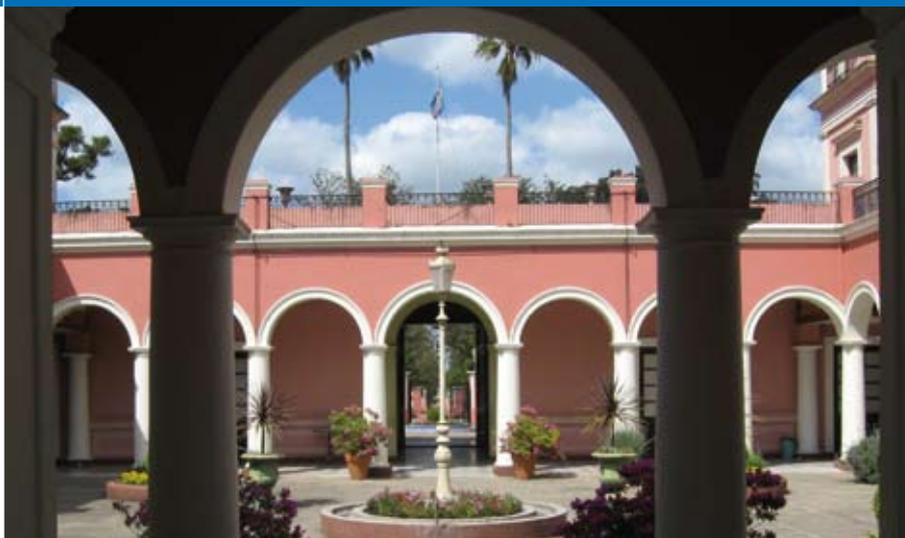




Asociación de Psiquiatras
Argentinos
Residentes en el país
y en el exterior.



Sinopsis

APSA REVISTA

SUMARIO • El miedo y la ansiedad desde la psicología evolucionista | *Fear and anxiety from an evolutionary psychology's perspective* | Dr. Omar Alva, Dra. Natalia Barrios, Dr. Sebastián Antúnez

• Trastorno Dismórfico Corporal: descripción clínica de un desorden siempre severo | *Body Dysmorphic Disorder: clinical description of a disorder always severe* | Dra. Tania Borda, Lic. Paula Sansalone, Dr. Ricardo Pérez Rivera

• Nueva alternativa terapéutica para la depresión resistente: Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) | *New alternative therapy for resistant depression: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)* | Dra. María Victoria Barel

• Urgencias actuales | *Current Emergencies* | Dr. Emilio Vaschetto

• Personajes de la Psiquiatría | *David Healy* | Dr. Pedro Pieczanski

• Trastorno Límite de la personalidad: Bibliografía | Dra. Carolina Vairo, Dr. Martín Ruiz, Dr. Daniel Matusevich

• Correo de Lectores



**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

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Secretario

Dr. Horacio Vommaro

Tesorero

Dr. Alfredo Cía

Vocales Titulares

Dra. Elba Picot

Dr. Alberto Sassatelli

Dr. Eduardo Fernández

Dr. Enrique Stein

Vocales Suplentes

Dra. Graciela Onofrio

Dr. José Moltrasio

Órgano de Fiscalización Titulares

Dr. Juan Carlos Liotta

Dr. Gustavo Gómez

Órgano de Fiscalización Suplentes

Dr. Santiago Levín

Dr. Humberto Velázquez

Comité Editorial (2007-2008)

Dr. Daniel Matusevich (Coordinador)
Dr. Ricardo Pérez Rivera (Coordinador)
Dr. Omar Alva Lilue
Dra. Guillermina Berkunsky
Dra. en Psicología Tania Borda
Dr. Eduardo Burga Montoya
Dr. Octavio Gallego Lluésma
Dr. Jorge Garramuño
Dr. Sergio Halsband
Dr. Carlos Lamela
Dr. Pedro Pieczanski
Dr. Pablo Resnik
Dr. Martín Ruiz

Comité Científico Nacional

Dra. María de las Mercedes Baccaro
Dr. José R. Bozzo
Dr. Julio Angel Brizuela
Dr. Eduardo Burga Montoya
Dr. César Cabral
Dr. Enzo Cascardo
Dr. Roberto Cerino
Dr. Ángel Alberto Del Guercio
Dr. Hugo Dramisino
Dr. Eduardo Espector
Dr. Andrés Ferdman
Dra. Lía Marcela Fernández
Dr. Alejandro Ferreira
Dra. Graciela Girardi
Dr. Sergio Halsband
Dra. Alicia Kabanchik
Dr. Daniel Kersner
Dr. Elías Klubok
Dr. Gabriel Kunst
Dr. Bruno Linne

Dra. Nora Leal Marchena
Dr. Fabricio Moriconi
Dr. Oscar Olego
Dra. Adhema Pereira
Dr. Humberto Persano
Dra. Elba Picot
Dra. Mónica Andrea Pucheu
Dr. Carlos Repetto
Dra. Lía Ricón
Dr. Carlos Rodríguez Peña
Dr. Darío Saferstein
Dr. Gabriel Schraier
Dr. Juan Carlos Scillamá
Dr. José Sliapochnik
Dr. Juan Cristóbal Tenconi
Dra. Elba Tornese
Dr. Emilio Vaschetto
Dr. Juan José Vilapriño
Dra. Elsa Wolberg

Comité Científico Internacional

Julio Arboleda Florez (Canadá)
Manoel Albuquerque (Brasil)
José Arias (Paraguay)
Othon Bastos (Brasil)
Edgard Belfort (Venezuela)
Carlos Berganza (Guatemala)
Eugenio Bayardo Cancela (Uruguay)
Jean Garrabé (Francia)
Marco Antonio Brasil (Brasil)
Enrique Camarena Robles (México)
Oswaldo Caro (Puerto Rico)
Rigoberto Castro (Costa Rica)
Eduardo Correa (Chile)
José Miguel Fortín (San Salvador)
César González Caro (Colombia)

Ricardo González Menéndez (Cuba)
Nady Guebaly (Canadá)
Miguel Jorge (Brasil)
Robert Lespinasse (Venezuela)
Marco López Butrón (México)
Juan Maass (Chile)
Gustavo Matute (Ecuador)
Romeo Lucas Medina (Guatemala)
César Mella (Rep. Dominicana)
Juan Mezzich (EE.UU.)
Luiz Salvador Miranda Sa (Brasil)
Ariel Montalbán (Uruguay)
Rafael Navarro Cuevas (Perú)
Eduardo Ordaz Ducunge (Cuba)
Marcel Penna (Panamá)
Marcelo de la Quintana (Bolivia)
Pedro Ruiz (EE.UU.)
Rubén Rendon Aponte (Venezuela)
Antonio Ruiz Taviel (México)
Clara Sánchez (Nicaragua)
Elard Sánchez Tejada (Perú)
Octavio Sánchez (Honduras)
Carlos Sayavedra (Panamá)
Fior Solís (Rep. Dominicana)
Horacio Taborda (Colombia)
Alejandro Uribe (Rep. Dominicana)
Ángel Valmaggia (Uruguay)
José Vera Gómez (Paraguay)
Mauro Villegas (Venezuela)
Felipe Vintimilla (Ecuador)

INDICE

Psiquiatras Argentinos Braulio Aurelio Moyano	3
Editorial Comité de redacción	5
Editorial Comisión directiva	6
El miedo y la ansiedad desde la psicología evolucionista <i>Fear and anxiety from an evolutionary psychology's perspective</i> Dr. Omar Alva, Dra. Natalia Barrios, Dr. Sebastián Antúñez	7
Trastorno Dismórfico Corporal: descripción clínica de un desorden siempre severo <i>Body Dysmorphic Disorder: clinical description of a disorder always severe</i> Dra. Tania Borda, Lic. Paula Sansalone, Dr. Ricardo Pérez Rivera	11
Nueva alternativa terapéutica para la depresión resistente: Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) <i>New alternative therapy for resistant depression: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)</i> Dra. María Victoria Barel	15
Urgencias actuales <i>Current Emergencies</i> Dr. Emilio Vaschetto	21
Personajes de la Psiquiatría - David Healy Dr. Pedro Pieczanski	27
Trastorno Límite de la personalidad: Bibliografía Dra. Carolina Vairo, Dr. Martín Ruiz, Dr. Daniel Matusевич	29
Correo de Lectores	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: Palacio de San José - Entre Ríos

Diseño y armado de la revista Sinopsis.

Q+D Diseño - (011) 45.24.34.82 - mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com

Caricaturas: Mauricio Giacomino - maurigiacomino@yahoo.com

Psiquiatras Argentinos



Braulio Aurelio Moyano

El Dr. Braulio Aurelio Moyano pertenece a esa clase de médicos, fuente de gran respeto e inspiración, que se podía ver en el Servicio de Hospital de Noche. Dió todo por la investigación, dedicó gran parte de su tiempo a la atención, viviendo en el mismo Hospital, donde terminaría siendo velado, el 7 de Julio de 1959.

Un médico sufrido, sabio y silencioso.

Discípulo de Cristofredo Jacob, y maestro de todos, por su entereza y dedicación, entre ellos, del Dr. Norberto Outes.

Dedicó su vida al estudio e investigación, aferrándose e insistiendo con tenacidad en el apotegma sostenido por Wernicke: Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro (*Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten*)

En otras palabras, la obra de Moyano analiza y desmenuza el cuadro de Wernicke provocado por lesiones vasculares de la zona parieto-temporal.

El descubrimiento de Moyano de que la afasia amnésica marca el comienzo del complejo de Wernicke es de valor en la complicada patología del lenguaje.

Gracias al hecho de que la afasia nominal es inicial en el Pick temporal y que dura mucho tiempo, enseñó Moyano a diagnosticar clínicamente la enfermedad, lo cual se hizo por primera vez en 1932.

En sus últimos años preocupaba al maestro argentino el problema del Pick frontal: ¿Cómo poder diagnosticar en vida un Pick frontal?, ¿Cuáles son sus síntomas? Si bien reconocía que casi siempre la atrofia del Pick era temporo-frontal a predominio temporal, había casos en que la atrofia quedaba limitada a la primera circunvolución frontal.

Actividad de Investigación y Carrera Docente Universitaria

- 1927 — Practicante honorario en el Laboratorio de Neurobiología del Hospital Nacional de Alienadas. Jefe: Prof. Chr. Jakob.
- 1928 — Médico, graduado en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.
- 1934 — Adscripto a la Cátedra de Clínica Psiquiátrica.
- 1944 y 1945 — Encargado del Laboratorio (honorario) del Instituto de Clínica Psiquiátrica. Prof. Dr. Gonzalo Bosch.
— Encargado de dictar el Curso sobre Anatomía Patológica del Sistema Nervioso en el ciclo de Estudios Superiores para la formación de Médicos Psiquiatras.
- 1944 — Docente Libre de Clínica Psiquiátrica.
- 1946 — Profesor Adjunto de Clínica Psiquiátrica.
— Profesor de Anatomía Patológica del Sistema Nervioso en el Curso Superior de Médicos Psiquiatras.
- 1947 y 1948 — Profesor de Anatomía Patológica del Sistema Nervioso, Curso Superior de Médicos Psiquiatras. Encargado del Laboratorio (honorario) del Instituto de Clínica Psiquiátrica.
- 1949 — Profesor Adjunto Asistente en el Instituto de Clínica Psiquiátrica.
— Profesor de Anatomía Patológica del S. Nervioso. Curso Superior de Médicos Psiquiatras y Encargado del Laboratorio del Instituto de Clínica Psiquiátrica.
- 1950 — (Año del Libertador Gral. San Martín). Confirmación por el Honorable Consejo Universitario en el cargo de Profesor Adjunto en la Cátedra de Clínica Psiquiátrica.
- 1951 y 1952 — Profesor de Anatomía Patológica del Sistema Nervioso en el Curso Superior para Médicos Psiquiatras y Encargado del Laboratorio (honorario) del Instituto de Clínica Psiquiátrica.

Premios y algunas distinciones

1. — Primer Premio Nacional de Ciencias Aplicadas a la Medicina. Trienio 1942-1944 a la obra: Anatomía Patológica de las Enfermedades Mentales.
2. — La designación, a propuesta del profesor H. Spatz, Director del *Max Planck Institut für Hirnforschung* (Instituto Max Planck para investigaciones cerebrales), Giessen - Alemania, para discutir, con carácter oficial, su relato sobre las atrofas de Pick, en el Primer Congreso Internacional de Neuropatología, celebrado en Roma en 1952.

Agradecemos al dr Eduardo Burga Montoya la confección del perfil biográfico del Dr. Braulio Moyano.



Comité de Redacción

El comienzo del año 2010 encuentra a la psiquiatría inmersa en un clima polémico. Su expresión más notable se vincula con la confección del sistema DSM V, actualmente en curso. Pero también crecen las objeciones que se hacen a las distintas técnicas psicoterapéuticas vigentes, a los alcances y límites de la psicofarmacología, a partir de los problemas epistemológicos, metodológicos y de la influencia de los factores extra-científicos. La controversia es uno de los más poderosos factores dinamizadores de toda disciplina científica ya que, como sostenía Thomas Kuhn, lleva en algún momento al cambio de paradigmas.

Este 5º número de la nueva época de la revista Sinopsis, el segundo que se distribuye en uno de nuestros Congresos, refleja de algún modo este espíritu crítico. El ejemplo más claro de esto es la primera carta de lectores que publicamos en esta revista, acompañada de la respuesta de la autora. Es un cuestionamiento a algunos conceptos vertidos en un meduloso artículo de la Dra. Ana M. Vaernet sobre el abordaje cognitivo-conductual de la esquizofrenia, editado en Sinopsis en Agosto de 2009. Valga este precedente como estímulo para que nuestros lectores nos continúen acercando sus comentarios, con la garantía de que sus opiniones serán respetadas y tenidas en cuenta.

Los cuatro artículos de fondo tienen en común que se ocupan de distintas patologías, aunque desde puntos de vista completamente diferentes.

El Dr. Omar Alva y cols. nos brindan una perspectiva sobre el miedo y la ansiedad basada en los lineamientos del Dr. David Buss y su Tratado de Psicología Evolucionista.

El trabajo de la Dra. Tania Borda y cols. se centra en el Trastorno Dismórfico Corporal, tema relativamente poco transitado en la bibliografía a pesar de su importancia clínica. Enfatiza los aspectos semiológicos que nos pueden llevar a un diagnóstico precoz.

En cambio, el artículo de la Dra. María Victoria Barel versa sobre la Depresión Mayor Resistente, pero desde la presentación de un recurso terapéutico novedoso, la Estimulación Magnética Transcraneal. Nos ofrece una exhaustiva revisión de lo que se conoce de esta promisoriosa herramienta de tratamiento.

Por último, el artículo del Dr. Vaschetto se ocupa de las urgencias, desde un punto de vista psicoanalítico Lacaniano

Otras secciones contemplan este número, como Psiquiatras Argentinos y Personajes de la Psiquiatría. En la primera el Dr. Burga Montoya realiza una revisión de la vida del Dr. Braulio Moyano. En la segunda los Drs. Matusevich y Pieczanski nos ilustran sobre el Dr. David Healy.

