



Asociación de Psiquiatras
Argentinos
Residentes en el país
y en el exterior



Sinopsis

APSA REVISTA

SUMARIO • Abordaje de gente en situación de calle: ¿Un problema internacional? | Dr. Andrés Rousseaux • Publicación de Tesinas Finales de Carrera. Versión Sinóptica | Espacio Ex Alumnos APSA - Abordaje Farmacológico del Trastorno Explosivo Intermitente: Estudio preliminar de la Eficacia de la Fluoxetina | Dr. Andrés M. Ancá • Contextos socio-familiares e involucramiento en prácticas delictivas por parte de jóvenes en tratamiento por abuso de drogas. Estudio exploratorio y descriptivo | Dra. María Alejandra Acquaviva • Diario de actividades de Ex Alumnos de APSA: Intoxicados: una realidad que nos consume | Dra. Marina C. Grance, Dra. Cristina Petruk • Entrevista Federal al Dr. Sebastián Romero Arena | Comité Editorial • Para ver – Leer – Escuchar: De Nerium Park a la caída de los ideales | Dra. Miryam Monczor •



**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

Dra. Analía Ravenna

Vicepresidente

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Secretario

Dr. Guillermo Belaga

Prosecretario

Dr. Federico Pavlovsky

Tesorera

Dra. Nora Leal Marchena

Vocales Titulares

Dr. Darío Lagos
Dr. Ángel Uslenghi
Dra. Graciela Onofrio
Dr. Ernesto Serrano
Dra. Silvia Aguayo
Dr. Santiago Moine

Vocales Suplentes

Dr. Hugo Dramisino
Dr. Miguel Ángel Vera
Dr. Juan José Vilapriño
Dr. Néstor Berlanda
Dr. Gastón Noriega
Dra. Julieta Falicoff

Órgano Revisor de Cuentas

Titulares

Dra. Celina Fabrykant
Dra. Eliana Montuori

Suplentes

Dr. Mauricio Massacane
Dr. Gustavo Gómez

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

Director:

Dr. Hugo Pisa

Coordinadora

Dra. Ester Ofelia Allegue

Comité Editorial:

Dra. María de los A. López Geist
Dra. Liliana Mato
Dr. Martín J. Mazzoglio y Nabar
Dra. Carina Spano
Dra. Ester Allegue
Dra. Judith Szulik
Dr. Diego Costa
Dra. Miryam Monczor
Dra. Patricia Frieder

Asesor Editorial

Dr. Hugo Dramisino

Comité Científico Nacional

Dra. Lucila Agnese
Prof. Dr. Ricardo Angelino
Dr. Sebastián Alvano
Dr. Gustavo Oscar Amido
Dra. Sara Amores
Dra. Sara Babiaki de Kijak
Dra. M. de las Mercedes Baccaro
Dr. Hugo Barrionuevo
Prof. Dr. Héctor Basile
Dra. María Basile
Dra. Silvana Bekerman
Dr. Jorge Bernstein
Dr. Adrián Cesar Besuschio
Dra. Raquel Bianchi
Dra. Emilce Blanc
Dra. Ingrid Brunke
Dr. Carlos Calatroni
Dra. Susana Calero
Dr. Gustavo Carlsson
Dr. Hugo Carroll
Dr. Carlos Caruso
Dr. Miguel A. Castro
Dr. Alfredo Cia
Dr. Norberto Conti
Dr. Miguel Ángel De Boer
Dra. Cristina Deprati
Dr. Gustavo De Vega
Dr. Javier Didia Attas

Dr. Guillermo Dorado
Dra. Lucila Edelman
Dr. Alberto Ekboir
Dra. Judith Epstein
Dr. Eduardo Espector
Dra. Celina Fabrykant
Dr. Juan C. Fantín
Dr. Guillermo Fernández Dadam
Dr. Andrés Ferdman
Dra. Lía Marcela Fernández
Dr. Alejandro Ferreira
Dr. Andrés Flichman
Dr. Pablo Gabay
Dr. Angel Del Guercio
Dra. Graciela Girardi
Dra. Nieves Grieco
Dra. Mirta Groshaus
Dra. Julia Gutreiman de Erlich
Dr. Sergio Halsband
Dr. Adrián Helien
Dra. Yany Jaritonsky
Dra. Alicia Kabanchik
Dr. Eduardo Kalina
Dr. Daniel Kersner
Dr. Moises Kijak
Dr. Elías Klubok
Dr. Néstor Koldobsky
Dra. Irene Konikoff
Dra. Diana Kordon
Dr. Darío Lagos
Dra. Elena Levin
Dr. Daniel Matusевич
Dra. Silvina Mazzaira
Dra. Silvia Melamedoff
Dra. Liliana Moneta
Dr. Víctor Ocampo
Dr. Luis Ohman
Dra. Guillermina Olavarría
Dr. Oscar Olego
Dra. Graciela Onofrio
Dr. Sergio Orlandini Cappannari
Dra. María Susana Pedemera
Dra. Adhelma Pereira
Dr. Humberto Persano
Dra. Elba Picot
Dra. Mónica Pucheu
Dr. Pablo Richly
Dra. Lía Ricón

Dr. Carlos Rodríguez Peña
Dr. Héctor Rubinetti
Dra. Adriana Sánchez Toranzo
Dr. Adrián Scheinkestel
Dr. Gabriel Schraier
Dr. Darío Saferstein
Dra. Viviana Sala
Dra. Susana Sarubbi
Dr. Daniel Serrani
Dr. Tomás Sepich D'Almeida
Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro
Dr. Enrique Stein
Dra. Elba Tornese
Dr. Esteban Toro Martínez
Prof. Dr. René Ugarte
Dra. Ana María Vaernet
Dra. Laura Valbonesi
Dr. Emilio Vaschetto
Dr. Víctor Vergara
Dr. Juan José Vilapriño
Dr. Manuel Vilapriño
Dr. Horacio Vommaro
Dra. Marcela Waisman
Dr. Ernesto Wahlberg
Dra. Elsa Wolfberg
Dra. Diana Zalzman
Dr. Julián Zapatel
Dr. Rodolfo Zaratiegui
Dr. Marcelo Zukierman

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 Vera Gómez (Paraguay)
Dra. Laura Viola (Uruguay)
Dra. Raquel Zamora (Uruguay)

INDICE

Psiquiatras Argentinos, Dr. Alejandro Lagomarsino Dra. Judith Szulik, Dra. Liliana Mato	3
Editorial Comité de redacción	5
Editorial Comisión Directiva de APSA Dra. Analía Ravenna	6
Abordaje de gente en situación de calle: ¿Un problema internacional? Dr. Andrés Rousseaux.	7
Publicación de Tesinas Finales de Carrera. Versión Sinóptica Espacio Ex Alumnos APSA	11
Abordaje Farmacológico del Trastorno Explosivo Intermitente: Estudio preliminar de la Eficacia de la Fluoxetina Dr. Andrés M. Ancía	21
Contextos socio-familiares e involucramiento en prácticas delictivas por parte de jóvenes en tratamiento por abuso de drogas. Estudio exploratorio y descriptivo Dra. María Alejandra Acquaviva	29
Diario de actividades de Ex Alumnos de APSA Intoxicados: Una realidad que nos consume Dra. Marina C. Grance, Dra. Cristina Petruk	33
Entrevista Federal al Dr. Sebastián Romero Arena Comité Editorial	35
Para ver – Leer – Escuchar De Nerium Park a la caída de los ideales Dra. Miryam Monczor	35

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.

Foto de tapa: Hipódromo de Palermo - Buenos Aires

Número impreso en el mes de Agosto de 2016.

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



Alejandro Lagomarsino (1951 – 2011)

El Dr. Alejandro Lagomarsino se recibió de médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1976 comenzó su Residencia de Psiquiatría en el Hospital Doctor Ignacio Pirovano.

Desde muy temprano inició una fecunda e ininterrumpida tarea docente que desarrollaría en residencias de distintos servicios hospitalarios. Son destacables sus años de trabajo en el Hospital Municipal de Agudos Parmenio Piñero como docente y supervisor de distintas generaciones de médicos residentes, y como fundador del equipo de Psicofarmacología Clínica dedicado a la actualización y formación continua de los médicos psiquiatras. En aquellos años 80, teniendo en cuenta la orientación psicoanalítica del servicio, su propuesta de articular tratamientos biológicos y psicoterapéuticos fue pionera y novedosa.

Con una escucha atenta y con su observación aguda, característica de los grandes clínicos, generaba en sus clases y ateneos un gran entusiasmo por el estudio. Tenía el poder de despertar en cada “discípulo” la capacidad de elaborar un pensamiento propio para resolver los problemas planteados por la clínica.

Desde esos comienzos sus estudios sobre Psicofarmacología y Clínica psiquiátrica se orientaron a la investigación del Trastorno Bipolar.

En 1989 comienza a gestar una organización de ayuda mutua para pacientes con Trastorno Bipolar. La misma incluía a familiares y/o amigos. Las propuestas iniciales partían de la inquietud común por parte de los pacientes de no sentirse solos frente a este problema.

En ese mismo año, en La Parroquia Santa Elena, de Palermo, junto con los Dres. Gustavo Carlsson y Edgardo Engelmann comienzan las primeras reuniones que darán nacimiento a FUBIPA, Fundación Bipolares de Argentina.

Esta iniciativa empieza a tener una amplia difusión, tanto en medios académicos y científicos como en los de divulgación pública: se insiste en que el grupo de ayuda mutua es tan importante para el tratamiento y la recuperación como la medicación y la psicoterapia.

Alejandro Lagomarsino sostenía: “La tarea de quienes trabajamos con trastornos que afectan la conducta se encuentra estrechamente relacionada con las actitudes colectivas hacia otros tipos de problemas de salud. El rechazo y la marginación de las personas consideradas “diferentes” constituyen un rasgo de primitivismo de la comunidad, a la manera de las tribus que consideraban que quienes nacen con un defecto no tienen los mismos derechos que los demás. Las organizaciones de ayuda mutua para personas afectadas de dolencias que afectan la conducta juegan un papel fundamental en tratar de eliminar el estigma: así colaboran con la reinserción social y laboral de los pacientes.

Cumplen una importante tarea educativa al brindar regularmente al público conferencias por profesionales, e información escrita y en video de todo tipo. En la medida en que la gente los conoce y sabe que existen tratamientos eficaces, estos trastornos comienzan a ser percibidos de otro modo, y el oscurantismo tiende a disiparse.”

En relación a estos primeros momentos, el Dr. Carlsson recuerda: “Alejandro fue siempre un tipo de avanzada en nuestro campo, con un entusiasmo y energía increíbles. Lo conocí en 1986. Él coordinaba el equipo de Psiquiatría de la institución (Centro Privado de Psicoterapias, CPP) y pensaba de una manera tan distinta al resto que fue todo un descubrimiento para mí. En ese año, con su entusiasmo tan característico, nos propone armar grupos de psicoeducación para pacientes con Trastorno Bipolar, con el propósito de desestigmatizar la patología y evitar las reinternaciones. Fue novedoso “rotular al paciente identificado” con un diagnóstico con fuertes raíces biológicas, teniendo en cuenta la gran impronta psicoanalítica y los prejuicios respecto de los psicofármacos y de las bases biológicas de los trastornos psiquiátricos que imperaban. En el CPP, en el marco de las terapias sistémicas, también implicó un profundo cambio la propuesta de articular psicoterapias con psicofarmacoterapia, y trabajar sobre estrategias y aspectos psicoterapéuticos de la prescripción farmacológica. En ese sentido, fue uno de los grandes psiquiatras de su época, a pesar de su juventud. Abrió campos inexplorados en la psiquiatría argentina. Pionero en el Trastorno Bipolar y en la integración de los tratamientos biológicos y psicoterapéuticos”.

Por su parte, el Dr. Carlos Vinacour, actual presidente de FUBIPA, nos refirió: Con Ale me unía una profunda amistad (compartimos consultorio por más de diez años y trabajamos juntos en FUBIPA por más de siete). Siempre sentí un profundo respeto y admiración por él. Uno de los aspectos más destacables era su amplitud de conocimientos; no sólo fue un psicofarmacólogo importante, sino también un psicoterapeuta sagaz de corte sistémico. Logró aunar ambas técnicas con maestría: sus intervenciones eran la combinación perfecta de ambas.

Lo conocí en los años 80 y empezamos a trabajar en el CPP en los 90. El fármaco, para él, tenía en cada paciente un sentido particular que complementaba todas las demás intervenciones y respetaba la lógica de la dirección de la psicoterapia. Nunca fueron acciones aisladas. Si a esto le sumamos que la mayor parte de los pacientes graves eran atendidos en un marco familiar, el tratamiento significaba una verdadera intervención global sobre las problemáticas psicológicas del paciente, sus desbalances bioquímicos y sus interacciones familiares y todo sin fisuras y en un marco de gran contención. He tenido el honor de acompañar, formando equipo con él, varios de esos tratamientos y en verdad han resultado ser experiencias inolvidables que aún guían mi tarea.

Además Alejandro estuvo embarcado en una fuerte tarea social y ha sido uno de los psiquiatras que tal vez más profundizó este tema en Argentina al crear en 1991 la primera asociación de usuarios en salud mental de Hispanoamérica. Tan sólida fue su tarea que FUBIPA es además la única asociación que desde sus comienzos hasta ahora ha trabajado de manera ininterrumpida. Para ello tomó una decisión que en su momento fue vista con algunas críticas: lideró y fue el presidente de una organización que defiende los derechos de los pacientes y plantea una fuerte tarea de autogestión y empoderamiento de la enfermedad bipolar. Su planteo era que sólo bajo el liderazgo de un médico una organización de usuarios podía sobrevivir a los vaivenes anímicos de sus dirigentes, a la sobrecarga crónica de los familiares y por ende al burnout típico de estas organizaciones. No se equivocó; lo que parecía una decisión cuanto menos cuestionable le permitió a FUBIPA crecer y sostenerse sin sobresaltos.

Por último, en APSA se desempeñó como profesor titular de Psicofarmacología de la carrera de médicos especialistas en Psiquiatría; también fue el Presidente honorario del capítulo de Psicofarmacología. Y en los congresos tuvo una actividad destacada.

Alejandro murió joven pero dejó sentadas las bases de una tarea que es un placer continuar y hacer crecer. Fue un hombre de bien, con amplitud de pensamiento, con la humildad de los grandes, solidario con los colegas y con los pacientes, y con una capacidad de escucha empática, de la que todos hemos aprendido. Estas son algunas de las características de Alejandro Lagomarsino que atesoramos todos los que tuvimos el privilegio de conocerlo.

Comité de Redacción Con el presente número queremos dar continuidad a la labor que llevó a cabo en los últimos cuatro años el Dr. Hugo Dramisino y los diferentes comités que lo secundaron. En este sentido, tal como lo manifestara en el último número del 2015, es nuestra intención mantener un criterio editorial abierto, que contemple la publicación de artículos tanto de psiquiatras que se inician como aquellos que, con varias horas de vuelo, transmitan su experiencia en torno a un tema en particular.

Como hace unos años lo manifestara el Dr. Germán Berríos, la psiquiatría es una especialidad que cabalga –con un delicado equilibrio– entre las ciencias naturales y las ciencias sociales. Situación que nos interpela de manera constante respecto de nuestras incumbencias y sobre el posicionamiento que, como especialistas, asumimos frente a los temas más diversos. En esta línea, atento al desafío que nos plantea la actualidad, incluimos en este número los trabajos del Dr. Andrés Rousseaux, *Abordaje de gente en situación de calle: ¿un problema internacional?* Y de la Dra. María Alejandra Acquaviva, *Contextos socio-familiares e involucramiento en prácticas delictivas por parte de jóvenes en tratamiento por abuso de drogas. Estudio exploratorio y descriptivo*. En este punto, presentamos un nuevo espacio, “**Diario de actividades de Ex Alumnos de APSA**”, cuyo tema en esta ocasión se encolumna con los anteriores: *Intoxicados: Una realidad que nos consume*, de la Dra. Marina C. Grance y la Dra. Cristina Petruk. Es para destacar que esta sección fue impulsada y es supervisada por la Dra Ester Allegue.

Para terminar, incluiremos el artículo del Dr. Andrés M. Ancía, *Abordaje Farmacológico del Trastorno Explosivo Intermittente: Estudio preliminar de la Eficacia de la Fluoxetina*. El mismo investiga desde una lectura psicofarmacológica las diferentes maneras en las cuales se puede manifestar la “agresividad”, brindándonos una alternativa posible de tratamiento.

Por otra parte, presentamos nuevas secciones. Dos se incluirán en este número. En primer lugar, **La Entrevista Federal**. La misma está constituida por una serie de preguntas (que se repetirán en lo sucesivo) enviadas a un colega de una provincia. Es nuestro deseo tomar conocimiento y transmitir los pormenores por los que transcurre nuestra especialidad en diferentes puntos del país. Comenzamos por Jujuy (agradecemos aquí, la colaboración y disposición del Dr. Sebastián Romero Arena). En segundo lugar, **Para Ver – Leer – Escuchar**; en esta oportunidad la Dra. Miryam Monczor, nos relata en un ensayo breve titulado *De Nerium Park a la caída de los ideales su experiencia respecto de la obra de teatro Nerium Park*.

