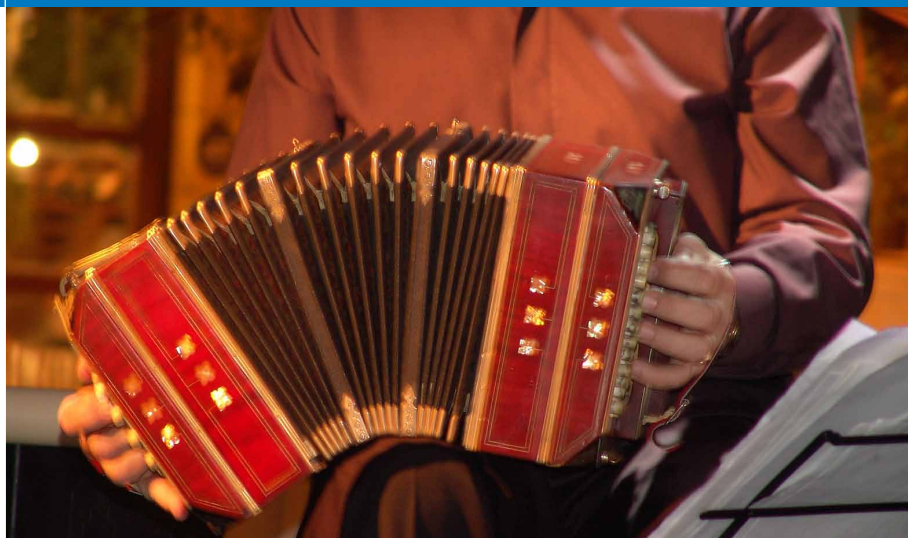




Asociación de Psiquiatras
Argentinos
Residentes en el país
y en el exterior



Sinopsis

APSA REVISTA

Sinopsis, ciencia e identidad societaria • Dr. Hugo Dramisino | Correlación clínica entre impulsividad-agresividad con marcas en el cuerpo: resultados preliminares • Blanc, Emilce K; Alonso, J. Gustavo; Mazzoglio y Nabar, Martín J; Sierra, Vanesa; Alarcón, Héctor; Porta, Oscar; Muñoz, Santiago; García, Matías, (Capítulo “Psiquiatría y Salud Mental en los servicios penitenciarios”) | “Diario de actividades de Ex Alumnos de APSA” Terapia Electro Convulsiva (TEC): Más allá del mito y el prejuicio • Dra. Claudia Dogliotti, Dra. Cristina Petruk | Comentario de artículos; Riesgo de Suicidio: cuidando al colega • Dra. María de los Angeles López Geist | Para ver – Leer – Escuchar Libro: Un mundo con drogas, de Emilio Ruchansky • Dr. Ernesto Wahlberg



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



APSA

Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatras (WPA)

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

Miembro de la World Federation for Mental Health

APSA

Rincón 355 - (C1081ABG)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

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

www.apsa.org.ar • apsa@apsa.org.ar

Comisión Directiva de APSA

Presidente

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Vicepresidente

Prof. Dr. José Ángel Uslenghi
Figueroa

Secretario

Dr. Santiago Levin

Prosecretario

Prof. Dr. Miguel Ángel Vera

Tesorero

Dr. Hugo Dramisino

Vocales Titulares

Dr. Gastón Noriega
Dr. Gustavo Gómez
Dr. Bernabé Ibañez
Dr. Santiago Moine
Dr. Manuel Vilapriño
Dr. Cora Lugercho
Dr. Guillermo Belaga
Dr. Guillermina Olavarria
Vocales Suplentes
Dr. María Calvó
Dr. Silvia Aguayo
Prof. Dra. Adriana Lagorio
Dr. Silvana Rodríguez
Prof. Dra. Graciela Nazar
Dr. Mabel Dell'Orfano
Dr. Santiago Primerano
Dr. Ernesto Serrano

Órgano Revisor de Cuentas

Titulares

Dr. Nora Leal Marchena
Dr. Federico Pavlovsky

Suplentes

Dr. Celina Fabrykant
Dr. Eliana Montuori

Comité de Disciplina

Titulares:

Dr. Manuel Suarez Richard
Dr. Graciela Onofrio
Dr. Cristóbal Rossa
Dr. Néstor Berlanda
Dr. Julieta Falicoff

Suplentes:

Dr. Elsa Wolfberg
Dr. Adriana Fernández Busse
Dr. Jacobo Gutman

Comité Editorial

Director:

Dr. Hugo Pisa

Coordinadora:

Dr. Ester Ofelia Allegue

Comité Editorial:

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

Asesor Editorial

Dr. Hugo Dramisino

Comité Científico Nacional

Dr. Lucila Agnese
Prof. Dr. Ricardo Angelino
Dr. Ester Allegue
Dr. Sebastián Alvano
Dr. Gustavo Oscar Amido
Dr. Sara Amores
Dr. Sara Babiaki de Kijak
Dr. M. de las Mercedes Baccaro
Dr. Hugo Barrionuevo
Prof. Dr. Héctor Basile
Dr. María Basile
Dr. Silvana Bekerman
Dr. Jorge Bernstein
Dr. Adrián Cesar Besuschio
Dr. Raquel Bianchi
Dr. Emilce Blanc
Dr. Ingrid Brunke
Dr. Carlos Calatroni
Dr. Susana Calero
Dr. Gustavo Carlsson
Dr. Hugo Carroll
Dr. Carlos Caruso
Dr. Miguel A. Castro

Dr. Alfredo Cía
Dr. Norberto Conti
Dr. Miguel Ángel De Boer
Dr. Cristina Deprati
Dr. Gustavo De Vega
Dr. Javier Didia Attas
Dr. Guillermo Dorado
Dr. Lucila Edelman
Dr. Alberto Ekboir
Dr. Judith Epstein
Dr. Eduardo Espector
Dr. Celina Fabrykant
Dr. Juan C. Fantín
Dr. Guillermo Fernández
D' Adam
Dr. Andrés Ferdman
Dr. Lía Marcela Fernández
Dr. Alejandro Ferreira
Dr. Andrés Flichman
Dr. Pablo Gabay
Dr. Angel Del Guercio
Dr. Graciela Girardi
Dr. Nieves Grieco
Dr. Mirta Groshaus
Dr. Julia Gutreiman de Erlich
Dr. Sergio Halsband
Dr. Adrián Helien
Dr. Yany Jaritonsky
Dr. Alicia Kabanchik
Dr. Eduardo Kalina
Dr. Daniel Kersner
Dr. Moises Kijak
Dr. Elías Klubok
Dr. Néstor Koldobsky
Dr. Irene Konikoff
Dr. Diana Kordon
Dr. Darío Lagos
Dr. Elena Levin
Dr. Adrián Matusevich
Dr. Silvina Mazaira
Dr. Silvia Melamedoff
Dr. Liliana Moneta
Dr. Victor Ocampo
Dr. Luis Ohman
Dr. Guillermina Olavarria
Dr. Oscar Olego
Dr. Graciela Onofrio
Dr. Sergio Orlandini Cappannari

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

Comité Científico Internacional

Dr. Carmita Abdo (Brasil)
Dr. Sergio Aguilar Gaxiola (EEUU)
Dr. Renato Alarcón (Perú)
Dr. Julio Arboleda Florez (Canadá)
Dr. Carlos Berganza (Guatemala)
Dr. Julio Bobes (España)
Dr. Eugenio Bayardo Cancela (Uruguay)
Dr. Joao Romildo Bueno (Brasil)
Dr. Sissy Castillo (Costa Rica)

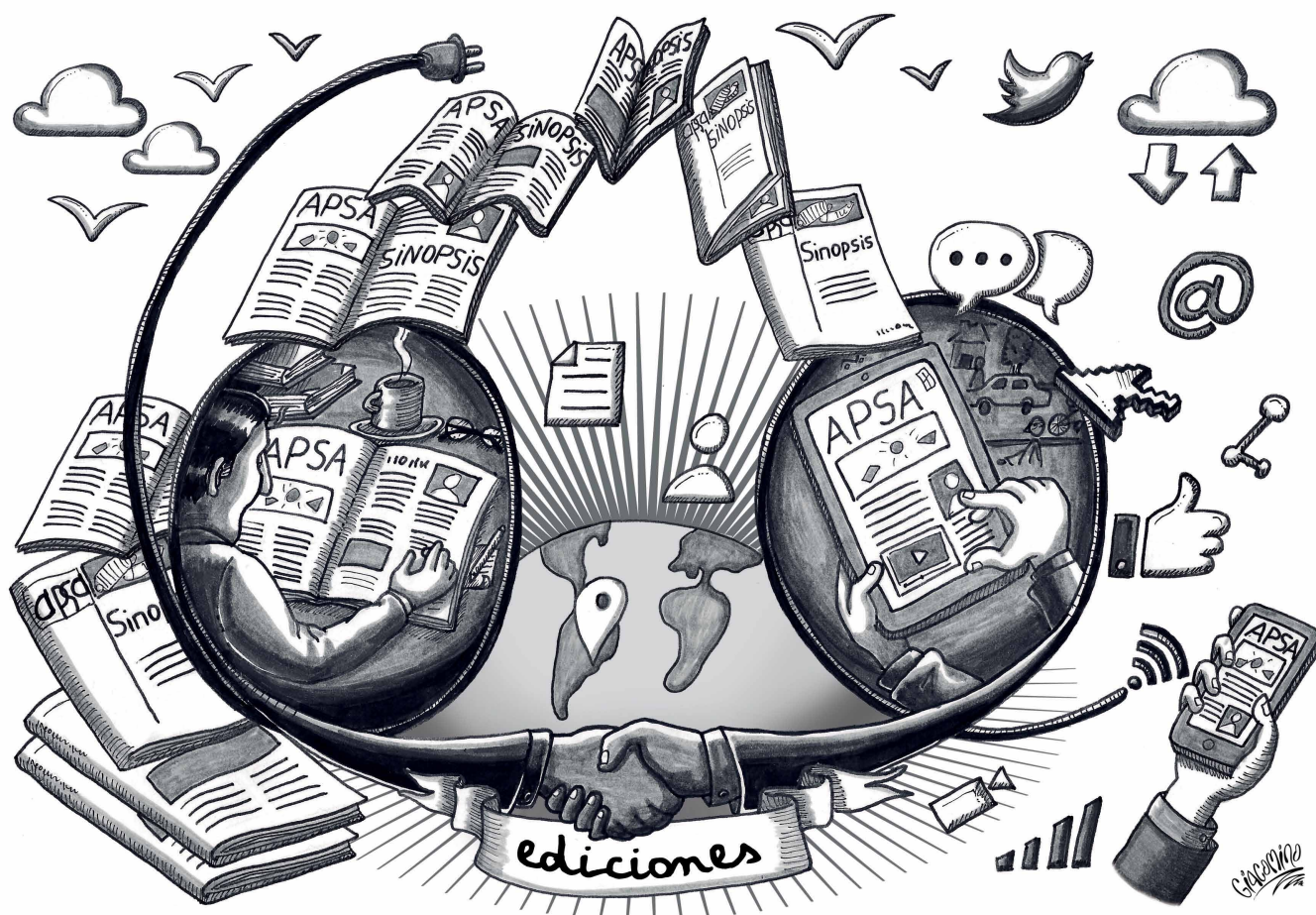
Dr. Cástulo Cisneros (Ecuador)
Dr. Rodrigo Córdoba Rojas (Colombia)
Dr. Rodrigo Chamorro Oshchilensky (Chile)
Dr. Jesús Ezcurra Sanchez (España)
Dr. Jean Garrabé (Francia)
Dr. Silvia Lucia Gaviria (Colombia)
Dr. Antonio Geraldo da Silva (Brasil)
Dr. Francisco Golcher Valverde (Costa Rica)
Dr. José Miguel Gómez (Rep. Dominicana)
Dr. Miguel Gutiérrez (España)
Dr. Cecilia Idiarte Borda (Uruguay)
Dr. Carlos León Andrade (Ecuador)
Dr. Marco López Butrón (México)
Dr. Juan Maass (Chile)
Dr. Eduardo Madrigal de León (México)
Dr. Cristóbal Martínez (Cuba)
Dr. Mirta Mendoza Bassani (Paraguay)
Dr. Claudio Menegello Martins (Brasil)
Dr. Rafael Navarro Cueva (Perú)
Dr. Humberto Nicolini (México)
Dr. Hernán Olivera Arauco (Bolivia)
Dr. Ángel Otero (Cuba)
Dr. Sybil Prado (Guatemala)
Dr. Luis Risco (Chile)
Dr. Carlos A. Rojas Malpica (Venezuela)
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. Rafael Sibils (Uruguay)
Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)
Dr. Fátima Vasconcellos (Brasil)
Dr. Elvia Velázquez (Colombia)
Dr. Jaime Vengoechea (Colombia)
Dr. José Vera Gómez (Paraguay)
Dr. Laura Viola (Uruguay)
Dr. Raquel Zamora (Uruguay)

INDICE

Sinopsis, ciencia e identidad societaria Dr. Hugo Dramisino	3
Editorial Comité de redacción	5
Correlación clínica entre impulsividad-agresividad con marcas en el cuerpo: resultados preliminares Blanc, Emilce K; Alonso, J. Gustavo; Mazzoglio y Nabar, Martín J; Sierra, Vanesa; Alarcón, Héctor; Porta, Oscar; Muñoz, Santiago; García; Matías, (Capítulo "Psiquiatría y Salud Mental en los servicios penitenciarios")	7
"Diario de actividades de Ex Alumnos de APSA" Terapia Electro Convulsiva (TEC): Más allá del mito y el prejuicio Dra. Claudia Dogliotti, Dra. Cristina Petruk	19
Comentario de artículos; Riesgo de Suicidio: cuidando al colega Dra. María de los Angeles López Geist	25
Para ver – Leer – Escuchar Libro: Un mundo con drogas, de Emilio Ruchansky Dr. Ernesto Wahlberg.	29

Sinopsis

ciencia e identidad societaria



Dr. Hugo Dramisino

Se puede afirmar que, desde sus orígenes, nuestra querida Asociación de Psiquiatras Argentinos ha sido acompañada en su fructífero camino por la publicación de una revista que, inicialmente, trató de brindar una herramienta de actualización en temas específicos de nuestra apasionante especialidad.

El natural paso de los años, sumado a ciertos cambios en los hábitos de lectura y búsqueda de información científica especialmente potenciados a partir de los avances en tecnología de la comunicación e informática, de alguna manera, han impactado no solamente en nuestra apreciada Sinopsis sino en la casi totalidad de las revistas del campo científico y académico.

Pero además de ir tratando de acomodarnos a ésta realidad, en los últimos años, nos hemos preguntado con insistencia: ¿por qué debemos seguir brindando al socio este producto? Y más allá de algunas diferencias en cuanto al formato de la revista, sí tenemos en claro que continúa resultando un eficaz vehículo de intercambio entre colegas. Pero a ello hay que sumarle el particular agregado de un plus simbólico; un nombre, una historia, una identificación societaria: "Sinopsis, la revista de APSA".