Para finalizar están las infaltables sugerencias Bibliográficas, en este número a cargo del Dr. Daniel Matusevich y cols, donde nos sugieren una serie de libros donde obtendremos amplia información y desde distintos enfoques del Trastorno Límite de la Personalidad.

Esperamos que este número tenga una amplia difusión para nuestro intercambio, ya sea en la versión impresa como en la versión electrónica en la sección publicaciones: www.apsa.org.ar

Comisión Directiva

La necesidad de una Ley Nacional de Salud Mental es una evidencia incontrovertible en el panorama actual de la Salud Pública.

Las cifras epidemiológicas mundiales y regionales, que con toda seguridad podemos suponer -a pesar de nuestra crónica falta de datos- que se repiten en la Argentina, indican que debe encararse una resuelta política de Estado para actuar en ese dominio. Problemáticas como las generadas por las adicciones y el alcoholismo, las patologías de la tercera edad o las infanto-juveniles, los trastornos de ansiedad y las depresiones de amplia prevalencia en nuestra población, así como la inmediata puesta en marcha de campañas de prevención y rehabilitación de los pacientes aquejados de psicosis, trastornos de la personalidad severos y bipolaridad, para mencionar las patologías más frecuentes, constituyen capítulos principales para ser incluidos en un plan de Salud Mental de alcance nacional.

La conducción de dicho Plan debe hacerse desde una estructura sanitaria asentada en el Ministerio de Salud de la Nación, como fue la otrora Dirección Nacional de Salud Mental desaparecida bajo la piqueta de la demolición neoliberal. La Unidad Coordinadora que la reemplazó, a pesar de los ingentes esfuerzos de quienes la impulsaron hasta el momento actual obteniendo milagrosos resultados gracias al compromiso y calidad profesional de colegas como el actual funcionario que ocupa ese puesto, no contó con los recursos necesarios para sustentar acabadamente esa política.

Las experiencias en marcha en diversos puntos del país, la calidad y cantidad de recursos humanos con los que cuenta nuestro país en el área, el entusiasmo que nuevas generaciones de trabajadores de la Salud Mental ponen en sus labor profesional en instituciones hospitalarias y comunitarias, la tradición de trabajo en la especialidad y los aportes que la escuela argentina vienen haciendo desde hace más de un siglo en materia de clínica, psicopatología y modernización en la atención de los enfermos mentales, son elementos fundamentales sobre los cuales cimentar los nuevos proyectos de cambio.

Para llevarlos a cabo es indispensable el marco normativo legal que puede otorgar una ley como la mencionada al principio.

Existe un proyecto en ese sentido que, como es de público conocimiento, luego de haber obtenido media sanción aprobatoria en la Cámara de Diputados a fines de 2009, se encuentra a consideración de la Honorable Cámara de Senadores de la Nación. En aquella oportunidad las autoridades de APSA, representadas por el Presidente y el Secretario de la CD, se hicieron presentes, junto a un arco de otras organizaciones de profesionales de la salud, ante la Comisión de Salud del Senado para exponer nuestras objeciones a dicho proyecto de ley. Consideramos en la oportunidad que el mismo, si bien contenía muchos asertos con los que podíamos coincidir, estaba cargado de propuestas materialmente inaplicables, se apoyaba en muchos de sus pasajes en categorizaciones ideológicas opinables y vehiculizaba entre líneas intereses corporativos que anunciaban que su promulgación iba a traer más conflictos que beneficios cuando se intentara aplicar la norma.

Afortunadamente los Senadores nos escucharon y decidieron tomar un tiempo para consultas y reflexión que se ha prolongado hasta el presente. En el intervalo hemos trabajado intensamente junto a entidades de profesionales de la salud y agremiaciones de trabajadores del sector para hacer nuestras propias propuestas consensuadas, realistas y respetuosas de los derechos de los pacientes, sus familias y de los trabajadores de la Salud Mental. El resultado de dichas propuestas se someterá a los representantes del Pueblo para su estudio y eventual sanción como ley. APSA ha ocupado un lugar central en la polémica asumiendo nuestra responsabilidad como Asociación especializada y nuestro compromiso como profesionales de la Salud Mental y como ciudadanos.

El miedo y la ansiedad desde la psicología evolucionista | *Fear and anxiety from an evolutionary psychology's perspective*

Dr. Omar Alva

Coordinador Asistencial del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Argerich. Director de CETAL (Centro de Excelencia en Trastornos Alimentarios). Presidente de FUNDAIBA (Fundación para la Docencia, Atención e Investigación en Bulimia, Anorexia y enfermedades Asociadas). Profesor Adjunto, Cátedra de Neurociencias, Carrera de Especialización en Psiquiatría, Universidad Católica Argentina (UCA). e-mail: omaralvalilue@gmail.com

Dra. Natalia Barrios

Psiquiatra infanto-juvenil. Miembro del Área de Psiquiatría del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Argerich. Ex residente del Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García. e-mail: natuojos@hotmail.com

Dr. Sebastián Antúnez

Psiquiatra. Miembro del Área de Psiquiatría del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Argerich. Jefe de Residentes del Hospital Rivadavia. e-mail: sebastian_antunez@yahoo.com.ar

Resumen

Los autores, todos pertenecientes al Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Argerich, vincularán el miedo y la ansiedad con los aportes de una nueva disciplina llamada Psicología Evolucionista, articularán dichos aportes con las bases neurobiológicas supuestamente involucradas en la génesis del miedo y la ansiedad, para finalizar detallando la importancia de la Psicología Evolucionista en la Psiquiatría actual.

Palabras Claves

miedo – ansiedad – psicología evolucionista – trastornos de ansiedad – neurobiología.

Abstract

The authors, all of whom are actually working on the Eating Disorder Program of the Argerich Hospital in Buenos Aires, Argentina, will try to explain fear and anxiety from the perspective of a new discipline called Evolutionary Psychologist. They will also include the neurobiology of fear and anxiety and they will finally summarize the role of Evolutionary Psychologist in the actual mainframe of Psychiatry.

Key words

fear – anxiety – evolutionary psychologist – anxiety disorders – neurobiology

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Introducción

El miedo, según el diccionario de la real academia española, proviene del latín “*metus*” y puede definirse según dos formas; como perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario, o como recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea⁽²²⁾. La palabra griega que corresponde al latín “*metus*”, es “*fobos*”, raíz etimológica de la palabra “*fobia*”.

Desde el punto de vista neurocognitivo podría definirse al miedo como una emoción que se desencadena cuando el individuo es sometido a un estímulo que interpreta como peligroso y/o desconocido, teniendo importante similitud esta definición con la dada por la real academia española. Recordemos que la real academia española denomina emoción (del latín “*emotio, -onis*”, vinculado al movimiento) a una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática⁽²²⁾. Desde el punto de las neurociencias⁽¹⁴⁾ la definición de emoción también incluye un componente conductual con el fin de reducirla (acercándose más a su raíz etimológica, que incluye movimiento).

La ansiedad (del latín “*anxietas, -atis*”, aflicción) es definida como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo⁽²²⁾. De esta definición es importante destacar que la ansiedad es un estado (situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar⁽²²⁾) y agregar que presenta tres componentes: componente cognitivo (temores, preocupaciones, anticipación, etc.), Componente emocional (el miedo ya mencionado, incluida su repercusión somática como palpitaciones, temblores, etc.) y componente conductual (huir, pelear, etc.). De esta manera podemos vincular claramente el miedo con la ansiedad, siendo el primero una emoción y la segunda un estado cuya raíz emocional es el miedo.

La ansiedad es un fenómeno normal, necesario para la supervivencia, como veremos más adelante. Será patológica cuando, como está enunciado en el DSM IV TR, la misma afecte el área social, laboral, otra área relevante para el paciente o lo obligue a consultar⁽¹⁾, pudiendo formar parte o no de un trastorno de ansiedad.

Finalmente, para la real academia española y para la psiquiatría actual, ansiedad y angustia (del latín “*angustia*”, angostura, dificultad) son sinónimos, como puede verse claramente en la definición de la palabra “*angustia*”⁽²²⁾.

Bases de la Psicología Evolucionista

La Psicología Evolucionista puede ser considerada, como figura en el título del excelente libro de David Buss, la nueva ciencia de la mente⁽⁶⁾. Lo que esta novel disciplina aporta es el intento de explicar numerosas características de la mente humana a través de la Teoría de la Evolución de las Especies.

La Teoría de la Evolución de las Especies, que aparece bien detallada en el libro publicado en 1859, por Charles Darwin: “*On the Origin of Species by means of Natural Selection*”, se basa en 3 postulados⁽⁴⁾:

1. La capacidad de expansión de una población es infinita, pero la capacidad de los hábitats para soportar a las poblaciones es siempre limitada.

2. Los individuos dentro de las poblaciones varían y esta variación afecta a la capacidad de los individuos para sobrevivir y reproducirse.
3. Las variaciones se transmiten de padres a hijos.

Sorprende cómo Darwin pudo llegar a estos postulados a pesar de no contar con los avances que luego validarían enormemente su Teoría, generando lo que se conoce como la “Síntesis Moderna”. Justamente, a través del conocimiento de los mecanismos de la herencia, se pudo explicar el tercer postulado, ampliándose dicha explicación con el descubrimiento del ADN y de su forma de replicación, transcripción y traducción. Además, a medida que se avanzó en el conocimiento del ADN, también se pudo explicar el segundo postulado, al desentrañar los procesos que pueden generar variación genética en una población (por ejemplo a través de la mutación y de la reproducción sexual).

De esta forma, a través de la Síntesis Moderna, se pudo comprender que, a lo largo de los tres mil setecientos millones de años que lleva la vida en la tierra⁽⁶⁾, aquellos más aptos para sobrevivir y reproducirse, tenían más probabilidades de transmitir sus genes a la descendencia. De allí venimos nosotros, llevando en nuestra biología los miles de millones de años de adaptaciones a diferentes entornos. Dentro de dichas adaptaciones se encuentran las que condicionan (léase condicionan, no determinan) nuestros pensamientos, emociones y conductas y que, en otro tiempo y entorno, facilitaron a nuestros ancestros la supervivencia.

Existen dos tipos de selección natural, que surgen a partir de los dos desafíos principales que existían en dicho ambiente ancestral, a saber sobrevivir y reproducirse. La primera es la llamada selección natural propiamente dicha que, como ya se explicó previamente, es aquella que favorece características que van a aumentar las probabilidades de sobrevivir. Un ejemplo es el llamado “biotipo ahorrador” característico del Homo Sapiens, que consiste en una gran avidez por la comida, con preferencia hacia alimentos con alto contenido calórico (como hidratos de carbono y grasas) y con tendencia a acumular el exceso, que hoy es una causa fundamental de la epidemia de Obesidad, pero que en el entorno ancestral favoreció la supervivencia. Justamente las características favorecidas por la selección natural tardan en desarrollarse y en modificarse, por lo cual los cambios bruscos del entorno (como el aumento rápido de la disponibilidad de alimento luego de la Revolución Industrial) producen situaciones similares a la mencionada previamente. Estas situaciones, en Biología Evolutiva, se encuadran dentro de lo que se llama “desequilibrio”⁽⁴⁾. La segunda es la llamada selección sexual que podría explicarse como aquella que favorece características que van a aumentar las probabilidades de reproducirse, incluso aunque estas características disminuyan las probabilidades de sobrevivir. Un ejemplo de ello es la agresividad de numerosos animales masculinos, incluido el Homo Sapiens. Se postula, en el caso particular del Homo Sapiens, que a lo largo de los millones de años de evolución, las mujeres eligieron aquellos hombres que tenían recursos, sobre todo alimento, para proveer a ellas y a sus hijos (recordemos que en el entorno había poca comida, como fue mencionado previamente), por lo cual los hombres

aprendieron a luchar por los recursos, tanto para obtenerlos (a través de la caza, se observa que en la llamada “explosión creativa” ocurrida hace alrededor de 50000 años hay muchos instrumentos de caza y evidencia de caza de especies peligrosas⁽⁶⁾), como para protegerlos de otros hombres. Aquellos que obtenían más recursos tenían más acceso a las mujeres y mayores posibilidades de transmitir sus genes, aunque la obtención de dichos recursos redujera sus posibilidades de supervivencia. Aún hoy los principales causantes de homicidios siguen siendo los hombres y las principales causas siguen siendo las ancestrales: recursos y mujeres⁽⁷⁾.

Finalmente consideramos fundamental aclarar que la Psicología Evolucionista cuenta actualmente con una gran cantidad de investigaciones científicas, realizadas en numerosos individuos a lo largo del mundo y basadas en sus principales postulados. Basta, como ejemplo, mencionar la investigación acerca de las estrategias de emparejamiento humano, sobre más de 10000 personas y 37 culturas diferentes (entre ellas los Pigmeos de África y los Aché de Paraguay), que realizó el Dr. David Buss y que lo llevó a la publicación de su libro “La evolución del Deseo” en 1994, que ya lleva cuatro ediciones⁽⁷⁾.

Neurobiología de la ansiedad y el miedo

Algunos de los sustratos anatómicos involucrados en la ansiedad y el miedo se encuentran en el sistema límbico y las áreas de asociación de la corteza cerebral vinculadas al mismo⁽¹⁴⁾. La amígdala sería la estructura principalmente involucrada en interpretar un determinado estímulo como potencialmente peligroso y en coordinar la respuesta a través del hipotálamo⁽¹⁴⁾. Las aferencias sensoriales llegan a la amígdala a través del tálamo, siendo esta vía más rápida y asociada con la supervivencia, y a través de las cortezas de asociación sensoriales y la corteza de asociación polimodal⁽¹⁴⁾, siendo esta segunda vía más lenta y con información sensorial más discriminada. El núcleo de entrada es el basolateral de la amígdala, que luego se conecta con el núcleo central que es desde donde parten la mayor parte de las eferencias que van a producir las respuestas autonómicas, endócrinas y conductuales⁽¹⁴⁾. Dichas respuestas involucran, entre otros⁽¹⁴⁾:

- a. Al núcleo lateral del hipotálamo para la respuesta simpática
- b. Al núcleo dorsal del vago y al núcleo ambiguo para la respuesta parasimpática
- c. Al núcleo parabraquial para la modulación respiratoria (principalmente incremento de la respiración)
- d. Al área tegmental ventral y al núcleo acumbens para facilitar las conductas placenteras y dificultar las conductas aversivas (condicionamiento operante⁽¹⁵⁾) principalmente a través de la dopamina
- e. Al locus ceruleus involucrado en la liberación de noradrenalina cuyos múltiples efectos veremos más adelante
- f. Al núcleo paraventricular del hipotálamo que media las respuestas endócrinas a través de la liberación de Corticotrophin Releasing Hormone (CRH), que actúa sobre la hipófisis liberando Adrenocorticotrophin Hormone (ACTH) que, a su vez, estimula la liberación de cortisol por la corteza suprarrenal, fenómeno que ocurre con mayor lentitud y que

estaría involucrado en la finalización de la respuesta ansiosa⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾

- g. A la sustancia gris periacueductal que media respuestas de inhibición o “freezing” a través de sus conexiones a la formación reticular medular
- h. Al núcleo facial motor del trigémino involucrado en las expresiones faciales del miedo

La amígdala también tiene proyecciones al hipocampo, involucrado en la memoria explícita (consciente) del estímulo ansiogénico (dónde y en qué contexto ocurrió dicho estímulo), a la corteza cingulada y a la corteza parahipocámpica, ambas involucradas en el almacenamiento de la memoria emocional implícita (o no consciente) y a la corteza de asociación orbitofrontal⁽¹⁴⁾. Además la corteza cingulada estaría involucrada en el aprendizaje de habilidades motoras complejas, la llamada memoria implícita procedural⁽¹⁵⁾, a través del circuito de ganglios basales⁽¹¹⁾, dentro de dichas habilidades se encontrarían las respuestas motoras complejas de protección ante estímulos ansiogénicos (como empuñar rápidamente un arma) La corteza orbitofrontal tiene amplias conexiones con la corteza prefrontal dorsolateral⁽²³⁾, es en estas regiones donde se encontraría la llamada memoria autobiográfica (como su nombre lo indica sería la memoria de los hechos biográficos considerados relevantes), una forma de memoria explícita⁽¹⁵⁾ y es aquí donde se planifican conductas más elaboradas en función del contexto en el cual se encuentra el individuo, que incluso incluyen la inhibición de la respuesta ansiosa⁽²³⁾.