Otras secciones que queremos incluir se denominan: *El llamado del domingo*, pretende ser un espacio donde se transmita una experiencia, sus dificultades y cómo se resolvió. *Yo psiquiatra*, un lugar donde un colega transmita como fue su formación (cursos, lecturas, estudios etc.), qué rescata, qué haría, qué cambiaría, qué sugiere, qué no volvería a hacer, qué repetiría.

Nos resta sólo invitarlos a participar. Encontrarán en ese sentido, colegas dispuestos a supervisar los artículos y textos en una relación de aprendizaje mutuo. Así como una apertura a diferentes aportes o ideas para esta revista, que es de todos.

Nota Editorial
“PREMIO SINOPSIS 2015”

Nos es grato transmitir que el Premio Sinopsis 2015 fue otorgado a la Dra. Marina Grance por su artículo “Psiquiatría, esclerosis múltiple y más...” perteneciente a la Sección de la Revista Sinopsis “Publicación de Tesinas Finales de Carrera. Versión Sinóptica.” del Espacio de Ex Alumnos de APSA”; sección supervisada por la Dra. Ester Allegue.

Aprovechamos la oportunidad para felicitar a la colega por su logro.

Corresponsalías:

Área Metropolitana: Dr. Guillermo Belaga, Dra. Julieta Falicoff, Dr. Federico Pavlovsky

Provincia Buenos Aires: Dr. Santiago Primerano

Provincia de Santa Fé: Dr. Néstor Berlanda, Dr. Bernabé Ibáñez

Provincia de Córdoba: Dr. Gabriel Ensabela

Área Noroeste: Dr. Ángel Uslenghi, Dra. María Eugenia Moyano, Dr. Gastón Noriega

Área Noreste: Dra. Silvia Aguayo, Dr. Gustavo Gómez

Área La Pampa y Comahue: Dra. Natalia Málaga

Abordaje de gente en situación de calle: ¿un problema internacional? *An approach to homelessness: an international problem?*

Dr. Andrés Rousseaux

Médico Psiquiatra.
Ex- Jefe de Residentes Hospital Braulio
Moyano. Miembro del Capítulo de Historia y
Epistemología (APSA)

Resumen

El objetivo del siguiente trabajo es poner el foco en una situación social lamentablemente frecuente: la situación de calle. Dentro del ámbito de la salud mental, se suele asociar esta condición con trastornos mentales graves. Haciendo un breve recorrido de cómo se aborda esta problemática en otros países, pondremos en duda dicha asociación, a fin de poder iniciar un análisis psicopatológico.

Summary

The aim of this paper is to focus on a woefully common social reality: homelessness. Within the mental health field, this phenomenon is often associated with severe mental disorders. We will question such association in order to start a psychopathological analysis after a brief review of how the issue is addressed around the world.

Introducción

El objetivo del siguiente trabajo es dar relevancia a un problema visible pero que intenta invisibilizar con la indiferencia: la gente en situación de calle. A su vez, queremos traer a colación una de las aristas de este tema complejo, a saber, si existe relación entre la situación de calle y los trastornos mentales graves, en particular del mundo de la psicosis. Antes de iniciar nuestro recorrido, es pertinente realizar una serie de señalamientos a los fines prácticos y para que el intercambio sea más favorable.

En primer lugar, hacemos una distinción entre situación de calle e indigencia. La primera describe a las personas que por lo menos durante el último mes han pasado una noche durmiendo a la intemperie o un lugar que no reúna las condiciones para ser considerado una vivienda. Por indigencia delimitamos a las personas que aun poseyendo una vivienda, no presentan los ingresos mínimos para cubrir la canasta básica familiar. A su vez, existe un matiz entre una definición y otra, dado que a nuestro criterio, una persona indigente que posee una vivienda, pero siendo la misma paga por subsidios habitacionales, también se encontraría en situación de calle, dado que al retirar el recurso estatal o ante cualquier dificultad burocrática para renovar el mismo, se encontraría en situación de calle.

Con respecto a la relación entre la situación de calle y los trastornos mentales, existe una relación entre ambos conceptos desde que se empezó a abordar la problemática de la locura. Tengamos en cuenta, por ejemplo, que una de las características descriptas por Hecker al hablar de la hebefrenia, una de las primeras conceptualizaciones acerca de la presentación juvenil de la psicosis, es la “tendencia al vagabundeo”⁽¹⁾. A su vez, durante el siglo XIX, en el continente europeo, se presentó una epidemia de locos viajeros, dromómanos según la definición de la época, que resultó ser un problema para los recientemente creados estados europeos^(2,3). Dentro del grupo de vagabundos se solían incluir a los mendigos, huérfanos, malvivientes que deambulan dentro de las ciudades y entre ellas, sin causar mayores problemas, salvo por su presencia. Dentro de este grupo se comenzaron a ubicar a los afectados por la locura, manteniéndose esta idea hasta nuestros días. No descartamos que exista una relación entre los trastornos mentales graves y la situación de calle, mas no creemos que ésta sea unívoca e inevitable; la experiencia clínica nos muestra que la mayoría de las personas con trastornos mentales graves no se encuentran en situación de calle, siendo solo una minoría los que llegan a esto. A su vez, la gente que se encuentra en situación de calle, en particular luego de que diferentes desencadenantes socioeconómicos los lleven, no suele presentar tratamientos previos en salud mental, una vez en situación de calle suelen iniciar tratamiento. Esto nos lleva a plantear algo que quizás suene una obviedad: vivir en la calle enloquece. Si es llamativo como esta situación de no tener un lugar para vivir se perpetúa en algunos casos, lo cual nos lleva a pensar en dos variables a tener en cuenta: la eficacia de los dispositivos empleados para la reinserción social por parte del Estado y por otro, cierto deseo subjetivo de que esta situación perdure⁽⁴⁾.

Experiencias I: Los náufragos franceses

En el libro de Patrick Declerck⁽⁵⁾, psicólogo francés que trabajó durante más de 15 años con los indigentes de París, realiza un análisis profundo de la gente sin techo en la capital francesa, como así también las propuestas del Estado a fin de resolver

esta problemática. Los llama indigentes pero solo para utilizar un término compartido a nivel global, para dar nombre a la anomia de la angustia que genera el encuentro con ellos.

El autor con honestidad reconoce que ha ayudado a cuidarlos, a aliviarlos, pero no ha curado a ninguno. Según su relato ha trabajado en varios de los dispositivos presentes en el sistemas francés, que atiende entre 10000 y 15000 personas que vive en la calle de manera habitual e instalada, siendo su número estimado en 200000 en el año 2001, aumentando llamativamente la población joven (en particular inmigrantes de Países del Este). Dentro de esta población transcurren jóvenes a la deriva, toxicómanos, personas que ejercen la prostitución, ex convictos y pacientes psiquiátricos: personas en crisis que están rompiendo sus vínculos sociales económicos y culturales, rozando los extremos de la desocialización pero sin romper vínculo del todo con la sociedad, en palabras del autor francés.

Centra su relato en el Centro de Acogida de Nanterre. Establecimiento situado a unos diez kilómetros al noroeste de París, que existe desde 1887. Originalmente era una cárcel para pobres, es decir, se encarcelaban a aquellos declarados culpables del delito de vagabundeo y mendicidad, purgando una pena de 45 días de trabajos forzados en la institución. Dejó de depender de la Jefatura de Policía en 1989, convirtiéndose en Centro de Acogida. Pero a pesar de esto el prefecto de Policía sigue siendo el presidente del consejo de administración del establecimiento.

La institución cuenta con un centro de acogida que puede albergar 400 personas, un asilo de ancianos con 500 camas, un centro de alojamiento y reinserción social, el centro de alojamiento y asistencia para personas sin techo (con 250 camas), una sucursal médica y el Hospital Max-Fourestier, con 290 camas. También disponen de su propio cementerio.

Los indigentes que van a Nanterre son llevados por la así llamada "Brigada de asistencia para personas sin techo (BAPSA), servicio de la jefatura de policía de París creados en 1955. También existe la Compañía Autónoma de Transportes Públicos que recoge indigentes por las calles de la capital francesa. Una vez hecho el contacto con la persona y se acepta (dado que el sistema de admisión es voluntario), se lo transporta hasta el Centro de Alojamiento y asistencia de personas sin techo del Centro de Acogida de Nanterre, donde puede pasar la noche y parte del día. Puede lavarse, alimentarse y recibir asistencia de salud. Si su estado lo justifica podrá ocupar una cama en la enfermería (días o semanas) o en caso de necesidad podrá ser hospitalizado en el lugar. Además puede pedir que lo admitan en el centro de acogida; si su comportamiento es compatible con el reglamento (no presenta toxicomanía o cuadro psiquiátricos graves, violencia) y hay vacantes, se le asigna un puesto en el funcionamiento logístico de la institución (con salario medio al cual se le pueden sumar primas). No hay límite de tiempo de estancia en el servicio de acogida. Si no es admitido, su paso es transitorio, su cama será ocupada por otro mañana, llevándolo inevitablemente al vagabundeo.

Según describe Declerck, la gran mayoría de los indigentes (aunque sea los que él atendió, cifra que ronda las 2000 personas) se encuentran alcoholizados, logrando los medios para dicho fin a través de la mendicidad. Señala que este proceso toxicómano es previo a la situación de calle. Y el autor conoce

en intimidad el tema que estudia; en varias oportunidades se disfrazó de indigente para ser recogido por el mismo sistema donde él trabajaba, describiendo al detalle su burocrática brutalidad.

Respecto a la asistencia de este tipo de población, Declerck señala que existe una identificación entre terapeuta y asistido, y como toda identificación transferencia-contratransferencial, es por naturaleza proyectiva, llevando a la práctica de una caridad histórica y a un ciclo de rupturas del vínculo entre terapeutas y pacientes, que inevitablemente llevan a una interrupción en los programas de ayuda, ante la falla en el programa normalizador que intenta reciclar al residuo social. Una reacción terapéutica negativa en términos psicoanalíticos.

Experiencias II: Estrategia Federal para los Homeless en EE.UU

Estados Unidos es uno de los países en los cuales se ha intentado abordar enérgicamente la problemática de las personas en situación de calle⁽⁶⁾. Se estima que entre 640000/día y dos millones de personas en total se encuentran en esta situación. Desde enero del 2009 a través del Acta de Recuperación y Reinversión Americana, con una inversión 1,5 billones de dólares^(7,8). Las administraciones previas ya habían empezado a trabajar con lo que denominaron indigentes crónicos (personas que durante más de 12 meses o tres periodos distintos en los últimos tres años habían estado en situación de calle o habitando albergues). Sus objetivos apuntan a eliminar la situación de calle crónica en 5 años; prevenir y evitar la situación de calle entre los veteranos en 5 años; prevenir y eliminar la situación de calle en familias, jóvenes y niños en 10 años y por último fijar un camino para eliminar cualquier tipo de indigencia^(7,8, 9).

Dentro de las estrategias propuestas, se expandió el sistema Medicaid para cubrir a personas de menos de 65 años de edad con un ingreso menor a los 15.000 dólares/año. También se apuntó a mejorar la atención en dispositivos psiquiátricos, sobre todo en el servicio de emergencias y comunitarios, como así también la disponibilidad de clínicas/casas de medio camino para personas con enfermedad mental persistente, dado que según sus análisis, son una población vulnerable a incurrir en la situación de calle.

Según el análisis del Acta, el aumento de la indigencia en EE.UU se debió a tres factores: la pérdida de programa de viviendas; presupuestos en subsidios que no se ajustaban al costo de vida, pérdida de empleos y desempleo; y por último, el cierre de instituciones psiquiátricas estatales sin la creación de servicios comunitarios de asistencia y alojamiento.

Delimitan un subgrupo de personas que experimentaron indigencia crónica con un alto índice de enfermedad mental y abuso de sustancias (en particular en adolescentes). Las causas más frecuentes eran alcoholismo, esquizofrenia y trastornos de la personalidad. Muchos de ellos no pudieron ser incluidos en programas ambulatorios de tratamiento, con índices elevados de interurrencias clínicas, utilizando sistema de urgencias. Dentro del programa implementando por el Acta, 35 % de las personas con padecimientos mentales severos que lo utilizaron (un total de 110.917 personas) tenían Medicaid⁽⁹⁾.

Independientemente de la causa, el programa tiene una serie de objetivos con sus respectivas estrategias:

- 1) Proveer y promocionar liderazgo colaborativo en todos los niveles del gobierno a nivel intersectorial para inspirar a los americanos a prevenir y eliminar la indigencia.
- 2) Fortalecer la capacidad de las organizaciones públicas y privadas para incrementar el conocimiento acerca de la colaboración y las intervenciones exitosas para prevenir la indigencia.
- 3) Proveer vivienda transitoria a las personas con mayor riesgo de indigencia.
- 4) Proveer de vivienda permanente para prevenir y eliminar la indigencia crónica
- 5) Aumentar el empleo de forma significativa y sustentable para las personas con mayor riesgo de indigencia.
- 6) Mejorar el acceso a programas y servicios para reducir la vulnerabilidad financiera de las personas indigentes.
- 7) Integrar los servicios de salud y comportamiento primarios con programas de asistencia a los indigentes como así también de vivienda para reducir la población vulnerable.
- 8) Avanzar en la estabilidad del sistema de salud y alojamiento de jóvenes fuera del sistema, incluidos en hogares sustitutos y justicia juvenil.
- 9) Avanzar en la estabilidad del sistema de salud y alojamiento de indigentes con contactos frecuentes con el servicio hospitalario y la justicia criminal.
- 10) Transformar los servicios de respuesta a crisis en población indigente de tal manera que superada la misma la persona regrese rápidamente a su alojamiento.

Los resultados fueron, en principio, satisfactorios, implementándose los objetivos descriptos. En las conclusiones veremos los resultados de este programa.

Conclusiones

Como se puede observar, la gente en situación de calle es un fenómeno mundial que traspasa fronteras geográficas y temporales. Esto nos lleva a pensar que la pobreza y la exclusión social no son determinantes suficientes para explicar su existencia. Si tenemos cuenta que al hecho psicopatológico⁽¹⁰⁾ como un fenómeno psíquico que sucede en momento determinado y que su explicación radica en el funcionamiento del aparato psíquico, podemos observar que en la situación de calle existen otras variables a tener en cuenta para explicar dicho fenómeno, dejando de ser un estado de defecto y pasando a tener una entidad propia que no excluye a las causales socioeconómicas y la responsabilidad social de la exclusión. En palabras de Declerck, “el indigente es un loco de la exclusión”, dado que no pudiendo vivir de otra forma, la perpetúa. No exclusión en el sentido sociológico, sino un elemento en lo que el autor francés denomina “síndrome de desocialización”. Este último término remite a un conjunto de comportamientos y de mecanismos psíquicos por los cuales el sujeto se aparta de lo real para buscar apaciguamiento en un condicionamiento de lo peor. En ese sentido, la indigencia pasaría a ser un hecho psicopatológico, un deseo inconsciente del sujeto que busca lo peor, con una destrucción brutal de los vínculos libidinales. Pura pulsión de muerte signada por pérdidas cons-

tantes (de grupos familiares, instituciones, documentos, etc.), que nos ayuda a no victimizar a las personas que se encuentran en situación de calle, a no ser cómplices en justificar todo a un proceso supra que lo excede (pérdida de trabajo, alcohol, etc.). Además, este planteo evita la identificación fantasmática que lleva a querer normalizar al sujeto que nos consulta estando en situación de calle. Pensándolo sintomáticamente, la indigencia sería el síntoma en sujetos que, según Declerck, presentan disfuncionamiento precoz, diversos traumatismos infantiles, alcohol/tabaquismo transgeneracional y una tendencia a la primacía del paso al acto, que los puede llevar a la desociabilización.

Estos lineamientos no quieren ser dogmáticos ni ser parte de onanismos teóricos. Es solo una forma de pensar la clínica desde el campo psicopatológico; en sí no quiere decir que todos los indigentes tengan trastornos mentales graves ni que haya una relación estrictamente causal, pero sí pone el foco de atención en los mecanismos psíquicos que pueden generarse en estos sujetos. Si bien puede haber condiciones económicas que lleven al aumento de la población indigente, abordar el problema solo como una cuestión económica lleva al fracaso terapéutico. Volviendo al caso de EE. UU, su programa si bien impresiona como un éxito, empezó a mostrar falencias estructurales. Solo a manera de ejemplos, tomemos el caso del programa de trabajo instalado en Albuquerque (Nuevo México) para personas indigentes ha sido un “éxito” dado que devuelve a estas personas la “dignidad del trabajo”: ofrece trabajos por 9 dólares la hora y una comida, no todos los días dado que se ofrecen desde una camioneta que levanta gente desde la calle. Un sistema explotador, que no conduce a empleos estables y que la mayoría de los indigentes de dicha ciudad rechaza. En otro extremo de EE. UU, la ciudad de Seattle presenta un grave problema de indigencia, que contrasta con el auge económico que vive la ciudad en el sector tecnológico. Posee un campamento no autorizado (o sea no incluido en el Acta de Indigencia) de 5 km de largo, debajo de la carretera interestatal 5, denominado “La Jungla”, donde viven alrededor de 400 indigentes. Se han presentado graves situaciones de violencia, sin acción gubernamental sobre las mismas, dado que los terrenos son jurisdicción del Estado que además ha disminuido el presupuesto para construir casas de bajos ingresos.