Creemos que no necesitamos ser exclusivamente una revista puramente adecuada a los parámetros de una publicación científica. La experiencia nos ha demostrado que existe una particular demanda de otro tipo de construcción editorial. Prueba de ello resulta el impacto altamente positivo que ha tenido la publicación de entrevistas a colegas de vasta y reconocida trayectoria. Y en esa misma línea resulta del interés de muchos socios incorporar secciones especiales como anecdotario, comentarios sobre libros y arte, biografías de prestigiosos psiquiatras, exposiciones libres de reconocidos colegas y otras formas originales de expresión. Obviamente lo expuesto no resulta obstáculo para continuar con la publicación de artículos científicos en los formatos

tradicionales de nuestra revista como así también revisiones científicas, todo ello avalado por un Comité Editorial conformado por acreditados colegas. En este punto es dable aclarar que los mismos se ocuparán de estimular a profesionales sin extensa experiencia para que se inicien en la publicación y, en tal sentido, se buscará una acción mucho más cercana al acompañamiento didáctico que al arbitraje formal.

En función de los cambios globales ya señalados, más las esperables limitaciones en la financiación -inherentes a cuestiones coyunturales- y sin apartarnos del firme propósito de proseguir con nuestro grato esfuerzo de publicar Sinopsis, hemos decidido nuestro pasaje a formato digital, sin perjuicio de eventuales publicaciones en el histórico formato papel.

Por último, anhelamos que nuestros vitales Capítulos encuentren en Sinopsis la vía más sencilla para comunicar a los socios las importantes acciones y desarrollos científicos que producen sus miembros.

Comité Editorial Sinopsis llega a su número 60. Un objetivo que se cumple gracias al aporte de todos. Tener una revista constituye un privilegio que implica esfuerzo, capacitación y cuando los recursos son pocos, muchas ganas.

También implica “críticas”. Una frecuente es que Sinopsis no se encuentra vinculada a una sociedad científica. Y es así: el mayor vínculo es con y para los socios. Esto no le quita ni rigurosidad, ni calidad, todo lo contrario: su construcción y valoración es a partir de los aportes de cada uno de los colegas. Es por ello que la variedad de la temática de los artículos es una de sus características. Confluyen trabajos originales de revisión, investigación, opinión, historia, al mismo tiempo que mantiene una apertura hacia nuevas experiencias y propuestas: entrevistas, literatura, cine, biografías.

Son 60 números que no hacen otra cosa que confirmar la necesidad de su existencia y permanencia. Sinopsis tiene que seguir ocupando su lugar (importante) de intercambio. El camino que recorrió lleva años de desafíos constantes. En ese sentido, como lo manifestáramos en la Revista anterior, la edición será sólo digital. Esto ya nos permite llegar a una cantidad mayor; por no decir a todos los socios.

Con este número 60 comienza otra etapa: un nuevo comité editorial nos sucede, le da continuidad al trabajo silencioso que constituye la edición y el armado de cada revista. Queda la intención de mejora y nuevos desarrollos. Nuestro agradecimiento a todos los que participaron y acompañaron.

Para finalizar, la biografía de la “N° 60” es la de la propia revista.

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

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: Puerto Madryn

Número publicado en el mes de Marzo de 2017.

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

Correlación Clínica Entre Impulsividad-Agresividad Con Marcas En El Cuerpo: Resultados Preliminares

Emilce K. Blanc
Gustavo Alonso J.
Martín J. Mazzoglio y Nabar
Vanesa Sierra
Héctor Alarcón
Oscar Porta
Santiago Muñoz
Matías García

Capítulo "Psiquiatría y Salud Mental en los servicios penitenciarios" *Servicios de Psiquiatría y de Psicología, Complejo Penitenciario Federal CABA, Servicio Penitenciario Federal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*

Resumen

Introducción: El tatuaje es una práctica que se encuentra en la mayoría de las sociedades. Implica ha sido una práctica en la mayoría de las sociedades. Implica una marca en el cuerpo que muestra y a la vez oculta múltiples signos; su propósito ha variado por muchas significaciones (decorativa, social, ritual hasta convertirse en un producto comercial o de moda). La población carcelaria no escapa a esta tradición, los ha internalizado y resignificado. Investigaciones preliminares han establecido una correspondencia entre los tatuajes y los niveles de impulsividad y agresividad, y abren una pregunta a dilucidar, donde algo de la cadena de significante se detiene para pasar al acto del tatuaje, de una acción que no puede ser dicha, característica de las patologías del acto.

Objetivo: Realizar una correlación entre las características clínicas de los comportamientos impulsivos y agresivos con el uso de tatuajes y sus características.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de tipo transversal mediante la realización de una entrevista semiestructurada aplicada a 104 sujetos masculinos que cumplen pena privativa de la libertad en el CPF CABA. Se evaluaron psicopatológicamente, se consignaron los tatuajes y sus características (momento de realización, cantidad, temática, desencadenante/s) y se aplicaron 4 escalas de seguimiento clínico para impulsividad y agresividad (Escala de Agresividad Manifiesta, de Comportamiento Agitado de Corrigan, de Riesgo de Violencia de Plutchik y de Valoración de la Impulsividad de Lecrubier). Se implementaron parámetros estadísticos y se cumplimentó con requisitos ético-legales.

Conclusiones: El uso de tatuajes en la población carcelaria se relacionó con un aumento en las escalas de comportamiento agitado, riesgo de violencia e impulsividad, destacándose un menor uso de sustancias excitatorias en esta población.

Palabras clave: Tatuajes. Impulsividad. Agresividad. Cárcel

Abstract

Introduction: Tattooing is a practice found in most societies. Implies has been a practice in most societies. It implies a mark on the body that shows and at the same time conceals multiple signs; Its purpose has varied by many meanings (decorative, social, ritual to become a commercial or fashionable product). The prison population does not escape this tradition, it has internalized and resignified them. Preliminary research has established a correspondence between tattoos and levels of impulsiveness and aggressiveness, and open a question to elucidate, where something of the chain of signifier stops to pass to the act of tattooing, an action that can not be said, characteristic Of the pathologies of the act.

Objective: To correlate the clinical characteristics of impulsive and aggressive behaviors with the use of tattoos and their characteristics.

Materials and Methods: Cross-sectional observational study by means of a semi-structured interview applied to 104 male subjects who are serving custodial sentences at the CPBA. The results of the study were psychopathologically, the tattoos and their characteristics (timing, quantity, subject, trigger) were recorded and four clinical follow-up scales were applied for impulsivity and aggressiveness (Corrigan Agitated Manifest, Aggressive Behavior Scale, Risk Of Violence of Plutchik and Evaluation of Impulsivity of Lecrubier). Statistical parameters were implemented and complied with ethical-legal requirements.

Conclusions: The use of tattoos in the prison population was associated with an increase in the scales of agitated behavior, risk of violence and impulsivity, with a lower use of excitatory substances in this population.

Keywords: Tattoos. Impulsiveness. Aggressiveness. Jail

Introducción

El tatuaje ha sido una práctica en la mayoría de las sociedades. Implica una marca en el cuerpo que muestra y a la vez oculta múltiples signos; su propósito ha variado por muchas significaciones (decorativa, social, ritual hasta convertirse en un producto comercial o de moda). La población carcelaria no escapa a esta tradición, los ha internalizado y resignificado. Investigaciones preliminares han establecido una correspondencia entre los tatuajes y los niveles de impulsividad y agresividad, y abren una pregunta a dilucidar, donde algo de la cadena de significado se detiene para pasar al acto del tatuaje, de una acción que no puede ser dicha, característica de las patologías del acto^(1-4,7-10,12-16,18-24). La piel, como superficie y como órgano del cuerpo, es el blanco de los tatuajes. La piel proporciona al aparato psíquico la posibilidad de la inscripción de huellas de vivencias de satisfacción y de dolor. Teniendo en cuenta que el origen de la función psíquica se desarrolla sobre una función corporal, se presenta necesaria la inter-relación entre lo expresado, el cuerpo, una marca, y los comportamientos de un sujeto. El tatuaje como expresión, resulta un concepto límite entre lo psíquico y lo somático que no termina de inscribirse en tanto representación palabra, el indicador de aquello pulsional a modo de representante-gráfico aún en búsqueda de su significación.

Objetivo

Realizar una correlación entre características clínicas de los comportamientos impulsivos y agresivos con los tatuajes, con especificación de su prevalencia, características intrínsecas y parámetros poblacionales de los portadores.

Materiales y Métodos

Estudio observacional de tipo transversal mediante la realización de una entrevista semiestructurada aplicada a 104 sujetos masculinos que cumplen pena privativa de la libertad en el CPF CABA [ver tabla 1]. Se evaluaron psicopatológicamente, se consignaron los tatuajes y sus características (momento de realización, cantidad, temática, desencadenante/s) y se aplicaron 4 escalas de seguimiento clínico para impulsividad y agresividad (Escala de Agresividad Manifiesta -OAS-25, 1986; Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan -ABS-, 1989; Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik -RV-, 1990; y Escala de Valoración de la Impulsividad de Lecrubier et al -IRS-, 1995). Se implementaron parámetros estadísticos descriptivos e inferenciales y se cumplimentó con los requisitos ético-legales vigentes (requerimiento del consentimiento informado, aprobación del Comité, cumplimiento de los requisitos estipulados en las GCP y adhesión a principios éticos con origen en la Declaración de Helsinki).

Resultados

No se registraron diferencias significativas entre los parámetros poblacionales. En la población con tatuajes observamos un aumento de causas penales relacionadas

con conductas agresivas y la media de causas penales por sujeto fue menor, aunque la media de causas por sujeto fue mayor entre los tatuados [Gráf. 1]. Registramos que esa población presentaba mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias (29%), con especificación de un menor uso de sustancias adictivas excitatorias (39%) [Gráf. 2]. Tanto la población total como la que tenía tatuajes no se consideraban agresivos o violentos contra personas u objetos en su mayoría (>75%) [Gráf. 3], si bien en las escalas implementadas se registraron datos en rango patológico [Gráf. 4]. En la población con tatuajes, el promedio del puntaje de las escalas ABS y RV fue significativamente mayor ($p < 0.01$), destacándose que: 2 subescalas de la ABS (labilidad y agresividad) presentaron un aumento significativo en este grupo y 4 subescalas de la IRV (capacidad para diferir, capacidad para mantener una actividad, tiempo de toma de decisiones y relación paciencia/impaciencia) presentaron una disminución significativa (32%, 22%, 33% y 42%; $p < 0.01$, $p < 0.05$) [Gráfs. 5 y 6]. El 25% de los intervinientes presentaban tatuajes, en los cuales prevalecían ciertas características: el 65% estaban ubicados en la cara anterior del brazo, el promedio de tatuajes por persona fue de 2.42, un 46.15% presentaba tatuajes tanto de color como blanco y negro; la temática de los mismos fue relacionado a familiares y antipoliciales/antisociales, el 58% fue realizado cursando la detención compatible con un estado anímico referido de tristeza (57.69%), seguido por felicidad (53.85%) y bronca (42.31%) [Gráfs. 7-10].

Discusión

Las formas y motivos de manifestaciones del hombre han sido muy diversas, dentro de las cuales, la necesidad de cambiar el cuerpo se esgrime como una de las más prevalentes. Entre éstas, las modificaciones en la piel, como mayor órgano de nuestro cuerpo biológico, es accesible y fácil de realizar aunque profunda en cuanto a los significados y significaciones contextuales que conlleva. Toda función psíquica se apoya en una función corporal. Durante el desarrollo embrionario la piel junto con el sistema nervioso se gestan en un mismo origen. La piel como depositaria de sensaciones de placer y dolor, será la memoria de una nueva huella, la marca perenne del tatuaje, imposible de borrar, imposible de olvidar.

La palabra tatuar deviene del inglés *tattoo* la cual tiene su origen en la voz indígena de Taití en la Polinesia. En un principio, la utilización del tatuaje estuvo relacionado con el pensamiento mágico-religioso, los ejemplos más antiguos provienen de la cultura Egipcia. Los griegos acostumbraban tatuarse serpientes y motivos religiosos mientras que los romanos utilizaron esta técnica para marcar a los prisioneros. En la Segunda Guerra Mundial el tatuaje representó una señal de pertenencia y espíritu de cuerpo entre los soldados. Es una costumbre muy extendida en Asia, Oceanía y América, entre delincuentes y marginales aunque actualmente generalizada.

Acevedo de Mendilaharsu refirió que "el tatuaje es la mo-

dificación superficial más sencilla y a la vez más elaborada, que el hombre ha practicado a lo largo de la historia [...] se puede utilizar cualquier elemento punzante: huesos de aves, espinas de pescado, un alfiler, una hoja de afeitar".

Los detenidos han utilizado los tatuajes para diferenciarse del resto de la sociedad, ya sea como señal de rebeldía, como símbolo de pacto entre logias carcelarias, para demostrar y afianzar metafóricamente lazos familiares, expresar agresividad o conferir mayor jerarquía a quien los portan. De esta manera el tatuaje se contempla desde dos perspectivas dialécticas a saber, un significado de identidad colectiva, producto de una práctica cultural común que incluye un "nosotros"; a diferencia del significado particular para cada sujeto, en base a su historia y su posición subjetiva que dan lugar a los interrogantes específicos por la propia singularidad.

Si bien algunos autores conciben al tatuaje como una práctica típica de ambientes "alternativos" y devenido en moda, la modificación que el hombre ejerce sobre su cuerpo es permanente, dadas las técnicas utilizadas en la mayoría de los casos, hecho que contradice una temporalidad efímera en relación a una moda. La realización de un tatuaje conlleva un dolor y se ubica en un contexto que da entrada a significaciones que lo ubican en otro registro. El acto de tatuarse se acompaña de un afecto concomitante, alegría, tristeza, malhumor, euforia, etc. pero a la vez implica el dolor propio y constante del pinchazo y de la aguja donde un otro, a veces a través de varias y tediosas sesiones, acciona sobre el propio cuerpo. Aquí se podrán mezclar sensaciones de placer y displacer, un sujeto activo y uno pasivo, el que hace y el que se deja hacer. En este caso el objeto del destino pulsional es el propio cuerpo, más específicamente la piel y a través de un "ser marcado por otro" se obtendría el fin satisfactorio, el tatuaje. Cuando se obtiene aquello deseado a través de un dolor se permanece en la dialéctica del sufrimiento cuyo término que mejor lo define es el masoquismo. En estudios psicoanalíticos de Freud tal como el Problema económico del masoquismo de 1924, se ha demostrado la amplia relación entre este concepto y la pulsión de agresión en relación a la pulsión de muerte. En un estudio epidemiológico llevado a cabo por el Dr Jorge Cassab M5 en la Clínica Psiquiátrica de San Rafael refiriéndose a la época de la pubertad, donde los cambios hormonales rigen el comportamiento, en dicha etapa la persona tiene el sentimiento de no ser dueño de su cuerpo, de haber perdido el control de ellos mismos. Se compara la situación de tatuarse como uno le pone su nombre a un libro para adquirir un sentimiento de mayor posesión, al mismo tiempo que funciona como señal o advertencia a las demás personas sobre quién controla o es dueño del texto. Según el mismo estudio se toma la referencia de Tesar (1993) quien demostró en su trabajo de Psiquiatría de emergencias la relación tan estrecha que existe entre los pacientes con cicatrices y tatuajes que son atendidos en salas de Urgencia y que provienen de medio ambientes violentos con muchos rasgos antisociales de la personalidad. Por esta relación, muchos de estos pacientes tienen problemas legales y de ahí su importancia de reportarlo todo en los expedientes personales. Los tatua-

jes, por tal, son el reflejo de los procesos imaginativos y fantasías que se generan desde las etapas más tempranas del desarrollo.