Neurotransmisores de la ansiedad y el miedo

Debido al espacio disponible para el artículo, mencionaremos sólo a la serotonina y a la noradrenalina, si bien existen muchos más neurotransmisores involucrados en la respuesta ansiosa (ejemplo GABA, CRH, dopamina, etc.). Previamente haremos dos breves salvedades: en primer lugar el GABA y el Glutamato constituyen los principales neurotransmisores del SNC (inhibitorio el primero y excitatorio el segundo), en segundo lugar los otros neurotransmisores son generalmente regulatorios de las vías principales, cuyos neurotransmisores más abundantes son el GABA y el Glutamato^(24, 26).

La serotonina, principalmente producida en las neuronas del los núcleos del Rafe en el tronco del encéfalo^(31, 26), estaría involucrada en la regulación de la ansiedad. Se supone que la serotonina participaría en las respuestas de ansiedad, teniendo especial importancia en el componente cognitivo de la misma. Las vías serotoninérgicas proyectan al hipocampo, la corteza parahipocámpica, la amígdala, el hipotálamo, el núcleo dorsal del vago, la corteza cingulada, el área tegmental ventral, la sustancia nigra y la corteza prefrontal, entre otros⁽²⁴⁾ y cuentan con numerosos subtipos de receptores (siendo los principales el pre y postsináptico 5 HT1B y el autorreceptor somatodendrítico y heterorreceptor postsináptico 5HT2 A, aunque hay alrededor de 20 subtipos). Como dijimos la serotonina se ocuparía principalmente del componente cognitivo de la ansiedad, facilitando el ingreso de estímulos a la amígdala, generando un aumento de los procesos de memoria explícita de lo ocurrido (a través del hipocampo, es en este lugar donde Kandel investigó la memoria⁽¹⁵⁾ y por el cual se ganó el Premio Nobel), induciendo una

amplitud de la respuesta afectiva (a través de la amígdala, del hipotálamo y del núcleo dorsal del vago), produciendo una preparación de las habilidades complejas de protección a través de la corteza cingulada y una inhibición de la ejecución de conductas (a través de su accionar inhibitorio en el área tegmental ventral, punto de partida de la vía mesolimbocortical dopaminérgica vinculada al condicionamiento operante, como fue mencionado previamente, en la vía nigroestriada, también dopaminérgica y facilitadora de la respuesta motora a través de la regulación de las vías directa e indirecta de los Ganglios basales^(31, 11) y, finalmente, en la corteza orbitofrontal, inhibiendo respuestas más elaboradas⁽³¹⁾). También, a través de su conexión con el hipotálamo, favorecen la liberación de CRH (que tiene acción ansiogénica por sí mismo), con la consecuente liberación de ACTH y cortisol, como fue mencionado previamente. De esta manera, ante un estímulo ansiogénico de tipo cognitivo (por ejemplo si uno estuviera caminando solo por una calle desconocida oscura a altas horas de la noche) el organismo se prepara a dar respuesta, pero inhibe dicha respuesta en función de lo que ocurra (de esta forma el aumento de serotonina tendría un efecto antiimpulsivo, también por eso se postula que los bajos niveles de serotonina están asociados a mayor impulsividad).

En cuanto a la noradrenalina, producida en el núcleo coeruleus y subcoeruleus, la misma participa de la respuesta ansiosa^(31, 26), aumentando notoriamente su liberación ante la aparición de un estímulo ansiogénico principalmente somático y/o sensorial (en el caso previamente detallado, sería la aparición de otra persona caminando rápidamente en dirección hacia uno). Las vías noradrenérgicas proyectan a lugares similares a las serotoninérgicas y tienen acciones similares, salvo que tienen muy poca influencia en el área tegmental ventral y en la vía nigroestriada⁽³¹⁾ y que, a nivel de la corteza orbitofrontal, facilitarían la generación de conductas⁽²⁴⁾. De esta forma la noradrenalina induce una respuesta conductual ante el estímulo ansiogénico, en cierta forma completando lo iniciado por la serotonina. Finalmente es importante aclarar que las vías noradrenérgicas y serotoninérgicas se estimulan entre sí (a través de receptores alfa I y receptores serotoninérgicos aún no determinados⁽³¹⁾) y que la estimulación simpática aumenta la liberación de adrenalina a través de la médula adrenal (que podría ser pensado como un ganglio simpático modificado).

Miedo y ansiedad desde un enfoque filogenético

La ansiedad está presente en la mayoría de las condiciones psicopatológicas. Tanto la regulación como el alivio de la misma es un factor clave en la promoción del bienestar humano. Sin embargo es experimentada como una respuesta automática e incontrolable con profundas raíces en nuestro pasado filogenético.

Como fue mencionado previamente, cuando un estímulo es identificado como peligroso y/o desconocido, se ponen en funcionamiento diferentes circuitos del Sistema Nervioso Central (SNC); llamamos a esto tendencia a la acción^(5, 12). Este concepto hace referencias a las disposiciones internas a la realización de ciertas acciones o la obtención de determinados cambios en la relación con el medio ambiente. En otras palabras, es la activación de un plan de comportamiento encaminado a cambiar la

relación organismo-medio ambiente. Son ejemplos “avanzar”, “alejarse” “quedarse inmóvil” e “ir en dirección contraria”. Las diferentes tendencias dependerán de la constitución biológica del organismo. Numerosos autores^(10, 28) han pensado que las emociones humanas básicas, dentro de ellas el miedo, son el reflejo de estas tendencias heredadas de la filogenia.

De esta forma, estas tendencias a la acción pueden ser encontradas en toda la filogenia. Por ejemplo, la evitación de las caídas y del peligro pudo ser observado en protozoos⁽³⁾, lo que incluso sugiere que no es necesario un SNC para la expresión de algunos de estos comportamientos, aunque la aparición del SNC permitió a los organismos la posibilidad de ampliar y flexibilizar el abanico de sus conductas posibles. En casi todos los invertebrados como los moluscos y los artrópodos (insectos y crustáceos), pueden observarse respuestas específicas a las amenazas como la huida o la ausencia de movimiento. Estos comportamientos han sido extraordinariamente conservados a través de la filogenia y se observan también en vertebrados incluyendo reptiles, peces, aves y mamíferos^(3, 21, 25).

La presencia de estos aspectos, aunque en forma rudimentaria en las respuestas de organismos unicelulares, indicaría el alto potencial de supervivencia de las respuestas emocionales en general y del miedo en modo particular.

Sin embargo las investigaciones sugieren que la ansiedad como anticipación conciente al peligro solo aparece a partir de los grandes simios⁽³⁾. Esta facultad está directamente relacionada con el desarrollo de la neocorteza y sus conexiones con el sistema límbico y con el tálamo. Por lo tanto esta capacidad filogenética es compartida ya con los grandes simios^(3, 4).

A modo de conclusión

A partir de lo previamente detallado podemos concluir que la Psicología Evolucionista, una disciplina novel con muchísimo aún por descubrir, permitirá una visión más amplia de la Salud Mental y de la patología psiquiátrica. Esto a su vez contribuirá al diseño de estrategias terapéuticas y preventivas de los principales desórdenes psiquiátricos, un ejemplo de ello puede encontrarse en la terapia cognitiva propuesta por Beck y colaboradores para los Trastornos de Personalidad⁽²⁾.

Como bien lo dicen Ziehr⁽³¹⁾, Kandel⁽¹⁶⁾ y otros, el marco actual de la Psiquiatría implica diferentes niveles (molecular, subcelular, celular, de aparatos y sistemas, orgánico y sociológico) en continua interacción entre sí y con influencia bidireccional entre cualquiera de ellos. Dentro de este amplio marco la Psicología Evolucionista realiza un importantísimo aporte, teniendo en cuenta que se ocupa de investigar y determinar la influencia que tres mil setecientos millones de años de evolución han tenido sobre la conducta humana.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association. Washington, Editorial Masson, 2000
2. Beck AT, Freeman A, Davis DD y otros. Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad, segunda edición, Barcelona, España, Editorial Paidós, 2005
3. Belzung C, Philippot P. Anxiety from a Phylogenetic Perspective: Is there a Qualitative Difference between Human and Animal Anxiety? *Neural Plast.* 2007, Published online 2007
4. Boyd R, Silk JB. Cómo evolucionaron los humanos. Barcelona, Editorial Ariel, 2004
5. Brancha HS. Freeze, flight, fright, faint: Adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum, *CNS Spectrums* 2004; 9(9): 679-685
6. Buss DM. *Evolutionary Psychology, The New Science of the Mind.* Boston, Pearson Education Inc, 2008
7. Buss DM. *The Evolution of Desire.* New York, Basic Books, 2003
8. Cia Alfredo H. *La ansiedad y sus trastornos.* Buenos Aires, Editorial Polemos, 2008
9. Damasio AR. *En busca de Spinoza: Neurobiología de la emoción y los sentimientos.* Barcelona, Editorial Crítica, 2005
10. Darwin C. *The expression of emotion in a Man and Animals.* Chicago, The University Chicago Press, 1972
11. DeLong MR. The Basal Ganglia in Kandel Eric R, Schwartz James H, Jessel Thomas M. *Principles of Neural Science, Fourth Edition, United States of America, McGraw-Hill, 2000;* p. 853-867
12. Frijda NH. *The emotions.* Cambridge, Cambridge University Press, 1986
13. Haslam DW, James WPT. Obesity. *Lancet* 2005; 366: 1197-1209.
14. Iversen S, Kupfermann I, Kandel ER. Emotional States and Feelings in Kandel Eric R, Schwartz James H, Jessel Thomas M. *Principles of Neural Science, Fourth Edition, United States of America, McGraw-Hill, 2000;* p. 982-995.
15. Kandel ER, Kupfermann I, Iversen S. Learning and Memory in Kandel Eric R, Schwartz James H, Jessel Thomas M. *Principles of Neural Science, Fourth Edition, United States of America, McGraw-Hill, 2000;* p. 1227-1245.
16. Kandel ER. A new intellectual framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155(4): 457-469.
17. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on Violence and Health.* WHO (World Health Organization), Geneva, 2002.
18. Lang P, Davis M, Öhman A. Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders* 2000; 61: 137-159
19. López Mato AM. *Psiconeuroinmunoendocrinología: 3: Los últimos serán los primeros.* Buenos Aires, Editorial Science, 2008
20. Mango VL, Frishman WH. *Physiology, Psychology and Metabolic consequences of Bariatric. Surgery Cardiology in Review* 2006;14: 232-237
21. Marks IM, Nesse RM. Fear and Fitness. *An Evolutionary Analysis of Anxiety Disorders. Ethology and Sociobiology* 1994; 15: 247-261
22. Real Academia Española: *Diccionario de la Lengua Española, vigésimo segunda edición.* Madrid, Editorial Espasa Calpe, 2001
23. Rolls ET. The Orbitofrontal Cortex and Reward. *Cerebral Cortex* 2000; 10(3): 284-294
24. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Tenth Edition.* United States of America, Lippincott Williams & Wilkins, 2007
25. Scherer KR. Appraisal theory en Dalglish T, Power MJ, editors. *Handbook of Cognition and Emotion,* Chichester, UK, John Wiley & Sons, 1999; p. 637-663
26. Schwartz JH. Neurotransmitters in Kandel Eric R, Schwartz James H, Jessel Thomas M. *Principles of Neural Science, Fourth Edition, United States of America, McGraw-Hill, 2000;* p. 280-296.
27. Steiner M, Bell B, Browne G, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Dunn E, Chalkin L, Kraemer J, Mills M; Wallik D. Prevalence of Dysthymic Disorder in primary care. *Journal of Affective Disorders* 1999; 54(3): 303-308.
28. Tomkins SS. Affect as amplification: some modification in theory. En: Plutchik R, Kellerman H, editors. *Theories of Emotion.* New York: Academic Press; 1980. p. 141-164
29. Yehuda R. Posttraumatic Stress Disorder. *N Engl J Med* 2002; 346(2):108-114.
30. Yehuda R. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder: A Decade of Progress (Annals of the New York Academy of Sciences).* United States of America, Wiley-Blackwell, 2006
31. Ziehr LM et al. *Psiconeurofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas.* Librería Ursino, Buenos Aires, 2003.

Trastorno Dismórfico Corporal: descripción clínica de un desorden siempre severo | *Body Dysmorphic Disorder: clinical description of a disorder always severe*

Dra. Tania Borda

Doctora de la Universidad de Buenos Aires (UBA).
Investigadora CONICET. Profesora Titular,
Facultad de Psicología y Educación (UCA).
Directora clínica de Bio-Behavioral Institute,
Buenos Aires.
e-mail: taniaborda.ar@gmail.com

Lic. Paula Sansalone

Lic. en Psicología (UCA).
Becaria del Centro de Investigaciones en
Psicología y Psicopedagogía (CIPP), UCA.
e-mail: paula.sansalone@gmail.com

Dr. Ricardo Pérez Rivera

Médico especialista en Psiquiatría
Director Médico del Bio-Behavioral Institute,
Buenos Aires
e-mail: rperezrivera@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un desorden psiquiátrico que se caracteriza por una excesiva preocupación acerca de un defecto físico completamente imaginario, o bien, en el caso de ser un defecto real, éste suele ser demasiado trivial como para ser notado por otra persona. Esta preocupación genera un malestar clínicamente significativo y un importante deterioro en la vida de la persona que lo padece, repercutiendo especialmente en las esferas sociales y laborales dada la gran cantidad de tiempo que se dedica a conductas repetitivas y frecuentes tales como examinarse, esconderse, mejorarse o reasegurarse acerca del supuesto defecto^(9, 35, 37, 44). Es importante destacar que dicha preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, como ser la Anorexia Nerviosa (en donde la insatisfacción con la imagen corporal también es un síntoma fundamental)^(13, 33), o el transexualismo⁽⁵⁵⁾. Las características clínicas mencionadas conforman los criterios diagnósticos para este trastorno según el DSM-IV⁽²⁾.