Como hemos nombrado en la introducción y se ve en los ejemplos de experiencias prácticas en los países y en particular en el caso de Estados Unidos, existe una tendencia a pensar la indigencia como un fenómeno secundario de los trastornos mentales mayores; a su vez, en un argumento complementario al antes nombrado, se suele pensar que ciertas formas de patología mental poseen consecuencias sociales que al marginalizar a ciertos sujetos, los llevan progresivamente a la indigencia, generando trastornos mentales secundarios. Estos lineamientos llevan a un modelo etiológico circular, que impide cualquier abordaje posible, dado que la indigencia pasaría ser un fenómeno estrictamente social y no del campo interdisciplinario de la salud mental.

Bibliografía

- 1- Kraepelin, E; Kahlbaum K.; E. Hecker: "La locura maniaco-depresiva". "La Catatonia". "La Hebefrenia". Editorial Polemos, Buenos Aires, 1996.
- 2- Vaschetto, E, "Los descarriados. Clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro", Editorial Grama, Buenos Aires, 2010.
- 3- Vaschetto, E, "Viajeros, locos, errantes", Vertex Nro 114, Volumen XXV, Marzo/abril 2014
- 4- Rousseaux, A. "Locura, Pobreza y Sociedad: cuando la indigencia se transforma en enfermedad mental", Revista Vertex, Vertex N° 126, 2016
- 5- Declerk, P "Los Náufragos. Con los indigentes de Paris". Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2006
- 6- National Coalition for the homeless, "Homeless Challenge Project. Experience Life On the Streets", 2014. Disponible en: <http://www.nationalhomeless.org>
- 7- U.S. Department of Housing and Urban Development, "Notice on prioritizing persons experiencing chronic homelessness and other vulnerable homeless persons in permanent supportive housing and recordkeeping requirements for documenting chronic homeless status" 28 de julio 2014
- 8- U.S. Department of Housing and Urban Development, "Prioritizing Persons Experiencing Chronic Homelessness and other Vulnerable homeless persons in permanent supportive housing and recordkeeping requirements for documenting chronic homeless status"
- 9- United States Interagency Council on Homeless, "Opening Doors. Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness", 2010
- 10- AA.VV, "Epistemología y psiquiatría: Relaciones Peligrosas", Compilador: Vaschetto E., Buenos Aires, Editorial Polemos, 2012.

Autor: Andrés M. Ancía

Médico Especialista en Psiquiatría (APSA)
E-mail: andreasancia@gmail.com

Resumen:

Se trata de una investigación de eficacia de fluoxetina en el abordaje farmacológico del trastorno explosivo intermitente (TEI), de acuerdo a las diferentes presentaciones posibles: agresión verbal, física y destrucción de objetos; agresión verbal; agresión verbal y destrucción de objetos; agresión verbal y física. Es un estudio ex post facto, de tipo observacional y con finalidad aplicada, de corte transversal, no experimental. La información se obtuvo, a partir del análisis de las historias clínicas, de pacientes que participan de forma histórica del ambulatorio Pro-AMITI, seleccionados de forma aleatoria (según método). Respecto de los resultados, el mecanismo de presentación más frecuente es el que combina agresión verbal, física y destrucción de objetos, para el cual la fluoxetina se mostró ineficaz en la resolución del cuadro. Seguido en frecuencia por la presentación unimodal de agresión verbal, en la cual la fluoxetina mostró eficacia y en las presentaciones bimodales de agresión (agresión verbal y destrucción de objetos; agresión verbal y física), en donde la fluoxetina presenta resultados prometedores.

Palabras claves:
Trastorno Explosivo Intermitente, Tratamiento, Eficacia, Fluoxetina.

Abstract:

It is about an investigation of efficacy of fluoxetine in the pharmacological treatment of intermittent explosive disorder (IED) according to the different possible forms of presentation: verbal aggression, physical aggression and destruction of objects; verbal aggression; verbal aggression and destruction of objects; verbal and physical aggression. It is a non-experimental study, ex post facto, observational with purpose applied, cross-sectional. The information was obtained from the analysis of medical records of patients participating in historical form of outpatient Pro-AMITI, randomly selected (according to method). Regarding the results, the mechanism of most frequent presentation is one that combines verbal aggression, physical aggression and destruction of objects, for which the fluoxetine was ineffective in resolving the presentation. Followed in frequency by the presentation of verbal aggression in which fluoxetine showed efficacy, and in bimodal presentations of aggression (verbal aggression and destruction of objects; verbal and physical aggression), fluoxetine presents promising results.

Key words:

Intermittent Explosive Disorder, Treatment, Efficacy, Fluoxetine.

Abordaje Farmacológico del Trastorno Explosivo Intermitente: Estudio preliminar de la Eficacia de la Fluoxetina - *Pharmacological Treatment of the Intermittent Explosive Disorder: Preliminary Study of the Efficacy of Fluoxetine*

Introducción:

El TEI, se presenta a través de explosiones comportamentales más o menos severas, en episodios de alta frecuencia y baja intensidad o baja frecuencia y alta intensidad⁽²¹⁾. Se caracteriza, por la dificultad en el control de las emociones y comportamiento, pudiendo violar las normas sociales y/o los derechos de los demás⁶. Esta imposibilidad de control del impulso, conlleva a episodios de agresión verbal o física⁽¹⁾. El comportamiento es siempre desproporcionado a la provocación y no se encuentra planeado⁽⁶⁾. El impulso de ataque inicial, generalmente ocurre en respuesta a una provocación menor de alguien cercano al paciente^(12,15). Dicho impulso es usualmente acompañado por un aumento de la sensación de tensión que progresa rápidamente^(1,12,15). Esto, puede estar acompañado de irritabilidad, rabia, aumento de la energía, aumento de los pensamientos, pobre comunicación, y procesamiento ineficiente de la información, a la par de síntomas somáticos tales como parestesias, temblor, palpitations y dolor de pecho⁽²⁴⁾. Los episodios explosivos presentan una duración de aproximadamente 30 minutos, continuando con una sensación de alivio, culpa, auto-reproche y vergüenza^(1,15).

Respecto de la etiología, están involucrados factores genéticos, psicológicos, sociales y biológicos^(2,21). Los factores genéticos aparecen principalmente, en parientes de primer grado⁽¹⁷⁾. En relación con los factores psicosociales, la exposición repetida al trauma, guarda una alta correlación con los comportamientos impulsivos agresivos⁽¹¹⁾, es decir en individuos con experiencias traumáticas en la infancia, se relacionó fuertemente con TEI. Esto, indicaría que existe un nexo causal entre traumas infantiles y subsecuentes ataques de rabia⁽¹⁷⁾. En la relación al último factor, hallazgos neurobiológicos, involucran una desregulación serotoninérgica y una mayor activación de las estructuras límbicas del cerebro. Así como también, se vincula a la corteza órbita frontal y la corteza cingulada anterior con el insuficiente control de los impulsos^(2,8). Esto, conlleva a que los pacientes con TEI, presentan mayor actividad de la amígdala, región responsable de la rabia. De otra forma, las áreas relacionadas con los frenos comportamentales (corteza órbita frontal y cingulada anterior) se encuentran menos activadas. En síntesis, se genera una dificultad en el control de los comportamientos impulsivos, generando actos agresivos recurrentes⁽¹¹⁾.

El inicio del TEI precede generalmente a otras comorbilidades y está significativamente vinculado con los trastornos de humor, ansiedad y uso de sustancias. La asociación entre trastorno de ansiedad y TEI es más fuerte en mujeres que en hombres⁽²¹⁾. Otros estudios destacan, que la prevalencia de trastornos de humor y ansiedad, así como el abuso de sustancia, son ampliamente asociados a TEI. Los mismos estudios, reportaron que el TEI en edades tempranas, aparece antes que los trastornos de: humor, ansiedad o por uso de drogas, en sujetos con ambos diagnósticos⁽⁵⁾. En relación a la prevalencia de las comorbilidades, podemos mostrar las siguientes estadísticas: trastorno depresivo mayor unipolar: 37%; abuso de alcohol: 33%; fobia social: 28%; trastorno de oposición desafiante: 25%; fobia específica: 24%; trastorno de conducta: 24%; abuso de drogas: 22%; trastorno de déficit de atención e hiperactividad: 20%; trastorno de ansiedad generalizada: 19%; trastorno de estrés post traumático: 15%⁽¹⁴⁾.

Desde la neurobiología, se señala que la susceptibilidad a la agresión, puede manifestarse de diferentes formas, dependiendo del contexto psicopatológico en que se produce. Cuando dicha susceptibilidad, se combina con extrema sensibilidad emocional, la agresión reactiva se produce generalmente en un contexto interpersonal como es el caso del trastorno límite de personalidad. La susceptibilidad a la agresión, puede ser activada por un estado de ánimo alterado o un estado de ansiedad, es decir la presencia de: trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y/o trastorno de pánico. En cualesquiera de estos contextos, la agresión impulsiva puede ser concebida como el umbral más bajo para la activación de respuestas agresivas motoras a los estímulos externos, sin reflexión ni consideración de las consecuencias de la conducta^(22, 20).

El neurotransmisor involucrado es la serotonina, que tiene una acción inhibitoria en el cerebro^(10, 26), y que está profundamente involucrada en la regulación de las emociones y la conducta, incluyendo la inhibición de la agresión^(9, 25). La disfunción serotoninérgica, ha sido relacionada con conducta agresiva en animales y humanos^(4, 16, 19). Existen varios estudios, que han identificado el funcionamiento anormal del sistema de la serotonina en la agresión impulsiva, así como los déficits de los circuitos de regulación de la emoción prefrontales⁽¹³⁾.

La serotonina, facilita en regiones corticales prefrontales (tales como las cortezas: órbita frontal y cíngula anterior), la modulación y frecuentemente la supresión de la emergencia de conductas agresivas. Inicialmente actuando en los receptores de serotonina 5-HT₂ de estas regiones. Este modelo, basado en estudios que demostraron que inhibidores de la receptación selectiva de serotonina (IRSS) redujeron la agresión impulsiva⁽⁷⁾. En ese sentido, otros estudios neurobiológicos, relacionaron en pacientes agresivos con trastornos de personalidad, bajas concentraciones de 5-HIAA y una respuesta neuroendócrina disminuida a pruebas serotoninérgicas^(3, 23). Existiendo una relación inversa entre la actividad serotoninérgica y la conducta agresiva⁽¹⁸⁾.

Considerando que la principal expresión del TEI es el comportamiento agresivo impulsivo y relevando que este se debe a una disfunción serotoninérgica (así como también puede corresponder a otros mecanismos), el tratamiento farmacológico se basa en la utilización de IRSS. Es por lo que en este estudio, se evalúa la eficacia de la fluoxetina en el abordaje farmacológico del TEI. Se trata de un estudio ex post facto, de tipo observacional, no experimental, de corte transversal y finalidad aplicada, el que se realizó a partir de una experiencia en el ambulatorio Pro-AMITI (Ambulatorio de Trastornos del Control de los Impulsos), en el Instituto de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de Sao Paulo, Brasil.

Método

Se seleccionaron historias clínicas de pacientes que concurren y participan de manera histórica del ambulatorio Pro-AMITI, del Instituto de Psiquiatría, del Hospital de Clínicas de Sao Paulo, Brasil. Las características demográficas de estos pacientes fueron: pertenecientes al Estado de San Pablo, mayores de 18 años, de ambos sexos y alfabetizados.

Todos estos pacientes, habían efectuado sin excepción, una

entrevista estructurada, para permitir su admisión al ambulatorio Pro-AMITI, el Protocolo M. Esta, consistió en una entrevista diagnóstica, de aplicación rápida (15 minutos) y en la que se exploró de forma protocolizada los principales diagnósticos psiquiátricos del Eje I y II del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Una vez realizado el diagnóstico de TEI, se excluyeron (para este diagnóstico) aquellos pacientes donde los episodios explosivos pudieron ser mejor explicados por: otros trastornos mentales; condiciones médicas y efectos fisiológicos de alguna sustancia. Esta entrevista, se aplicó a pacientes ya contactados previamente por un profesional pertinente (vía telefónica o e-mail), siguiendo el protocolo adaptado, National Comorbidity Survey Replication.

Muestra

En base a esta descripción, la muestra estuvo conformada por la información obtenida de las historias clínicas de 50 pacientes, escogidos de manera aleatoria, respondiendo al consentimiento, disponibilidad y voluntad de los profesionales responsables del ambulatorio Pro-AMITI, del Instituto de Psiquiatría, del Hospital de Clínicas de San Pablo, en un determinado período de tiempo.

Procedimiento

Se diferenció de las 50 historias clínicas, los pacientes que recibían fluoxetina de los que recibían otros fármacos, para el abordaje del TEI, respondiendo de esta manera a los intereses de la investigación (Tabla I). Se obtuvo, que de la muestra de 50 pacientes, 28 presentaron un abordaje de su cuadro de TEI con fluoxetina y 22 fueron abordados con otros fármacos.

A partir de esta muestra de 28 pacientes, se analizaron las historias clínicas, que no fueron redactadas siguiendo un protocolo de búsqueda. Es decir, cada caso no arrojó información comparable, ocupando de esta manera elementos subjetivos para la tabulación.

Se indagaron las siguientes características:

- Tipo de fármaco utilizado: se eligieron los casos en donde se utilizó fluoxetina.
- Sintomatología, considerando:
 - o Agresión verbal: insultos, discusiones, amenazas, etc.
 - o Agresión física (leve y con lesiones).
 - o Destrucción de la propiedad (objetos).
- Respuesta al tratamiento, se consideró:
 - o Respuesta / Respuesta Parcial: mejoría, sin especificar el nivel (disminución o desaparición de los episodios explosivos).
 - o Falta de Respuesta: persistencia de la sintomatología, sin especificar el nivel.

NOTA:

- Para las características 1 y 3, se trató de la información contemplada en la última evaluación psiquiátrica.
- El termino eficacia, hace referencia a la mejoría sintomatológica respecto de los mecanismos de agresión (agresión verbal, física y destrucción de la propiedad), abarcando: la resolución total o parcial del cuadro, y la disminución en frecuencia e intensidad de los síntomas, de forma específica, durante el tratamiento.

A partir de estos 28 pacientes, se confeccionó luego una tabla que contemplaba a los pacientes en tratamiento con monoterapia de fluoxetina y asociaciones, debido a otras comorbilidades (Tabla II). También se confeccionó una tabla que contemplaba la sintomatología que determinó el inicio de tratamiento (Tabla III). A partir de la tabla anterior, se confeccionó una tabla (Tabla IV), con las presentaciones sintomatológicas (asociadas o no): agresión verbal (A. V.), agresión verbal + agresión física (A. V. + F.), agresión verbal + agresión física + destrucción de objetos (A. V. + F. + D.) y agresión verbal + destrucción de objetos (A. V. + D.). Finalmente, se confeccionó una tabla (Tabla V), en donde se reflejó la respuesta al tratamiento, considerando: respuesta/respuesta parcial y falta de respuesta. Esta respuesta al tratamiento en relación a: el mecanismo de agresión, la medicación y dosis y comorbilidades asociadas.

Resultados:

Los datos obtenidos y volcados en las tablas anteriormente mencionadas, permitieron observar que: de la muestra obtenida (ver la tabla II), se desprendió que un 75 % de la muestra (21/28 pacientes), mostró un abordaje de su cuadro de TEI, solo con monoterapia de fluoxetina. Más allá de que algunos pacientes: 11, 22, 27, 30, 38, 49 y 50, se presentaron asociado al TEI, cuadros de ansiedad (fobia social, TAG, TEPT y trastorno de pánico), de dependencia (tabaco y marihuana) y de trastorno del control de los impulsos (compras compulsivas e impulso sexual excesivo), éstos lograron responder, al tratamiento con fluoxetina. En los pacientes que recibieron un tratamiento asociado (fluoxetina para el TEI + otro fármaco), las comorbilidades se relacionaron con cuadros de: depresión grave, con y sin síntomas psicóticos (paciente 6 y 18); depresión recurrente (paciente 47); coadyuvante para el tratamiento de la impulsividad (paciente 7, 25 y 33); celos patológicos (paciente 47); múltiples trastornos impulsivos (dependencia tecnológica y trastorno de la conducta alimentaria) asociado a TDAH y Síndrome de Tourette (paciente 17).

