53 años. La incidencia por sexo es mayor en hombres que mujeres.

Puede desarrollarse de forma idiopática o secundaria: hemorragia subaracnoidea, meningitis, TEC y cirugías, y otras causas menos comunes como la cisticercosis.

La mayor parte de los pacientes con una HCA presentan la tríada sintomática clásica o completa: alteraciones de la marcha, trastornos cognitivos progresivos e incontinencia de esfínteres. Sin embargo, los pacientes pueden presentar formas incompletas e incluso cuadros atípicos. Más de la mitad de los pacientes inician su sintomatología con dificultad para la marcha, apareciendo posteriormente la afectación mental y, por último, la incontinencia esfinteriana. Se considera que la presencia de la tríada corresponde a una forma más o menos avanzada de la enfermedad.

El déficit ocasionado es a distintos niveles: 1) cognitivo, similar a afectación de tipo fronto- subcortical. Ausencia de signos de afasia, apraxia o agnosia. 2) conductual, disminución de la espontaneidad o de la iniciativa, una falta de interés por las actividades habituales y apatía e indiferencia hacia el medio, conductas de tipo agresivo u hostil 3) psiquiátrico, suelen ser poco frecuentes y pueden dificultar el diagnóstico: depresión, ansiedad, psicosis paranoide o los trastornos obsesivo compulsivos.

La alteración de la marcha puede confundirse con la de la Enfermedad de Parkinson y el diagnóstico diferencial más importante es la Encefalopatía arteriosclerótica subcortical. (SAE). Estudios recientes han demostrado la existencia de una alta prevalencia de Enfermedad de Alzheimer (EA) en pacientes con sospecha de una HCA (casos mixtos). La exploración neuropsicológica puede ayudarnos a diferenciar.

El análisis de los resultados de la exploración neuropsicológica, de las técnicas de neuroimagen y del registro continuo de la presión intracraneal nos pueden ayudar a orientar el diagnóstico de HCA y a detectar la coexistencia de otros procesos como la demencia tipo Alzheimer o alteraciones vasculares.

El tratamiento es quirúrgico, y supone la implantación de una derivación de LCR ventrículo-atrial o ventrículo-peritoneal. El porcentaje de pacientes que obtienen una mejoría de su condición neurológica y a su vez el porcentaje de complicaciones postquirúrgicas, muestra variaciones importantes entre los distintos estudios publicados, lo que varía principalmente según las pautas que se utilicen para el diagnóstico. Mejoran después del tratamiento quirúrgico entre el 27 y el 96 % de los casos.

## Bibliografía

1. Fernández. P, Muñoz. A, Ortega E. Hidrocefalia crónica del adulto: análisis descriptivo de 36 casos. Cuad. Cir. 2006; 20: 43-47
2. B. Benejam; M.A. Poca\*; C. Junqué\*\*; E. Solana y J. Sahuquillo. Alteraciones cognitivas en pacientes con hidrocefalia crónica del adulto ("normotensiva"). Propuesta de un protocolo para su evaluación clínica. Neurocirugía 2008. 19, 309-321

### CASO 3 - Presentado por la Dra. Florencia Reynoso

Paciente de 72 años, sexo femenino, vive con su hijo, cocinera. Ingresa por guardia acompañada por familiares (hijo y hermana).

**Motivo de Consulta:** Deterioro cognitivo rápidamente progresivo, trastorno del comportamiento y alucinaciones.

**Enfermedad Actual:** Paciente que refiere alteraciones de la memoria de un mes de evolución, desorientación temporoespacial, disminución de la agudeza visual unilateral que impiden sus actividades cotidianas. Dicha sintomatología empeora en los últimos días, por lo cual realiza la consulta.

**Antecedentes Personales:** Hipertensión arterial en tratamiento desde hace 3 años, con enalapril 5 mg/día y carvedilol 12.5 mg/día.

Niega tabaquismo, consumo de alcohol ni de ningún tipo de otra sustancia de abuso.

Sin antecedentes psiquiátricos ni médicos de importancia.