I.1. Edad de inicio, curso y factores de riesgo

El TDC se inicia generalmente durante los primeros años de la adolescencia^(16, 19, 43), dado que uno de los factores fundamentales para el desarrollo de este trastorno es el cambio sustancial que se produce en el cuerpo durante este momento de la vida y que, por ende, centra sobre sí el foco de la atención del individuo. La Psicología del Desarrollo pone énfasis en los factores cotidianos que influyen y afectan la imagen corporal en este período del desarrollo, como son las transiciones, el desarrollo de la identidad, el cambio de relaciones con los pares, las citas y la sexualidad. Sin embargo, investigaciones particularmente alarmantes han reportado casos de niños que, ya a la edad de cinco años, presentan indicios de preocupación ante su imagen corporal similares a los síntomas de los adultos con TDC, tales como altos niveles de angustia, preocupación, deterioro social y deserción escolar debidos a frecuentes quejas e insatisfacción con su aspecto físico^(1, 14).

En publicaciones anteriores se han descrito la existencia de varios factores de riesgo para TDC^(24, 55), a saber:

- Predisposición genética
- Rasgos de personalidad tales como perfeccionismo, timidez y temperamento ansioso
- Traumas en la infancia causados por constantes burlas y/o amenazas referidas al aspecto físico
- Aislamiento social
- Malas relaciones interpersonales
- Historia crónica de problemas dermatológicos y/o estigmas físicos de la adolescencia (como por ejemplo: el acné), como así también el someterse a cirugías estéticas varias
- Sensibilidad estética y sobrevaloración de la imagen y/o apariencia

Otros autores agregan factores relacionados con hospitalizaciones psiquiátricas, dificultades escolares, pobre soporte social y emocional, historia de abuso tanto físico

Resumen

El presente artículo trata de una revisión actualizada de la literatura disponible y las publicaciones científicas referidas al diagnóstico y la conceptualización clínica del Trastorno Dismórfico Corporal. Se revisan aspectos generales de esta patología (Edad de inicio, curso, factores de riesgo, epidemiología, comorbilidades), como así también su historia y cada una de las dimensiones afectadas en la vida del paciente.

Palabras Clave

trastorno dismórfico corporal – espectro obsesivo compulsivo – imagen corporal.

Abstract

This article is about an updated review of the available literature and scientific publications related to diagnosis and clinical conceptualization of Body Dysmorphic Disorder. We review general aspects of this disease (onset age, course, risk factors, epidemiology, comorbidities), as well as its history and each of the dimensions affected in the patient's life.

Key words

body dysmorphic disorder – obsessive compulsive spectrum – body image

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

como sexual^(15, 38, 42, 43, 47), Trastorno Depresivo Mayor, Trastornos de la Alimentación, abuso de sustancias⁽²⁰⁾, baja auto-estima, y gran agresividad^(7, 48, 49).

1.2. Epidemiología

No existen aún datos confiables sobre la prevalencia del TDC en población argentina⁽⁸⁾, otros autores refieren que el TDC se encuentra generalmente subdiagnosticado, pero su prevalencia estimada para la población mundial es del 1-2%^(24, 39). El comienzo de la enfermedad es en promedio de 14 años, con una relación mujer-hombre de 1:1 o de 2:1, según los autores^(27, 28, 30, 39). Aproximadamente, el 75% de estos pacientes nunca se casan, o se divorcian^(24, 43, 54).

Se estima que el 6-15% de los pacientes que consultan cirujanos plásticos y el 11-20% de los pacientes que consultan dermatólogos presentan este trastorno⁽²⁴⁾.

Por otro lado, se ha reportado que la ideación suicida existe en el 70,5% - 80% de los pacientes con TDC, y entre el 24% y 28% de los casos efectivamente logra llevar a cabo el suicidio, es por esta razón que es tan importante diagnosticar y tratar correcta y adecuadamente este trastorno^(24, 41, 42, 54). Si bien las comparaciones con otras poblaciones deben hacerse con precaución, se calcula que estas tasas son de 6 a 23 veces mayor que las reportadas en la población general de los Estados Unidos, en pacientes ambulatorios con depresión, en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, pánico, o agorafobia^(4, 6, 18, 26, 50).

2. Descripción clínica del trastorno

2.1. Imagen Corporal

Se puede decir que el concepto de Imagen Corporal es un constructo psicológico complejo, dado que implica aspectos neuro-biológicos, preceptuales, afectivos, sociales, cognitivos y conductuales^(9, 12, 22, 37). Esto significa que la imagen corporal se construye en base a:

- La información que provee el Sistema Nervioso, a nivel de los receptores exteroceptivos, propioceptivos e interoceptivos.
- La autopercepción de la imagen o el aspecto físico, lo cual implica la precisión con que un sujeto estima la apariencia de su cuerpo.
- La actitud y/o sentimientos de la persona en relación a esa apariencia corporal.
- El reflejo o repercusión que el cuerpo tiene en el medio social a lo largo de la vida.
- Los pensamientos, cogniciones, creencias y/o preocupaciones referidas al propio cuerpo.
- Las conductas o comportamientos que se llevan a cabo con el objeto de modificar el propio cuerpo o que inciden, directa o indirectamente, sobre él.

De este modo, la Imagen Corporal puede definirse como la forma en que uno se percibe, piensa, siente y actúa en relación a su propio cuerpo⁽⁵⁾, o bien, la manera en que nuestro cuerpo

se nos representa a nosotros mismos⁽⁵²⁾. Su alteración puede manifestarse, por lo tanto, en cualquiera de estas dimensiones (neurobiológica, perceptiva, afectiva, social, cognitiva y/o conductual), encontrándose así desordenes tales como el TDC.

2.2. Dimensiones afectadas en el TDC

2.2.1. Componente COGNITIVO del TDC

2.2.1.1. Grados de *insight*: Ideas obsesivas, sobrevaloradas y/o delirantes

Este desorden único, caracterizado por una percepción negativa de la imagen corporal y un consiguiente proceso de pensamiento patológico, adquiere su expresión en un continuum de *insight*, que comprende desde las formas más leves de incertidumbre obsesiva, siguiendo por las ideas sobrevaloradas, hasta las formas más graves de convicción delirante que constituirían el polo psicótico de este trastorno^(26, 27, 29, 32-35, 37, 40, 44, 55).

Asimismo, en algunos casos la certeza acerca del defecto percibido va cambiando en el tiempo, aumentando la duda y el juicio racional (polo de ideas obsesivas), o bien fluctuando otras veces entre un pensamiento de características delirantes y no delirantes. Esta fluctuación puede ser respuesta a situaciones sociales o traumáticas, haciendo difícil categorizar la preocupación del paciente como obsesiva, sobrevalorada o delirante^(9, 23, 26, 31, 33).

2.2.1.2. Errores Cognitivos

Este proceso de pensamiento patológico queda de manifiesto en los errores cognitivos que los pacientes con TDC suelen poseer. Como ejemplo se puede mencionar el Razonamiento Emocional (“porque me siento feo, es que soy feo”) o la Adivinación del Pensamiento (asumir que los otros piensan en la misma forma sin ninguna evidencia). La distorsión cognitiva de este trastorno está relacionada con una aversión interna hacia la propia apariencia más que con la preocupación de la evaluación externa^(8, 29, 55) (“aunque todos fuesen ciegos yo se que soy horrible”).

2.2.2. Componente CONDUCTUAL del TDC

Todos los pacientes con TDC tienen conductas compulsivas relacionadas con las obsesiones. El objetivo de estas conductas es generalmente esconder, camuflar, chequear, eliminar o recibir reaseguramiento en torno al supuesto defecto que tanto les molesta^(36, 55).

Estas conductas son las que cronifican y refuerzan el TDC a lo largo del tiempo, y pueden ser excesivas en término de horas de auto-inspección y chequeo en espejos o superficies que reflejan (vidrieras, CDs, anteojos, vasos, cubiertos, hebillas de carteras, fotos digitales, etc.); o de evitación de situaciones sociales o de encontrarse con el defecto, manifestando por ejemplo, que solamente pueden salir de sus casas cuando baja el sol para que el defecto no resulte tan notorio⁽⁵⁵⁾.

En la experiencia de varios autores^(8, 9, 36, 55), el 80% de los pacientes con TDC deberían ser clasificados como chequeadores, el 18% como evitadores, y un 10% comentan realizar alternativamente una u otra conducta, dependiendo del estado de ánimo, situación y área del cuerpo en cuestión. Las conductas de chequeo acompañan los altos montos de ansiedad (búsqueda

de certeza y confort); mientras que las conductas de evitación acompañan los altos montos de depresión⁽⁵⁵⁾. Debido a ambas conductas de chequeo o evitación del defecto percibido, los pacientes con TDC evitan las situaciones sociales y públicas. Son muchos los pacientes que evitan relaciones íntimas o de contacto físico, trabajos, salir de compras y hasta quedan confinados a su domicilio^(17, 46, 55).

2.2.3. Componente PERCEPTIVO y NEUROCOGNITIVO del TDC

La distorsión perceptiva observada en los pacientes con TDC es evidente en la ausencia de un real o excesivo defecto corporal^(11, 17, 53). Esta dispercepción corporal y el proceso cognitivo erróneo se apoyan sobre un proceso atencional particular⁽¹⁰⁾. Los pacientes con TDC se caracterizan por una inhabilidad para controlar su atención selectiva, dada por un aumento notable de la distracción debido a cuestiones afectivas. El TDC hace que quienes lo padecen atiendan selectivamente a su ideal de belleza o imaginaria fealdad; este es un factor que colabora a que el desorden se mantenga en el tiempo. Parecería además que los pacientes con TDC tienen una representación más puntual, precisa y detallada de aquellas partes de su cuerpo consideradas defectuosas, dada por la mayor atención selectiva sobre el defecto percibido y su constante chequeo. Esta percepción tan minuciosa es capaz de ejercer una influencia negativa sobre cualquier creencia acerca de la imagen corporal⁽⁵⁵⁾.

2.2.4. Componente AFECTIVO del TDC

En los pacientes con TDC existe un componente afectivo, siempre negativo, que acompaña estas intensas preocupaciones sobre el supuesto defecto físico. Ejemplo de ello serían los sentimientos de asco o de profunda aversión generados por el disgusto hacia su propio cuerpo. Estos afectos o emociones negativas se tornan más insoportables aún cuando los pacientes deben atravesar situaciones que exponen o dejan al descubierto el defecto percibido⁽⁵⁵⁾. Por otro lado, es casi una regla que todos los pacientes con TDC sufran de síntomas depresivos, que pueden ser secundarios a la ansiedad social, donde es la crítica ajena la temida y/o evitada; y/o el aislamiento social y frustración de no ser capaz de convencer a los otros del defecto que ellos perciben en sí mismos y de la veracidad de sus creencias^(9, 36, 34).

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, se ha estudiado que es precisamente el componente afectivo negativo lo que genera la ideación sobrevalorada en torno a la parte del cuerpo en cuestión. De este modo, el juicio queda ensombrecido por los afectos de depresión o ansiedad⁽⁹⁾.

2.2.5. Componente SOCIO-CULTURAL

La psicología social ha demostrado repetidamente que el atractivo es extremadamente importante en cualquier contexto social: los individuos responden más positivamente a personas físicamente atractivas. Por otro lado, los niños y jóvenes se encuentran expuestos a la publicidad en todos los medios masivos de comunicación. Esta es una influencia muy poderosa de nuestra cultura que podría estar moldeando el ideal del cuerpo perfecto en la sociedad⁽³⁾.

Sin embargo, como bien se mencionó previamente, la presión cultural actual y filogenética de por sí no son suficiente explicación para este trastorno. La etiología del TDC se debe también a causas biológicas, psicológicas y sociales⁽³⁶⁾. Investigaciones clínicas han demostrado que el 20% de los pacientes con TDC poseen un parentesco de primer grado con igual trastorno⁽⁴⁷⁾. A su vez, muchos padres demuestran una excesiva preocupación por la apariencia de sus hijos, induciéndolos a realizar rituales de camuflaje o chequeo, y generando así una obsesión en ellos, lo que se denomina "TDC por proximidad"⁽⁵⁵⁾.

3. Conclusión

En base a los contenidos expuestos en la presente revisión, queda de manifiesto la gran importancia de la detección temprana del TDC y su diagnóstico preciso. Más aún cuando se han reportado casos de inicio tan temprano de preocupaciones referidas al cuerpo en niños pequeños, y dada también la gran cantidad de casos que terminan en el trágico final de un suicidio. El trabajo de investigación y las revisiones que aporten al esclarecimiento de desordenes tan graves como es el TDC, permitirá que médicos y psicólogos puedan actuar como verdaderos agentes de salud previniendo o tratando adecuadamente estas patologías.

En el caso concreto del TDC, la severidad del mismo se manifiesta en la profunda afección de todas y cada una de las dimensiones de la vida de la persona. La clasificación realizada en el presente artículo refiriendo los componentes de la patología, es una categorización meramente teórica. Así como los aspectos neurobiológicos, perceptivos, afectivos, sociales, cognitivos y conductuales de la imagen corporal confluyen en una sola y única representación mental del cuerpo, del mismo modo todos estos aspectos se pueden manifestar de modo desviado y patológico en una persona, entrelazándose y dando lugar al desarrollo del TDC.

Dada la vulnerabilidad de una persona que puede deberse a diferentes cuestiones (predisposición biológica o familiar, historia de burlas o trauma, sobrevaloración de la apariencia, etc.), el afecto negativo desarrollado por determinada parte del cuerpo genera la sobrevaloración de una idea que a su vez, se apoya en una percepción distorsionada del supuesto defecto. Como producto de esta compleja red, la persona lleva a cabo conductas y rituales compulsivos de evitación y chequeo que, por su parte, al no poder neutralizar debidamente los pensamientos negativos sobre el defecto, refuerzan nuevamente y cada vez más ese afecto negativo. Se crea así un círculo vicioso que mantiene el trastorno a lo largo del tiempo, resultando en una calidad de vida pobre, con altos montos de estrés y aislamiento social que en el mediano/largo plazo llevan al paciente a desarrollar síntomas depresivos.

Hoy en día existen tratamientos eficaces para este trastorno. La psicoterapia indicada es la Terapia Cognitivo-Conductual, demostrando tener una efectividad del 77%, con una mejoría que perdura al menos durante dos años^(13, 24, 50). El tratamiento farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina ha demostrado ser eficaz por lo menos en el 58% de los casos^(24, 35).