La presentación más frecuente (tabla IV), es la que involucró conjuntamente los mecanismos de agresión: verbal, físico y destrucción de la propiedad, 43 % (12/28 casos). En segundo lugar de frecuencia: la agresión verbal, 32 % (9/28 casos) como único síntoma. Finalmente y con menor frecuencia, las presentaciones: agresión verbal + destrucción de la propiedad 14 % (4/28 casos) y agresión verbal + agresión física, 11 % (3/28 casos).

De la tabla V, resultó que de la presentación más frecuente, tres casos (pacientes 20, 38 y 43) presentaron respuesta/respuesta parcial. Dos de ellos en uso de dosis bajas e intermedias (paciente 20=40 mg; paciente 38=20 mg), y un solo caso (paciente 43) con dosis de 80 mg. Más aún, se puede interpretar que los casos 20 y 38, se encontrarían en proceso de estabilización, con buena respuesta inicial a la fluoxetina. De estos "respondedores": 2 casos (paciente 20 y 43), no presentaron comorbilidades que pudieron influir en el cuadro de TEI y un caso (paciente 38), con presencia de F32.2 y una buena respuesta a la fluoxetina. En cuanto al resto de los casos: 8 de estos, no presentaron mejoría (con persistencia de la sintomatología). Seis de estos (pacientes: 6, 18, 21, 28, 30 y 39), que no llegaron a dosis máximas de fluoxetina, no mostraron mejoría inicial. Solo 1/12 caso (paciente 11) no retornó al control.

De los pacientes que mostraron un mecanismo único de presentación (agresión verbal = 9/28), la utilización de fluoxetina consiguió una respuesta/respuesta parcial en 7/9 de los casos, en un rango de dosis de 20 - 40 mg, con una excepción: paciente 47 con 80 mg. De los respondedores, los pacientes 7 y 25 presentaron una asociación con propanolol, a manera de abordar síntomas físicos asociados a la impulsividad, y el paciente 47, que presentó una asociación con venlafaxina 75 mg, considerando su cuadro de celos patológicos y trastorno depresivo recurrente. En 1/9 caso (paciente 49), no presentó respuesta/respuesta parcial, debido a la intolerancia a la fluoxetina y se optó cambiar a escitalopram. Por último, 1/9 caso (paciente 29) no se presentó al control (luego de iniciado el tratamiento), por lo tanto no se pudo determinar respuesta/respuesta parcial o falta de respuesta.

En los casos, de expresión bimodal, A. V. + D. = 4/28, 2 de ellos presentaron respuesta/respuesta parcial y 2 no presentaron respuesta, todos ellos con dosis mínimas de fluoxetina. La falta de respuesta al tratamiento, pudieron deberse a la falta de optimización de dosis, ya que los pacientes pudieron haber estado iniciando el tratamiento. Mientras que, los que presentaron un mecanismo A. V. + F. = 3/28 casos, mostraron respuesta/respuesta parcial en un rango de dosis de 20-40 mg de fluoxetina.

Discusión:

En este estudio cabe resaltar que en el Pro-AMITI se presenta protocolizada la condición de que ante un diagnóstico de TEI, el fármaco de elección es la fluoxetina (para el inicio del tratamiento). La implementación de fluoxetina, depende de cada médico y de su experiencia. Por esto, es que en la muestra de este estudio aparecen casos con sertralina así como escitalopram. Respecto de la dosis, los pacientes pueden encontrarse iniciando el tratamiento, donde la dosis claramente (para algunos casos) puede ser ineficaz para la estabilización (se inicia con 20 mg), así como puede estar en dosis máximas (80 mg), sin haber conseguido la misma. Un mecanismo multiagresivo (V+F+D), puede estar asociado a comorbilidades de compleja estabilización lo que puede dificultar la misma. Así como también, la falta de estabilización se puede deber a: falta de optimización de la dosis farmacológica, no aguardar los tiempos indicados para el efecto terapéutico del fármaco, por la falta de experiencia del médico o por ser el curso natural del cuadro, que cuanto más componentes presenta, más difícil su estabilización. Mientras que, para el mecanismo unimodal (A. V.), alrededor de la mitad de los casos, mostraron vinculación con comorbilidades que presentan respuesta a los IRSS, por lo que la respuesta/respuesta parcial al tratamiento no se vio afectada. Por último, en los casos de expresión bimodal en el mecanismo de agresión (V+D; V+F), no se encuentran asociados a otras comorbilidades, por lo que la falta de respuesta puede deberse a falta de optimización de dosis.

Limitaciones: cabe destacar que como las descripciones de los cuadros clínicos no siguieron un protocolo de búsqueda y en muchas ocasiones, fueron confeccionadas por médicos en formación (faltos de experiencia), la información extraída para la elaboración de esta tesis puede interpretarse con distintos niveles de representatividad. De esta manera, pueden existir distorsiones: diagnósticas, con cuadros que comparten

sintomatología similar (ej.: trastorno bipolar, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, abuso de sustancias, entre otros), y en la descripción de los mecanismos de agresión (que no se encuentran bien diferenciados en algunos casos de agresión física si son de alta o baja intensidad). Otra limitación pudo ser, el tamaño de la muestra, en cuanto se pudieron evaluar pocos pacientes que recibieron fluoxetina,

Conclusiones:

Podemos inferir entonces, según los resultados de esta investigación, que la utilización de fluoxetina en el TEI, muestra eficacia en casos donde el mecanismo de agresión que predomina es la agresión verbal, como presentación única. Lo anterior, en un rango de aplicación de dosis, entre 20 - 40 mg. En casos de agresión verbal + agresión física, todos los casos presentaron respuesta/respuesta parcial, en el tratamiento con fluoxetina. Cabe destacar que en esta categoría, el síntoma de agresión física, no diferencia entre los de alta y baja intensidad, ya que en las historias clínicas no se especificaba. No obstante lo anterior, sería apresurado afirmar, que la fluoxetina es eficaz para esta categoría, más allá de que en esta muestra se manifestó: respuesta/respuesta parcial (en un rango de 20-40 mg). En lo referido a los casos de agresión verbal + destrucción de objetos: 2/4 casos presentaron mejoría, mientras que los restantes (2/4), no lo hicieron. Se debe resaltar que en esta categoría, la utilización de la fluoxetina fue en dosis mínimas (20 mg) para los 4 casos. Dada estas cantidades de dosis (y no superiores), se puede inferir que este mecanismo de presentación respondería al uso de fluoxetina. Sin embargo, para los casos en donde se combinan varios mecanismos de agresión (agresión verbal + física + destrucción de objetos), estos reflejan falta de respuesta en 8/12 casos, al tratamiento con fluoxetina. Teniendo en cuenta que este patrón se presenta en un contexto donde la mayoría de los

pacientes no se encuentran en utilización de dosis máximas de fluoxetina (6/8 casos de los no respondedores), no existiría una relación expresa entre: nivel de dosis y eficacia para este tipo de presentación. En referencia a los respondedores 3/12 casos, mostraron respuesta/respuesta parcial, en situaciones donde no hubo presencia de otras comorbilidades o si existieron, respondieron a los IRSS.

Se puede concluir entonces, que el tratamiento con fluoxetina tiene claramente un efecto antiagresivo en individuos impulsivo agresivos con TEI. Se muestra eficaz para las presentaciones: agresión verbal (como única expresión); mientras que en su forma agresión verbal + física y agresión verbal + destrucción de objetos, muestra resultados prometedores. Seguramente se necesitaran más estudios experimentales y de campo que permitan profundizar este tipo de abordaje, así como ensayar otras alternativas terapéuticas, ya que el TEI, es un trastorno que todavía dista de tener un tratamiento eficaz para las diferentes presentaciones del mismo.

Agradecimientos:

Primeramente debo agradecer de manera especial y sincera a la Dra. Fernández Lía Marcela, por su apoyo y confianza en mi trabajo así como también por su orientación para llevar a cabo este estudio. Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Tavares Hermano (Coordinador del Ambulatorio Pro-AMITI, del Instituto de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, de la Universidad de San Pablo), quien autorizó la realización de este estudio; al Dr. Tancredi Vitor, Dra. Seger Liliana (Coordinadora del grupo de TEI), Lic. Morillo Juliana y Lic. Bernardo Carolina, quienes aportaron sus conocimientos científicos y colaboraron en el desarrollo de este estudio. Y finalmente agradecer a la persona que siempre, siempre confió en mis capacidades y alentó a superarme, Dra. Allegue Ester Ofelia.

Bibliografía:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
2. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 5. Ed. Puerto Alegre: Artmed; 2014.
3. Asberg, M., Traksman, L. & Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? Arch Gen Psychiatry; 33: 1193-1197.
4. Coccaro, E. (1989). Central serotonin and impulsive aggression. Br. J. Psychiatry Suppl.; 8: 52-62.
5. Coccaro, E. (2012). Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. Am J Psychiatry; 169:577-588.
6. Coccaro, E. (2015). Intermittent explosive disorder: epidemiology, clinical features, assessment and diagnosis. Revista Uptodate; disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/intermittent-explosive-disorder-in-adults-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>.
7. Coccaro, E. & Kavoussi, R. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality disordered subjects. Arch Gen Psychiatry; 54: 1081-1088.
8. Coccaro, E., Lee, R. & McCloskey, M. (2014). Relationship between psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity, and Intermittent Explosive Disorder. Aggressive Behavior, vol. 40, pag. 526-536.
9. Davidson, R., Putnam, K. & Larson, C. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation: a possible prelude to violence. Science; 289: 591-594.
10. Daw, N., Kakade, S. & Dayan, P. (2002). Opponent interactions between serotonin and dopamine. Neural Network; 15: 603-616.
11. Dodge, K., Pettit, G., Bates, J. & Valente, E. 1995. Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. J Abnorm. Psychol; 104: 632-643.
12. Felthous, A., Bryant, S., Wingeter, C. & Barratt, E. (1991). The diagnosis of intermittent explosive disorder in violent men. Bull Am Acad Psychiatry; 19:71.
13. Karkowski, M. (2003). Violence and serotonin: influence of impulse control, affect regulation, and social functioning. J Neuropsychiatry Clin. Neurosci; 15: 294-305.
14. Kessler, R., Coccaro, E., Fava, M. & McLaughlin, K. (2012). The phenomenology and epidemiology of intermittent explosive disorder. The Oxford handbook of impulsive control disorder. The Handbook of Impulsive Control Disorder.
15. McElroy, S., Soutullo, C., Beckman, D., Taylor, P. Jr., Keck, P. Jr. (1998). DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. J Clin Psychiatry; 59:203-210.
16. Miczek, K., DeBold, J. & Van Erp, A. (1994). Neuropharmacological characteristics of individual differences in alcohol effects on aggression in rodents and primates. Behavioral Pharmacology; 5: 407-421.

17. Nickerson, A., Aderka, I., Bryant, R. & Hofmann, S. (2012). The relationship between childhood exposure to trauma and intermittent explosive disorder. *Psychiatry Res.*; 40 (6): 526-36.
18. Olivier, B. (2015). Serotonin: a never-ending story. *European Journal of Pharmacology*, 753, 2-18.
19. Raleigh, M., McGuire, M., Brammer, G., Pollack, D. & Yuwiler, A. (1991). Serotonergic mechanisms promote dominance acquisition in adult male vervet monkeys. *Brain Research*; 559: 181-190.
20. Schmidt do Prado-Lima, P. (2009). Tratamento farmacológico da impulsividade e do comportamento agressivo. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 31 (supl II); S58-65.
21. Seger, L, Costa, A, Bernardo, C, Morillo, J, Oliveira Santos de, N & Costa Medeiros, G. Transtorno Explosivo Intermitente. En: Tavares, H, Abreu, C, Seger, L, Mariani, M & Filomensky, T, editores. *Psiquiatria, Saúde Mental e a Clínica da Impulsividade*. Editora Manole Ltda, São Paulo, Brasil; 2015, p 87-102.
22. Siever, L. (2008). Neurobiology of Aggression and Violence. *Am J Psychiatry*; 165: 429-442.
23. Siever, L. & Trestman, R. (1993). The serotonin system and aggressive personality disorder. *Int Clin Psychopharmacology*; 8 (suppl 2): 33-39.
24. Stanford, M., Helfritz, L., Conklin, S., et al. (2005). A comparison of anticonvulsants in the treatment of impulsive aggression. *Exp Clin Psychopharmacol*; 13:72.
25. Volavka, J. (1999). The neurobiology of violence: an update. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*; 11: 307-314.
26. Yan, Z. (2002). Regulation of GABAergic inhibition by serotonin signaling in prefrontal cortex: molecular mechanisms and functional implications. *Molecular Neurobiology*; 26: 203-216.

Muestra de pacientes.

Datos:

Prontuario N	Mec. Agr.	Comorb.	Medicación	Rta/rta P.
1) Paciente 1	V		Fluoxetina 40mg	SI
2) Paciente 2	V, D	F 32	Setralina 50mg	
3) Paciente 3	V, F	F 14, F 41.1	Escitalopram 15mg Clonazepam 2mg Topiramato 50mg Lítio 600mg	
4) Paciente 4	V, D		Fluoxetina 20mg	SI
5) Paciente 5	V, F		Fluoxetina 40mg	SI
6) Paciente 6	V, F, D	F 32.3	Fluoxetina 60mg Risperidona 4mg Levomeprom 25mg	NO
7) Paciente 7	V		Fluoxetina 40mg Propanolol 20mg	SI
8) Paciente 8	V	F 32	Setralina 50mg	
9) Paciente 9	V, D	F 12.2; F 14.1	Setralina 100mg	
10) Paciente 10	V, F		Fluoxetina 40mg	SI
11) Paciente 11	V, F, D	F 40.1	Fluoxetina 20mg	s/control
12) Paciente 12	V, F, D	F 40.1	Escitalopram 20mg	
13) Paciente 13	V, D	F 31.7	Lítio 1200mg Prometazina 25mg Clonazepam 1mg	
14) Paciente 14	V, F, D		Escitalopram 15mg	
15) Paciente 15	V, D		Fluoxetina 20mg	NO
16) Paciente 16	V, D		Fluoxetina 20mg	SI
17) Paciente 17	V, F, D	F 63.9, F 90, F 50.9 F 95.2	Ritalina 80mg Clonidina 0,2mg Fluoxetina 80mg Aripiprazol 15mg	NO
18) Paciente 18	V, F, D	F 32.2	Fluoxetina 60mg Risperidona 4mg Neozina 50mg	NO
19) Paciente 19	V, F, D	F 63.3	Escitalopram 10mg	
20) Paciente 20	V, F, D		Fluoxetina 40mg	SI

21) Paciente 21	V, F, D		Fluoxetina 20mg	NO
22) Paciente 22	V	F 52.7	Fluoxetina 20mg	SI
23) Paciente 23	V, F	F 60.9	Paroxetina 20mg	
24) Paciente 24	V, D	F 32	Sertralina 50 mg	
			Oxcarbam. 1200mg	
25) Paciente 25	V		Fluoxetina 40mg	SI
			Propranolol 20mg	
26) Paciente 26	V		Escitalopram 15mg	
27) Paciente 27	V	F 41.1, F 63.8	Fluoxetina 20 mg	SI
		F 40.1		
28) Paciente 28	V, F, D		Fluoxetina 40mg	NO
29) Paciente 29	V		Fluoxetina 20mg	s/control
30) Paciente 30	V, F, D	F 43.1, F 41.1	Fluoxetina 20mg	NO
		F 17, F 12.2		
31) Paciente 31	V, F, D	F 32	Sertralina 100mg	
32) Paciente 32	V, D	F 10	Sertralina 50 mg	
33) Paciente 33	V, F		Fluoxetina 20mg	SI
			Bupropion 300mg	
34) Paciente 34	V		Fluoxetina 20mg	SI
35) Paciente 35	V, D		Fluoxetina 20mg	NO
36) Paciente 36	V, F, D		Sertralina 50mg	
37) Paciente 37	V, F	F 41.1, F10, F14	Venlafaxina 300mg	
			Mirtazapina 30mg	
38) Paciente 38	V, F, D	F 32.2	Fluoxetina 20mg	SI
39) Paciente 39	V, F, D		Fluoxetina 40mg	NO
40) Paciente 40	V, F, D		Venlafaxina 225mg	
41) Paciente 41	V, F, D	F60	Sertralina 200mg	
			Propranolol 40mg	
			Lítio 600mg	
			Trazodona 75mg	
42) Paciente 42	V	F 63.8	Sertralina 250mg	
43) Paciente 43	V, F, D		Fluoxetina 80mg	SI
44) Paciente 44	V, F	F 52.7, F 40.0	Escitalopram 20mg	
			Prometazina 25mg	
			Clonazepam 4mg	
45) Paciente 45	V		Sertralina 150mg	
46) Paciente 46	V, F, D	F 52.7, F 41.1, F32	Escitalopram 20mg	
		ciume, F63.1	Naltrexona 50mg	
47) Paciente 47	V	Cíume, F 33	Fluoxetina 80mg	SI
			Venlafaxina 75mg	
48) Paciente 48	V,F	ciume, automutilaç	Escitalopram 30mg	
		F 63.3	Lítio 600mg	
49) Paciente 49	V	F 41.1	Fluoxetina 20mg	intoleranc. ESCITALOP.
50) Paciente 50	V, F, D	F 41.1, F40.0	Fluoxetina 80mg	NO

TABLAS

Tabla I: Consideración de la Muestra, pacientes medicados con fluoxetina para el tratamiento del TEI.