El aparato psíquico necesita la descarga para no sucumbir, o bien la realiza por medio de lo representacional o bien por medio de la acción. Aquello no inscripto como simbólico, quedará fuera del discurso, anclado en el cuerpo intentando dar fallidamente una respuesta. En las patologías del acto la tendencia a la descarga mediante la acción es una característica patognomónica, por lo cual el tatuaje considerado desde esta perspectiva conlleva una acción escindida de la palabra. Dicha operatoria puede corresponderse según estudios de la escuela inglesa del psicoanálisis con aspectos no elaborados de la agresividad temprana necesaria en la constitución del psiquismo. Según M. Klein como resultado de un fuerte sadismo y una angustia abrumadora el círculo vicioso entre el odio, la angustia y las tendencias destructivas no pueden romperse, el individuo sigue estando bajo la tensión de las primeras situaciones de angustia y retiene los mecanismos de defensa pertenecientes a este estadio temprano. Se observa así que las mismas raíces psicológicas pueden desarrollarse hasta constituir paranoia o criminalidad. Ciertos factores llevarán en este último caso a una mayor tendencia en el criminal a suprimir las fantasías inconscientes y hacer acting out en la realidad. Desde este punto de vista consideramos en el presente estudio, que en la conducta de la población estudiada, más allá de la fantasía y del simbolismo, prevalece una "acción" que bien podría encausarse, dentro de las diferentes modalidades de puestas en acto, como la práctica del tatuaje.

El cuerpo es una realidad en construcción, un armado subjetivo en relación a un otro; ello no puede separarse de la imagen que genera, del lenguaje que lo atraviesa y de su inscripción en el aparato psíquico. Existen diversas motivaciones por las cuales un sujeto realiza esta práctica: como rito de iniciación, para adquirir una imagen de valoración o fuerza, como incentivo sexual, como protección, para adquirir características, para pertenecer a un grupo, como identificación entre otras. En nuestra cohorte, los tatuajes de los sujetos estudiados, se vincularon a temáticas de lazos familiares y contenido antisocial; casi el 60 % refirió haberlo realizado cursando su detención en momentos compatibles con estados de tristeza (60%), felicidad (54%) y bronca (42%).

En investigaciones realizadas en cárceles soviéticas, se observó un vínculo entre los tatuajes y el tipo de crimen cometido o las características del criminal, sin hacer mención a la asociación entre el estado afectivo y el tatuaje. También destacaron que los tatuajes se limitaban a detenidos pertenecientes al grupo criminal y no suelen verse en prisioneros que cumplen sentencias por delitos políticos.

En estudios de investigación llevados a cabo en la cárcel de Rawson (Chubut, Argentina), el 90% de los casos reflejan temáticas religiosas y místicas. En nuestro estudio, en la población tatuada se encontró mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, dentro de las cuales se destacó una menor utilización de sustancias adictivas de tipo excitatorias.

Respecto de los rasgos impulsivo- agresivos, más de 3/4 partes de los pacientes con tatuajes no se consideraban en su propia percepción agresivos o violentos aunque las escalas registraban resultados en rango patológico (aumento significativo en el puntaje de las escala de comportamiento agitado y riesgo de violencia) con mayor labilidad, agresividad y menor capacidad para diferir, tomar o mantener decisiones, características de un cortejo sindromático de impulsividad y pasaje al acto.

Los tatuados tenían más causas penales caracterizadas por conductas agresivas. Si bien el porcentaje de personas con causas previas en el grupo de no tatuados es mayor que en el grupo de personas tatuadas (40% vs 34% respectivamente), la media de causas previas por persona era mayor en el grupo de los tatuados en comparación a los no tatuados (3,9 vs 2,63).

Álvarez Licona y Sevilla González en el 2002¹ describieron que la práctica del tatuaje ascendía al 57 % en la colonia penal de Islas María. De acuerdo a la investigación en la cárcel de Rawson, de los 200 internos del penal registraron que 115 estaban tatuados. En las prisiones la Unión Soviética observaron diferencias porcentuales de prevalencia en individuos tatuados según niveles de seguridad de las mismas (mínima seguridad 65 a 75 %, seguridad media 80 %, máxima seguridad 90 %). En nuestra cohorte hallamos que el 25 % presentaron tatuajes.

Cardasis y col en 2008⁴ objetivaron una relación entre el uso de tatuajes que ocupan gran extensión de la superficie corporal y el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad. En el mismo trabajo los autores destacaron que los sujetos tatuados de la población estudiada con o sin diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad presentaron mayores antecedentes de consumo, historia de abuso sexual e intentos de suicidio que los no tatuados.

En estudios preliminares, principalmente centroamericanos se determinó que algunas características referidas a la ubicación y color de los tatuajes estarían relacionadas con rasgos de impulsividad y agresividad de los sujetos.

Álvarez Licona y Sevilla González¹ en su investigación sobre semiótica de los tatuajes encontraron que ciertas imágenes tatuadas significaban conceptos, por ejemplo las espinas simbolizando sufrimiento, cadenas o rejas en alusión a la reclusión.

Cardasis y col describieron que en la población estudiada los tatuajes fueron monocromáticos en su mayoría y que la localización prevalente fue en cara, cuello y manos. En nuestro trabajo encontramos que la mayoría de los tatuajes se encontraban en cara anterior del brazo y que la mitad de los tatuados presentaban tatuajes monocromáticos y policromáticos.

Conclusiones

El uso de tatuajes en la población carcelaria se relacionó con un aumento en las escalas de comportamiento agitado, riesgo de violencia e impulsividad. La población con tatuajes presentó un menor uso de sustancias excitatorias y tuvo especificidades relacionadas con la localización, temática y estado anímico que serán investigadas con una muestra mayor para alcanzar mayor significación de los resultados.

Anexo
Gráficos y Tablas

Tabla I.
Características poblacionales

		Población SIN tatuajes	Población CON tatuajes
Edad promedio		38,68	34,65
Escolaridad (máximo nivel)	<i>primario incompleto</i>	7,69%	11,54%
	<i>primario completo</i>	23,08%	15,38%
	<i>secundario incompleto</i>	23,08%	26,92%
	<i>secundario completo</i>	26,92%	26,92%
	<i>terciario incompleto</i>	1,92%	3,85%
	<i>terciario completo</i>	1,92%	3,85%
	<i>universitario incompleto</i>	9,62%	7,69%
	<i>universitario completo</i>	3,85%	3,85%
Máximo nivel de escolaridad fue intramuros?	<i>si</i>	21,15%	23,08%
	<i>no</i>	75,00%	76,92%
Estado civil	<i>casado</i>	19,23%	11,54%
	<i>separado</i>	5,77%	7,69%
	<i>viudo</i>	5,77%	7,69%
	<i>soltero</i>	34,62%	34,62%
	<i>divorciado</i>	5,77%	7,69%
	<i>soltero</i>	34,62%	34,62%
	<i>concubinatio</i>	28,85%	30,77%
Situación legal	<i>procesado</i>	28,85%	61,54%
	<i>condenado</i>	28,85%	26,92%
Diagnóstico sindromático	<i>Sme. ansioso</i>	36,54%	15,38%
	<i>Sme. conversivo</i>	1,92%	3,85%
	<i>Sme. depresivo</i>	11,54%	15,38%
	<i>Sme. Psicótico</i>	5,77%	7,69%
	<i>Trastorno de personalidad</i>	44,23%	57,69%
	<i>Trastorno del control de los impulsos</i>	17,31%	19,23%
	<i>Trastorno relacionados con sustancias</i>	32,69%	23,08%
	<i>Trastorno del estado de ánimo</i>	11,54%	30,77%
Diagnóstico DSM IV - Eje I	<i>Trastorno del control de los impulsos</i>	17,31%	19,23%
	<i>Trastorno relacionados con sustancias</i>	32,69%	23,08%
	<i>Trastorno del estado de ánimo</i>	11,54%	30,77%
	<i>Trastorno de ansiedad</i>	28,85%	19,23%
	<i>Trastornos psicóticos</i>	9,62%	7,69%
Diagnóstico DSM IV - Eje II	<i>Trastorno cluster A</i>	13,46%	11,54%
	<i>Trastorno cluster B</i>	55,77%	69,23%
	<i>Trastorno cluster C</i>	3,85%	0,00%
	<i>No especificado</i>	26,92%	19,23%

Gráfico I
Causa penal y antecedentes penales con especificación de la cantidad de causas y tiempo de detención total en la población total y la población con tatuajes

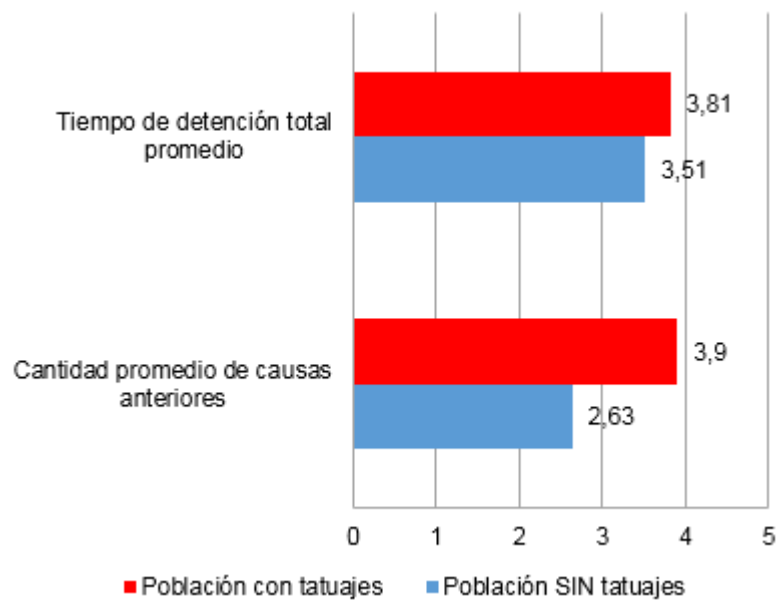
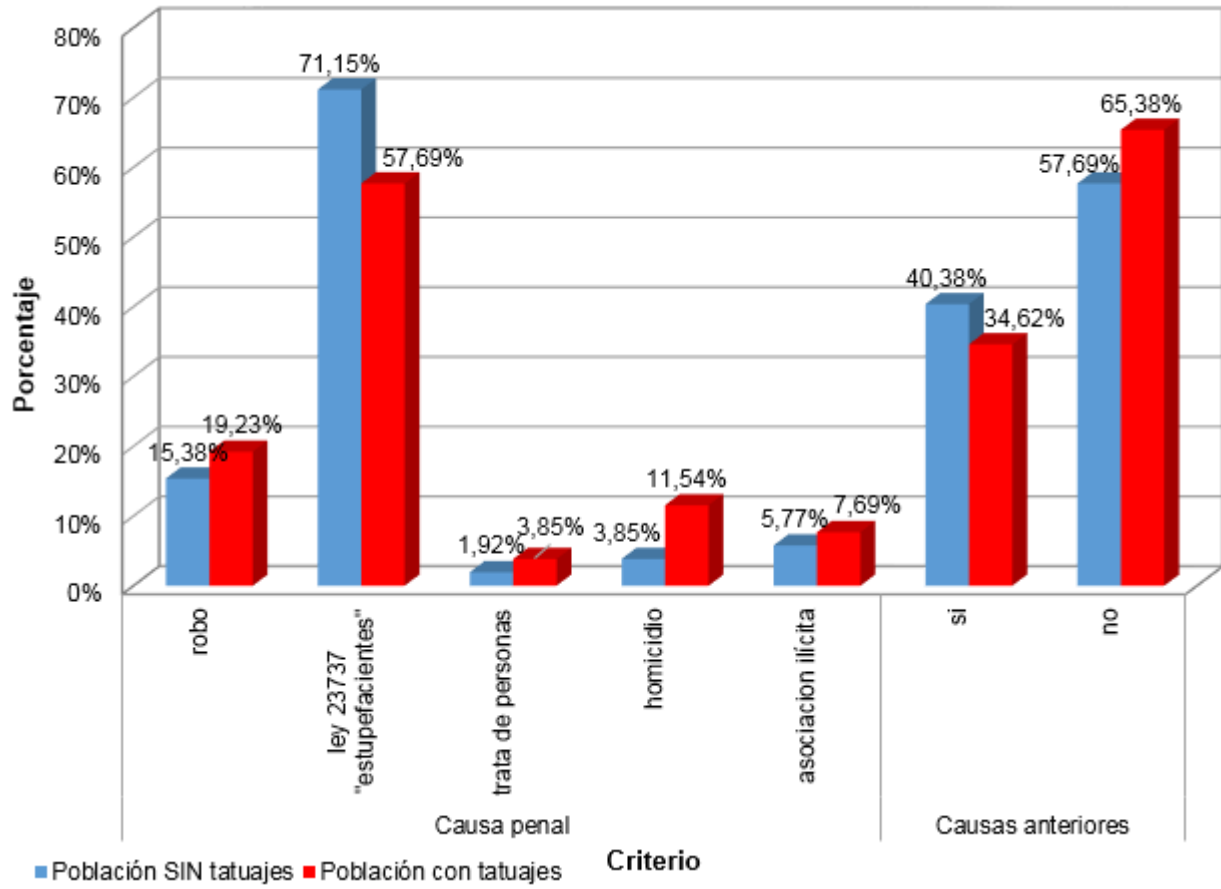


Gráfico 2
Trastorno por consumo de sustancias actual y pasado en la población total y la población con tatuajes