Bibliografía

1. Albertini R, Phillips K. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Psy* 1999; 38: 453-459.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - IV)*. Washington DC: APA; 1994.
3. Andrist L. Media images, body dissatisfaction and disordered eating in adolescent women. *Adolesc Health* 2003; 28: 119-123.
4. Asnis G, Friedman T, Sanderson W, Kaplan M, Van Praag H, Harkavy-Friedman J. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: description and prevalence. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 108-112.
5. Baile Ayensa J. *Imagen Corporal: Perspectiva Psicológica*. México: ACD; 2004.
6. Beck A, Steer R, Sanderson W, Skeie T. Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1195-1199.
7. Bilby E. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54:489-499.
8. Borda T, Neziroglu F, Pérez Rivera R, Yaryura-Tobías J. Status of body dysmorphic disorder in Argentina. *Depress & Anx*. En prensa 2010.
9. Borda T, Pérez Rivera R. Trastorno de la Imagen Corporal. *Anxia* 2003; 9: 27-30.
10. Buhlmann U, McNally R, Wilhelm S, Florin I. Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *J Anx Dis* 2002; 16: 289-298.
11. Buvat J, Buvat-Herbaut M. Dysperception of body images and dysmorphophobia in mental anorexia. *Ann Med Psychol (Paris)* 1978; 136: 563-580.
12. Cash T, Pruzinsky T. *Body Image*. New York: The Guilford Press; 2002.
13. Crerand C, Phillips K, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 549-555.
14. Davidson K, Earnest M, Birch L. Participation in aesthetic sports and girls weight concerns at ages 5 and 7 years. *Int J of Eating Disord* 2002; 31: 312-317.
15. Didie E, Tortolani C, Pope C, Menard W, Fay C, Phillips K. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl* 2006; 30: 1105-1115.
16. Dyl J, Kittler J, Phillips K, Hunt J. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev* 2006; 36: 369-382.
17. Fiori P, Giannetti L. Body dysmorphic disorder: a complex and polymorphic affection. *Neuropsych Dis Treat* 2009; 5:477-481.
18. Goisman R, Warshaw M, Peterson L. Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 72-79.
19. Grant J, Kim S, Crow S. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 517-522.
20. Gunstad J, Phillips K. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 270-276.
21. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiat Ann* 1993; 23: 355-358.
22. Hrabosky J, Cash T, Veale D, Neziroglu F, Soll E, Garner D, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder and clinical controls: a multisite study. *Body Image* 2009; 6: 155-163.
23. Marazziti D, Giannotti D, Catena M, Carlini M, Dell'Osso B, Presta S, et al. Insight in body dysmorphic disorder with and without comorbid obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2006; 11: 494-498.
24. Misticone S. El trastorno dismórfico corporal: un problema real para el dermatólogo que hace cosmética. *Dermatología Venezolana* 2007; 45(1): 4-10.
25. Moscicki E. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 499-517.
26. Nakata A, Diniz J, Torres A, de Mathis M, Fossaluza V, Braganças C, et al. Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr* 2007; 12: 295-303.
27. Neziroglu F. Body dysmorphic disorder: phenomenology and case descriptions. *Behav Psychother* 1993; 21: 27-31.
28. Neziroglu F, Anderson M, Yaryura-Tobías J. An in-depth review of obsessive-compulsive disorder, body dysmorphic disorder, hypochondriasis, and trichotomania: therapeutic issues and current research. *Crisis Interv* 1999; 5: 59-94.
29. Neziroglu F, Henricksen M, Yaryura-Tobías A. Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: established facts and advances, 1995-2005. *Psychiatr Clin N Am* 2006; 29: 585-604.
30. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr* 2002; 7: 464-471.
31. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Jacofsky M. En G. Simos (Ed.), *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practicing Clinician, Volume 2*. New York: Rutledge; 2009. p. 94-111.
32. Neziroglu F, McKay D, Todaro J, Yaryura-Tobías J. Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and axis II diagnoses. *Behavior Therapy* 1996; 27: 67-77.
33. Neziroglu F, Stevens K, McKay D, Yaryura-Tobías J. Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive compulsive and body dysmorphic disorders. *Behav Res Ther* 2001; 39: 745-756.
34. Neziroglu F, Yaryura-Tobías J. A review of cognitive behavioral and pharmacological Treatment of body dysmorphic disorder. *Beh Mod* 1997; 21: 324-340.
35. Patterson W, Bienvenu O, Chodynicky P, Janniger C, Schwartz R. Trastorno Dismórfico Corporal. *Rev Intern Dermatol Dermocosm* 2002; 5, 12-14.
36. Pérez Rivera R, Borda T. Neurobiology of body dysmorphic disorder. *Psychiatric Ann* 2001; 31: 559-563.
37. Pérez Rivera R, Borda T. Obsesiones Corporales. *Anxia* 2003; 8, 23-26.
38. Perugi G, Giannotti D, Frare F. Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *Int J Clin Pract* 1997; 1: 77-82.
39. Phillips K. *The broken mirror: understanding and treating Body Dysmorphic Disorder*. London: Oxford University Press; 1996.
40. Phillips K. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 95-104.
41. Phillips K. Suicidality in body dysmorphic disorder. *Prim Psychiatry* 2007; 14: 58-66.
42. Phillips K, Coles M, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg R. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:717-725.
43. Phillips K, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 570-577.
44. Phillips K, Didie E, Feusner J, Whilhem S. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1111-1118.
45. Phillips K, McElroy S, Keck P. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30: 179-186.
46. Phillips K, Menard W, Fay C, Pagano M. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 254-260.
47. Phillips K, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 317-325.
48. Phillips K, Pinto A, Jain S. Self-esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image: Int J Res* 2004; 1: 385-390.
49. Phillips K, Siniscalchi J, McElroy S. Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q* 2004; 75: 309-320.
50. Radosky E, Haas G, Mann J, Sweeney J. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 156: 1590-1595.
51. Rosen J, Reiter J, Orosan P. Cognitive-Behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 263-9.
52. Schilder P. *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press; 1950.
53. Vallat J, Leger J, Destruhaut J, Garoux R. Dysmorphophobia, syndrome or symptom?. *Ann Med Psychol (Paris)* 1971; 2: 45-65.
54. Veale D. *Body Dysmorphic Disorder*. *Postgrad Med J* 2004; 80: 67-71.
55. Veale D, Boocock A, Gournay K. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 196-201.
56. Yaryura-Tobías J, Neziroglu F, Pérez Rivera R, Borda T. *Obsesiones Corporales*. Buenos Aires: Polemos; 2003.

Nueva alternativa terapéutica para la depresión resistente: Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) | *New alternative therapy for resistant depression: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)*

Dra. María Victoria Barel

Médica Psiquiatra (UBA)
Magíster en Psiconeurofarmacología
(Facultad Favaloro)
e-mail: barelvictoria@yahoo.com.ar

Resumen

La Depresión Resistente cuenta en la actualidad con una nueva alternativa terapéutica, la Estimulación Magnética Transcraneal, la cual es una técnica no invasiva, segura y con escasos efectos adversos que estimula la corteza cerebral y genera cambios fisiológicos ostensibles.

La mayoría de los trabajos realizados han enfatizado su eficacia en pacientes con depresiones resistentes, además de contar con la reciente aprobación de la Food and Drug Administration. Además, su estudio y eventual beneficio se ha extendido a otras entidades clínicas, permitiendo considerarla una alternativa posible y prometedora para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

El objetivo de esta revisión es conocer y actualizar los posibles beneficios publicados hasta la actualidad, y analizar el impacto de esta nueva técnica en la práctica clínica psiquiátrica.

Palabras Clave

estimulación magnética transcraneal (EMT)
depresión resistente- esquizofrenia-trastornos de ansiedad

Abstract

Nowadays, Resistant Depression counts on a new alternative therapeutic the Transcranial Magnetic Stimulation (TMS), which is a technique non invasive, safe and with few secondary effects that stimulates the cerebral cortex and makes important physiologic changes.

Most of the research done has highlighted its antidepressive efficiency in patients suffering resistant depressions. What's more, TMS has been recently approved by the Food and Drug Administration and its analysis and benefits have been extended to other clinical entities, making it possible to consider TMS a possible and promising alternative for the treatment of psychiatric disorders.

The aim of the current revision is to know and update the possible benefits published so far and to analyze the impact of this new method in Psychiatry.

Key words

transcranial magnetic stimulation (TMS)- resistant depression- schizophrenia- anxiety disorders

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Introducción:

La resistencia terapéutica a los tratamientos convencionales de la clínica psiquiátrica es un desafío permanente al que se expone el clínico obligándolo a considerar nuevas opciones terapéuticas disponibles en nuestro medio actualmente.

En el caso de la depresión mayor entre el 20 y el 40% de los pacientes presentan falta de respuesta terapéutica a los tratamientos convencionales (farmacológico, psicoterapéutico, su combinación o el empleo de terapia electroconvulsiva), ya sea la ausencia de eficacia o la pobre tolerancia, favorece su prematura discontinuación frente a la presencia de efectos adversos, tal como lo muestran los resultados obtenidos del reciente estudio STAR*D (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieved Depression*)⁽¹⁵⁾.

Durante más de una década se han llevado a cabo múltiples trabajos con Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) en depresión, siendo la tasa de respuesta antidepressiva entre el 32% respecto del 12% del control, ubicando a este método como una alternativa posible en el tratamiento del trastorno depresivo mayor resistente aprobada por la *Food and Drug Administration* (FDA) en Octubre de 2008^(3, 37).

La Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) es una técnica no invasiva, segura y esencialmente indolora que permite modificar la excitabilidad y función cortical generando ostensibles cambios fisiopatológicos. Durante la aplicación el paciente se encuentra despierto y alerta, con tapones en los oídos para minimizar el impacto del chasquido producido durante la sesión y cómodamente sentado en una silla especial con dos dispositivos, uno que permite sostener la cabeza e impedir que ésta se mueva durante la sesión y el otro sostiene el electroimán. El mismo se compone de un banco de condensadores que almacenan el voltaje necesario y en función de las condiciones de intensidad y amplitud generará un campo magnético sobre la zona a estimular. La morfología del campo magnético depende de las características del electroimán, actualmente presenta forma de "8" donde el máximo de corriente inducida se encuentra en el medio del electrodo, donde convergen las dos "alas", y al ser la zona a estimular más pequeña garantiza mayor precisión optimizando la profundidad de la estimulación^(35, 38).

Previamente a la sesión se deberá obtener la intensidad de la estimulación, determinada por el umbral motor de cada sujeto, es decir, el menor estímulo necesario para producir una respuesta motora (umbral motor 80-120%) registrada electromiográficamente o automatizadamente, en el músculo del dedo pulgar contralateral a la corteza motora primaria estimulada por la EMT (21, 28, 35). El umbral motor se emplea para estandarizar la medida de la excitabilidad corticoespinal y la intensidad de la estimulación. En general es estable en la mayoría de los sujetos, una disminución de su valor indica aumento de la excitabilidad neuronal, mientras que un aumento refleja lo contrario^(6, 26, 35). Se ha observado que a mayores intensidades de estimulación mejores serían las respuestas antidepressivas^(21, 28, 35).

Otro aspecto importante consisten en determinar la posición del electroimán, para hallar el área de la corteza motora se coloca el centro magnético del electroimán a 5 cm. lateralmente sobre la línea interauricular y en un ángulo de 45° por fuera de la línea sagital. Para obtener el menor umbral motor se deberá tensar el músculo del pulgar para una óptima localización. Los estudios sobre depresión requieren definir la corteza prefrontal (CPF), para lo cual el operador mide 5 cm rostralmente y en paralelo a la línea media sobre la marca obtenida del umbral motor^(26, 35, 38). El sitio a estimular se determina por la referencia obtenida a cierta distancia de una zona funcionalmente determinada como es el caso del área motora con la estimulación periférica del pulgar o a partir de la elección de una marca anatómica (ej., distancia del canto lateral del ojo) o a través del empleo de la electroencefalografía. Si bien estas técnicas son útiles para estandarizar la zona de estimulación, los sujetos presentan diferencias morfológicas cerebrales para lo cual se emplea la resonancia magnética (RM) a partir de la cual se localiza la región a estimular con mayor precisión. Y más aún, se puede solicitar al paciente que realice una tarea dentro del scanner para determinar funcionalmente la región a estimular mediante la RM funcional o combinar la Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva (EMTr) con PET o SPECT. Se estima que con bajas frecuencias se atenúa el flujo cerebral y el metabolismo, mientras que con altas frecuencias se produce el efecto contrario, no sólo en el sitio de aplicación sino distalmente al mismo^(7, 26, 30).

La EMT se divide en dos tipos de aplicación: EMT simple, que hace referencia a la aplicación de estímulos únicos y EMT repetitiva (EMTr) donde los estímulos de aplicación son regularmente repetidos, de elevada intensidad, con pequeños intervalos en una misma zona de la corteza cerebral. Los efectos terapéuticos de la EMTr también dependen del número de pulsos por día (1200-1600) de los cuales dependen el número y duración de los trenes de estimulación, de la intensidad del estímulo y del intervalo entre trenes de estimulación⁽³⁵⁾. La mayoría de los trabajos publicados se basan en la estimulación repetitiva de trenes secuenciales a determinada frecuencia (1-20 Hz.) y separados de los siguientes por algunos segundos^(21, 35).

Actualmente se cuenta con suficiente evidencia que acredita que la EMT a altas y bajas frecuencias aplicadas sobre la corteza prefrontal derecha e izquierda, genera eficazmente efectos antidepresivos y también se ha estudiado la eficacia sobre otras patologías como la manía, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo y estrés postraumático⁽¹¹⁾.

Efectos de la EMT sobre Depresión

La mayoría de los trabajos publicados de EMT en depresión involucran a la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL) como el área principalmente comprometida e interconectada con

estructuras límbicas. Se ha observado una hipofunción en el lóbulo frontal izquierdo en pacientes depresivos por lo que sería terapéuticamente favorable provocar una actividad excitatoria en la región izquierda e inhibitoria sobre la derecha respectivamente⁽⁸⁾.

Diversos autores sugieren que existe mayor beneficio en pacientes cuyas características incluyan la adultez joven, la duración del episodio y la ausencia de atrofia cortical, resistencia terapéutica, psicosis, ansiedad y síntomas somáticos^(8, 16, 18, 20, 35). Con respecto a la duración y frecuencia del tratamiento la mayoría de los autores coinciden que debe realizarse diariamente durante varias semanas, el empleo concomitante con antidepresivos es controvertido pero de ser instaurados deberían permanecer durante el período de mantenimiento^(8, 21, 35).

Los estudios realizados contra placebo representan el “gold standard” para establecer la eficacia de una intervención. La mayoría de estudios controlados con EMT emplean el falso o “sham” EMT como placebo, el cual se logra aplicando el electroimán con un grado de angulación de 45 o 90 grados. De esta manera se estimulan los músculos craneanos simulando la actividad y el sonido del chasquido que se logra con la EMT “activa o real”; algunos autores indican que no se estimula el cerebro mientras que otros manifiestan lo contrario^(19, 34, 35). Tanto los estudios abiertos como los controlados contra placebo indican que la EMTr a alta frecuencia (10-20 Hz.) sobre la CPFDL izquierda y la estimulación a baja frecuencia (1 Hz.) sobre la CPFDL derecha, generan efectos antidepresivos los cuales se potenciarían con la duración del período de estimulación, el número de pulsos y la duración del tratamiento. Si bien hay muy pocos trabajos comparativos de eficacia con alta y baja frecuencia aún no está claro el motivo de la diferenciación entre la región, intensidad y la frecuencia de la EMTr^(5, 18, 24, 28, 30, 35). Fitzgerald y cols. compararon la eficacia antidepresiva de EMTr a alta frecuencia sobre la corteza izquierda y a baja frecuencia sobre la derecha, a doble ciego contra placebo en 60 pacientes durante 4 semanas (20 sesiones). Los resultados mostraron la eficacia antidepresiva con ambos tipos de frecuencia, pero la estimulación de baja frecuencia sería de primera elección ya que es mejor tolerada, presenta menos efectos adversos y sería de preferencia en poblaciones con riesgo convulsivo, optando en casos depresivos resistentes por la estimulación de alta frecuencia sobre la CPFDL izquierda^(4, 5). Recientemente este mismo autor, realizó un estudio comparativo de alta y baja frecuencia, izquierda y derecha respectivamente, contra placebo sin control durante 4 semanas y los resultados mostraron nuevamente eficacia con ambos tipos de frecuencias⁽⁴⁾.