Paciente	Fluoxetina o FLX + otros fcos	Otros fármacos	
Pte 1	X		
Pte 2		X	
Pte 3		X	
Pte 4	X		
Pte 5	X		
Pte 6	X		
Pte 7	X		
Pte 8		X	
Pte 9		X	
Pte 10	X		
Pte 11	X		
Pte 12		X	
Pte 13		X	
Pte 14		X	
Pte 15	X		
Pte 16	X		
Pte 17	X		
Pte 18	X		
Pte 19		X	
Pte 20	X		
Pte 21	X		
Pte 22	X		
Pte 23		X	
Pte 24		X	
Pte 25	X		
Pte 26			X
Pte 27	X		
Pte 28	X		
Pte 29	X		
Pte 30	X		
Pte 31			X
Pte 32			X
Pte 33	X		
Pte 34	X		
Pte 35	X		
Pte 36			X
Pte 37			X
Pte 38	X		
Pte 39	X		
Pte 40			X
Pte 41			X
Pte 42			X
Pte 43	X		
Pte 44			X
Pte 45			X
Pte 46			X
Pte 47	X		
Pte 48			X
Pte 49	X		
Pte 50	X		
Total	28		22

Tabla II: Pacientes en tratamiento con monoterapia de fluoxetina y asociaciones debido a otras comorbilidades.

Pacientes	Fluoxetina	Asociac.	Comorbilidades		
Pte 1	X				
Pte 4	X				
Pte 5	X				
Pte 6		X	F32.3		
Pte 7		X	(propranolol)		
Pte 10	X				
Pte 11	X		F40.1		
Pte 15	X				
Pte 16	X				
Pte 17		X	F63.9, F95.2, F90, F50.9		
Pte 18		X	F32.2		
Pte 20	X				
Pte 21	X				
Pte 22	X		F52.7		
Pte 25		X	(propranolol)		
Pte 27		X		F41.1, F63.8, F40.1	
Pte 28		X			
Pte 29		X			
Pte 30		X		F43.1, F41.1, F17, F12.2	
Pte 33			X	(bupropion)	
Pte 34		X			
Pte 35		X			
Pte 38		X		F32.2	
Pte 39		X			
Pte 43		X			
Pte 47			X	Celos patol. F 33	
Pte 49		X		F41.1	
Pte 50		X		F40.0, F41.1	
Total		21		7	
%		75		25	

Tabla III:
Sintomatología que determina el inicio del tratamiento

Síntomas	A. Verbal	A. Física	Dest. Prop.
Pte 1	X		
Pte 4	X		X
Pte 5	X	X	
Pte 6	X	X	X
Pte 7	X		
Pte 10	X	X	
Pte 11	X	X	X
Pte 15	X		X
Pte 16	X		X
Pte 17	X	X	X
Pte 18	X	X	X
Pte 20	X	X	X
Pte 21	X	X	X
Pte 22	X		
Pte 25	X		
Pte 27	X		
Pte 28	X	X	X
Pte 29	X		
Pte 30	X	X	X
Pte 33	X	X	
Pte 34	X		
Pte 35	X		X
Pte 38	X	X	X
Pte 39	X	X	X
Pte 43	X	X	X
Pte 47	X		
Pte 49	X		
Pte 50	X	X	X

Tabla IV:
Presentaciones sintomatológicas

Paciente	A. V.	A. V. + F.	A. V. + F. + D.	A. V. + D.
Pte 1	X			
Pte 4				X
Pte 5		X		
Pte 6			X	
Pte 7	X			
Pte 10		X		
Pte 11			X	
Pte 15				X
Pte 16				X
Pte 17			X	
Pte 18			X	
Pte 20			X	
Pte 21			X	
Pte 22	X			
Pte 25	X			
Pte 27	X			
Pte 28			X	
Pte 29	X			
Pte 30			X	
Pte 33		X		
Pte 34	X			
Pte 35				X
Pte 38			X	
Pte 39			X	
Pte 43			X	
Pte 47	X			
Pte 49	X			
Pte 50			X	
Total	9	3	12	4
%	32	11	43	14

**Tabla V:
Respuesta al tratamiento**

Paciente	Mec. Ag.	Medicación.	Dosis	Comorbilidades	Rta/ Rta. Parcial	Falta Rta
Pte 1	V	FLX	40 mg		X	
Pte 4	V+D	FLX	20 mg		X	
Pte 5	V+F	FLX	40 mg		X	
Pte 6	V+F+D	Asoc.	60 mg	F32.3		X
Pte 7	V	Asoc.	40 mg		X	
Pte 10	V+F	FLX	40 mg		X	
Pte 11	V+F+D	FLX	20 mg	F40.1	Faltó al control	
Pte 15	V+D	FLX	20 mg			X
Pte 16	V+D	FLX	20 mg		X	
Pte 17	V+F+D	Asoc.	80 mg	F63.9, F95.2, F90, F50.9		X
Pte 18	V+F+D	Asoc.	60 mg	F32.2		X
Pte 20	V+F+D	FLX	40 mg		X	
Pte 21	V+F+D	FLX	20 mg			X
Pte 22	V	FLX	20 mg	F52.7	X	
Pte 25	V	Asoc.	40 mg		X	
Pte 27	V	FLX	20 mg	F41.1, F40.1, Compras	X	
Pte 28	V+F+D	FLX	40 mg			X
Pte 29	V	FLX	20 mg		Faltó al control	
Pte 30	V+F+D	FLX	20 mg	F43.1, F41.1, F17, F12.2		X
Pte 33	V+F	Asoc.	20 mg		X	
Pte 34	V	FLX	20 mg		X	
Pte 35	V+D	FLX	20 mg			X
Pte 38	V+F+D	FLX	20 mg	F32.2	X	
Pte 39	V+F+D	FLX	40 mg			X
Pte 43	V+F+D	FLX	80 mg		X	
Pte 47	V	Asoc.	80 mg	Celos patol. F 33	X	
Pte 49	V	FLX	40 mg	F41.1	Intolerancia	
Pte 50	V+F+D	FLX	80 mg	F40.0, F41.1		X

La Excelencia Educativa, motor de la superación profesional

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA AREA METROPOLITANA

Ministerio de Salud de la Nación, reconocido por Disposición de Subsecretaría N° 299/88, con idoneidad para otorgar certificados de especialista, actualizado por Resolución 955 del 2010: se reconoce a la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) como entidad Científica certificante en especialidades médicas. (20/05/2010; Boletín Oficial: 01/06/2010).

Opción del título de Especialista en Psiquiatría de la UBA para profesionales que reúnan los requisitos de admisión.

PRÁCTICAS ASISTENCIALES EN HOSPITALES E INSTITUCIONES RECONOCIDOS, CON CONVENIO EN CABA Y PROVINCIA. DE BS. AS.

- Hospital Rivadavia.
- Hospital Fernández.
- Hospital Argerich.
- Hospital Alvear.
- Hospital Álvarez.
- CEMIC.
- Hospital Italiano.
- Hospital Militar Campo de Mayo.
- Hospital de San Isidro.
- Hospital Moyano.
- Clínica Dharma.
- Hospital Posadas.(Haedo)
- Hospital A Korn (La Plata)
- Hospital Evita (Lanús)

DURACIÓN 3 AÑOS

ENTREVISTA DE ADMISIÓN A PARTIR

MARZO 2017

Inicio del
Año Lectivo
JULIO 2017

Informes e inscripción

Secretaría del Instituto Rincón 355 C.A.B.A.

(011) 4952-1249

instituto@apsa.org.ar

www.apsa.org.ar

APSA consolida su Carácter de Institución organizada Federalmente

Dra. María Alejandra Acquaviva

Médica esp. en Psiquiatría – Lic en Psicología

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno heterogéneo que, en su origen y desarrollo, presenta una gran diversidad de factores individuales, familiares y sociales. En jóvenes, frecuentemente aparece vinculado a otras prácticas de riesgo, entre las cuales se observa el involucramiento en delitos callejeros. Podría sugerirse que ambas prácticas guardan alguna relación entre sí o bien que se encuentran asociadas por condiciones comunes que favorecen su producción.

Este trabajo se propone indagar si existe algún tipo de asociación entre determinados factores de riesgo, el consumo problemático de sustancias psicoactivas y el involucramiento en prácticas de delito callejero. El material de estudio está compuesto por 1140 encuestas realizadas en el año 2013 a personas en tratamiento por adicciones en instituciones y comunidades terapéuticas del área metropolitana Buenos Aires - Conurbano Bonaerense (AMBA).

El aporte de esta investigación radica en la construcción y utilización de una fuente original, novedosa y de difícil acceso para el análisis de dos prácticas cuyos factores etiológicos son muy complejos. Los resultados de la investigación pueden servir de orientación a políticas públicas en la materia.

Palabras clave: drogas – delito – jóvenes – tratamiento – factores de riesgo

Summary

The use of psychoactive substances is a heterogeneous phenomenon which, in its origin and development, involves a great diversity of elements, including individual, familiar, and social factors. Among young people, these practices appear frequently linked to other risk activities, such as certain street crime. It might be suggested that both practices bear some relationship to each other, perhaps because of their common production conditions that favor their proliferation.

This paper aims to clarify whether there is any connection between certain risk factors, such as the problematic use of psychoactive substances, and the involvement in crime activities.

The study, conducted in 2013, includes 1,140 surveys of people in drug abuse treatment hosted in institutions and therapeutic communities of the Greater Buenos Aires.

The contribution of this research is based on the design and implementation of an original, new, and in accessible tool to be used for the analysis of two practices whose etiological factors are very complex.

Keywords: drugs - crime - young people - treatment - risk factors

Contextos socio-familiares e involucramiento en prácticas delictivas por parte de jóvenes en tratamiento por abuso de drogas. Estudio exploratorio y descriptivo - *Exploratory and Descriptive Study of Youth Involvement In Criminal Activities During Drug Abuse Treatment. The Role of Family and Society.*

Introducción

El abuso de sustancias psicoactivas constituye un fenómeno de enorme heterogeneidad según las condiciones sociales, los horizontes culturales, las subjetividades y las propias sustancias. Las acciones preventivas y terapéuticas no pueden prescindir de la determinación de factores de riesgo y de protección. En tal sentido, los contextos socio-familiares merecen ser identificados, descriptos y analizados.

A su vez, esta práctica aparece con frecuencia vinculada al involucramiento de jóvenes en delitos callejeros. Esta cuestión, en gran parte instalada en los discursos que circulan socialmente, debe ser evaluada a partir de una indagación metodológicamente sólida. En tal caso, podría sugerirse que ambas prácticas guardan alguna relación entre sí o bien que se emparentan por condiciones comunes que favorecen su producción.

Objeto, problema, hipótesis y objetivos

El estudio propone la exploración y descripción de contextos socio-familiares de personas que se encuentran en tratamiento por abuso de drogas y refieren haber realizado prácticas delictivas.

La hipótesis que este trabajo procura verificar es la siguiente: en jóvenes en tratamiento por abuso de drogas que manifiestan haber participado de actividades delictivas presentan mayor tasa de contextos socio-familiares disfuncionales respecto de aquellos que consumen drogas pero no han delinquido.

El objetivo general es conocer si existe algún tipo de relación / asociación entre escenarios socio-familiares disfuncionales, el consumo problemático de sustancias psicoactivas y el involucramiento en prácticas de delito callejero.

Metodología

Este trabajo se realiza sobre los resultados de encuestas relevadas en el año 2013 a personas en tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas en instituciones y comunidades terapéuticas del área metropolitana Buenos Aires - Conurbano Bonaerense (AMBA) pertenecientes a la Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Drogas (FONGA).

Las encuestas se realizaron en el marco de la investigación “Vulnerabilidad Social, Adicciones y Prácticas delictivas” a cargo de un equipo interdisciplinario que integra la que suscribe, perteneciente a la Dirección de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

El cuestionario de 77 preguntas se elaboró utilizando como base al modelo propuesto en el Manual de la OEA-CICAD para estudios en población infractora de la ley. Se compone de cinco módulos: escenarios familiares, escolaridad, trabajo, consumo de drogas y prácticas de infracciones a la ley.

Se relevaron 50 Instituciones y 1141 personas aceptaron responder la encuesta de forma auto-administrada. Previamente se informó sobre la voluntariedad, la confidencialidad y el anonimato de la información que se obtuviera.

Los encuestados presentaron una edad media de 27 años, con una desviación típica de 10.25, y una moda de 17. El 90% son hombres y el 10% son mujeres.

Diseño

Este es un estudio retrospectivo que se focaliza en los factores de riesgo que se asocian a conductas delictivas, y consiste en un análisis estadístico descriptivo de los datos que se recabaron en estas encuestas.

Todos los encuestados comparten un factor común que es el consumo de drogas ilegales. Este es un sesgo de la muestra, ya que no es población general, sino personas en tratamiento. A partir de ello, se estudia una variable independiente que es la conducta delictiva, lo que da lugar a dos reagrupamientos que serán los ejes del análisis, a saber: la población que declaró haber cometido delitos y la que refirió no haberlo hecho. Se analiza el comportamiento de los factores de riesgo para esta variable, distinguiendo aquellos que son más específicos con la producción de delitos y los más inespecíficos.

I. Aproximación a la Problemática

Marco Conceptual

Se elaboró un marco teórico a fin de realizar presiones conceptuales de los tópicos principales de la investigación. La cuestión del consumo problemático de sustancias psicoactivas se trabajó sobre definiciones de la OMS⁽²⁶⁾ y textos de H. Míguez (1998 y 2009)^(15 y 16), Damín (2010)⁽⁴⁾, Morasso (2010)⁽¹⁸⁾ y Rementería (2001)⁽³³⁾, entre otros.

En lo que respecta a prácticas delictivas de jóvenes y su relación con la vulnerabilidad social, se abordaron textos de Perez Sosto y Romero (2008 y 2012) de la Cátedra Unesco^(31,32), trabajos de Canavessi e Innamoratto (2010-2012-2015)^(3,10,11), y otros de Daniel Míguez (2002 y 2010)^(13,14) y Tonkonoff (2001)⁽³⁵⁾.

Y finalmente se hicieron precisiones sobre los factores de riesgo en el campo psicosocial, tomando conceptualizaciones realizadas por Almedia Filho (2009)⁽¹⁾, Bronfenbrenner (1994)⁽²⁾, Ezpeleta (2005)⁽⁵⁾, Frías (2003)⁽⁷⁾ y Sanabria (2010)⁽³⁴⁾.

Se definieron cuatro factores de riesgo que fueron relevados en las encuestas que se analizan a partir de una serie de preguntas. Ellos fueron: conductas inapropiadas de los padres, escolarización fallida, precarización laboral y contexto sociocultural desorganizado^(5, 6, 7, 8).

Magnitud del consumo de drogas

En las últimas décadas se observa un aumento exponencial en el uso de drogas ilegales. Los informes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito^(29, 30) indican que 1 de cada 20 personas (5,2%) de la población mundial de entre 15-64 años consumió alguna droga ilícita en el año 2013. De ellos, uno de cada diez es un consumidor problemático, lo que representa 27 millones de personas. De estos últimos, sólo 1 de cada 6 puede acceder a un tratamiento, dado el déficit en los servicios de salud.

En cuanto a las sustancias, la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo a nivel mundial. En segundo lugar se ubican los estimulantes, incluidos las anfetaminas y el éxtasis. En lo referente a la cocaína, el mayor consumo se registra en América (sobre todo EEUU), y la pasta base se ha ido extendiendo en la región andina y en países como Argentina, Chile y Uruguay.

Por su parte, las sustancias inhalables que incluyen una amplia variedad para usos diversos y con venta legal, registra mayores consumos en América con usuarios que se iniciaron a temprana edad. El uso no médico de opioides se ha mantenido estable, principalmente opiáceos como la heroína, y fármacos opioides. Los psicofármacos se han instalado como drogas de consumo con una gran accesibilidad en el mercado ilegal, con los consiguientes riesgos que ello acarrea, sobre todo cuando se combinan con otras sustancias. Es sabido que el "policonsumo" es una de las prácticas más riesgosas de la drogadependencia.

Informes de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) indican que en América^(23, 24, 25), las principales dificultades son el consumo problemático de alcohol, sobre todo en adolescentes y jóvenes de ambos sexos, y entre las drogas ilegales, la marihuana, que presenta una abrumadora mayoría del consumo con tendencia a seguir aumentando.

Existe preocupación por el alto nivel de uso de drogas de diseño y por la baja percepción de riesgo frente al uso ocasional de algunas sustancias, una mayor oferta y facilitación de acceso a las mismas, lo cual interroga acerca del desarrollo de las políticas públicas de prevención del consumo^(21, 22).