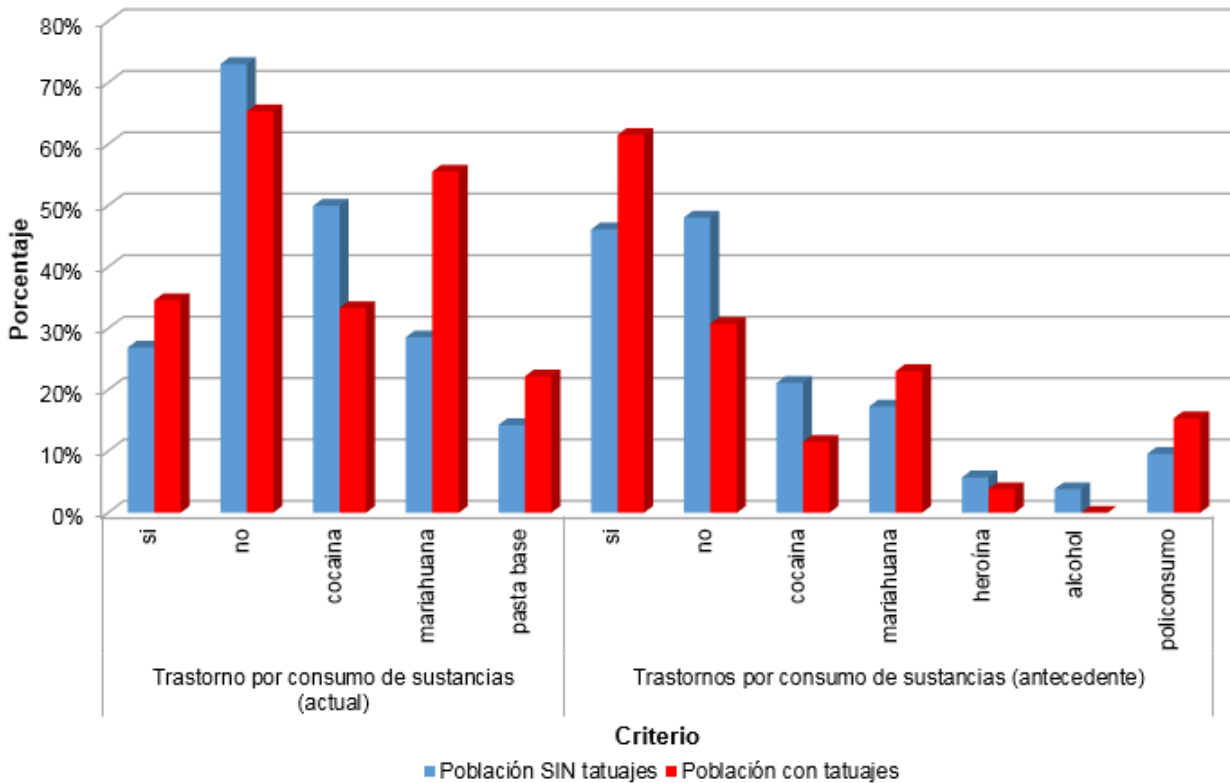


Gráfico 3
Valoración subjetiva de la población investigada relacionada con la agresividad e impulsividad

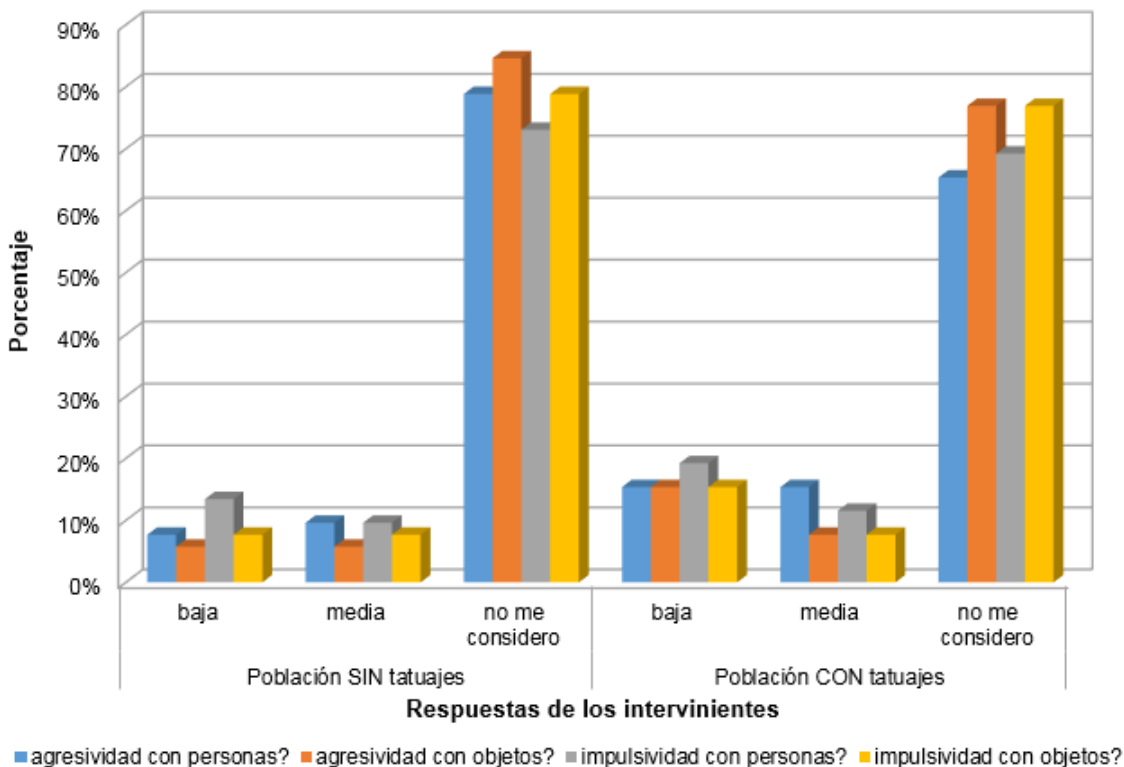


Gráfico 4
Promedio de puntaje de las escalas implementadas

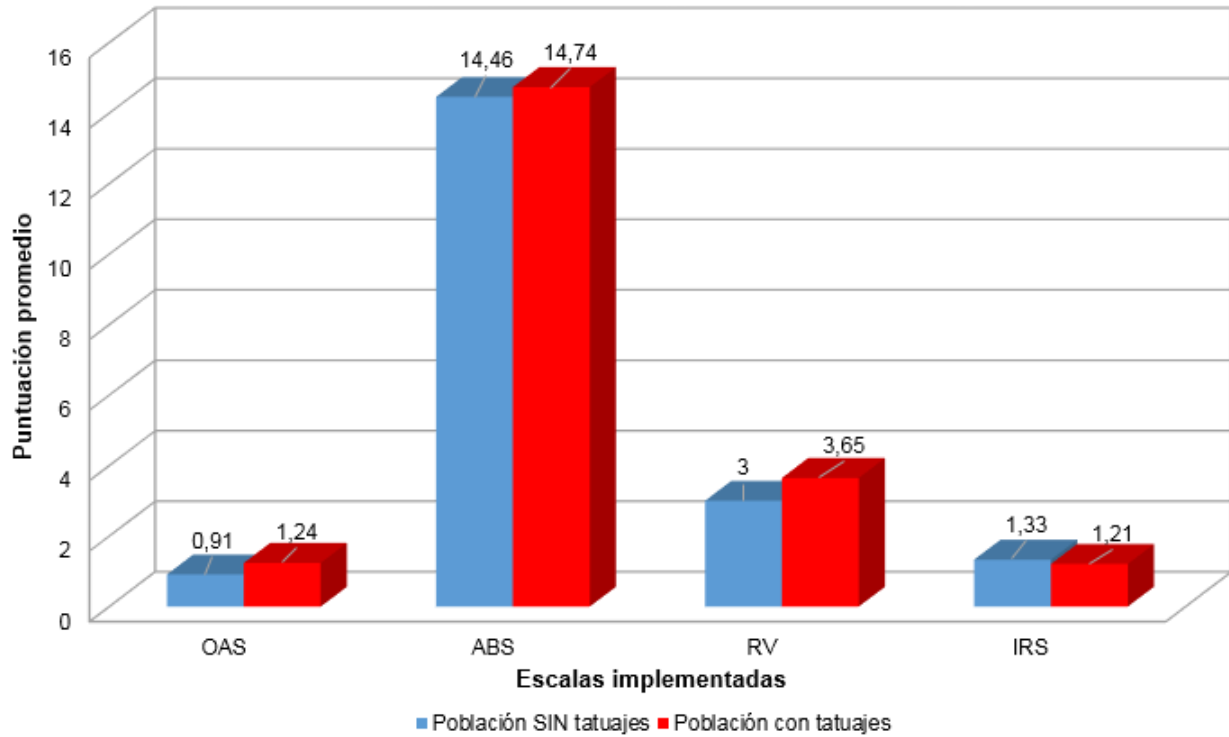


Gráfico 5
Puntaje promedio de las subescalas de la ABS

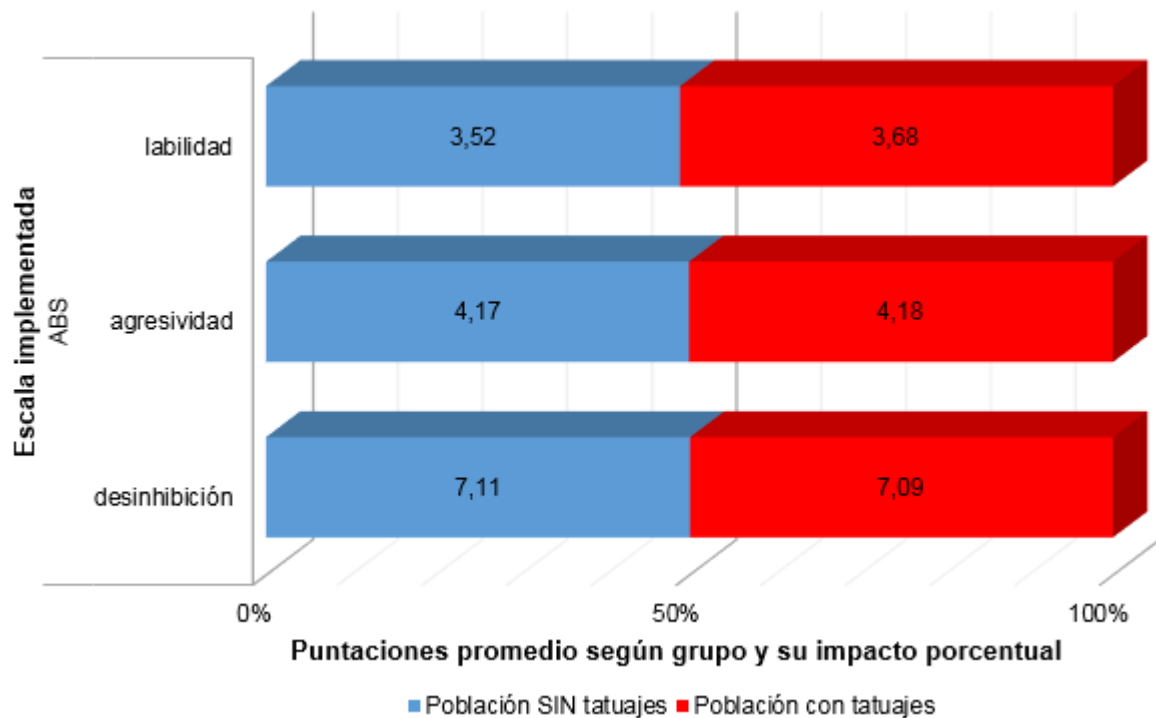


Gráfico 6
Puntaje promedio de las subescalas de la IRS

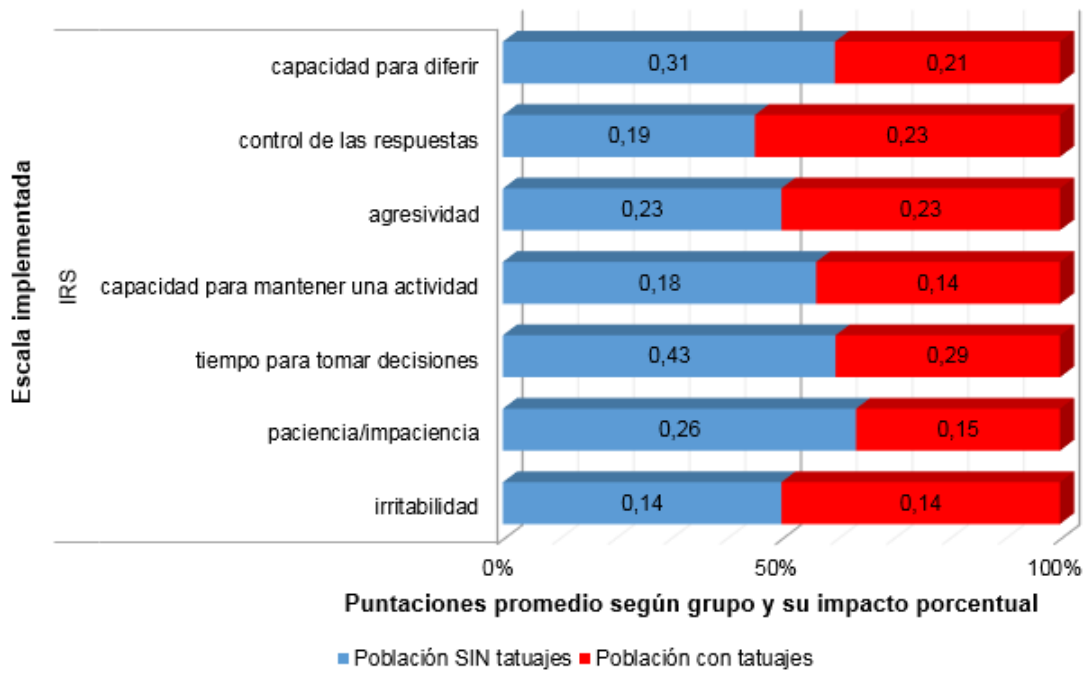
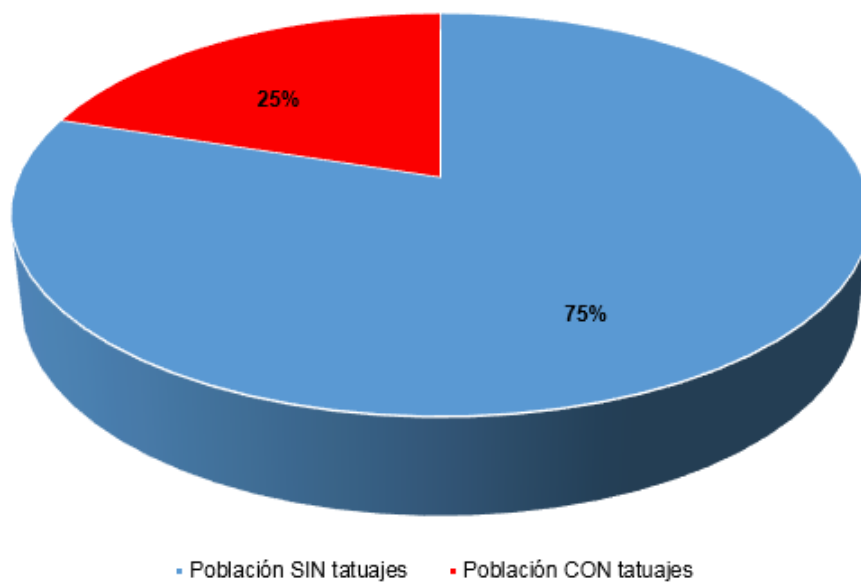


Gráfico 7
Porcentaje de individuos con tatuajes, cantidad promedio por individuo y prevalencia de colorimetría



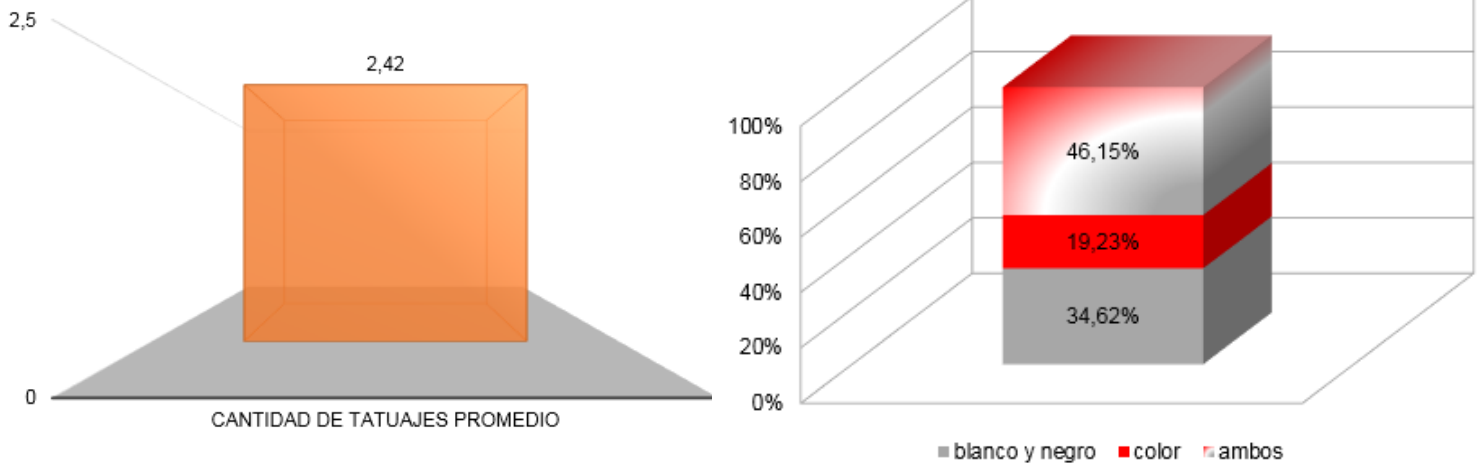


Gráfico 8. Ubicación anatómica de los tatuajes.