Existen recientes evidencias sobre la eficacia antidepresiva, tolerancia y escasos efectos adversos en un grupo pequeño de pacientes depresivos bipolares resistentes a la medicación⁽²⁾.

Un reciente metanálisis realizado con 24 estudios controlados contra placebo en 1092 pacientes con depresión refractaria (definida por la falta de respuesta a dos tratamientos previos) con parámetros homogéneos de EMTr, en el cual se empleó estimulación a alta frecuencia (10-20 Hz.) sobre la CPFDL izquierda con una intensidad de 90-120% de umbral motor durante 4 semanas. El mismo no incluyó estudios de seguimiento y mantenimiento a largo plazo, pero sí aquellos que empleaban simultáneamente antidepresivos. Los resultados mostraron efecto antidepresivo y buena tolerancia de la EMTr, pero debido a que las tasas de respuesta y remisión fueron bajas (24% y 17%) no se consideró oportuno incluir a este método como primera línea de elección en depresión refractaria ya que a mayor resistencia a los fármacos menor eficacia de la EMTr⁽¹⁸⁾. Hallazgos similares se obtuvieron en 164 pacientes que no obtuvieron respuesta con un tratamiento antidepresivo adecuado en el episodio actual fueron asignados a una rama “activa” de EMTr mostrando una reducción estadísticamente significativa de la escala MADRS (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*) respecto de la rama placebo, contrariamente a lo sucedido en 137 pacientes que recibieron de 2 a 4 tratamientos antidepresivos previos en los que no se observó diferencias entre la rama placebo y la activa concluyendo entonces que cuanto menor sea la resistencia antidepresiva o el número de antidepresivos empleados mayor será la eficacia de la EMTr⁽²⁰⁾.

Con respecto a la combinación simultánea de EMT con los psicofármacos se considera eficaz en depresión resistente pero en ausencia de este subtipo, la presencia combinada o ausencia de antidepresivos no modifica la eficacia terapéutica, mientras que algunos autores sugieren realizar inicialmente lavado o “wash out” del fármaco y posteriormente reintroducirlo en la fase de mantenimiento^(18, 19, 24, 35, 39). Rossini y cols. evaluaron el empleo de Escitalopram, Venlafaxina y Sertralina y EMTr sobre la CPFDL izquierda durante 2 semanas y continuando posteriormente durante 3 semanas sólo con tratamiento antidepresivo. Observándose la aceleración de la respuesta antidepresiva⁽³²⁾.

Un estudio similar mostró un importante del efecto antidepresivo con la aplicación conjunta de Amitriptilina (110 mg/d) a la aplicación de EMTr (con una frecuencia de 5 Hz y una intensidad de 120% de umbral motor) durante 4 semanas⁽³³⁾.

Koerselman y cols. al evaluar la eficacia a largo plazo (3 meses) no hallaron diferencias antidepresivas significativas entre el grupo falso y el grupo activo que recibió las 10 sesiones de EMTr. La respuesta favorable en el grupo activo al cabo de las subsiguientes 12 semanas fue atribuida a la potenciación a largo plazo y sus consecuencias en la expresión génica de las neuronas de la CPFDL izquierda⁽¹⁷⁾.

La terapia electroconvulsiva (TEC) es considerada una alternativa posible avalada por Consenso Internacional para Depresión resistente⁽²⁷⁾. Por lo tanto, diversos autores se han interesado en analizar y comparar la EMTr y la terapia electroconvulsiva (TEC), concluyendo que ambos procedimientos generan similares cambios neuropsicológicos y bioquímicos y comparten eficacia en depresiones no psicóticas y resistentes como así también en la prevención de recaídas. La EMTr sería una alternativa segura, bien tolerada, que mejora la performance cognitiva, la memoria y presenta mejor perfil de efectos adversos respecto del TEC pero este último presenta mayor eficacia en depresión psicótica o psicosis, a pesar de requerir anestesia, presentar efectos deletéreos cognitivos y de no contar con grupos “ciego” ya que es éticamente imposible. También se ha estudiado la EMTr como coadyuvante del TEC, sin hallar diferencias significativas respecto al TEC solo, pero sí la combinación permite disminuir la frecuencia o el número total de los tratamientos con TEC. ^(8, 24, 31, 35).

No hay reportes por el momento con respecto al mantenimiento con EMTr luego de la aplicación de la terapia electroconvulsiva^(8, 24, 31, 35).

Por último, diversos autores sugieren que existe mayor beneficio antidepresivo con EMTr en pacientes cuyas características incluyan la adultez joven, la duración del episodio y la ausencia de atrofia cortical, resistencia terapéutica, psicosis, ansiedad y síntomas somáticos^(8, 16, 18, 20, 35). Con respecto a la duración y frecuencia del tratamiento la mayoría de los autores coinciden que debe realizarse diariamente durante varias semanas, el empleo concomitante con antidepresivos es controvertido pero de ser instaurados deberían permanecer durante el período de mantenimiento^(8, 21, 35).

En suma, si bien es clara la eficacia antidepresiva en los estudios analizados, los resultados también dependen de las características clínicas de la depresión, los diseños de los estudios, los parámetros de estimulación y la duración de los tratamientos. Además, por su reciente inclusión en la clínica psiquiátrica, no existen en la actualidad reportes vinculados con los efectos a largo plazo. Por lo tanto, deberá contarse con mayor evidencia para que la EMT pueda ser incluida en los esquemas terapéuticos consensuados internacionalmente.

Otras Aplicaciones de EMT en Psiquiatría

Trastorno Bipolar: Manía

Si bien los estudios son escasos, la mayoría indica que la estimulación a altas frecuencias sobre la CPFDL derecha provocaría el efecto antimaniaco y sobre la región izquierda sería ineficaz o produciría hipomanía. No obstante, se requiere mayor cantidad de estudios controlados para confirmar esta

teoría, ya que los estudios comparativos con falso EMT no arrojaron diferencias significativas^(10, 19, 30).

Esquizofrenia

A fines de la década del '90 comenzaron a realizarse los primeros estudios de EMT a pacientes esquizofrénicos. La intensidad, duración y tiempo de aplicación son factores fundamentales al momento de la valoración de la respuesta. El primer estudio randomizado y controlado contra placebo, con una frecuencia de 1 Hz. de EMTr sobre la CPFDL derecha no mostró eficacia sobre síntomas positivos y negativos comparado con placebo. No obstante, la mayoría de los trabajos realizados posteriormente en pacientes con alucinaciones auditivas refractarias a tratamientos previos que recibieron EMTr a baja frecuencia sobre el área temporo-parietal izquierda mostraron resultados satisfactorios^(11, 13, 36). Si bien los resultados sobre las alucinaciones auditivas en los estudios comparativos con EMTr contra placebo han sido satisfactorios, existen algunos reportes que indican la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos^(14, 25).

La mayoría de los estudios publicados hasta la fecha presentan diseños similares, utilizan placebo EMTr, continuaron con la medicación antipsicótica, el número de pacientes estudiados fue pequeño, 1 Hz. de frecuencia, 80-90% de umbral motor, 4 a 10 días de aplicación y el número mínimo de sesiones fue de 24^(11, 13, 34, 36). Con respecto a la eficacia sobre los síntomas negativos, los datos obtenidos hasta la actualidad, basados en estudios controlados randomizados muestran evidencias de mejoría de la sintomatología negativa empleando frecuencias de 10-20 Hz, 15 sesiones durante al menos 3 semanas sobre la CPF izquierda. Además, se postula que existe una disminución de liberación de dopamina en la CPF detectada mediante PET promotora de los síntomas negativos, lo cual sería revertido con el empleo de EMTr a altas frecuencias^(11, 14, 19, 34). Cabe destacar que el mantenimiento con EMTr en esquizofrenia tampoco ha sido aún explorado⁽³⁶⁾.

Trastornos de Ansiedad

Escasos estudios han explorado la utilidad terapéutica de la EMTr en el Trastorno Obsesivo- Compulsivo (TOC) y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y en los cuales los resultados han sido poco concluyentes^(9, 19, 35).

En cuanto al Trastorno por Pánico y Ansiedad Generalizada los resultados si bien limitados, fueron satisfactorios independientemente de la presencia de la depresión mayor unipolar y persistieron durante los 6 meses posteriores a la aplicación^(1, 23).

Efectos adversos de la EMT

La EMT es considerada un método seguro se han registrado efectos adversos leves y moderados, pero deben mencionarse las posibles efectos adversos.

- **Convulsiones:** aunque con baja incidencia, este es el más importante y serio efecto adverso que ha sido reportado hasta la actualidad^(6, 22, 35).

La incidencia exacta de convulsiones inducida por EMTr en el total sujetos depresivos tratados es baja y comparable a los casos producidos por el uso de antidepresivos. Se recomienda que ante la posible presencia de crisis convulsivas, los sitios de aplicación de EMT cuenten con el equipamiento necesario para el manejo adecuado de las mismas^(6, 15, 22, 35).

Para disminuir el riesgo convulsiones debe aplicarse la EMTr en series con pequeños pulsos, con intervalos libres de 20 segundos y frecuencias hasta 25 Hz.^(15, 35)

- **Auditivas:** la audición sería afectada por el sonido producido por el electroimán durante la estimulación y no directamente por el campo magnético producido. Las modificaciones en el umbral auditivo son provocadas por las altas frecuencias, el tipo de aparato y el electroimán empleados generarían daños auditivos transitorios y no permanentes, los cuales se previenen con el uso de tapones para los oídos para el paciente como para el operador^(6, 19, 22).

- **Cefalea y Dolor local:** son los efectos adversos más frecuentes asociados a la EMT. La cefalea reportada por diversos autores es leve y transitoria producto de la estimulación directa de los músculos superficiales de la cara al tensarse o posiblemente por cambios en el flujo cerebral secundario a la estimulación⁽²²⁾. La estimulación a alta intensidad y frecuencia genera mayor dolor, el cual va cediendo con el transcurso de las sesiones. Tanto las cefaleas como los dolores provocados sobre el sitio de aplicación ceden con analgesia o anestésicos tópicos^(6, 12, 15, 22).

- **Funciones Neuropsicológicas:** numerosos estudios han evaluado el funcionamiento neuropsicológico en pacientes depresivos antes y después de la aplicación de la EMTr sobre la CPFDL izquierda y derecha. La mayoría de los resultados reportaron ausencia de efectos adversos en esta área^(6, 12, 19, 22, 35).

Complicaciones Psiquiátricas: existen escasos reportes de manía e hipomanía de novo en pacientes depresivos y bipolares luego de recibir EMTr a alta frecuencia^(19, 22, 29, 35). También se ha observado la presencia de psicosis en pacientes depresivos no psicóticos. En todos los casos, la incidencia es baja, los síntomas son transitorios y reversibles luego de la suspensión de la estimulación o con tratamiento farmacológico^(22, 35).

Precauciones: la aplicación de EMTr durante el embarazo no es aconsejable ya que se desconocen los efectos de los campos magnéticos generados sobre el feto^(6, 22).

Conclusiones

La depresión resistente representa un desafío en la clínica psiquiátrica, si bien se cuenta con diversos recursos terapéuticos, recientemente la FDA ha aprobado el uso de la EMT para dicha patología. Es un método bien tolerado, no invasivo que no requiere anestesia, realizado de manera am-

bulatoria y con escasos efectos adversos, el cual mediante la generación de un campo magnético y a través de pulsos magnéticos sobre el cuero cabelludo provoca la estimulación cortical subyacente responsable de los cambios fisiopatológicos.

También se ha estudiado la eficacia de la aplicación de EMT en diferentes trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la esquizofrenia y cuyos resultados son alentadores.

Por lo tanto, se la considera una alternativa posible y conveniente para la depresión resistente y con favorables perspectivas futuras para otras patologías psiquiátricas.

Bibliografía

1. Bystritsky A, Kaplan J.T, Feusner J.D. A Preliminary Study of fMRI-Guided rTMS in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2008; 69:1092-1098.
2. Dell'Osso B, Mundo E, D'Urso N. Augmentative repetitive navigated transcranial magnetic stimulation (rTMS) in drug-resistant bipolar depression. *Bipolar Disord*. 2009; 11(1):76-81.
3. Ebmeiner K.P, Hermann L.L. TMS-the beginning of the end or the end of the beginning? *Psychol Med*. 2008; 38(3):319-21.
4. Fitzgerald P. B, Brown T. L, Marston N. A. U. Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Depression. A Double-blind Placebo-Controlled Trial. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2003; 60: 1002-1008.
5. Fitzgerald P. B, Hoy K, Daskalakis Z.J. A Randomized Trial of the Antidepressant Effects of Low- and High- Frequency Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment – Resistant Depression. *Depress Anxiety*. 2009; 26: 229-234.
6. George M.S, Bohning D.E, Lorberbaum J.P. Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. En: George M.S, Belmaker R.H, editors. Overview of Transcranial Magnetic Stimulation: History Mechanisms Physics and Safety. 1st. ed. American Psychiatric Publishing 2007 p.: 1-38.
7. George M.S, Bohning D.E, Li X. Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. En: George M.S, Belmaker R.H, editors. Transcranial Magnetic Stimulation and Brain Imaging. 1st. ed. American Psychiatric Publishing; 2007, p.:201-224.
8. Gershon, A. A., Dannon, P. N., Grunhaus, L. Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Depression. *Am. J. Psychiatry*. 2003, 160: 835-845.
9. Greenberg, B.D. Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. En: George, M.S., Belmaker, R.H., editors. Transcranial Magnetic Stimulation in Anxiety Disorders. 1st. ed. American Psychiatric Publishing; 2007, p.: 165-178.
10. Grisaru, N., Chudakov, B., Kaptan, A. Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. En: George, M.S., Belmaker, R.H., editors. Transcranial Magnetic Stimulation in Mania. 1st. ed. American Psychiatric Publishing; 2007, p.: 153-164.
11. Haraldsson, M.H., Ferrarelli, F., Kalin, N.H. Transcranial Magnetic Stimulation in the investigation and treatment of schizophrenia: a review. *Schizophr Res*. 2004, 71(1):1-16.
12. Hausmann, A., Pascual-Leone, A., Kemmler, G. No Deterioration of Cognitive Performance in an Aggressive Unilateral and Bilateral Antidepressant rTMS Add-On Trial. *J. Clin. Psychiatry*. 2004, 65: 772-782.
13. Hoffman, R.E., Gueorguieva, R., Hawkins, K.A. Temporoparietal Transcranial Magnetic Stimulation for Auditory Hallucinations: Safety, Efficacy and Moderators in a Fifty Patient Sample. *Biol. Psychiatry*. 2005, 58: 97-104.
14. Hoffman, R. Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. En: George, M.S., Belmaker, R.H., editors. Transcranial Magnetic Stimulation Studies of Schizophrenia. 1st. ed. American Psychiatric Publishing; 2007, p.: 179-200.
15. Janicak, P.G., O'Reardon, J.P., Shirlene, M.S. Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Comprehensive Summary of Safety Experience From Acute Exposure, Extended Exposure, and During Reintroduction Treatment. *J. Clin. Psychiatry*. 2008, 69: 222-232.
16. Jorge, R.E., Moser, D.J., Acion, L. Treatment of Vascular Depression Using Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008, 65 (3): 268-276.
17. Koerselman, F., Laman, M., van Duijn, H. A 3- Month, Follow- Up, Randomized, Placebo- Controlled Study of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Depression. *J. Clin. Psychiatry*. 2004, 65: 1323-1328.
18. Lam, R.W., Chan, P., Wilkins-Ho, M. Transcranial Magnetic Stimulation for Treatment- Resistant Depression: A Systematic Review and Metaanalysis. *Can. J. Psychiatry*. 2008, 53 (9):621-31
19. Lisanby, S.H., Leann, H.K., Crupain, M.J. Applications of TMS to Therapy in Psychiatry. *J Clin Neurophysiol*. 2002, 19 (4): 344-360.
20. Lisanby, S.H., Husain, M.M., Rosenquist, P.B. Daily Left Prefrontal Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in the Acute Treatment of Major Depression: Clinical Predictors of Outcome in a Multisite, Randomized Controlled Clinical Trial. *Neuropsychopharmacology*. 2009, 34: 522-34.
21. Loo, C., Mitchell, P.B. A review of the efficacy of transcranial magnetic stimulation (TMS) treatment for depression, and current and future strategies to optimize efficacy. *J. Affect. Disord*. 2005, 88 (3):255-67.
22. Loo, C., Mc Farquhar, Mitchell, P.B. A review of the safety of repetitive transcranial magnetic stimulation as a clinical treatment for depression. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008;11(1):131-47.
23. Mantovani, A., Lisanby, S.H., Pieraccini, F. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in the treatment of Panic Disorder (PD) with comorbid major depression. *J. Affect. Disord*. 2007, 102:277-280.