Relaciones entre el consumo problemático de droga y el delito

El consumo de drogas se asocia en su origen con una variada cantidad de factores individuales, familiares y sociales. A su vez, el mismo consumo y contexto en el que se produce son factores etiológicos para otra amplia gama de prácticas de riesgo⁽¹²⁾.

En una encuesta publicada por ONUDD a población adolescente infractora de la ley en Latinoamérica, se releva una alta prevalencia de consumo de marihuana y edades de inicio más tempranas para el uso de alcohol y drogas, datos que difieren con la población general. El consumo de cocaína y pasta base se ubica en promedio en los 14 años, lo que implica un paso muy rápido de una droga a la otra. Parece existir una fuerte relación entre el abuso de drogas por parte de jóvenes de grupos vulnerables y la implicación directa en causas delictivas, constituyéndose en conductas de riesgo con alta probabilidad de presentarse juntas⁽²⁸⁾.

Hay factores de riesgo que, sin estar ligados causalmente a estos fenómenos, los anteceden y aumentan la probabilidad de ocurrencia. Estos factores se observan a nivel individual (trastornos emocional, del aprendizaje, de la personalidad), familiar (padres alcohólicos o consumidores de drogas), escolar (fracaso académico), social (amigos usuarios de drogas) y comunitario (alta disponibilidad de sustancias). Ellos interactúan en cada persona dando lugar a un procesamiento e interpretación de la experiencia individual, con respuestas diferentes⁽²⁷⁾.

Los núcleos familiares desorganizados, con vínculos conflictivos, situaciones de violencia, con precarización laboral y experiencias fallidas de escolarización forman un entorno propicio para la producción de conductas de riesgo. En ciertos contextos hay algunas conductas inapropiadas que se encuentran legitimadas

o naturalizadas, constituyendo un sistema de referencias propio construido por códigos compartidos por un grupo social o familiar^(17, 36, 37).

Un estudio del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) en jóvenes infractores a la ley^(19, 20) revela que el 64% consumió drogas ilícitas. La prevalencia más alta se dio en el consumo de alcohol (90,4%), de marihuana (82%) y de cocaína (50%). Estos porcentajes son superiores a los que presentan adolescentes de población general, con excepción del alcohol. En el caso de la marihuana casi septuplican el consumo.

En lo referente a sustancias presentes al cometer el delito, el alcohol fue la principal con un 33%, y marihuana y pastillas oscilaron en valores de entre 16 y 17%. El mayor delito cometido por los adolescentes de 13 a 15 años fue robo no violento, sin embargo en los de la franja etárea superior de 16 y 17 años fue robo con violencia, agresión sexual y lesiones graves. Se podría hipotetizar que a mayor edad, más tiempo de consumo, mayor transgresión.

La teoría tripartita⁽⁹⁾ de Goldstein (1985) describe un modelo interpretativo de atribución droga/violencia, a saber: 1) una conexión sistémica, delitos que se relacionan con el mercado ilegal de las drogas, luchas entre narcotraficantes y/o policías; 2) conexión económica-compulsiva, delitos que se cometen para provisión de drogas o de los medios económicos para obtenerla; 3) y conexión psicofarmacológica, delitos que se cometen por estar bajo la influencia de alcohol y/o drogas ilícitas. Esta taxonomía permite avizorar algunas distinciones en lo que generalmente se interpreta como un todo en la asociación droga-delito.

Así, el estudio de la OAD de 2011 informa que el 21,3% tuvo vinculación psicofarmacológica, el 13,8% económica y 1,3% sistémica⁽²¹⁾. El porcentaje de fracción atribuible total es de 30,2%. Esto alude a delitos que tienen alguna vinculación con el consumo de drogas.

Estudio: “Vulnerabilidad social, adicciones y prácticas delictivas”

Esta es una investigación que realizó un equipo del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, del cual la autora de este trabajo forma parte⁽¹⁰⁾. Es el antecedente más inmediato del presente estudio, ya que el material recabado allí, es soporte para este análisis. Sus resultados indican que entre personas que consumieron drogas ilegales y estaban en tratamiento, el 61% delinquiró alguna vez. Entre los menores de 25 años, 8 de cada 10 menciona haber cometido delitos.

Existe una estrecha asociación temporal entre el inicio del consumo de drogas, el inicio de las conductas delictivas y el abandono escolar, sucediéndose en ese orden y en un período acotado de dos años aproximadamente, concentrándose principalmente entre los 12 y 16 años en más de la mitad de los encuestados. Se puede inferir que muchos niños y adolescentes inician el consumo de drogas y las prácticas delictivas estando aún en la institución escolar. Se evidencia así el papel fundamental de la escuela como lugar de prevención.

La compra de drogas fue el motivo más frecuente para la comisión de delitos, luego el consumo de bienes como ropa, calzado, motos, celulares, y también divertimentos: “joda”, “boliche”, “prostitutas”. El obtener plata fácil y rápida ha sido un argumento sólido en muchas respuestas y casi la mitad mencionó estar bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva en la comisión del primer delito.

Los datos analizados confirman la importancia de estos factores que anteceden y se concatenan dando marcos de referencia para determinadas prácticas de riesgo que reproducen el circuito de vulnerabilidad.

2. Análisis Cuantitativo de las Variables Relevadas en la Encuesta

Teniendo como eje principal la variable delictiva y asumiendo que todos los involucrados en la encuesta presentaron consumo problemático de drogas ilegales, se organizan dos grupos para comparar entre quienes dijeron haber cometido delitos y los que no lo hicieron. De ello surge que el 65% de las personas encuestadas refieren haber cometido algún delito fuera de la casa y el 35% afirma no haberlo hecho. De cada 3 varones, 2 delinquieron (2:1). En cuanto a las mujeres, la mitad cometió delitos (1:1). El 77% del total de población infractora de la ley tenía menos de 30 años (Gráfico 1).

a.- Factores no específicos asociados a prácticas delictivas

Escenarios Familiares y Contextuales

La mayoría refirió haber sido criado por ambos padres y en seis de cada diez hogares había situaciones de violencia familiar, distribuyéndose de manera asimétrica entre ambos grupos: 71% eran personas que cometieron delitos y 29% no. En la pregunta que especifica si se trata de violencia física, la diferencia de porcentajes obtenidos se profundizó: 82% a 18% respectivamente (Gráfico 2).

El 61% recibió malos tratos intrafamiliares y, de éstos, el 75% delinquiró. De los que quedaron lastimados por maltrato infantil, 8 de cada 10 delinquiró. Respecto a quienes ejercieron los malos tratos se mencionan mayoritariamente al padre y a la madre en similares proporciones, quedando muy atrás algunas figuras como padrastros, abuelos, tíos.

La mitad de la muestra tuvo antecedentes de consumo problemático de alcohol en la familia nuclear, y dentro de este corte el 76% delinquiró. Lo propio ocurre con el consumo de drogas ilegales en la familia, cuyo porcentaje en la muestra general resultó del 35%, de los cuales el 82% delinquiró (Gráfico 3). En los entornos familiares más amplios (tíos, primos, otros familiares) se mostraron valores similares.

Escolaridad y Trabajo

Entre quienes delinquieron, 9 de cada 10 han abandonado alguna vez la escuela y sólo un 20% completó el secundario. En cambio, en el otro grupo logró terminar el secundario el 57% (Gráfico 4). En relación a la población general, en la que se estima que un 30% no concluye el nivel medio, ambos grupos presentan un alto abandono escolar, pero es más contundente en el grupo de infractores a la ley. La edad del abandono escolar se sitúa entre 12 y 16 años y es sensiblemente más temprana en población infractora.

Se evidencia una relación inversamente proporcional entre escolaridad y prácticas delictivas: a menor nivel de instrucción, mayor cantidad de personas cometieron delito (Tabla 1).

En cuanto a edades, la tendencia instala tempranamente el consumo de drogas, luego la ocurrencia del primer delito y más tarde la deserción escolar. Ello permite hipotetizar acerca de una

secuencia de eventos que inician por el consumo, continuarían por el involucramiento en prácticas delictivas y prosiguen por el abandono escolar.

Es sabido que el acceso al mundo del trabajo para los jóvenes resulta de creciente dificultad y en las poblaciones más vulnerables se acentúa esta tendencia. Esta muestra revela que a medida que se suman las prácticas de riesgo, la desocupación o precariedad laboral también aumenta (Tabla 2).

La pérdida laboral a causa del consumo de drogas fue significativa para ambos grupos, 63% en población que delinquiró y 44% en el otro grupo. La posibilidad de perder un empleo para las personas que consumen drogas es alta, lo que favorece la exclusión y la vulnerabilidad social. Esto aumenta la probabilidad de ocurrencia de conductas inapropiadas para la obtención de dinero para las drogas.

La población que delinquiró señaló como modos más usuales de conseguir dinero para el consumo el robo, en segundo lugar el trabajo y luego pedir dinero, robar a la familia y más lejos vender drogas y objetos. El otro grupo expresó mayormente conseguirla a través del trabajo, pero también pidiendo dinero o robando a la familia. Destacamos que la prostitución como modo de obtener dinero para drogas representó el 22% entre las mujeres de la muestra.

Consumo y Tratamientos

La mitad del grupo de infractores de la ley inició su consumo de drogas antes de los 13 años. El promedio en este grupo fue de 13.7 con un desvío estándar de 2,8. En el otro grupo, el promedio de inicio se situó en 18,4 con un desvío estándar mayor de 6,3. Esto implica que la dispersión de edades es amplia para el grupo que no delinquiró y muy estrecha para el primero, lo que abre hipótesis relacionadas al inicio del consumo de drogas en edades en las que el psiquismo no está maduro ni la personalidad desarrollada y la conducta tiene mayor impulsividad. ¿Los efectos nocivos de un consumo infantil puede propiciar conductas de trasgresión, fallas en el control de los impulsos y dificultades para la adaptación social?

Entre los motivos por los cuales se iniciaron en el consumo, la población que delinquiró señala problemas familiares y de pertenencia/identidad como los principales. En el otro grupo las respuestas más frecuentes fueron la curiosidad y también lo relacionado a pertenencia/identidad. Los problemas de familia en este caso se ubicaron en un tercer lugar. Motivos relacionados con diversión y placer no han sido prioritarios en ninguno de los grupos.

Entre las sustancias consumidas, la cocaína y la marihuana son las de mayor frecuencia en ambos grupos, si bien fue mayor en infractores (90% a 79%). El consumo problemático de alcohol también resultó similar (71% en infractores y 60% en no infractores). En lo referente al policonsumo los porcentajes son altísimos (96% en infractores y 87% en no infractores).

Entre los que delinquieron, el 58% consumió psicofármacos, pero en el otro grupo solo el 22%. Similares proporciones se verificaron en solventes/inhalantes y pasta base/paco/crack. Esto permite abrir una pregunta respecto de la influencia de estas sustancias para prácticas delictivas.

La población infractora tiene menos años de consumo: en la mayoría oscila entre 3 a 5 años al llegar al tratamiento, a diferencia del otro grupo que presentó una distribución muy variable.

Esto genera interrogantes sobre la severidad de la problemática en esta población: el inicio más temprano, el tipo de sustancias consumidas y la modalidad del consumo podrían estar entre sus causas.

b.- Factores específicos asociados a prácticas delictivas

El 65% de los infractores tenían armas en el hogar y la mitad dijo que eran propias. La mayor tenencia de armas se verificó entre los menores de 25 años. En tanto que en el otro grupo sólo el 29% dijo tener armas en la casa y solo el 9% dijo que eran propias.

Casi la mitad de los que delinquieron tuvieron algún familiar detenido, en tanto que en el grupo de no infractores a la ley, sólo el 16% (GRAFICO 5).

El 73% de los consultados consideran que drogarse acerca al delito, argumentando esta asociación por la necesidad de solventar la compra de drogas (razones económicas), y cometer infracciones a la ley por estar bajo los efectos de las drogas (razones toxicológicas) (GRAFICO 6).

Conclusiones

El trayecto realizado permite estimar la importancia de algunos factores tanto específicos como inespecíficos en la muestra poblacional tomada como unidad de análisis.

Se han podido indagar categorías relacionadas con los contextos familiares y sociales observando que las personas que realizaron ambas prácticas de riesgo, a saber, consumir drogas ilegales y realizar delitos, tuvieron mayores antecedentes familiares de consumo de sustancias psicoactivas, mayores índices de violencia familiar, especialmente cuando se incluye violencia física y malos tratos en la infancia. Asimismo, presentaron índices más altos de exclusión social en cuanto a deserción escolar y menor nivel de estudio alcanzado, mayores niveles de desocupación y pérdida laboral por consumo de drogas.

Los factores específicos que pueden vincularse con prácticas delictivas tuvieron gran incidencia en la población infractora. La mayoría de los que tenían armas en la casa, se involucraron en delitos. Otras asociaciones de importancia fueron la existencia de familiares detenidos y el robo dentro del hogar. La proximidad a personas que consumían drogas y delinquirán también se considera un factor preponderante.

La edad de inicio de consumo de drogas se releva como una variable predictora de prácticas delictivas, ya que en esta muestra, a menor edad en el inicio, mayor porcentaje de personas han delinquido. La fragilidad de un psiquismo inmaduro frente a la toxicidad de sustancias consumidas podría estar asociada al desarrollo del fenómeno.

Si bien las drogas más consumidas fueron marihuana, cocaína y alcohol, las que mostraron mayores diferencias entre las dos poblaciones de estudio fueron los psicofármacos, solventes/inhalantes y paco/pasta base/crack, siendo más alto el consumo en la población que asumió prácticas delictivas.

La percepción referida a que drogarse acerca al delito, también parece ser un factor fuertemente asociado a prácticas delictivas. Los altos porcentajes de infractores a la ley que dieron respuestas afirmativas en esta pregunta podría dar cuenta de un contexto de naturalización de conductas antisociales.

De este modo es posible conjeturar que si bien el consumo

problemático de sustancias psicoactivas y el involucramiento en prácticas delictivas con frecuencia se encuentran vinculados, la etiología de la conducta infractora de la ley se halla particularmente emparentada con ciertos factores contextuales y condiciones subjetivas, siendo el consumo de drogas uno más de ellos.

La utilidad de esta investigación radica en poder analizar a partir de una fuente novedosa dos prácticas cuyos factores etiológi-

cos en la realidad son difíciles de discriminar. Si bien ambas son policausales y se enraízan en un complejo entramado individual, familiar y social, en este estudio se han marcado diferencias en algunos factores abordados que podrían ser tomados en consideración para próximas investigaciones y estrategias de prevención de estas conductas de riesgo.