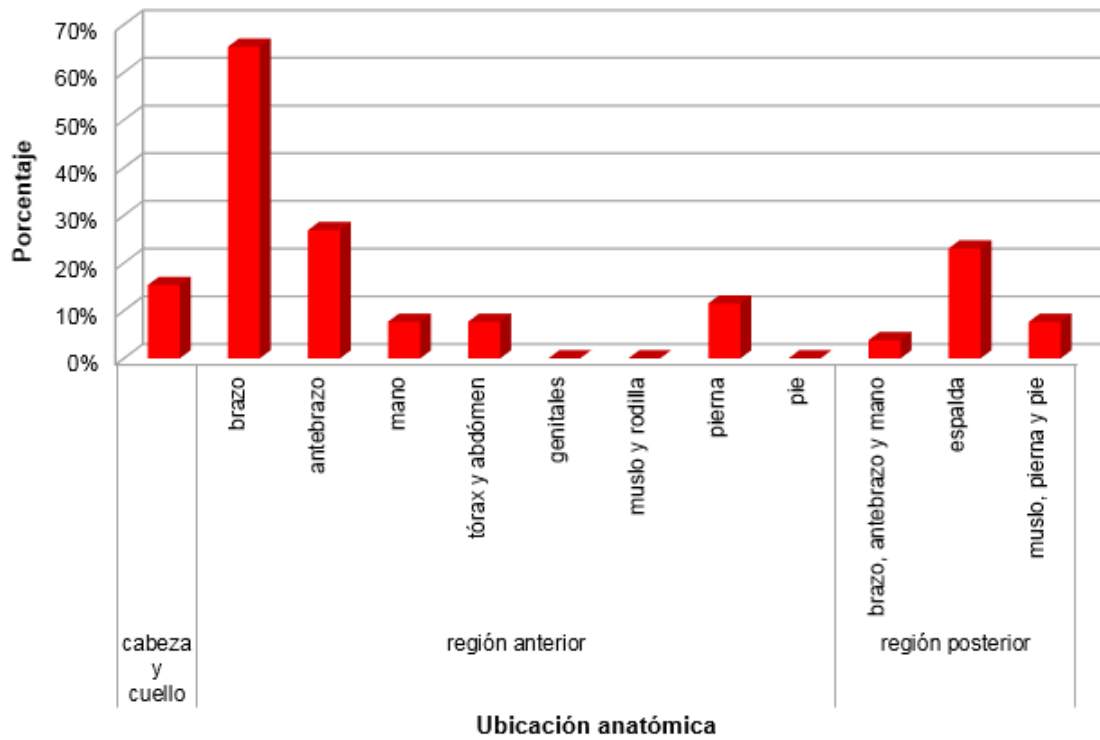


Gráfico 9
Temática referida de los tatuajes

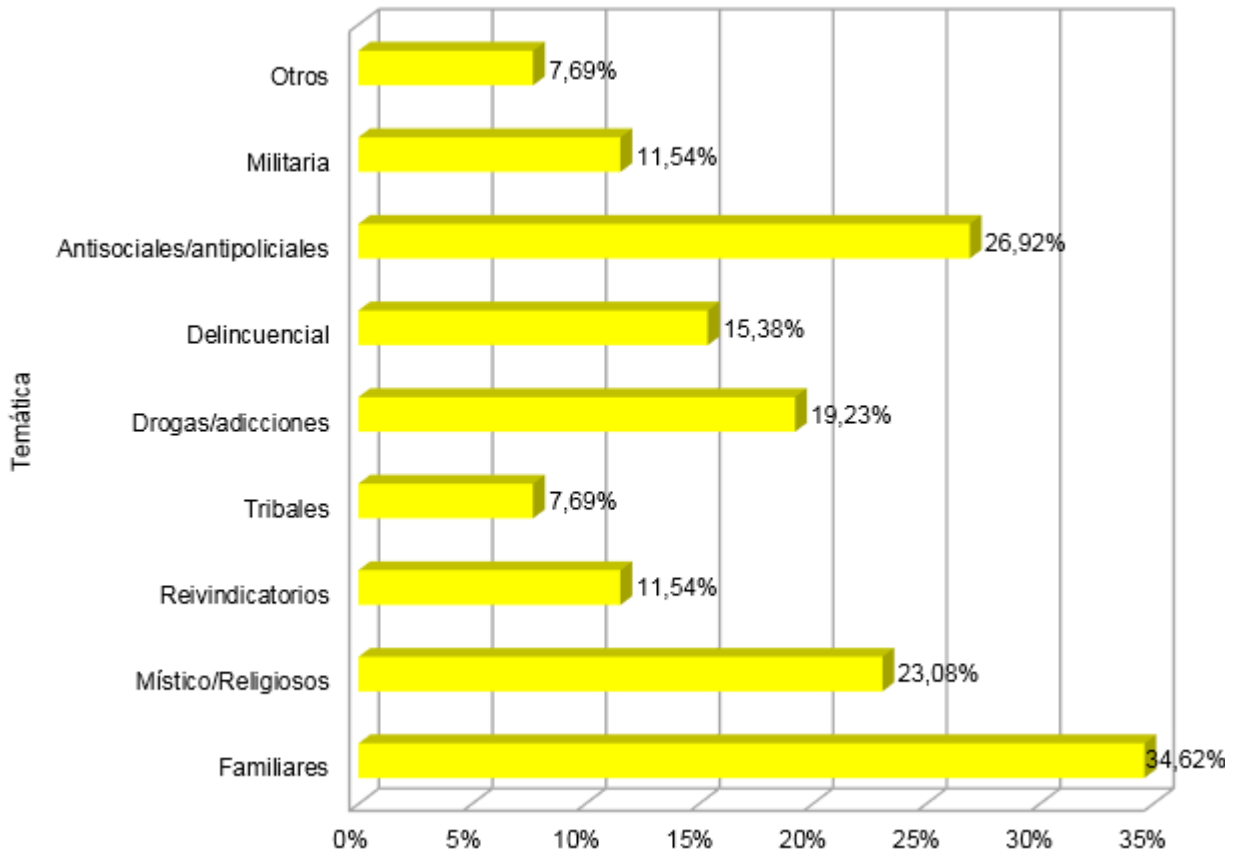
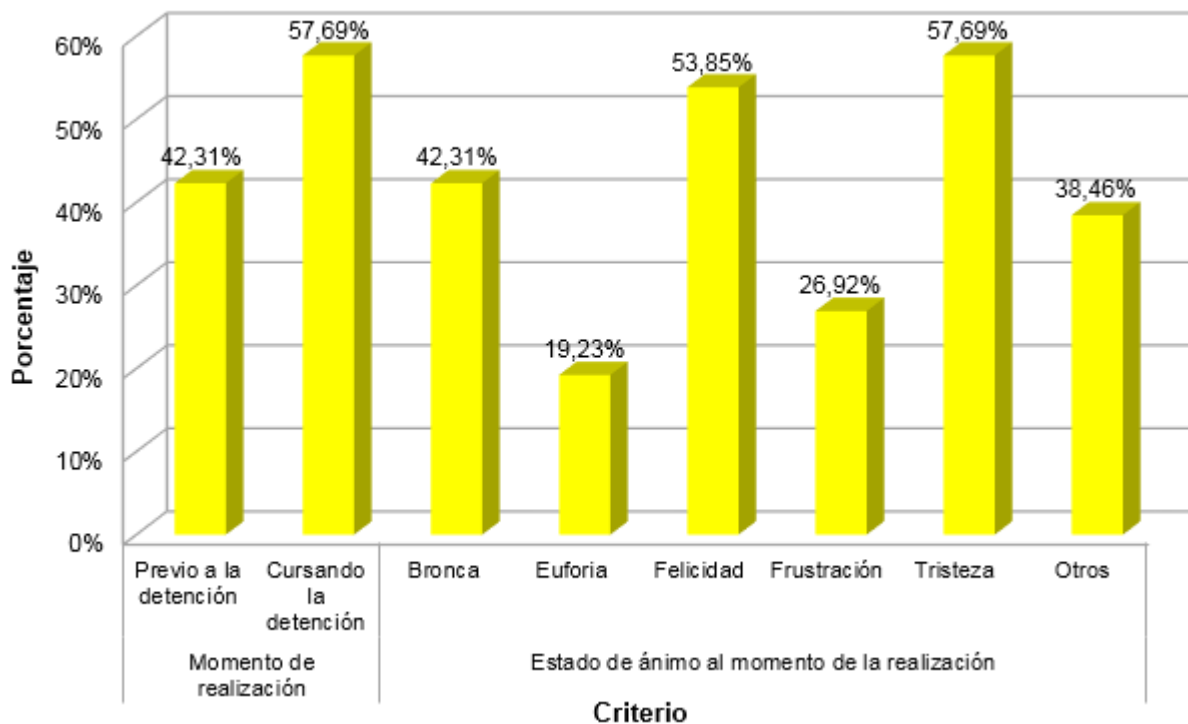


Gráfico 10
Momento de la realización
y estado anímico al momento de la realización de los tatuajes



Referencias bibliográficas

1. Álvarez Licona NE, Sevilla Gonzalez ML. Semiótica de una práctica cultura: el tatuaje. *Cuicuilco* 2002; 9 (25):1-20.
2. Bobes Garcia J (dir). *La Psiquiatría en Esquemas: comportamientos impulsivo-agresivos en esquemas*. 1ª Edición. Editorial Ars Medica, 2008.
3. Byard RW. Tattoos: forensic considerations. *Forensic Sci Med Pathol*. 2013;9(4):534-42
4. Cardasis W, Huth-Bocks A, Silk KR. Tattoos and antisocial personality disorder. *Personality and Mental Health* 2008;2:171-182.
5. Cassab M J. Psicopatología de la expresión a partir de los tatuajes en pacientes psiquiátricos internados: un estudio epidemiológico. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2002; 35(2): 89-96
6. Corrigan JD. Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989;11:261-277.
7. Freud, S. *El problema económico del masoquismo*. Amorrortu. Buenos Aires Madrid. 2007
8. Harry B. Tattoos, body experience, and body image boundary among violent male offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1987;15(2):171-8.
9. Hellard M, Aitkn CK, Hocking JS. Tattooing in prison-not such a pretty picture. *Am J Infect Control* 2007;35:477-80.
10. Kernberg OF. *Trastornos graves de la personalidad*. 1ª Edición. Editorial El manual moderno, México, 1987.
11. Khosla V, Verghese J, Gordon H. Tattoos: what is their significance?. *Advances in Psychiatric Treatment* (2010)16: 281-287.
12. Klein, M. *Envidia y gratitud*. Biblioteca de Psicoanálisis. Buenos Aires 2008.
13. Lecrubier Y, Braconnier A, Said S, Payan C. The impulsivity rating scale (IRS): preliminary results. *Eur Psychiatry* 1995;10:331-338.
14. López Brisolará AL. Tatuajes hoy. Biblioteca on line de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
15. Lozano AT, Morgan RD, Murray DD, Varghese F. Prison tattoos as a reflection of the criminal lifestyle. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 201;55(4):509-29.
16. Martínez Cordero A. La sanidad penitenciaria en imágenes: tatuajes alusivos al consumo de drogas. *Rev Esp Sanid Penit* 2007;9:40.
17. Newman G. The implications of tattooing in prisoners. *J Clin Psychiatry*. 1982;43(6):231-4.
18. Piña Mendoza C. El cuerpo, un campo de batalla. Tecnologías de sometimiento y resistencia en el cuerpo modificado. *El Cotidiano* 2004;20(126).
19. Plutchik R, van Praag HM. A self-report measure of violence risk, II. *Compr Psychiatry* 1990;31:450-456.
20. Portilla MP, Basarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Bousoño García M, Bobes García J. *Evaluación de la impulsividad*. 1ª Edición. Editorial Ars Medica, 2005.
21. Raine A. *The anatomy of violence: the biological roots of crime*. 1ª Edición. Editorial Pantheon Books, New York, 2013.
22. Raspa RF, Cusack J. Psychiatric implications of tattoos. *Am Fam Physician*. 1990;41(5):1481-6.
23. Rodríguez Fornels A, López Capdevilla JM, Andres-Pueyo A. Personalidad y comportamiento penitenciario. *Psicothema* 2002;14(suppl):90-100.
24. Ros Montalban S, Peris Diaz MD, Gracia Marco R. *Impulsividad*. 2ª Edición. Editorial Ars Medica, 2008.
25. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marin JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madrid)* 1998;61:307-316.
26. Sthephens MB. Behavioral risks associated with tattooing. *Fam Med* 2003;35(1):52-4.
27. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Agresions Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143:35-39.

Terapia Electro Convulsiva (TEC): Más allá del mito y el prejuicio

Diario de Actividades de Ex-Alumnos de APSA

Dra. Claudia Dogliotti **Resumen**

El 1 de octubre del corriente año se realizó en APSA un encuentro denominado “TEC: Mas allá del mito y el prejuicio”, teniendo como disertante al Dr. Cristian Gil Mariño. El objetivo que movilizó este encuentro fue la imposibilidad de contar con dicha herramienta terapéutica en ámbitos públicos, debido a la negativa por parte de los profesionales de la Unidad de Letrados, ante la solicitud de autorización legal del recurso terapéutico. Se ampliaron conocimientos acerca del uso, indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos de la TEC moderna; procedimiento ampliamente utilizado como parte de protocolos de tratamientos psiquiátricos debido a su eficacia. Su técnica ha evolucionado notablemente derribando mitos y prejuicios con respecto al uso y abuso de la misma. La TEC, aunque inmersa en un campo controversial, recobra vigencia en la actualidad, recuperando el interés en su utilización y estudio.