-
24. Mantovani, A., Lisanby, S. H. Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. En: George, M.S., Belmaker, R.H., editors. Transcranial Magnetic Stimulation in Major Depression. 1st. ed. American Psychiatric Publishing; 2007, p.: 113-152.
 25. McIntosh, A.M., Semple, D., Tasker, K. Transcranial magnetic stimulation for auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2004, 30; 127(1-2):9-17.
 26. Nahas, Z., Kozel, A., Molnar, C. Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. En: George, M.S., Belmaker, R.H., editors. Methods of Administering Transcranial Magnetic Stimulation. 1st. ed. American Psychiatric Publishing; 2007, p.: 39-58.
 27. Nutt, D.J., Davidson, J.R.T., Gelenberg, A.J. International consensus on major depressive disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2010, 71(suppl E1): e08.
 28. Padberg, F., Zwanzger, P., Keck, M. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in Major Depression: Relation between Efficacy and Stimulation Intensity. *Neuropsychopharmacology.* 2002, 27(4):638-45.
 29. Papadimitriou, G., Dikeos, D.G., Soldatos, C.R. Non-pharmacological treatments in the management of rapid-cycling bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2007;98 (1-2):1-10.
 30. Post R. M. Speer A.M. Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. En: George M.S. Belmaker R.H. editors. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation and Relating Somatic Therapies. 1st. ed. American Psychiatric Publishing; 2007, p.:225-255.
 31. Rosa, M., A., Gattaz, W., F., Pascual-Leone, A. Comparison of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy in unipolar non-psychotic refractory depression: a randomized, single-blind study. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2006, 9(6): 667-676.
 32. Rossini, D., Magri, L., Lucca, A. Does r TMS Hasten the Response to Escitalopram, Sertraline, or Venlafaxine in Patients With Major Depressive Disorder? A Double- Blind, Randomized, Sham- Controlled Trial. *J. Clin. Psychiatry.* 2005, 66: 1569-1575.
 33. Rumi, O.D., Gattaz, W.F., Rigonatti, S.P. Transcranial Magnetic Stimulation Accelerates the Antidepressant Effect of Amitriptyline in Severe Depression: A Double-Blind Placebo- Controlled Study. *Biol Psychiatry.* 2005, 57: 162-166.
 34. Sachdev, P., Loo, C., Mitchell, P. Transcranial magnetic stimulation for the deficit syndrome of schizophrenia: A pilot investigation. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005, 59:354-7.
 35. Simons, W., Dierick, M. Transcranial Magnetic Stimulation. *World J Biol Psychiatry.* 2005, 6 (1): 6-25.
 36. Stanford, A.D., Sharif, Z., Corcoran, S. r TMS strategies for the study and treatment of schizophrenia: a review. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2008;11(4):563-76.
 37. Tillman Donna-Bea. Director Office of Device Evaluation Center for Devices and Radiological Health. Food and Drug Administration. Disponible en: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs>.
 38. Tornos, J. M., Pascual-Leone, A. Estimulación Magnética Transcaneal. *Rev Neurol.* 1999, 29: 165-71.
 39. Tung-Ping Su., Chih-Chia Huang., I-Hua Wei. Add-On r TMS for Medication-Resistant Depression: A Randomized, Double- Blind, Sham- Controlled Trial in Chinese Patients. *J Clin Psychiatry.* 2005, 66: 930-937.

Dr. Emilio Vaschetto

Médico psiquiatra, presidente del Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría de APSA. Psicoanalista en Buenos Aires, AP de la Escuela de Orientación Lacaniana y miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Miembro del Centro Descartes y docente del Instituto Oscar Masotta. Integrante del dispositivo PAUSA (Psicoanálisis Aplicado a las Urgencias Subjetivas de la Actualidad). Investigador asociado al Instituto de Historia de la Medicina de la Cátedra de Humanidades Médicas (Fac. de Medicina – UBA). JTP del Departamento de Salud Mental de la Fac. de Medicina – UBA y JTP de la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia (Fac. de Psicología – UBA).
e-mail: satturno@yahoo.com.

Resumen

El presente escrito corresponde a una síntesis de la conferencia dictada en el Sanatorio Privado Aconcagua en la Ciudad de Córdoba en el marco del Curso de Posgrado "Introducción a la Práctica Psicoanalítica" dirigido por Pilar Ordóñez. Se intenta aquí dar un marco conceptual y clínico al término "urgencias subjetivas", así como privilegiar las estrategias de invención de nuevos dispositivos en salud mental que alojen el malestar actual.

Palabras Claves

urgencias subjetivas – angustia – certeza – trauma – transferencia

Abstract

This letter represents a summary of the lecture given at the Sanatorium Private Aconcagua in the city of Cordoba under the Graduate Course "Introduction to Psychoanalytic Practice" directed by Pilar Ordóñez. It is intended here to give a conceptual framework and clinical to the term "subjective urgency", and to favor the strategies of inventing new devices in mental health that hosts the current malaise

Key words

urgency subjective – anguish – certainty – trauma – transference

El autor declara no tener conflicto de intereses.

"La cura es una demanda que parte de la voz del sufriente, de alguien que sufre de su cuerpo o de su pensamiento. Lo sorprendente es que haya respuesta, y que desde siempre la medicina haya dado en el blanco por las palabras"

Jacques Lacan, Radiofonía y televisión

La práctica de la inter-consulta de urgencia en las instituciones de salud (hospitales, centros de salud, centros de atención primaria, dispositivos comunitarios, clínicas, sanatorios) implican un entrecruzamiento de discursos que necesariamente deben calibrarse a la hora de sostener una praxis⁽⁷⁾.

El problema actual de las consultas en salud mental, de las demandas "psi", es que están impregnadas del significante "urgencia", significante que emana de una época que hace sucumbir toda narrativa posible (desde el discurso de las pasiones hasta los mitos individuales). Es el mismo que denota la inmediatez y la eficacia con la cual se pretende responder y resarcir desde distintos discursos amo los dolores del alma -aquellos dolores que conmueven lo más real del sujeto. Y no es particularmente la necesidad de internación psiquiátrica -la cual en otros países comprende el diez por ciento de todas las urgencias- lo que podría zanjar este problema, sino más bien el dar una respuesta adecuada a la insistencia que han tomado las nuevas presentaciones, sin quedar aplastado por el peso burocrático de los imperativos institucionales.

Bajo el nombre de **crisis** ingresan hoy aquellos cuadros que no son las patologías psiquiátricas conocidas (episodio maniaco, episodio psicótico, crisis de angustia, etc.) sino que se aúnan todas las manifestaciones sintomáticas que se extienden hacia el personal interviniente en lo social (policía, bomberos, agentes comunitarios, trabajadores sociales, etc.) que está conminado a dar alguna respuesta. Por la misma razón, ubica a los profesionales de las instituciones en una situación caracterizada propiamente por la inestabilidad. Situaciones de violencia, de desamparo, de pérdida de referencias en una comunidad, etc., serían algunos de los ejemplos.

Puestas en relieve sobre categorías cada vez más borrosas, dichas crisis no logran más que alimentar la ya hipertrofiada categoría de los trastornos de la personalidad, o bien el uso biopolítico de la buena conducta promovido por su expresión más patética, el **trastorno explosivo intermitente**; y ni que hablar del suicidio o el insomnio que bien podrían ser categorías más dispuestas a llenar el listado de una farmacopea **prêt-à-porter**.

* Conferencia dictada en el Sanatorio Privado Aconcagua en la Ciudad de Córdoba en el marco del Curso de Posgrado "Introducción a la Práctica Psicoanalítica" dirigido por Pilar Ordóñez (EOL Córdoba). Auspiciado por la Asociación de Psiquiatras Cordobeses (ApsiCo).

De esta manera, las urgencias actuales encuentran al médico, al equipo de salud, al psiquiatra mismo en crisis: en crisis con las categorías diagnósticas, con las nosografías, en crisis con el saber médico, en crisis con los algoritmos de decisión y en una urgencia que lo sumerge al igual que la demanda del sufriente, en un escenario vacilante.

Así, autores de diferentes extracciones epistémicas señalan que gran parte de los factores que favorecen las urgencias psiquiátricas tienen que ver con la fragilidad de los lazos familiares y sociales, la intolerancia a la diferencia, la ausencia de interlocutor médico que invista confianza, el aumento de la violencia y la precariedad⁽¹⁾.

Vale decir, que todas estas cuestiones que están en la atmósfera de nuestra época y que tiñen la consulta como urgente, nos conducen a producir una respuesta que no puede ser, en modo alguno, diferida; a su vez, esta respuesta tendrá que ser alojada en dispositivos sumamente flexibles y sensibles a otros discursos (más allá del discurso médico).

Por ende, cualquier abordaje que intente adecuarse a las urgencias actuales no puede dejar de lado una experiencia que está fundamentalmente orientada hacia el lazo social como es el psicoanálisis.

Para construir un proyecto terapéutico es preciso observar cuál es el obstáculo encontrado en la clínica y qué ética pone a jugar esa praxis. En nuestro medio, las urgencias aún siguen siendo contempladas como patrimonio único del discurso médico. En varias oportunidades he observado una correspondencia directa entre: gravedad-urgencia-riesgo y uso de psicofármacos-internación-judicialización (ecuación que se sostiene aun en reconocidos psicoanalistas). Lo que nos lleva a entender que si para la medicina, como dice Freud, “el neurótico es una complicación indeseada”, la judicialización y la institucionalización son las respuestas conformistas de nuestra época ante la “perplejidad” del discurso médico⁽⁴⁾.

Ahora bien, cuando decimos “urgencias subjetivas”, el predicado impide hacer ingresar los dichos de alguien que enfermó de palabras, dentro de cualquier algoritmo diagnóstico o terapéutico.

En su conferencia “Psicoanálisis y medicina” Jacques Lacan cita el caso de un hombre que cursaba con un “formidable estado de depresión ansiosa” de veinte años de evolución, es decir aquello que desde el punto de vista médico se llamaría crónico. ¿Qué es lo que hace Lacan al respecto? Luego de entrevistarle en una primera ocasión, y viendo que el enfermo teme a que se produzca en él el cambio más mínimo, lo cita en cuarenta y ocho horas. A todo esto, su madre (“temible”, refiere Lacan) durante ese tiempo había ya logrado tomar disposiciones para que el próximo encuentro no ocurriese⁽⁶⁾.

¿Qué podemos destacar de esta anécdota?

Una, nos la refiere Lacan en el mismo texto, es la dimensión de la demanda: cuando alguien nos pide algo “esto no es para nada idéntico, e incluso a veces es diametralmente opuesto, a aquello que desea”⁽⁹⁾. Pero más allá de esta conceptualización de la demanda -harto conocida para aquél que se adentre en la doctrina lacaniana-, lo remarcable es que mientras el trabajo **del** médico (vale decir, a lo que debe actuar y a qué debe responder) se relaciona de manera directa con la demanda del

enfermo, el trabajo **con** el médico tiene que necesariamente articularse en esa hiancia (*beánce*) producida entre la demanda y el deseo. No sería la función del analista el educar al médico ni suturar con su *savoir faire* dicha falla, sino más bien hacer existir la función psicoanalista (du psychanaliste) como papel central y no “extraterritorial” (como denuncia Lacan en el texto citado).

Como segunda cuestión a rescatar de esta anécdota es que cualquier demanda, así sea de un sujeto tomado por una temporalidad particular que implica un modo de gozar estable (lo que algunas veces es compatible con cierta cronicidad), esto debe ser tomado sin dilación, como una auténtica urgencia.

Un dispositivo posible

“La invención del analista conduce a lo que el analista inventa como explicación de los efectos que produce”⁽⁵⁾

Crear una modalidad colectiva que esté a la altura de la época no es tarea fácil. Quienes transitamos las instituciones de salud nos hemos encontrado con no pocos obstáculos dentro y fuera del psicoanálisis de orientación lacaniana. Cabe el riesgo, por supuesto, de toparse con las objeciones de orden epistémico, aunque también las hay de orden ético.

Mi posición ya fue enunciada bajo el modo de pregunta en un artículo publicado en el libro de Inés Sotelo “Perspectivas de la clínica de la urgencia”:

“la urgencia, como hecho de discurso, ¿no es la posibilidad misma para que el sujeto sea tratable?”⁽²⁶⁾

Pensemos por un momento en un dispositivo posible: un colectivo de profesionales que, interactuando con los médicos, hagan prevalecer la intervención analítica por sobre la persona que la porte.

En primer lugar habría que decir que todos deberían formar parte de este colectivo ya que -como enuncié recién- la urgencia misma es la situación que posibilita el tratamiento de un sujeto. Luego, ingresarían a este dispositivo todos aquellos que estén dispuestos a trabajar con el médico en esa *beánce* entre la demanda y el deseo. No todos ingresarían allí, sólo **algunos** (lo colectivo no quita lo segregativo). Finalmente, aún dentro del colectivo reducido **uno** quedaría, y me refiero a los dos aspectos más solitarios de la práctica: la intervención y la transmisión.