Bibliografía

1. Almeida Filho, N., Castiel, L., Ayres, J. (2009). "Riesgo: concepto básico en epidemiología", en *Salud Colectiva*, 5 (3): 323-344.
2. Bronfenbrenner, U. (1994). "Nature-nurture reconceptualized: A bioecological model", en *Psychological Review*, 101(4): 568-586.
3. Canavessi, J. (2010). "Prácticas de cazadores y recolectores nómadas en el mundo urbano", en *Revista Segurança Urbana e Juventude*. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, .3 (1), 4-18.
4. Damin, C. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas. En Arnedo, M. (dir.). Documento de la Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones. Guía de orientación a la magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pp. 26-32
5. Ezpeleta, L. (2005). Factores de riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Barcelona: Masson S. A.
6. Farrington D. (1978). "The family backgrounds of aggressive youths", en Hersov L, Berger M, Shaffer D, (eds.). *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford: Pergamon Press, 73-93.
7. Frías, M., López, S. y Díaz, G. (2003). "Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico", en *Estudios de Psicología*, México, vol 8: 15-24.
8. García de Ghigliano, S. y Acquaviva, M., Protección contra la violencia familiar. Ed. Hammurabi. Buenos Aires, 2010, 401-470.
9. Goldstein, Paul (1995), "The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework", en J.A. Inciardi & K. McElrath (eds), *The American Drug Scene: An Anthology*, Los Angeles, Roxbury Publishing Co., en www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf
10. Innamoratto, G., Acquaviva, A., Canavessi, J., Ruiz, J. (2015). Vulnerabilidad social, adicciones y prácticas delictivas. Buenos Aires: Infojus.
11. Innamoratto, G., Canavessi, J., Hoffmann, X., (2012). "Descripción y análisis del involucramiento de jóvenes en condiciones de vulnerabilidad social en prácticas de delito callejero", en VV.AA. *Inseguridad social, jóvenes vulnerables y delito urbano*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 21-91.
12. Krug, E. et al. (2003). Informe mundial sobre violencia y salud. Organización Panamericana de la Salud.
13. Míguez, D. (2002). Rostros del Desorden. Fragmentación Social y Nueva Cultura. Delictiva en Sectores Juveniles. En Gayol, S. y Kessler, G., *Violencias, delito y justicia en la Argentina*. Buenos Aires: Manantial, 313-334.
14. Míguez, D. (2010). Los pibes chorros. Estigma y marginación. Buenos Aires: Capital Intelectual.
15. Míguez, H. (1998). *Uso De Sustancias Psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
16. Míguez, H.: Usuarios de drogas y delitos: datos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina en *Rev.Argentina de Psiquiatría*, Vertex, 2009, vol XX: 35-39.
17. Ministerio de Desarrollo Social-Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones (2008), "Informe sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su relación con las situaciones de violencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", en http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/adic/observatorio/violencia_urbana_psiocoactivas2008.pdf
18. Morasso, C. (2010). La importancia de la neurología aplicada al tratamiento del consumidor de sustancias adictivas. En Arnedo, M. (dir.), Documento de la Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones. Guía de orientación a la magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pp. 41-42.
19. OAD (2009). Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad, Argentina, Se.Dro.Nar.
20. OAD (2011), Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en adolescentes judicializados,
21. OAD (2011), Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004 – 2010, población de 16 a 65 años Se.Dro.Nar.
22. OAD, Sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media, 2014.
23. OEA-CICAD (2011), El problema de drogas en las Américas.
24. OEA-CICAD (2013), El problema de drogas en las Américas.
25. OEA-CICAD (2015), El problema de drogas en las Américas.
26. OMS (2001), Informe sobre la salud en el Mundo
27. ONUDD (2010 a), Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga. Cuarto Informe conjunto, Sistema Subregional de Información e Investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay.
28. ONUDD (2010 b), La Relación Droga y Delito en Adolescentes Infractores de la Ley. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay, Quinto informe conjunto, Sistema Subregional de Información e Investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay.
29. ONUDD (2014), Informe Mundial sobre las Drogas.
30. ONUDD (2015), Informe Mundial sobre las Drogas
31. Pérez Sosto, G., Romero, M., (2008). "La cuestión social de los jóvenes", en Novick, M. y Pérez Sosto, G. (coords.). *El Estado y la reconfiguración de la protección social*. Asuntos pendientes. Buenos Aires: Siglo XXI, 337-408.
32. Pérez Sosto, G., Romero, M., (2012). *Futuros inciertos. Informe sobre vulnerabilidad, precariedad y desafiliación de los jóvenes en el conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Catálogos.
33. Rementería, I. (2001). *Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención*. Santiago de Chile: CEPAL/CONACE.
34. Sanabria, A. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. En *Revista de Perspectiva Psicológica*, vol. 6: 257-274.
35. Tonkonoff, S. (2001). "Meter caño. Jóvenes populares urbanos entre la exclusión y el delito", en *Delito y Sociedad*, 15:171-182
36. Young, J. (2001), *Canibalismo y bulimia: Patrones de Control Social en la Modernidad Tardía*. En *Delito y Sociedad*, año 10, nº 15/16: 25-42.
37. Young, J. (2003): *La Sociedad Excluyente. Exclusión social, delito y diferencia en la Modernidad tardía*. Madrid: Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A.

GRAFICOS Y TABLAS

De las 1080 personas que integran esta muestra y que estaban en tratamiento por drogas surge:

65%
Había cometido delitos

45%
Conseguían la droga
a través del robo

50%
Eran reincidentes en
el tratamiento por adicciones

GRAFICO N°1:
Distribución de edades en el inicio del consumo



GRAFICO N°2:
Maltrato Infantil y conducta delictiva



GRAFICO N°3:
Consumo de sustancias psicoactivas en el hogar



GRAFICO N°4: Escolaridad

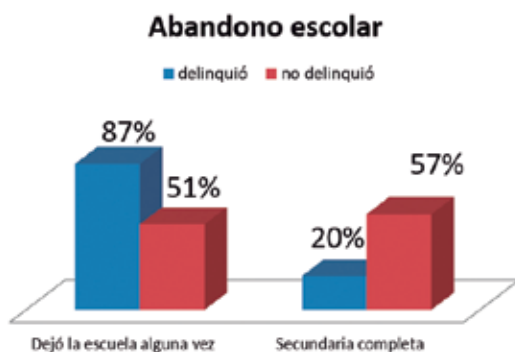


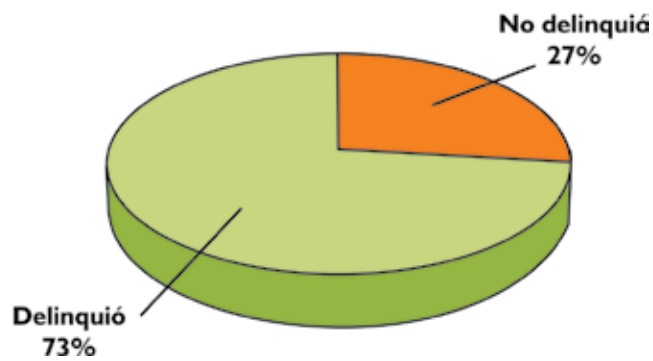
TABLA N°1:
Relación entre escolaridad y conducta delictiva

Escolaridad alcanzada	Personas involucradas en prácticas delictivas
Primaria incompleta	86 %
Primaria completa	72 %
Secundaria incompleta	73 %
Secundaria completa	34 %
Terciario incompleta	32 %
Terciario completo	23 %

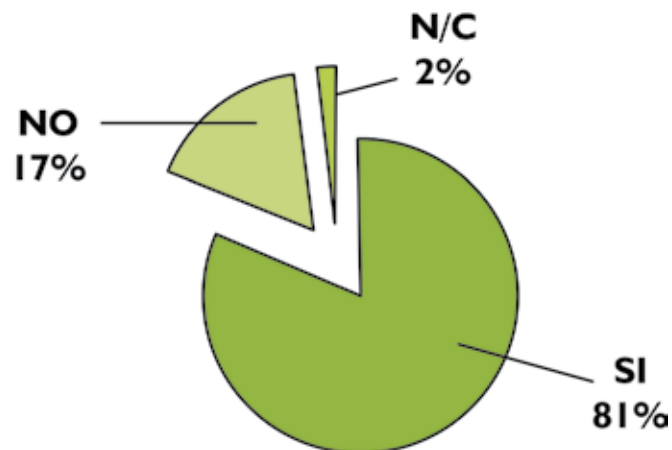
TABLA N°2:
Relación entre calidad de trabajo y conducta delictiva

Situación laboral	Delinquieron
Sin trabajo	73 %
Changas / Trabajo en negro	71 %
Blanco	39 %

Percepción de que drogarse acerca al delito



De los que tuvieron familiares detenidos ¿cuántos delinquieron?



La Excelencia Educativa, motor de la superación profesional

El Instituto Superior de Formación de Postgrado (ISFP), de APSA tiene como finalidad propender a una mejor formación en Psiquiatría y Salud Mental en el postgrado. La trayectoria docente del ISFP ha implicado siempre el respeto por los elementos básicos que determinan el compromiso con la actualización, con la búsqueda de ajustes pedagógicos que mejor promuevan el proceso de enseñanza y de aprendizaje y con la indagación en la producción científica que contribuya a la jerarquización docente y, por consiguiente, a un mejor desempeño didáctico.

ÁREAS

Curso Superior de Especialista: *Área Metropolitana – Comahue – Luján*
Programa de Estudios Avanzados
Ateneos de Psiquiatras en Formación
Investigación
Programa de Educación Médica Continua
Plataforma e-Learning

Director: Prof. Dr. Manuel Suarez Richards

Subdirector: Prof. Dr. Rodolfo Zaratiegui

COMITÉ CONSULTOR

Prof. Dr. Juan M. Acosta - Prof. Dr. Jorge Agüero - Prof. Dr. Rubén Caldich
Prof. Dr. Hugo D'Álessandro - Prof. Dr. Joge O. Folino - Prof. Dr. Benigno Gutiérrez - Prof. Dr. Eduardo Burga Montoya -
Dra. Graciela Nazar - Prof. Dra. Analía Ravenna - Prof. Dra. Lía Ricón
Prof. Dr. José L. Rodríguez - Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro - Prof. Dr. Fernando Taragano - Prof. Dr. José A. Uslenghi -
Prof. Dr. Miguel Vera - Prof. Dra. María del Carmen Vidal y Benito

CONSEJO ACADÉMICO

Dr. Gabriel Brarda - Dr. Norberto Conti - Dr. Gustavo Delucci -
Dr. Anibal Goldchuk - Dra. Nora Leal Marchena -
Dr. Gustavo Vázquez

APSA consolida su Carácter de Institución organizada Federalmente

Diario de Actividades Ex Alumnos APSA

Dra. Marina C. Grance

Médica especialista en Psiquiatría (Apsa). Ayudante graduada de Clínica Psiquiátrica Carrera Metropolitana APSA. Médica Legista (IUPFA).
docmarina@hotmail.com

Dra. Cristina Petruk

Médica. Carrera médico especialista en psiquiatría Apsa
cristinapetruk@gmail.com

Resumen

El día 21 de Mayo del corriente año se realizó en la sede de Apsa, un taller titulado "Tiempos modernos y consumo de sustancias" que convocó a un numeroso grupo de profesionales a debatir en relación al alarmante incremento de consumo de drogas en la juventud. Su disertante fue la Dra. Geraldine Peronace, destacada especialista en el tema. El disparador de la reunión fue un trágico hecho acontecido en la fiesta electrónica "Time Warp" el pasado mes de Abril. Motivadas por dicho debate y con el fin de continuar con la ardua tarea de información y prevención acerca de esta problemática, decidimos escribir este artículo en donde más allá de detallar el encuentro de expertos, nos enfocamos en definir conceptos y describir brevemente las drogas de diseño más consumidas en el mercado actual y sus nocivos efectos; sin olvidarnos de mencionar aquellas sustancias a las que los jóvenes consideran inofensivas y muchas veces son el desencadenante de una adicción. Por último, invitamos a reflexionar acerca de los ideales propuestos por la moda para nuestros jóvenes de hoy, y el problema de los insuficientes programas de prevención en nuestro país, lo que genera un inquietante avance del narcotráfico y corrompe aún más a la población vulnerable.

Palabras clave: consumo de sustancias- prevención- drogas de diseño- adicción- moda- narcotráfico

Abstract

On 21 May this year was held at the headquarters of Apsa, a workshop entitled "Modern Times and substance use" which gathered a large group of professionals to discuss regarding the alarming increase in drug use in youth. His speaker was MD. Geraldine Peronace, a leading expert on the subject. The trigger of the meeting was a tragic event occurred in the electronic party "Time Warp" last April. Motivated by this debate and in order to continue the arduous task of information and prevention about this problem, we decided to write this article where beyond detailing the meeting of experts, we focus on defining concepts and briefly describe drug design most consumed in the current market and its harmful effects; without forgetting to mention those substances to young people they considered harmless and are often the trigger for an addiction. Finally, we invite you to reflect on the ideals proposed by the fashion for our young people today, and the problem of insufficient prevention programs in our country, creating a disturbing breakthrough drug and corrupts even more vulnerable populations.

Keywords: substance use- prevention- designer drugs- addiction- fashion- narcotrafficking

Presentación

El Espacio de Ex Alumnos de APSA inaugura en este número una sección en nuestra Revista SINOPSIS. Esta será el "Diario de actividades de Ex Alumnos de APSA", donde se transmitirán artículos de difusión elaborados a partir de los contenidos de nuestras actividades y los debates de las temáticas más relevantes.

En este caso, la Dra. Marina Grance, ex alumna, y la Dra. Cristina Petruk, alumna de la carrera, escribieron el primer artículo "Intoxicados: Una realidad que nos consume", referido a la actividad "Tiempos Modernos y Consumo de Sustancias" realizada en APSA el 21 de Mayo del 2016. El sentido de que el mismo haya sido elaborado por una ex alumna y una alumna responde al interés de generar pertenencia con nuestro Espacio desde el inicio de la carrera de especialistas.

Dra. Ester Ofelia Allegue

Intoxicados: Una realidad que nos consume *Intoxicated: A reality that consumes us*

Desarrollo del encuentro

El día sábado 21 de mayo de 2016 el Espacio de Ex Alumnos de APSA organizó en nuestra sede un encuentro de profesionales con el fin de dialogar en relación al preocupante incremento del consumo de sustancias en jóvenes, en la actualidad.

Dicho encuentro se tituló "Tiempos Modernos y consumo de sustancias" y tuvo como disertante a la destacada Dra. Geraldine Peronace, médica psiquiatra, especialista en adicciones y emergentóloga, secretaria del Capítulo de Adicciones de APSA, siendo coordinado por la Dra. Ester Ofelia Allegue.

La convocatoria tuvo una muy importante repercusión, contando con una activa participación y debate entre los profesionales asistentes. Concurrieron no sólo ex alumnos, sino también otros socios de APSA miembros de diferentes capítulos, colegas y profesionales del equipo interdisciplinario en Salud Mental que desarrollan actividades en otras instituciones y hospitales; entre ellos el destacado Dr. Luis Ferrari, químico y toxicólogo forense de UNLP, quien además de aportar sus conocimientos en el área farmacológica, generosamente distribuyó entre los concurrentes varios artículos en relación a la temática.

Uno de los motores para llevar a cabo este encuentro, fue la tragedia ocurrida en el mes de Abril del corriente año en la fiesta electrónica Time Warp, en el complejo Costa Salguero, en donde varios jóvenes resultaron internados en grave estado y 5 de ellos fallecieron.

Si bien todavía no hay precisiones sobre la sustancia que les causó la muerte, los primeros análisis realizados a las personas internadas mostraron consumo de drogas de diseño similares al éxtasis y algunos internados presentaban quemaduras internas, producto de los altísimos estados febriles.

Este triste suceso originó una explosión mediática y un creciente interés de convocar a los estudiosos en el tema, para profundizar acerca de esta problemática mundial, que hace más de una década impacta en nuestro país y genera letales consecuencias.

A propósito de este alarmante hecho, según datos del Observatorio Europeo de Drogas, en el año 2014 se sintetizaban 2 (dos) sustancias psicoactivas nuevas por

semana en Europa, y en nuestro país 1 (una) nueva droga cada 15 (quince) días, lo que incrementó ampliamente el uso y abuso de sustancias en la población. Datos que generan una profunda conmoción...

Los últimos informes de la Oficina para Drogas y Crimen de Naciones Unidas (UNODC) muestran que el número de nuevas sustancias psicoactivas de diseño alcanzan a 602 (seiscientos dos) con más de 95 (noventa y cinco) países afectados.

Es necesario aclarar que toda droga utilizada con fines recreativos o adictivos no es un fármaco. Para evitar confusiones mejor definir conceptos:

Fármaco: sustancia de interés clínico usada para la prevención, diagnóstico, tratamiento, mitigación o cura de una enfermedad (FDA, 2015).

Drogas de diseño: aquellos compuestos no naturales, sintetizados en laboratorios, de estructura muy diversa y no regulada en sus inicios, de limitado o nulo potencial terapéutico, administrados en el hombre para modificar el funcionamiento normal de receptores celulares específicos y centrales, ya sea por acción directa en los mismos o por modificación de reacciones bioquímicas indirectas que propicien su activación, con el fin de obtener psicoestimulación extraordinaria con modificación en la percepción de la realidad, produciendo cambios de conducta o comportamiento y estados emocionales atípicos (Ferrari L., 2015).

Lamentablemente, las narco organizaciones lanzan al mercado continuamente nuevas líneas de sustancias de diseño, incluso las desechadas por la industria lícita por ineficaces. Si seguimos el orden cronológico de cómo opera un traficante, quizás logremos entender porque falla la prevención en estos tiempos, en que todo es tan veloz, que nos aplasta:

1er paso: Síntesis de la sustancia química.

2do. Paso: Comercialización como alternativa legal de una droga ilícita.

3er. Paso: Un pequeño número de usuarios que experimentan con la droga informan su experiencia a través de internet, si son positivas, adquieren popularidad.

4to. Paso: Las leyes se actualizan y esa nueva droga es incluida en la lista de “drogas ilegales”, el ciclo comienza nuevamente.