Palabras Claves: terapia electroconvulsiva – tratamiento – eficacia - mitos – prejuicios - ley 26.657

Abstract

On October 1 of the current year, was held in APSA a meeting called “TEC: beyond the myth and prejudice” taking into account as a speaker to Dr. Cristian Gil Mariño.

The objective that mobilized this meeting was the impossibility of having such a therapeutic tool in public areas, due to the refusal on the part of professionals of the Legal Unit, before the request for legal authorization of the therapeutic resource.

Knowledge about the use, indications, contraindications and adverse effects of the modern technique, procedure widely used as part of protocols of psychiatric treatments due its effectiveness. His technique has evolved remarkably overturning myths and prejudices regarding the use and abuse of it. The TEC, although immersed in a controversial field, recovers nowadays, regaining the interest in its use.

Keywords: electroconvulsive therapy – treatment – effectiveness – myths and prejudices - law 26.657

Introducción

El día sábado 1 de octubre del 2016 el **Espacio de Ex Alumnos de APSA**, coordinado por la Dra. Ester Allegue, organizó en nuestra sede un encuentro con la finalidad de abordar la temática de la Terapia Electro Convulsiva (TEC).

Dicho encuentro se tituló “**TEC: Mas allá del mito y el prejuicio**” y tuvo como disertante al Dr. Cristian Gil Mariño, experto en dicha temática, presidente del capítulo de Neuropsiquiatría de Apsa y médico psiquiatra de la Sección de Neurología conductual de Ineba, siendo coordinada la actividad por el Dr. Rubén Barenbaum.

Uno de los motores para llevar a cabo este encuentro fue la reiterada imposibilidad de contar con dicha herramienta terapéutica en ámbitos públicos, debido a la negativa que imponen los profesionales del equipo interdisciplinario de la Unidad de Letrados, art. 22, Ley 26.657 de Salud Mental, ante la solicitud de autorización legal del recurso terapéutico.

La TEC se encuentra sumergida en un campo controversial, donde el desconocimiento, el estigma y el prejuicio siguen representando el mayor obstáculo para su aceptación como alternativa de tratamiento posible

Agradecemos al Dr. Gil Mariño haber puesto luz en este tema.

Un poco de historia....

La TEC puede definirse brevemente como lo hizo Max Fink: “consiste en la inducción por medio de la electricidad de unas crisis de gran mal controladas, a intervalos de días, para conseguir un cambio en el estado mental alterado de ciertos pacientes”⁽¹⁾.

En 1905, época de optimismo terapéutico en la que la observación y las categorizaciones psicopatológicas eran fundamentales y las opciones terapéuticas para los pacientes psiquiátricos graves eran muy limitadas, se iniciaron los primeros acercamientos a la terapia electroconvulsiva. Charcot en su práctica comienza aplicando corriente eléctrica de bajo voltaje para el tratamiento de la histeria.

En diciembre de 1933, Lazlo Joseph Von Meduna, experimenta con animales buscando la manera de inducir convulsiones, utilizando diversas sustancias químicas tales como estriquina, tebaina, coramina o cafeína. Posteriormente formula la hipótesis de la “teoría de la exclusión”, o del antagonismo entre la epilepsia y la esquizofrenia. Los hallazgos postmortem permitieron diferenciar ambos padecimientos. Basándose en estos casos trata a su primer paciente con alcanfor a fin de producirle convulsiones. Más adelante lo intenta con pentilinetrazol, fármaco proconvulsivante, confiable en esa época, con efectos adversos variados, pero con resultados exitosos, en algunos casos, dicha técnica fue difundida hasta los años 1938.

Lucio Bini, fabrica el primer aparato de electroshock, de corriente alterna, con un potenciómetro para regular de 50 a 150 V, colocando electrodos bitemporales. Toma esa decisión luego de observar el fracaso de Ugo Cerletti, quien colocaba los electrodos en la boca (por fuera del cerebro, provocando paro cardíaco en los pacientes)⁽²⁾.

A fines de 1939 llega la TEC a nuestro país de la mano de Castellucci. Con mayor experiencia, los clínicos notaron mejoría en los pacientes esquizofrénicos y con síntomas depresivos.

Entre 1940 y 1950 se arriba a la conclusión de que la terapia electroconvulsiva podría ser un poderoso y específico tratamiento. Junto con estas investigaciones, la psicofarmacología va ganando terreno y reconocimiento, quedando la terapia electroconvulsiva relegada para aquellos casos resistentes o con marcados efectos adversos, insostenibles en un tratamiento crónico.

En los medios de comunicación, cine y literatura de la época, fue creciendo una opinión negativa de la TEC no modificada o “electroshock”, donde se interpretaba al tratamiento como una conducta represiva, cruel y autoritaria. Fue instalándose un estigma en la sociedad y en algunos grupos profesionales que conservan información inadecuada respecto al tema y que en algunos sectores actualmente aún persisten, incluyendo la comunidad médica.

Lejos de estas creencias, la evidencia científica revela que la TEC estimula la neurogénesis. Sabemos que existen múltiples versiones controversiales que oscilan entre el mito, el estigma y el prejuicio, no sostenidas por la evidencia científica.

Compartimos la mirada de varios autores, entre ellos Pahisa4, quien afirma que el estigma y el prejuicio siguen siendo el mayor obstáculo para la aceptación de la TEC como alternativa de tratamiento posible. La intervención más eficaz para trabajar estos mitos y prejuicios, incluidos los de colegas, es la Psicoeducación⁽³⁾.

La TEC aparece como alternativa terapéutica frente al fracaso de las estrategias psicofarmacológicas. Pero también en casos donde se requiere una rápida eficacia y alivio sintomático, como por ejemplo, en la prevención de la conducta suicida, dado que la respuesta terapéutica de los psicofármacos, latencia mediante, es más lenta. También en estados catatónicos que amenazan la vida se propone la TEC como primera opción terapéutica⁽⁴⁾.

Mecanismo de acción

Se postula que el efecto terapéutico y los cambios neurobiológicos inducidos por la TEC se producirían por la acción combinada de diferentes sistemas:

Neurotransmisión: El objetivo de la estimulación electroconvulsiva es proporcionar un estímulo eléctrico lo suficientemente potente como para conseguir que un elevado porcentaje de neuronas realice sus descargas al unísono y así inducir una convulsión adecuada. El inicio de ésta tiene lugar por el reclutamiento sincrónico, masivo, de ciertos centros neuronales, observándose cambios en el sistema dopaminérgico, con un aumento en la respuesta de los receptores dopaminérgicos postsinápticos y disminución en los presinápticos y del sistema serotoninérgico, con incremento de serotonina en el LCR y aumento de los RC 5-HTC, posterior a la TEC.

Neuroendócrino: Inducción de la liberación hipotalámica-hipofisiaria de TSH, ACTH Y endorfinas con efectos antidepresivos.

Anticonvulsivante: Existen múltiples estudios que han relacionado el aumento del umbral convulsivo con la respuesta clínica a la TEC. En dos ensayos clínicos diferentes (1987 y 1993) Sackeim demostró que el porcentaje de incremento en el umbral convulsivo es mayor en el grupo de pacientes que se pueden considerar respondedores a la TEC, que en aquel grupo de pacientes con escasa respuesta. Algunos proponen al GABA como responsable de esta acción (Devanand 1995), relacionado con el efecto antidepresivo.

Neurogenético: La mayor parte de los estudios al respecto han sido realizados en animales. Se encontraron incrementos de los niveles de GABA en todas las áreas del cerebro de la rata, destacándose en el núcleo acumbens, el córtex frontal, hipotálamo y bulbo olfatorio, hipocampo (giro dentado) y amígdala, con la consiguiente liberación de factores tróficos en esos dos últimos. Es inductor de neurogénesis al aumentar la integración de circuitos mediados por factor BDNF y por su efecto antidepresivo^(5,6).

Efectos neurotróficos: Las teorías apuntan a los eventos a nivel post receptor, concentrándose en los sistemas de transducción de señales intracelulares: liberación de segundos mensajeros y factores de regulación de la transcripción de genes que podrían ser el blanco de acción de la ECT y las drogas antidepresivas. El trofismo, el tamaño y el número de neuronas que sustentan la anatomía normal del cerebro es mantenido por factores neurotróficos, entre los cuales el que se expresa en mayor cantidad es el “factor neurotrófico derivado del encéfalo” (BDNF). Esta neurotrofina estaría implicada en la fisiopatología del estrés, la depresión y el modo de acción de los tratamientos antidepresivos. Existen evidencias

de alteraciones de la estructura neuronal y de la expresión de BDNF relacionadas con la depresión (disminución del tamaño del hipocampo y del volumen de la corteza prefrontal). Estas alteraciones estructurales serían consecuencia de la atrofia y muerte neuronal por apoptosis, producidas por activación de la respuesta neuroendócrina de estrés, exceso de glucocorticoides y deficiencia de factores neurotróficos (muerte celular por apoptosis). Se ha propuesto que los efectos terapéuticos de los tratamientos antidepressivos provienen de su capacidad de activar el sistema adenilciclasa, aumentando las concentraciones intracelulares del segundo mensajero AMPc, lo cual desencadena a su vez otros procesos que conducen al aumento en la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) en determinadas poblaciones neuronales del hipocampo y la corteza, favoreciendo su supervivencia y función. En síntesis, el tratamiento mantenido con ECT o drogas antidepressivas aumenta la expresión de BDNF y podría prevenir el déficit de BDNF revirtiendo la atrofia de neuronas del hipocampo y protegiéndolas de ulteriores daños^(7,8).

INDICACIONES^(9,10)

Diversas evidencias sostienen la eficacia de la TEC Moderna en condiciones específicas. La decisión de recomendar el uso de la TEC deriva de un análisis del riesgo/beneficio para cada paciente en particular. En este análisis se considera: el diagnóstico del paciente y la gravedad de la enfermedad presente, la historia clínica diacrónica y sincrónica, la necesidad de rapidez de acción, la eficacia prevista de la TEC, como también los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.

La TEC es un tratamiento eficaz en el manejo a corto plazo del trastorno depresivo mayor, y posiblemente sea incluso más efectivo en muchas ocasiones que la farmacoterapia. Sin embargo, esta efectividad no se encuentra reflejada en la ubicación que la TEC ocupa en las guías de tratamiento actuales, siendo reservada como un recurso terapéutico tardío. Este hecho probablemente se deba en parte a ciertos íconos culturales que estigmatizan esta práctica.

Uso primario de la TEC

Como tratamiento de primera línea cuando se considera evitar el retraso de una respuesta, la prolongación del sufrimiento, el riesgo y posiblemente el contribuir a la resistencia al tratamiento. La probable eficacia y rapidez de la TEC son factores que influyen en su uso como intervención primaria.

1. Episodio depresivo mayor

Como parte de depresión uni o bipolar, la TEC se debe considerar especialmente cuando está asociada a alto riesgo suicida, resistencia farmacológica, deterioro del estado físico debido al rechazo de alimentación y forma de aparición catatónica.

2. Manía

Con presencia de agitación extrema y sostenida o, psicosis durante un episodio maniaco o mixto.

3. Esquizofrenia

De acuerdo a las guías de manejo de TEC, de la APA,⁽¹⁴⁾ las siguientes formas clínicas predicen una respuesta favorable a

la TEC:

- Síntomas positivos con inicio reciente o abrupto
- Catatonía
- Historia de buena respuesta a TEC

4. Catatonía

Se destaca el beneficio que brinda en cuadros de catatonía donde existe riesgo vital.

En la depresión y en la manía aguda a menudo se consigue una mejoría sustancial poco después del comienzo de la TEC, con apreciables mejorías en unas pocas sesiones por lo que se plantea no privar a los pacientes de este resultado cuando se lo reserva solamente como “último recurso”.

Uso secundario de la TEC

Puede ser utilizada, particularmente, en pacientes que no han respondido a otros tratamientos. Durante el curso del tratamiento farmacológico, las razones que habilitan a considerar el uso de TEC incluye la falta de respuesta clínica, la intolerancia a los efectos adversos, el deterioro del estado psiquiátrico, la aparición de riesgo suicida y la inanición⁽¹¹⁾.

Se nombran algunas indicaciones a considerar:

- TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- DEPRESIÓN CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS
- ENFERMEDAD DE PARKINSON
- SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO
- EPILEPSIA REFRACTARIA
- DISCINESIA TARDIA

Contraindicaciones

No existen contraindicaciones absolutas, sino relativas, no excluyentes según la APA⁽¹²⁾.

Se deben tomar precauciones ante ciertas condiciones médicas como:

- Masa ocupante cerebral
- Hipertensión endocraneana
- IAM reciente
- Hemorragia cerebral reciente
- Feocromocitoma
- Aneurismas o malformaciones vasculares
- Riesgo alto de anestesia (ASA clase 4 o 5)

El embarazo normal no es una contraindicación de TEC. Es muy segura en el segundo y tercer trimestre y probablemente seguro en el primer trimestre (faltan ensayos clínicos al respecto). No se ha detectado hipoxia fetal, aumento de riesgo en el parto, ni alteraciones en el desarrollo fetal ni en el crecimiento posterior de recién nacidos⁽¹³⁾.

En cuanto al uso de medicación concurrente, debe considerarse que ante uso de IMAO, se aconseja retirar por lo menos dos semanas antes de la primera TEC.

Las benzodiacepinas y antirecurrenciales aumentan el umbral convulsivo, con lo cual disminuyen la eficacia del tratamiento,

al igual que cualquier fármaco anticonvulsivante y la clozapina. El litio aumenta el riesgo de déficit neurocognitivos y encefalopatía con lo cual se debe suspender antes de iniciar este tratamiento^(14,15).

Sin embargo la medicación antipsicótica puede sostenerse durante la TEC ya que presenta efectos terapéuticos sinérgicos potenciando así su eficacia en tratamiento de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

TEC de continuación y mantenimiento

La especial naturaleza recidivante de los trastornos psiquiátricos mayores, en especial, los trastornos afectivos han llevado a buscar diferentes modalidades terapéuticas de mantenimiento o profilaxis. En este contexto, la TEC moderna es considerada como un método para prevenir en pacientes recurrentes un nuevo episodio tras un tratamiento satisfactorio de TEC en un episodio dado⁽¹⁶⁾.

Indicaciones de la TECM:

La TECM es considerada, en pacientes recurrentes, un método preventivo de nuevos episodios, tras un tratamiento satisfactorio de TEC.

El subgrupo de pacientes que únicamente se mantienen estabilizados bajo este tratamiento, aunque los estudios son limitados, se mencionan a continuación:

- * Pacientes con respuesta positiva a la TEC inicial en el episodio dado.
- * Pacientes con trastornos afectivos recurrentes, con altas tasas de recaídas precoces, a pesar de seguir el tratamiento adecuadamente.
- * Pacientes con sintomatología psicótica (delirante y/o alucinatoria).
- * Pacientes de edad avanzada.
- * Pacientes que no toleran las pautas de tratamiento psicofarmacológico de mantenimiento

Efectos adversos

Son poco frecuentes y dependen de la adecuada aplicación de la técnica y de la existencia previa de factores concomitantes que tuviera el paciente. Por ejemplo: enfermedades vasculares, afecciones pulmonares, historia de lesión cerebral o complicaciones médicas tras procedimientos previos anestésicos o de TEC.