**Examen Físico:** Presión Arterial: 70/110 mmHg - Frecuencia Cardíaca: 84/min - Frecuencia Respiratoria: 20/min. - Temperatura: 36°

Desorientada al o y autopsíquicamente, disprosexia. Actitud pueril, risas inmotivadas. Lenguaje confuso, incoherencia. Refiere alteraciones cualitativas de la sensopercepción de tipo alucinaciones visuales y auditivas. Labilidad emocional. Alteración de la memoria de evocación. Dificultades en repetición, comprensión e interpretación de órdenes. Disgrafía. Dificultad severa para la copia de figuras. Minimental 14/30

**Oftalmoscopia Indirecta:** atrofia óptica unilateral. Resto de pares craneanos sin particularidades.

Disartria discreta, temblor en extremidades superiores y marcha atáxica.

#### Pruebas Complementarias:

Hemograma 15.000, glóbulos blancos 60% L, 30% N, Hb: 12.3, VSG: 20

EEG: normal.

LCR: líquido transparente, presión de apertura: 21 cm de agua, aumento de proteínas (89mg/100ml) y de células (24 leucocitos) a expensas de linfocitos.

Serología en sangre y LCR para brucella, lúes, borrelia, VHS, VHZm: CMV y VIH: pendientes

RMN: moderados cambios corticales, atróficos supratentoriales con amplitud de espacios subaracnoideos y el sistema ventricular supratentorial.

### RESOLUCIÓN CASO 3

#### Neurosífilis

Se denomina neurosífilis a la afectación del cerebro, meninges y médula espinal por el treponema pallidum, que compromete entre un 25-40% de individuos no tratados por sífilis. La infección resultante puede resolverse en forma espontánea o

evolucionar hacia una meningitis asintomática crónica o hacia una sintomática aguda, esta misma meningitis puede progresar y comprometer otras áreas del sistema nervioso central.

La presentación clínica es muy variada y en la práctica la podemos definir en temprana y tardía. Sus manifestaciones tempranas incluyen: enfermedad meningovascular, mielopatía aguda y subaguda, alteración cortical o de pares craneanos y afectación vestibular y ocular. La manifestación tardía suele afectar el parénquima cerebral y médula espinal, presentándose como demencia, tabes dorsal, paresia generalizada, ataxia, disfunción intestinal y vesical.

La paresia general, comienza alrededor de 15 a 20 años de la primoinfección y produce una alteración grave de las funciones cerebrocorticales y conduce a la atrofia marcada de los lóbulos frontal y temporal. De acuerdo al área dañada los síntomas pueden ser psiquiátricos, neurológicos o ambos. Sin tratamiento esto conduce a la muerte. Su inicio es insidioso con cambios de la personalidad y del comportamiento. La irritabilidad, pérdida de la memoria, incapacidad para concentrarse, y las cefaleas son seguidas por alteraciones del juicio, labilidad emocional, y conducta social o moral inadecuada. Es frecuente la presencia de temblores en las manos, labios, o lengua, reflejos hiperreactivos, alteraciones oculares, convulsiones de cualquier tipo o incontinencia urinaria y fecal. Se observa facies parálitica desprovista de expresión facial. El deterioro cognitivo suele ser una manifestación tardía, sin embargo, podría ser observada en estadios tempranos; evaluaciones neuropsicológicas revelaron que pacientes con neurosífilis tienen más tempranas y severas disfunciones ejecutivas en comparación con otros pacientes con demencia.

Las pruebas serológicas en suero y LCR son reactivas y el tratamiento antibiótico detiene la progresión de la enfermedad en un 80%.

En los últimos años se ha incrementado, a nivel mundial, el número de casos debido a la infección de HIV. La neurosífilis es una enfermedad que está presente actualmente y por su presentación polimorfa debe ser considerada como diagnóstico diferencial de numerosas patologías neurológicas y psiquiátricas.