Con fines didácticos haremos una breve clasificación de las drogas de diseño más populares descritas por el Dr. Ferrari en su artículo “Nuevas drogas de diseño psicoactivas” (2016):

- **Cannabimiméticos de diseño:** fueron los primeros en aparecer en el mercado clandestino, aumentó su uso en los últimos 5 años. Activan CB1 y CB2, su acción comienza a los 10 minutos. En intoxicaciones generan dolor torácico, convulsiones, ansiedad, aumento de la frecuencia cardíaca y presión, vómitos y desorientación. (Fig. 1)
- **Drogas de síntesis relacionadas a las catinonas o derivados psicoactivos del Khat:** tercer grupo que más creció entre 2009-2015. La catinona es un alcaloide encontrado en la planta del Khat con bastante semejanza a las anfetaminas. Se denominan “sales de baño”, se venden como “no aptas para consumo humano”, como fertilizantes o limpiadores de joyas. Producen aumento de dopamina y serotonina, por lo que generan euforia, aumento de

sociabilidad y deseo sexual, paranoia y delirio alucinatorio. (Fig. 2)

- **Fenetilaminas psicodislépticas (NBOMe, Bomba o Smile):** similar al LSD, actúa como agonista de los receptores 5HT2A. Es activa por vía sublingual o esnifada, genera sudoración, taquicardia, HTA, efectos psicodélicos, labilidad afectiva y distorsiones en la percepción. Gran cantidad de casos letales. (Fig.3)
- **Anfetamínicos de síntesis derivados de anillo sustituido:** los precursores básicos son la efedrina y la pseudoefedrina que mezclados con otros compuestos forman la metanfetamina. El éxtasis genera efectos afrodisíacos, euforia y desinhibición; aumenta su peligrosidad asociada a otras drogas o alcohol, genera un cuadro conocido como “golpe de calor” con alto riesgo de deshidratación. (Fig.4)
- **Benzodiacepinas de diseño:** los más conocidos son el diclazepam, flubromazepam y pyrazolam. Se comercializan en comprimidos o cápsulas, tiene una vida media extremadamente larga. Se adquieren a través de internet y a bajo precio. Debido a su alta potencia, pueden causar fuerte sedación y amnesia a dosis orales tan bajas como 0,5 mg. Frecuentemente varían en el contenido del principio activo lo que puede conducir a una sobredosis no intencional, generalmente la automedicación es lo habitual entre los usuarios de estos compuestos. (Fig. 5)
- **Drogas misceláneas GHB (gammahidroxibutirato):** es un agente depresor del SNC e hipnótico, producen una “sumisión química”; se comercializa en forma sólida o líquida. Se utiliza en ataques sexuales, las víctimas sufren una pérdida temporal de la memoria o de la noción tiempo-espacial, quedando expuestas al perpetrador. La toxicidad del GHB se caracteriza por náuseas, vómitos, sudoración profusa, incontinencia, disturbios visuales, ataxia, bradicardia, hipotensión; respondiendo así a los clásicos efectos colinérgicos. La depresión respiratoria puede ser severa al igual que el grado de inconsciencia; que depende de la respuesta particular del individuo. Los efectos aparecen en general a los 10 minutos y el pico máximo en plasma aparece entre 20-45 minutos. Los efectos duran entre 2-5 horas aunque dependen de la dosis. (Fig.6)

Retomando lo expuesto por la Dra. Peronace, entre el público asistente a fiestas de egresados (14-18 años) y los que concurren al ámbito nocturno (18-50 años), predomina el consumo de alcohol, sorprendentemente el vodka como bebida de inicio, cuyo contenido alcohólico oscila entre el 37% y 50% del volumen y, que hoy por hoy es la puerta de entrada a otras drogas, entre ellas las sintéticas.

Los resultados del Barómetro del Narcotráfico y las Adicciones en la Argentina del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA) indican que hay 65.000 personas en la ciudad de Buenos Aires que viven en hogares con problemas debido a la adicción al alcohol y las drogas.

En 2015, un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicaba que cada año el consumo étílico nocivo ocasionaba 3,3 millones de muertes en todo el mundo, lo que significaba un 5,9% de todas las defunciones.

Asimismo, la marihuana, considerada como un “placer inofen-

sivo” por una franja social, en particular la juventud, también puede devenir en adicción. Se ha demostrado que el consumo repetido de marihuana durante la adolescencia puede dar lugar a cambios duraderos en la función cerebral y que puede poner en riesgo el éxito educativo, profesional y social (Ferrari L, 2014)

Además, en comparación con las personas que comienzan a usar marihuana en la edad adulta, los que inician en la adolescencia tienen aproximadamente 2 a 4 veces más probabilidades de tener síntomas de dependencia al cannabis dentro de los dos años posteriores al primer uso. (Ferrari L, 2014)

Una explicación alternativa, es que la gente que es más susceptible al uso de las drogas, simplemente es más propensa a comenzar con la marihuana debido a su accesibilidad y que su posterior interacción social con otros consumidores de drogas, aumentaría la probabilidad que le indujeran a probar otras sustancias.

La realidad descrita no es azarosa, ya que responde a mandatos que impone el contexto social actual, donde “la moda” dictamina cómo y con qué divertirse. Basta con ver las publicidades en TV o tan solo incursionar en la web y apreciar los nuevos ídolos de nuestra juventud, un nuevo fenómeno de las redes sociales, los famosos “youtubers” que entre otros mensajes “enseñan” como ocultar el consumo en el hogar, o imponen desafíos tales como asistir en estado de ebriedad al colegio o desautorizar a los docentes en público.

En los tiempos que corren, se han destituido los antiguos modelos de diversión o utilización del tiempo libre, como ser salidas familiares, asistencia a clubes, asados, por las populares “previas”, “pre dance”, “after office”, “after hour” y “flower power”. Incluso las barreras entre los adolescentes y los adultos se han diluido, ya que muchos padres adoptan este nuevo formato de diversión y es ahí donde se genera un impedimento para la instauración de los límites. El borramiento de las fronteras entre los adultos y adolescentes en la cultura postmoderna actual, evidenciada, entre otras, en la dificultad de los padres en poder poner límites a sus hijos, actuando un homogéneo trato en paridad, redundando en la imposibilidad de habilitarse como padres.

Durante el mes de Mayo del corriente año se realizó en la Ciudad de Buenos Aires una Mesa de Diálogo sobre Adicciones, en donde fueron convocados médicos, legisladores, educadores, investigadores, periodistas, referentes sociales y hasta un youtuber para trabajar al respecto.

Uno de los resultados de dicho encuentro, fue continuar fomentando los talleres informativos - preventivos en escuelas, de los que la Dra. Peronace ya participa, con el fin de generar un ida y vuelta con los adolescentes y sus familias, aclarar dudas, conceptos erróneos e informar.

Tras lo expuesto por reconocidos colegas, el intercambio y la trascendencia pública de la problemática, queda abierto un nuevo debate, un nuevo interrogante. ¿Será acaso posible instaurar por fin métodos preventivos, para evitar que sigan muriendo jóvenes en nuestro país a raíz del flagelo de las drogas?

Actualmente convivimos con un déficit alarmante en lo que a políticas de prevención respecta. Las campañas preventivas son sumamente arcaicas e intentan persuadir apelando sola-

mente a un discurso que hace foco en los efectos nocivos; son universales, no selectivas, y si bien eso disuade a un porcentaje importante, es necesario saber que existe una franja a la cual este mensaje no le hará desistir de seguir consumiendo. Es más, algunos continuarán haciéndolo regularmente y otros lo harán compulsivamente: en esta última franja social están los adictos.

Investigaciones futuras deberían precisar las diferentes combinaciones de los factores individuales y sociales que incrementan y disminuyen la vulnerabilidad al uso de sustancias, así como los factores que pueden atenuar o exacerbar la posibilidad de convertirse en sujetos de riesgo, teniendo en cuenta que las diferentes combinaciones variarán según la edad, el sexo, la cultura y la fase de consumo en la que se encuentre el individuo.

Ojalá este artículo sea un medio informativo más que contribuya a tomar conciencia y trabajar interdisciplinariamente al respecto, ya que sólo la consolidación de una alianza entre profesionales y la comunidad, hará posible instaurar un freno al inquietante avance del consumo en nuestra sociedad, que hoy arrebatara sueños, proyectos e incluso la vida misma a tantos jóvenes.

Referencias bibliográficas

- FDA: Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (FD&C Act), revised in 2015 <http://www.fda.gov/regulatoryinformation/legislation/federalfooddrugandcosmeticactfdca/>
- Ferrari L. A. (2016). Nuevas drogas de diseño psicoactivas (nps). estado actual del conocimiento.
- Ferrari L. A. (2014). Uso de marihuana y sus efectos en la salud. Revisión.
- Observatorio De La Deuda Social Argentina. (2016). Aumento del tráfico de drogas en los barrios, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones en riesgo. Educa.
- OMS (2015). Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud.
- Peronace G. (2016). Taller Tiempos Modernos y consumo de sustancias. APSA
- UNODC. (2013) Informe Anual. (<http://www.unodc.org/lpobrazil/es/frontpage/2013/10/04-unodc-early-warning-system-records-rapid-increase-in-legal-highs-in-2013.html>)
- UNODC, (2016). Junta Internacional de Fiscalización de Drogas (JIFE). Informe Anual.

APSA

XXXIII

CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRÍA

*Consumos problemáticos.
Compromiso de la Psiquiatría y
la Salud Mental con la comunidad.*

2017

del **26** al **29** Abril
NH Gran Hotel Provincial
Mar del Plata, **Argentina**



Composición IV, Kandinsky 1911



Co-organizado con la Asociación
de Psiquiatras del Chubut



20 años de APSA
en Mar del Plata

Entrevista Federal

Sebastián Romero Arena

ENTREVISTA FEDERAL



La “Entrevista Federal” está constituida por una serie de preguntas elaboradas por el Comité Editorial de la revista Sinopsis de APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos). La misma tiene por objetivo tomar conocimiento sobre la psiquiatría y la práctica psiquiátrica en una provincia.

En esta ocasión:

Nombre: Sebastián Romero Arena

Edad: 41

Especialidad: Psiquiatría.

Lugar de residencia: San Salvador de Jujuy – Jujuy.

Cuestionario:

1) ¿Cuál es el número de psiquiatras y en qué localidad se encuentran ubicados en su mayoría?

La Provincia de Jujuy posee la mayor concentración de psiquiatras en la capital provincial. Siendo a la fecha un total de 28 psiquiatras titulados como especialistas por el consejo de Médicos de Jujuy.

2) ¿Hay localidades sin asistencia en Salud Mental?

Lamentablemente la geografía de nuestra Provincia hace difícil el acceso del sistema de salud en una forma adecuada aún más en el área de Salud Mental.

3) ¿Existen otros “agentes de salud” que ocupen ese rol?; ¿Se trabaja o se contempla a los mismos?

Se han realizado capacitaciones a lo largo de los años con los agentes Sanitarios de la Provincia sobre la temática de esquizofrenia, depresión y adicciones, para su detección precoz.

4) Según su apreciación, ¿Cuáles son los padecimientos más prevalentes?

En nuestra provincia y creo que al igual que el resto del país las adicciones son el primer motivo de consulta, los intentos de suicidio, la depresión y los trastornos de ansiedad son también los motivos de consulta más frecuentes.

5) ¿Cuál es la modalidad de atención que predomina? (individual, grupal, comunitaria, etc.)

En la instancia pública en los hospitales de mayor asistencia de pacientes psiquiátricos Hospital San Roque (Hospital general de IIº nivel) y hospital Psiquiátrico (monovalente) se realizan las asistencias en forma individual, grupal y comunitaria, en el resto del sistema predomina la asistencia individual con algunas experiencias grupales o comunitarias.

En lo privado la asistencia individual es lo más frecuente.

6) ¿Qué lugar tienen los tratamientos grupales: Terapia ocupacional; Terapia de grupo; Musicoterapia; Danzaterapia; Arte terapia, etc.?

Los tratamientos grupales la terapia ocupacional y otros dispositivos se encuentran instaurados en el Hospital Psiquiátrico y en la institución privada de internación Psiquiátrica.

7) ¿Cuentan con Hospital de día?

Sí, ambas instituciones monovalentes cuentan con la modalidad de internación de Día.

-
- 8) Con respecto a la Internación, ¿Existen instituciones privadas y/o públicas?; ¿Podría hacer una breve reseña de los mismos?**
En la provincia de Jujuy existen 2 entidades de internación monovalente en psiquiatría el Hospital Psiquiátrico (público) con una capacidad de 37 camas y el Instituto de Psicopatología (privado), además de realizarse en el hospital General de segundo nivel Hospital San Roque internaciones psiquiátricas agudas.
- 9) Con relación a las consultas ambulatorias, ¿Se realizan a partir de un sistema prepago o son en su mayoría privadas?**
Se realizan en el sistema público las modalidades de usuarios sin cobertura social y con cobertura social; en el ámbito privado la son en forma de prepaga y privadas con predominio de las primeras.
- 10) ¿Qué lugar tiene el psicólogo?**
En las instituciones públicas con amplia actividad en el trabajo interdisciplinario, en mi experiencia personal en el ámbito privado es trabajo es el interdisciplinario.
- 11) Respecto de los lineamientos teóricos en particular: ¿Qué lugar ocupan el psicoanálisis y la terapia cognitivo conductual?**
El psicoanálisis en la provincia de Jujuy en el área de psicología tiene una impronta muy importante luego se encuentran la terapia cognitivo conductual y las otras escuelas terapéuticas.
- 12) ¿Existen especialistas en atención de niños y/o adultos mayores?**
A la fecha existe 1 especialista en niños en el área de psiquiatría en toda la provincia de Jujuy solamente.
- 13) ¿Qué impacto considera que tuvo en su contexto la implementación de la nueva ley de Salud Mental?**
En la Provincia de Jujuy ha permitido la activación de un servicio de Salud Mental y la creación de una guardia activa en Salud Mental en el mismo Hospital General.
- 14) ¿Cuál es la relación con los representantes de la industria farmacéutica?**
La misma es a través de los agentes de propaganda médica y es muy buena con la dificultad de las instancias de organizar actividades ya que la aprobación de las mismas depende de la autorización de casa central.
- 15) Con relación a la formación tanto de pregrado como de posgrado, ¿Dónde se lleva a cabo?; ¿Hay acceso a modalidades de educación continua?**
La formación de pregrado se realiza en las universidades de diferentes provincias siendo las más cercanas las de Tucumán y la Rioja, además de la provincia de Córdoba y Buenos Aires, la formación de postgrado se realiza en nuestra provincia con capacitaciones organizadas a través del Consejo de Médicos de Jujuy, no se cuenta con capacitación continua.
- 16) ¿Cuentan con una residencia médica de la especialidad?**
Sí, se cuenta con una residencia de Psiquiatría en el hospital Psiquiátrico de 4 años de antigüedad.

De Nerium Park a la caída de los ideales

Para Ver-Leer-Escuchar

Dra. Myriam Monczor Nerium Park es una obra de Josep María Miró, dirigida por Corina Fiorillo, con dos actores: Claudio Tolcachir y Paula Ransenberg.

Reconozco que el solo hecho de entrar a Timbre 4 me genera una expectativa positiva, una sensación familiar que tiene que ver con que comencé a ir a Timbre 4 cuando era un teatro del circuito off, que funcionaba en el cuarto departamento de un edificio de PH, y no en la sala mucho más amplia en que funciona hoy.

Al entrar, aún antes de que se apaguen las luces y empiece la obra, los personajes se miran, se tocan, caminan de la mano: se aman.

Una pareja a la que la vida le sonríe, decide irse a vivir a un barrio cerrado: Nerium Park. Son lindos, jóvenes, exitosos, tienen proyectos. Un barrio nuevo del cual son los primeros y únicos habitantes.

Y la realidad empieza a colarse en el vínculo. Él es despedido de su trabajo inesperadamente. A partir de ese momento comienza una lucha dura entre los deseos y las posibilidades, la búsqueda de un hijo, la carrera laboral ascendente de ella y el camino descendente de él.

Aparece un personaje que nunca se ve en escena. Un marginal, un linyera, un sin casa que pasa a habitar un lugar escondido del barrio y con el que él empieza a relacionarse: ¿la amenaza social? ¿el representante de la pérdida, del límite, del vacío?

El deterioro se va haciendo evidente: el personaje se va apagando, desaliñando; aparece el consumo de alcohol y el vínculo de la pareja va perdiendo fuerza. Son evidentes los desencuentros hasta el final, hasta la disolución.

La autodestrucción avanza y el barrio cerrado pasa de ser el lugar del deseo a ser el lugar de lo tanático.

Una obra dura; contundente. Con algo de “thriller”, pero mucho más que eso. Una obra sobre la caída subjetiva. Con dos actores excelentes, que emocionan y conmueven desde la alegría, y desde la angustia y el horror.

Trabajamos en la clínica con sujetos a los que las situaciones que surgen de la realidad los despoja: en el caso de la obra la pérdida del trabajo. Situaciones en las que se compromete la identidad.

Lo difícil de algunas cuestiones sociales, las pérdidas, el desamparo, nos implican desde un lugar diferente: se ponen en juego nuestros propios ideales y nos replantean nuestro hacer. Somos convocados a trabajar con el cambio de los roles familiares y en los roles en la pareja, los hijos, la crisis económica, la violencia, y el impacto que esto implica en el psiquismo. Sus consecuencias.

Las consecuencias abarcan un espectro que va desde los duelos normales a los trastornos adaptativos, la depresión, las reacciones psicóticas. Y frente a sujetos que padecen síntomas derivados de crisis o traumas más allá de lo subjetivo apelamos a diversos recursos, no siempre los que dicen los libros, en el intento de hacer algo por el otro y para no impotentizarnos.

El trabajo con uno a uno de nuestros pacientes es lo que nos convoca y lo que nos permite pensar aun cuando la realidad nos conmueve.

Concurso Premio Revista Sinopsis 2017

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 info@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: Dra. Analia Ravenna, Dr. Horacio Vommaro 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: Dr. Juan Cristóbal Tenconi, Dr. Guillermo Belaga 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 un diploma.
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 ulteriores 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.