La mortalidad es muy baja, aproximadamente 2 de cada 100.000. La etiología más frecuente son las complicaciones cardiovasculares surgidas durante la anestesia o en el periodo inmediatamente posterior⁽¹⁷⁾.

Los efectos adversos más comunes son:

- Confusión mental y cefaleas: inmediatos a la aplicación de la TEC. La primera puede durar de minutos a horas y depende de la técnica utilizada.
- Convulsiones prolongadas: se objetivan en el registro EEG que habitualmente se realiza durante la técnica y están asociadas a los fármacos utilizados y su influencia en el umbral convulsivo.
- Arritmias: benignas y transitorias. La TEC en sí no es car-

diotóxica, ni produce lesiones isquémicas.

- Euforia: su frecuencia es baja y no se asocia a suspensión de tratamiento.
- Alteraciones de memoria y cognición: se relacionan con pacientes con daño cerebral previo, el tipo de corriente utilizada, mala oxigenación durante el proceso, y fármacos concomitantes: litio, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos.
- Hipomnesia: aparición de pequeños olvidos permanentes no incapacitantes y en general asociados con déficit previos. Se objetivó mejoría de los trastornos cognitivos propios de pacientes con pseudodemencia, depresiones graves y algunos cuadros psicóticos.

Procedimiento de la TEC moderna

En primer término es necesario que el paciente de su consentimiento. Una vez informado de los beneficios terapéuticos que puede brindarle esta técnica se lo pondrá en conocimiento de los potenciales riesgos del mismo.

Se realizará una completa historia clínica, estudios de laboratorio que incluyan coagulograma. Electrocardiograma, placa de tórax, RM (resonancia magnética) de cerebro, acompañada de fondo de ojo para descartar hipertensión intracraneal. Se realizará también una interconsulta con un anesthesiólogo para que valore el riesgo de la inducción anestésica.

El paciente debe permanecer en ayunas un mínimo de 6-8 horas y no debe haber recibido medicación oral desde las 12 horas previas al TEC.

La inducción anestésica se realiza para mantener al paciente inconsciente durante la convulsión y el periodo de relajación muscular. La misma deberá ser ultracorta, dado que la prolongación de la misma genera apnea, aumento del umbral convulsivo e incremento de riesgo cardiovascular. La oxigenación al 100%, previene daño cerebral por hipoxia.

El número de sesiones de TEC es de 6 a 12 según patología e idiosincrasia del paciente de 2-3 veces por semana. En la primera sesión se espera una reducción del 30% de los síntomas y en las seis primeras semanas se predice una remisión completa⁽¹⁸⁾.

La colocación del electrodo más efectiva pareciera ser la forma bilateral bifrontotemporal pero también tiene más efectos secundarios. La aplicación del estímulo eléctrico se realiza con una intensidad de forma que provoque una crisis que dure de 25 a 30 segundos. El primer signo conductual de la crisis, es por lo general, la contracción tónica plantar que dura 10-20 segundos que marca la fase tónica, para posteriormente aparecer la fase clónica evidenciable por la aparición de la actividad polipunta en el EEG. Una vez aplicada la TEC, el paciente debe permanecer en la Unidad de Reanimación unas 2-3 horas para comprobar la recuperación óptima.

Los efectos secundarios probables: apnea prolongada, confusión postictal, (restablece en 45 minutos post TEC), arritmias, euforia, dolor postconvulsivo (generado por des-

polarización) en miembros y alteraciones cognitivas (amnesia anterógrada posterior al hecho). Siendo dichos efectos de breve duración.

Aspectos Médico Legales y Bioéticos de la TEC

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, uno de los aspectos a tener en cuenta durante la internación involuntaria y la práctica de la TEC. Allí menciona como idea básica la importancia del consentimiento informado, como documento formal obligatorio, tanto ético como legal, siendo incumbencia de las unidades que realizan dicha práctica médica. Al mismo tiempo, en su mención exige la presencia de dicho documento, pero no hace referencia al firmante por lo que en caso de internación involuntaria y reducción de la capacidad de consentir por parte del paciente, se deberá contar con la persona responsable del mismo. Dicho proceso de consentimiento implica explicitar todos los aspectos generales de la TEC, incluyendo cuando, donde y cuantas sesiones se aplicarán, explicación de los beneficios y riesgos relativos como en cualquier práctica médica, como así también del curso clínico y el plan global de tratamiento. Con esto ayudamos a garantizar el derecho de los pacientes hospitalizados involuntariamente.

El Dr. Pahissa⁽¹⁹⁾ analiza la relación entre la bioética y la terapia electroconvulsiva. Distingue algunas tensiones respecto del principio de autonomía, en aquellos casos donde el paciente no se encuentre competente para brindar el consentimiento al momento de realizarse el procedimiento; como sucede con los pacientes no vigiles (en estado de coma) o en aquellos con juicio globalmente desviado. Señala también, haciendo foco en el principio de justicia, la necesidad de equidad de los servicios médicos y el derecho a una intervención terapéutica eficaz, en todos aquellos casos donde se requiera dicha intervención. Son indiscutibles los principios de beneficencia y no maleficencia, ya que como se ha aclarado en diferentes puntos del artículo, la TEC no genera daño cerebral, y si lo hubiera durante la intervención, este es limitado en el tiempo, obteniendo así una alta eficacia terapéutica.

Es importante enfatizar que un tratamiento no puede ser rechazado o aceptado en base a prejuicios, muchos de ellos emergentes de creencias ideológicas. Por el contrario, la indicación de las terapéuticas deben descansar en la evidencia científica. Los argumentos habitualmente utilizados que sostienen el rechazo, suelen presuponer que es un tratamiento cruel, peligroso, que “quemara el cerebro”, aunque cada uno de estos dichos son fácilmente rebatibles con estrictos argumentos médicos.

La TEC es un tratamiento eficaz e insustituible en una serie de pacientes con condiciones clínicas muy precisas y graves y sólo debiera ser juzgado, por su eficacia y seguridad en su uso. En cuanto a su peligrosidad, decir que si se practica con las normas y protocolos actuales, las complicaciones y efectos secundarios son muy escasos y muchos transitorios.

Con la sanción de la ley 26657/10 se crea el Órgano de Revisión de la Salud Mental (OR)(20), el cual desaconseja la realización de las prácticas de la TEC, y en la práctica las prohíbe en las instituciones públicas; a los fines de resguardar adecuadamente los derechos de los usuarios de la salud mental, don-

de incluyen dos resoluciones (RES. S. E. 17/2014 - RES. S.E. N° 15 /2014).

En Argentina, hasta el momento, no se cuenta con legislación que determine el uso o no de la terapia electroconvulsiva, lo cual deja sin acceso a los beneficios terapéuticos otorgados por la técnica, especialmente en aquellos pacientes con alto riesgo de vida.

Conclusiones

Desde la introducción de la técnica hace casi 70 años, se ha demostrado en numerosas ocasiones su efectividad, ofreciéndole al paciente un recurso terapéutico de probada eficacia.

Inmersa en un campo controversial, la TEC aún continúa siendo un tema de discusión en grupos de profesionales de la salud mental y también en la sociedad en su conjunto, debido al estigma que la oscurece y distorsiona. La presencia de prejuicios y mitos sumado al desconocimiento de la técnica, sus indicaciones y beneficios abonan la controversia.

En el presente se continúa investigando sobre el tema, haciendo hincapié en las múltiples dimensiones de dicha práctica, con el objetivo, entre otros, de avanzar en la comprensión de sus mecanismos de acción y en la posibilidad de lograr reducir en mayor medida sus efectos adversos.

Bibliografía

1. Fink Max, "Meduna and the origins of convulsive therapy". *Am J Psychiatry* 141:1034-1041, 1984.
2. González S; Carballeda J; Pastorelli R; Trigo A, Campoy L. Tratamientos biológicos en psiquiatría. Terapia electroconvulsiva. Hospital General Universitario de Móstoles. Congreso Virtual de psiquiatría.com Interpsiquis. 2012. España.
3. Pahissa J, Lema Carrión C. Terapia electroconvulsiva. Aspectos clínicos y terapéuticos. Programa de Actualización Médica. PROAPSI. Cuarto ciclo. Módulo 2. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Editorial panamericana. Buenos aires. 2015
4. Pahissa J, Lema Carrión C. Terapia electroconvulsiva. Aspectos clínicos y terapéuticos. Programa de Actualización Médica. PROAPSI. Cuarto ciclo. Módulo 2. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Editorial panamericana. Buenos aires. 2015
5. Mikkel Vestergaard Olesen, Gitta Wörtwein, Jonas Folke, Bente Pakkenberg. Electroconvulsive stimulation results in long-term survival of newly generated hippocampal neurons in rats. Institute of Clinical Medicine, Faculty of Health, University of Copenhagen. 'Accepted Article', doi: 10.1002/hipo.22670
6. Olesen M,, Gitta Wörtwein J, Bente P. Electroconvulsive stimulation results in long-term survival of newly generated hippocampal neurons in rats. University of Copenhagen. Accepted Article, doi: 10.1002/hipo.22670
7. Juergen Dukarta Francesca Regenc,Ferath Kherifa, Michael Collac,d, Malek Bajboujc, Isabella Heuserc, Richard S. Frackowiaka, and Bogdan Draganskia. Electroconvulsive therapy-induced brain plasticity determines therapeutic outcome in mood disorders. Edited by Marcus E. Raichle, Washington University in St. Louis, St. Louis, MO, and approved December 11, 2013 (received for review November 14, 2013)
8. Heechul Jun, Syed Mohammed Qasim Hussaini, Chang Hoon Cho a, John Welby a, Mi-Hyeon Jang Gadd45b Mediates Electroconvulsive Shock Induced Proliferation of Hippocampal Neural Stem Cells. 2015 Elsevier. Disponible en journal homepage: www.brainstimjrn.com
9. Olesen M,, Gitta Wörtwein J, Bente P. Electroconvulsive stimulation results in long-term survival of newly generated hippocampal neurons in rats. University of Copenhagen. Accepted Article, doi: 10.1002/hipo.22670
10. Fortes Álvarez JL, Landa Contreras E, Alvites Ahumada MP, Pulido la Torre, MD, Benito Ruiz A. Terapia electroconvulsiva. ¿cuándo y cómo se aplica? *fml*. 2013; 17(31):6p.
11. Pahissa J, Lema Carrión C. Terapia electroconvulsiva. Aspectos clínicos y terapéuticos. Programa de Actualización Médica. PROAPSI. Cuarto ciclo. Módulo 2. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Editorial panamericana. Buenos aires. 2015
12. Edward Coffey, Richard D. Weiner. La Práctica de la Terapia Electroconvulsiva, Recomendaciones para el tratamiento, formación y capacitación, 1º ed. Barcelona (España): Ars Medica; 2002. p.59-74
13. González S; Carballeda J; Pastorelli R; Trigo A, Campoy L. Tratamientos biológicos en psiquiatría. Terapia electroconvulsiva. Hospital General Universitario de Móstoles. Congreso Virtual de psiquiatría.com Interpsiquis. 2012. España.
14. Kaplan H., Sadock B., Greeb J., "Terapias Biológicas" en: "Sinopsis de Psiquiatría". 7ª Edición. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires 1996.
15. Philibert R.A., Lynch C.F., et al; "Effects of ECT on mortality and clinical outcome in geriatric unipolar depression". *J Clin Psychiatry*, 1995 Sep, 56:9, 390-4.
16. Consenso Español sobre la terapia electroconvulsiva, [en línea]. 1999 Jun [citado Junio 1999]. disponible en www.sepsiq.org/file/Consenso%20TEC.pdf.
17. Edward Coffey, Richard D. Weiner. La Práctica de la Terapia Electroconvulsiva, Recomendaciones para el tratamiento, formación y capacitación, 1º ed. Barcelona (España): Ars Medica; 2002. p.59-74
18. Hyman S., Jenike M.; "Manual de Problemas clínicos en psiquiatría". Edit. Masson - Salvat. Barcelona 1992
19. Pahissa J, Lema Carrión C. Terapia electroconvulsiva. Aspectos clínicos y terapéuticos. Programa de Actualización Médica. PROAPSI. Cuarto ciclo. Módulo 2. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Editorial panamericana. Buenos aires. 2015
20. Órgano de revision. Ley 26.657. Secretaría Ejecutiva. Anexo Res. S.E. N°17/2014. Órgano de revisión Nacional de Salud Mental-Ley 26.657- Dictamen sobre uso de Electroshock.

Riesgo de Suicidio: cuidando al colega

Comentario de Artículos

Dra. María de los Angeles López Geist

Lisa Pryor, periodista, columnista del New York Times, autora de *“La prisión del traje a rayas”* y *“Un pequeño libro sobre drogas”* cursó Medicina como segunda carrera en Sydney y se define “trabajando en salud mental”. Su artículo *“Los médicos también son humanos”* fue publicado en nuestro medio por La Nación. Escrito con el justo tono emocional con que el público puede ser receptivo a una noticia, evitó detalles escatológicos pero relanzó la fuerte denuncia: los médicos se están suicidando.

No aludía a Kathryn⁽¹⁾, la joven residente que en enero de 2017 se arrojó de la terraza del Mount Sinai Hospital en Miami, sino a la preocupante seguidilla ocurrida este año en Sydney, Nueva Gales del Sur, Australia. Allí, con el cuarto suicidio de jóvenes médicos en 5 meses, todos los medios están abordando el tema. El Ministro de Salud, Brad Hazzard reconoció 20 suicidios en los últimos 8 años y evaluó la problemática extendida no solo a los médicos sino a enfermeros y paramédicos también en riesgo, comprometiéndose a realizar acciones.

Hace muchísimos años que se escribe sobre el tema. Especialmente sobre la depresión en los médicos, sobre el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. David Rosen⁽²⁾ en un artículo de JAMA de 1973 plantea una tasa de suicidios entre psiquiatras del 58-65% cada 100.000!

Estudios de diversos países a lo largo de las últimas décadas coinciden en las tasas de depresión y de suicidios aumentados en la población médica en general, pero más marcadas aún en los médicos en formación.

En la mayoría de los estudios publicados se ha hecho hincapié en la patología individual no detectada a tiempo, en el acceso a métodos efectivos para llevar a cabo el suicidio, que los diferencia de la población general, y en la escasa posibilidad de solicitar atención, ya sea por falta de conciencia de la sintomatología o por la estigmatización inherente, dos temas fundamentales para ser incluidos en la formación de los residentes.

“Los suicidios de los médicos exigen la revisión de las leyes de notificación obligatoria” fue el titular del artículo de Elise Worthington en la cadena de medios del gobierno de Australia, señalando la causa por la que los médicos no solicitan ayuda: corren riesgos de perder su formación y su trabajo. Los médicos que atienden médicos con alguna discapacidad están obligados a su denuncia. La posibilidad de confidencialidad para los médicos tratantes facilitaría que los médicos soliciten ayuda sin riesgos de discriminación a futuro.