#### Bibliografía

- Goodman LJ, Karakusis PH. Neurosyphilis. In Harris AA, ed Handbook of clinical neurology. Elsevier Science Publisher. 1988.
- H Senties -Madrid, B. Estañol-Vidal. Demencias reversibles, demencias tratables. Revista de neurología 2006; 43(2) 101-112.
- Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVI (587) 95 - 103. 2009
- Neurosyphilis presenting with dementia, chronic chorioretinitis and adverse reactions to treatment. September 2009. Shima Mehrabian, Margarita Radoslavova Raycheva, Elena Petrova Petrova, Nicolay Konstantinov Tsankov and Latchezar Dintchov Traykov Sofia, Bulgaria.
- Neurosífilis en paciente HIV negativo: Más que un desconcierto psiquiátrico. Noviembre 2008. Michael K. Tso, Kevin Koo, Grace Y. Tso. University of Toronto.

### **Al Dr. Carlos Osvaldo Repetto**

Sensible, agudo, trasgresor, cuestionador tenaz. Siempre asumió las interpelaciones provenientes de la escena social. Indagó incansablemente en la búsqueda de repuestas para una mayor comprensión del comportamiento y padecimiento del hombre. Su inquietud e impulso transformador lo llevó a estudiar y profundizar en las más diversas disciplinas en el intento de abarcar la complejidad y profundidad de la condición humana.

Porteño, nació el 21 de octubre de 1935. Médico y especialista en Psiquiatra egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires –UBA–, en 1961 y 1963. Carreras que estudió más tarde en la Universidad de Madrid, España. Médico Legista. Se doctoró en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA. Habiendo desarrollado su tesis sobre: "*Implementación del dispositivo psicoanalítico en grupos de internos de una unidad penitenciaria*".

Cursó la especialización sociológica para graduados en la Facultad Filosofía y Letras de la UBA. En 1993, se recibió de abogado y procurador, egresado de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales también de UBA.

Egresó con diploma de Honor como Licenciado en Ciencias de la Comunicación Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, en 1997.

Tan o más vasto que sus estudios, fue su desempeño en la psicología y psicoanálisis clínico, de grupos, el psicodrama y su labor docente.

Desplegó su tarea como profesor en las Facultad de Psicología y Medicina de la UBA, y estuvo a cargo de la materia Antropología Psiquiátrica del Curso Superior de Médicos Psiquiatras de APSA.

Quizás el aspecto más relevante de su identidad profesional, haya sido el de psicoanalista. Egresado en 1969 del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, a la que estuvo estrechamente relacionado durante toda su vida como miembro titular didacta y analista institucional.

Esta actividad fue laboriosamente complementada, por sus conocimiento como egresado de la Escuela de Psiquiatría Social "Dr. Enrique Pichon Rivière", en 1966 y psicodramatista, egresado del Centro de Psicodrama Psicoanalítico Grupal dirigido por el Dr. Eduardo Pavlovsky, año 1986. Comprometido con las ideas de justicia y transformación, participó en los movimientos sociales de los sesenta y los setenta.

Hasta sus últimos días manifestó su inquietud y preocupación en torno al análisis y rol de los medios de comunicación. Se ocupó con obstinación y creatividad del impacto sociopolítico de los discursos del poder y su incidencia en la subjetividad.

Definió conceptos sobre "lo mediático" en sus distintas expresiones: radio, televisión, internet, cine, teatro, pintura, música como escenificaciones de lo humano

---

subjetivo y social, y en sus aspectos de transmisión de hechos-noticias, saberes y editoriales y en formatos de ficción que se desarrollan como programación en los medios.

Ha sido despedido con muestras de reconocimiento (al maestro) por la comunidad profesional nacional e internacional. La Comisión Directiva de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y el Capítulo de Medios y Semiología de la Vida Cotidiana de APSA -que presidía- anunciaron con pesar su partida, el 7 de octubre del 2013. Fue recordado como el querido colega que vivirá en la memoria de APSA por sus talentosos aportes y su compromiso social.

Se ha perdido al incansable luchador por la inclusión de los más vulnerables, al pensador hipercrítico, al psicoanalista, al psiquiatra, al actor, al abogado, al semiólogo, al maestro que sabía correrse del lugar de maestro.

Definir a Carlos Repetto es desde ya una misión imposible. Nos queda a los psiquiatras el ejemplo de su coherencia, su pensamiento crítico que nunca se subordinó al poder instituido.

Desde Sinopsis, un sencillo hasta siempre, y nuestro compromiso de mantener encendido el faro de su búsqueda y su rebeldía.