El último suicidio este año fue el de Chloe Abbott, joven residente de cuarto año en Sydney, ex campeona de natación, que gozaba de excelente reputación por ser miembro fundador de Medical Student Action on Training, organización que bregaba por más formación y pasantías para médicos recién graduados.

El debate en Sydney no solo involucró a las autoridades y a la Asociación Médica Australiana, también tuvo un fuerte giro en relación a los análisis habituales: se hizo hincapié en las condiciones laborales y en las exigencias desmedidas del sistema de residencias médicas: la punta del iceberg.

Se han globalizado las condiciones precarias de la vida del residente médico:

muchas horas de trabajo ininterrumpido, alteración y disminución de las horas de sueño, acumulación de cansancio, alto nivel de estrés por la falta de experiencia frente a situaciones críticas de los pacientes, alto nivel de exposición y competitividad con pares, frecuentes rituales punitivos inaceptables con indiferencia del personal jerárquico, mayor cantidad de errores médicos con el subsiguiente sentimiento de culpa, supervisiones insuficientes, burnout y bajísima remuneración.

Pamela Wible⁽³⁾ militante por esta causa, plantea que no se debe hablar de “*burnout*”, ya que resulta un eufemismo para nombrar el abuso a que están sometidos los jóvenes médicos. Recuerda el artículo 24 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que dice: “Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas”.

A pesar de las características personales de cada residente, el hecho de que los suicidios se produzcan durante la etapa de la residencia obliga a profundizar el análisis.

Un psiquiatra australiano, el Dr. Ben Veness solicitó con un grupo de colegas una investigación parlamentaria sobre las condiciones que rodearon los cuatro últimos suicidios de médicos residentes y planteó al ministro de salud que el colectivo de los residentes comparte la alta tasa de suicidios con la industria minera: los trabajadores golondrina que viven alejados de su casa y de su familia mientras dura el contrato de trabajo sometidos a excesivas exigencias laborales en las minas, sufren también un alto porcentaje de suicidios.

¿Cuántas horas de guardia semanales son el límite para un médico? ¿Cuántos pacientes con tentativa de suicidio puede tener a cargo un psiquiatra en forma simultánea? ¿Qué libertad tiene el psiquiatra dentro del sistema de salud para rechazar un paciente para el cual no se considera en condiciones de atender? ¿Cuál es el respeto por el tiempo que necesita el psiquiatra en la evaluación del paciente, habida cuenta de que la ideación suicida del paciente no es referida sino en condiciones de calidez y confianza que no se logran en 15 minutos? ¿Cómo incide en la formación y en la autoestima del joven psiquiatra estar inserto en sistemas de salud reticentes a brindar la cobertura y los cuidados adecuados?

¿Existen programas de prevención para la salud mental de los residentes? ¿Se llevan a cabo? ¿Cubren las necesidades? ¿Qué factores protegen la salud mental del residente de psiquiatría?

Pocos son los trabajos científicos publicados acerca de los resultados de la implementación de programas preventivos para los residentes. Ellos, en general, consisten en chequear la salud mental de los residentes al ingreso y en la mitad de la formación. Como es de esperar ningún residente acusa sufrir algún síntoma de depresión o ansiedad en ningún cuestionario por escrito. También se incluyen mesas redondas de debate y talleres sobre la salud mental y su cuidado. Estas actividades vuelven a confirmar los

datos sobre prevalencia de síntomas que se vienen manejando hace años pero tratar el tema parece acercar a los médicos a los recursos asistenciales.

Un recurso que parece efectivo es la capacitación de instructores, figuras más cercanas a los residentes, en prevención del suicidio⁽⁴⁾.

Christine Moutier⁽⁵⁾ es actualmente un referente en la prevención del suicidio en los médicos. Además de cofundar el Capítulo de San Diego de AFSP (*American Foundation for Suicide Prevention*), Moutier dirigió conjuntamente un programa exitoso de prevención del suicidio y depresión para profesores, residentes y estudiantes de ciencias de la salud, que contó con el innovador Programa de Detección Interactiva de AFSP. En la Universidad de California se creó el programa HEAR (*The Healer Education Assessment and Referral*).

Un hospital que ha tenido 10 suicidios de médicos residentes entre el año 2000 y 2009, como es el caso del Hospital Dr. Antonio Fraga Mourat del Centro Médico Nacional La Raza, en México, ha implementado el “Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes” con el que no han vuelto a tener otros casos desde entonces, según refieren⁽⁶⁾.

En la Argentina se ha ido perdiendo la saludable costumbre de antaño de implementar grupos Balint en el hospital, o grupos de reflexión en las residencias que reducían parte del estrés de las situaciones vividas en el hospital. También las experiencias de análisis institucional le permitían al residente visualizar perspectivas de análisis de su propia situación.

La supervisión a cargo de profesionales con experiencia es fundamental para el aprendizaje y la prevención del desgaste, ya que disminuye la ansiedad frente a los primeros pacientes (y los subsiguientes). Es un recurso que tiende a escasear cada vez más pero no por ello su necesidad es menor.

La inserción del residente en una cadena solidaria de colegas dispuestos a colaborar en la contención del joven residente de diversas maneras, ya sea en instituciones u organizaciones o en grupos informales, genera pertenencia profesional y posibilidad de ser escuchado y acompañado.

Pero el elemento clave de prevención de la salud mental es el establecimiento de instancias terapéuticas individuales durante al menos todo el proceso de formación como psiquiatras, reconociendo desde cada subjetividad los puntos ciegos en la percepción del paciente, las identificaciones, las dificultades propias de cada uno de los vínculos con los pacientes, el aprendizaje de alianzas terapéuticas. Es en dicha instancia individual donde el residente estará acompañado para afrontar también los factores personales propios que se enlazan en su quehacer profesional.

Según el Dr. M.F. Myers⁽⁷⁾, estos son los factores que alertan sobre riesgos de suicidio en médicos que deben ser considerados:

- 1.- Historia previa de episodio depresivo. Este puede haber ocurrido en la adolescencia o temprana juventud, en el colegio o la escuela media, y si es reconocido y tratado o no es información significativa.
- 2.- Tentativa de suicidio previa. Las muertes de médicos por suicidio se distinguen de las del público general por la relativa escasez de intentos anteriores. No obstante, algunos han tenido tentativas anteriores y han sobrevivido. La mayoría siente profunda vergüenza y no revelará esta cuestión fácilmente a su médico tratante.
- 3.- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, incluyendo suicidio. Muchos médicos tienen una carga genética para los trastornos del estado de ánimo. El suicidio puede ser familiar pero esto es mucho más complicado que la predisposición genética.
- 4.- Aislamiento profesional. Puede ser duradero en quien tiende a ser un solitario, muy reservado y/o autocontenido. Pero más comúnmente, el aislamiento profesional es el resultado de una mudanza geográfica o una pérdida de algún tipo (salud, familia, estabilidad financiera). Estos individuos carecen de los apoyos y de los factores que protegen contra la auto-destrucción.
- 5.- Litigios e investigaciones de licencias médicas. Ser demandado por mala praxis o tener quejas ante el consejo profesional sobre la competencia profesional, la seguridad o la ética pueden ser uno de los más traumáticos ataques para la salud del médico y el sentido de bienestar. Tales individuos, especialmente si están solos sin apoyo percibido o real, están en riesgo de dañarse a sí mismos.
- 6.- Pobre adherencia al tratamiento. Por la razón que sea – negación, vergüenza, simple ignorancia – algunos médicos no son buenos pacientes. No pueden aceptar la gravedad de su enfermedad/es y la necesidad urgente de ayuda profesional. Sus síntomas empeoran y pierden esperanza. Si tienen asociado un problema de abuso de sustancia no chequeado, están en especial riesgo de matarse.
- 7.- Enfermedad psiquiátrica refractaria a tratamiento. Como los pacientes en general, algunos médicos sufren de trastornos psiquiátricos “malignos” que no responden fácilmente al tratamiento psiquiátrico de vanguardia. Cuando uno es sintomático por largos periodos o logra periodos de remisión muy cortos, o cada vez más cortos, se instala la desmoralización y el riesgo de suicidio aumenta.

Referencias Bibliográficas

1. David Muller, M.D. Kathryn.N Engl J Med 2017; 376:1101-1103 March 23, 2017DOI: 10.1056/NEJMp1615141
2. David Rosen (1973) Suicide rates among psychiatrists jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/347723
3. Pamela Wible : 2016 "Cartas de suicidios de médicos – Respondidas".
4. Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(4), 260-268
5. Moutier, C., Norcross, W., Jong, P., Norman, M., Kirby, B., McGuire, T., & Zisook, S. (2012). The suicide prevention and depression awareness program at the University of California, San Diego School of Medicine. *Academic Medicine*, 87(3), 320-326. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824451ad>
6. Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes (disponible en <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1819>)
7. Myers, M. F. (2011). Physician Suicide and Resilience: Diagnostic, Therapeutic and Moral Imperatives. *World Medical Journal*, 57(3), 90-97. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/20journal/pdf/wmj33.pdf>

Comentario del libro: Un mundo con drogas, de Emilio Ruchansky. Editorial Debate, Buenos Aires, 2015.

Para Ver-Leer-Escuchar

Dr. Ernesto Wahlberg

¿Por qué habría que leerlo? En estos tiempos, que está en pleno debate en el país, el tema del uso medicinal y social o recreativo de la marihuana y, a la vez, cómo abordar desde el estado, las leyes y la salud pública, los consumos problemáticos, que determinó que se eligiera como lema del congreso de APSA.

Es llamativo, como muchos profesionales de la salud, aseveran desde los prejuicios, otras veces desde la ignorancia, cuando no desde los intereses, en los medios o en los consultorios en forma estigmatizante sobre cualquier tipo de consumo, sin aportar mayores datos, ni investigaciones, sobre esta temática tan compleja.

De allí la relevancia de la labor periodística realizada por el autor durante varios años, recorriendo 6 países que implementaron, algunos desde hace más de 40 años, políticas alternativas al prohibicionismo como política penal y el abstencionismo como estrategia terapéutica.

La investigación, con los datos brindados por los distintos agentes intervinientes, tratan sobre el manejo de la marihuana en 4 países: Holanda, España, el estado de Colorado en USA y Uruguay y de la heroína en Suiza y la coca en Bolivia.

Lo primero a destacar es el prólogo del ex juez de la Corte Suprema, Eugenio Zaffaroni, que concluye “Es menester abrir con urgencia la discusión de las drogas en términos claros y con el máximo de información posible,... para salir del simplismo de la polarización prohibicionismo/legalización... este libro es una excelente contribución al debate”.

En la introducción, hay una detallada historia de cómo se fue constituyendo la política internacional prohibicionista, que se termina de plasmar en la Convención Única sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas en 1961. La misma prácticamente no tuvo modificaciones hasta la actualidad, donde se plantean entre otros, los objetivos concretos de abolir los usos medicinales del opio en 15 años, el uso recreativo del cannabis lo antes posible y en 25 años prohibir el coqueo y la infusiones de coca así como eliminar todas las plantaciones.

Según la Convención Resulta tan perjudicial para la humanidad coquear como padecer dependencia a la heroína inyectable, ya que no se habla de hábito, ni de enfermedad solo de toxicomanías.

El autor destaca, en contraposición a las clasificaciones reduccionistas de la ONU, el estudio y la clasificación realizada por solicitud del gobierno francés, del Profesor Bernard Roques, farmacólogo, quien evaluó las drogas según su peligrosidad, considerando muchos factores y numerosas drogas legales e ilegales, duras y blandas, publicando sus conclusiones en “La dangerosite des drogues” que debería ser otra investigación clave a considerar en el debate de salud pública y consumos problemáticos, como síntesis de su estudio presentó una tabla donde el cannabis es la droga de menor riesgo, coincidente con otro estudio, que cita el autor, del psiquiatra inglés David Nutt, actualizado en el 2012, donde ubica tanto en el riesgo para la sociedad en su conjunto y para el individuo en particular al cannabis como el de menor riesgo.

A continuación dedica uno o dos capítulos a cada país, describiendo cada modelo de abordaje desde sus comienzos hasta la actualidad, entrevistando a profesionales, cooperativistas, funcionarios, comerciantes y consumidores según cada realidad.

Suiza, desde los años 80 comenzó con una orientación a la reducción de daño, abriendo las casas de acogida y luego las salas de consumo. En una medición de

resultados en el 2010 se mostró la reducción significativa de las personas con VIH, el uso de la vía intravenosa de administración, las muertes por sobredosis y los índices de criminalidad. Actualmente el último programa en desarrollo es el de heroína por heroína, donde se los provee a los consumidores controladamente y en condiciones de seguridad la heroína sin obligación de tratamiento.

Holanda, luego de lograr la habilitación en 1976 de los locales de “coffe shops”, bares donde se puede comprar hachís o cannabis y consumirlo en el local. El tema actualmente es la llamada “puerta de atrás” que se refiere a la legalización definitiva, ya que actualmente se desarrolla abiertamente, de la producción y comercialización de semillas, aceites para la venta y la exportación, con una producción con exámenes rigurosos que especifican el porcentaje de THC, el tipo de semillas, su origen, etc. Como se hace por ejemplo con el vino o la cerveza.

España, el modelo asociativo fue desde los años 90 la manera de despenalizar el auto cultivo con el lema “consumo compartido y la donación piadosa” entre los asociados a las cooperativas de consumidores. Son semi-legales, en los resquicios de las jurisprudencias y la política de las diferentes comunidades en las que está dividida España. Con un gran desarrollo y sin sanciones ni persecución, en algunas comunas comenzaron a regularlas.

Colorado, es el Estado vanguardia en USA. Comenzó con la despenalización del consumo, luego se aprobó el expendio para uso medicinal, y culminó con la aprobación en el 2012 por una consulta popular, la apertura para la venta de la marihuana para el uso recreativo. De allí se trae actualmente uno de los aceites que el AMAT, en cuenta gotas está autorizando a importar a la Argentina para uso medicinal.

Bolivia, la diplomacia de la coca. Con la llegada al gobierno de Evo Morales en el 2006 se revirtió las indicaciones de la Convención de 1961 que planteaba la abolición del coqueo y la eliminación de todos los cultivos de coca en 25 años, política apoyada económica y militarmente por USA. Desde entonces se está desarrollando el cultivo controlado, así como la comercialización de la coca y su industrialización para diferentes fines. En su primer discurso ante la Asamblea de Naciones Unidas Evo Morales con una hoja de coca en la mano dijo “es esta la hoja verde, no la hoja blanca que es la cocaína” defendiendo su cultivo y su uso.

Uruguay, es la experiencia más reciente y global. Con la sanción en diciembre de 2013 de la ley que regula, bajo control estatal, desde la producción hasta la comercialización del cannabis, siendo el primer país en el mundo en llevar adelante este modelo integral.

Con información se eliminan los prejuicios y con la investigación de los modelos alternativos existentes, se pueden revertir las políticas actuales basadas, únicamente en las prohibiciones y la represión, con el fracaso y las consecuencias ineludibles del aumento del narcotráfico y la criminalidad.