La intervención analítica, no es algo que surja del consenso ni del debate democrático, no está sostenida por el prestigio individual ni por el aval de los títulos de grado o de posgrado; si ella comporta un verdadero acto, es porque está inscrita en el vacío de garantías del Otro. Habrá que verificar dicho acto, desde luego, por sus consecuencias.

En cuanto a la transmisión, la comunicación al dispositivo de la lógica del caso, dista mucho de la “revista de sala” propia de la disciplina médica; aquella si es verdadera, si enuncia los puntos de tropiezo, es porque pone al analista en función en contacto con su propia estructura de analizante.

¿Cuál es el estado, por así decir, “natural” del que consulta en urgencia o hacia aquél que va dirigido un dispositivo que aloje la urgencia?

Se sabe que está más del lado del “hecho” que del “dicho”. Por poner un rápido ejemplo, los cortes en el cuerpo y las intoxicaciones con pastillas comprenden las más altas estadísticas de ingresos en guardias y de solicitud de interconsultas “psi”.

Bajo estas manifestaciones se hacen presentes aquellos individuos que con la sentencia eufemística de “intento de suicidio” dejan traslucir –en mi opinión– el retorno en lo real de dos fenómenos contemporáneos: la modelación estética del cuerpo a partir de la intervención quirúrgica y el uso **pharmakon**, es decir la recepción pasiva de una intencionalidad lúcida de la neurofarmacología que promete curar el dolor de existir vía la píldora (aunque también la posibilidad encubierta de adormecimiento o de derelicción del sujeto que puede llegar incluso a producirse accidentalmente a la muerte).

Lo notable es que un porcentaje considerable de los consultantes en la urgencia refieren no haber tenido intenciones certeras de terminar con su vida sino solamente “dormir”, “desaparecer por unos días” o bien, “desconectarse” de la situación. La respuesta **pharmakon** propone un **unplug**, un **trip**, un viaje “portátil” como diría de Quincey, sin pasar por Otro; y añadiríamos, ahorrándose el pedido de socorro a otros.

“Un ideal de independencia, acompañado por una impaciencia absoluta, lleva a intervenir sin demora sobre el propio cuerpo...”⁽²³⁾

Tratarse, medicarse, automedicarse, drogarse o intoxicarse se sitúan hoy en una zona indiferenciada.

La respuesta **cortes en el cuerpo**, se muestra a menudo como una estrategia de **separación** fallida. Por así decir, cortes que no cortan (aunque seguidamente hablaremos de la angustia). No hay que olvidar que todo aquél que consulta a una institución médica de salud, en tanto enfermo, estará sacrificado al circuito de miradas. Desde allí será escrutado, amén de que en muchos casos su demanda no estará guiada, al inicio, por ninguna suposición de saber.

Hasta ahora hemos vertido sólo algunas reflexiones sobre lo que, en términos generales, llamaríamos urgencia.

¿Pero a qué podemos llamar exactamente una urgencia subjetiva?

En lo estrictamente denominado urgencia subjetiva, la ruptura aguda de la cadena significativa deja sumergido al sufriente en una sincronía que inunda su realidad psíquica. Su manifestación es verdaderamente una “clínica del enigma”, puesto que se impone en primer término el afecto de angustia o su correlativo, la perplejidad.

Debido a que hay un suspenso temporal en la cadena significativa, el consiguiente efecto sujeto se halla elidido. (De allí que convendría pensar en la **urgencia subjetiva como más bien urgencia en la efectuación de un sujeto posible**).

Volvamos entonces a nuestro dispositivo hipotético. Tenemos a la entrada (en los ejemplos citados como “cortes y pastillas”) una “demanda muda” –si se me permite el oxímoron–, donde por supuesto es menester situar las coordenadas diferenciales entre pasaje al acto y **acting out**, pero que fundamentalmente llama a una instalación⁽¹⁹⁾ particular. Una instalación, es decir, una **presencia** en un lugar que no va de suyo, que no es na-

tural, que “... precisa de un lazo social para fijar su residencia y al mismo tiempo esa residencia hará el lazo”⁽²⁰⁾ para que se genere el pasaje del “hecho” al “dicho”. Es preciso que se diga, más allá de lo que se diga.

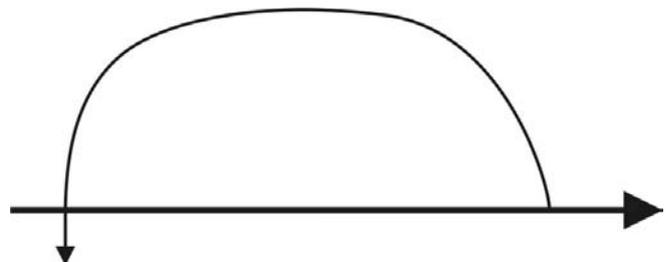
La apertura de un tiempo (de comprender), propio de la concatenación significativa, genera una pacificación a la vez que localiza la urgencia del sujeto⁽²⁴⁾.

El punto de angustia o de significación enigmática le dan nombre propio a la urgencia subjetiva balizando la llamada por nosotros dicha “clínica del enigma” (enigma del deseo del Otro, certeza del goce del Otro). Podríamos, por qué no, haberla llamado “clínica de la certeza” (habida cuenta del lugar destacado que le da Jacques Lacan al afecto de angustia) y así obtendríamos el binomio: **certeza de la angustia**⁽¹⁰⁾ y **angustia de la certeza** (umbral de la psicosis clínica)⁽¹¹⁾.

La instalación de un dispositivo **a medida** para cada sujeto, crea las condiciones de posibilidad (en una institución y en dichas condiciones de la experiencia) para orientarse por el **punto de angustia** hacia aquello que señala lo más real en él, así como también en el plano forclusivo aquello que es necesario evitar.

Por el modo de configuración que tendría el dispositivo, en el desplazamiento diacrónico de las intervenciones (entrevistas consecutivas hora a hora, día a día), éste ayudaría a reencauzar la lógica significativa a partir de los elementos provistos genuinamente por el sujeto, la Marca de su propia urgencia.

La **presencia**, sin cuya variable el concepto de inconciente no sobreviviría⁽¹²⁾, se extiende a ese colectivo que constituye el dispositivo. Simplemente **se está allí** (y el impersonal no es sólo retórico), para que puedan emerger los efectos de la palabra que hacen a un sujeto, al igual que la escansión de un nuevo tiempo, un espesor del tiempo, que se inaugura mediante un hablar anacrónico (*Nachtraglich*).



Tenemos entonces la crisis, una urgencia inespecífica, una situación vacilante, no hay sujeto (sólo hay hechos). Luego, alguien habla (los dichos), se constituye un Otro, hay una presencia, se localiza el punto de angustia o de perplejidad, luego se restituye el sentido. Queda entonces un paso más, y es que de los dichos se requiere que emerja un “decir”, algo que separe al sujeto de sus enunciados, que lo despeje de las vueltas de lo dicho⁽¹³⁾.



El vector transferencia graficado aquí, va dando la orientación hacia la constitución del Sujeto supuesto Saber: una vez inventado el dispositivo *ad hoc*, éste deberá estar dispuesto a ser disuelto en un breve plazo para dar cabida –si esto fuera posible– a la dimensión personal⁽²⁾. Es un vector que no es exponencial sino que imprime una dirección. No se trata de que al principio hay menor transferencia que al final del recorrido sino que, podemos suponer, inicialmente prevalecería más la transferencia de trabajo, la transferencia de los profesionales al psicoanálisis, mientras que a la salida es esperable que haya un deseo de saber del cual es acreedor el sujeto en cuestión.

Perspectivas de la clínica

Se trata de un joven que concurre a la guardia clínica de una institución luego de haberse cortado las muñecas. Se conoce como antecedente inmediato la ruptura con una pareja. Al disponerse a hablar, cuenta que su problema es “la separación de sus padres”. ¿Desde cuándo? Desde que “estaba en la panza de mi mamá” –referirá él. Relata esto con el tinte trágico de un destino que se impone indefectiblemente. Lo angustia, aunque no sabe por qué ni parece estar decidido a saberlo. Hasta que, en virtud de la intervención analítica subrayando la frase, puede ubicar en la polifonía de sus dichos la cita de la voz materna que habla en él (sin saberlo), e impone el peso superyoico de una fatalidad (*fatum*)⁽¹⁴⁾ que imprime un destino.

A partir del encuentro contingente con la intervención analítica el sujeto aparece, ya no desvanecido en la voz del Otro sino *separado*⁽¹⁵⁾. Ahora su problema, su síntoma –puede decirlo con el peso de su enunciación– es el rechazo a las mujeres.

La urgencia invertida

“Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento en la palabra. Pero nada también que no se haga en ella contingente cuando viene su momento para el hombre, donde puede identificar en una sola razón el partido que escoge y el desorden que denuncia, para comprender su coherencia en lo real y adelantarse por su certidumbre respecto de la acción que los pone en equilibrio”⁽¹⁶⁾

Una de las paradojas extraordinarias de esta época es que a medida que se produce ese “ascenso al cenit social del objeto a” mencionado por Lacan en *Televisión* –lo que al mismo tiempo muestra su cara más angustiante–, se generan por el contrario las mayores indiferencias y las expresiones más prevalentes del llamado por Jacques Alain Miller “delirio de identidad”. Con lo cual, el consultante no parece estar rebasado por esa palabra que lo urge, que lo empuja a una definición. Más bien, impresiona estar en ese estado de alma bella (*die schöne Seele*)⁽⁶⁾, sin identificar qué partido escoge ni cuál es el desorden que denuncia.

Es preciso el acto analítico para que pueda surgir eso que en la palabra soporta poco la comodidad del sentido. En particular, verificamos que hay analista cuando la plétora de sentido se torna un sinsentido urgente, congruente con lo que Jacques Lacan designaba como la “requisitoria (*requête*) de una urgencia”⁽¹⁷⁾.

SENTIDO → SINSENTIDO
 Delirio de identidad Urgencia de un sujeto posible
 Alma bella E0 (Enigma)

Así tenemos el reverso de las crisis, en donde el que concurre no manifiesta las variables de la urgencia subjetiva sino que más bien es función del analista el producir un traumatismo, o mejor, un *traumatismo* (*traumatisme*), un agujero (*trou*) en el sentido. De tal manera que su eficacia se vuelve correlativa al uso del “buen corte”⁽²²⁾.

Es, de hecho, una urgencia invertida puesto que tiende hacia una clínica del enigma (como mencionamos antes), reubicando al sujeto en torno de esos significantes con los que su neurosis o psicosis ha delirado⁽²¹⁾. Una apuesta ética, no sin angustia, que devuelve al sujeto la dignidad de poder despertar... pero “de la buena manera”⁽²⁵⁾

S_2 // S_1 (urgente)

Pensar la transferencia desde el “lugar social” y el “lugar analítico”⁽²⁷⁾

El lugar, para que sea analítico debe constituir un espacio en donde el analista pueda autorizarse a sí mismo y de algunos otros (analistas). Esto, a mi modo de ver, no puede ser un a priori sino una consecuencia del acto analítico propiamente dicho, que como enunciamos más arriba, será la consecuencia de ese acto solitario de cada analista que emerge de ese colectivo que se llama institución.

El lugar social significa que el que consulta, llega a un sitio que posee una dirección y un prestigio determinado (bueno o malo). Un lugar pre-interpreta lo que se quiere decir o lo que se quiere hacer (según refirió en algún momento Jacques Alain Miller). La demanda arriba con el artificio de significación social que hace que el sujeto se dirija no de cualquier manera, y por ello requiere de un primer tiempo de “desbridamiento”, si me permiten, que promueva el aislamiento de los significantes amo de ese sujeto.

A diferencia de los CPCT⁽²⁷⁾ o PAUSA⁽²⁹⁾, el paciente que llega a una institución como creo que es ésta⁽³⁰⁾, médica, no se orienta por el significante psicoanálisis, sino que en el mejor de los casos lo hace por el significante salud mental.

¿Pero al fin y al cabo qué quiere decir que alguien se orienta por el significante psicoanálisis y no salud mental o a la inversa?

Algo quiere decir, pero no mucho.

Por lo general todo el que consulta en urgencia, al menos en un primer momento, espera una palabra del Otro, al menos una interpretación. No saben que quizás su propia palabra va a quedar desplazada en un río significante estableciendo la metonimia del deseo. Es en el fondo ese rastro sutil de cobardía, donde en general todos prefieren la salud mental. La mayoría prefieren vivir en paz (una definición de la salud mental es la “paz social”), reinsertarse en el tejido social ordinario.

Ahora bien, que el consultante esté abrigado por el significante “psicoanálisis”, “salud mental” o el semblante que sea, no quiere decir que para nosotros psicoanalistas, sea lo mismo la salud mental que el psicoanálisis.

Un analista puede ocupar cualquier lugar, a condición de saber que ese lugar originariamente es dado por Otro: el Otro de la institución o la transferencia –según sea el caso. Luego, a medida de que van cayendo los semblantes que sostienen esos lugares empieza a ocupar el lugar de objeto dentro del discurso que lo nombra.

La acción analítica se rige con otras coordenadas que la de la salud mental o la psicoterapia. Así, el analista sabe -por su análisis (no por teoría)- que la noción de salud mental es errática y cambia de acuerdo a estándares.

A su vez el **no hay relación sexual**, propuesto lógicamente por Jacques Lacan, invalida cualquier noción de salud mental o psicoterapia, y ello se verifica en que los resultados de la salud mental o de las psicoterapias son perentorios y miopes. Adaptar a alguien, de manera imperativa, a una norma social desconociendo cuál es su propia norma, es sencillamente ;promover desadaptados en el futuro! Todos sabemos que es una época sumamente inconsistente para las convenciones sociales y que las normas de hoy ya no serán las de mañana. Con lo cual, el discurso adaptativo, la psicoterapia educativa, deberá responder por todos aquellos que, siendo saludables hoy, se convertirán en los desadaptados de mañana.

Otra oferta, me parece es la del psicoanálisis que no vale como cura (ustedes saben que Lacan reemplazó el término cura por el de experiencia analítica) sino como deseo, como medio

para la emergencia de un deseo inédito. Cito los Escritos:

“... conviene recordar que el psicoanálisis no ha ido tan lejos en la revelación de los deseos del hombre sino siguiendo, en las venas de la neurosis y de la subjetividad marginal del individuo, la estructura propia de un deseo que muestra así modelarlo a una profundidad inesperada, a saber el deseo de hacer reconocer su deseo”⁽¹⁸⁾.

Una política del psicoanálisis dirigida hacia una ciudad, hacia una comunidad particular como es ésta, con una población específica, no puede sostenerse por el lustre de un nombre propio sino por el deseo de quienes -principalmente en pequeñas invenciones, proyectos austeros o prácticas minimalistas- están decididos a crear un circuito simbólico que aloje lo asemántico pulsional -sin dejar de orientarse por él. Para decirlo en términos más sencillos, que dé lugar de palabra a lo imposible de soportar para cada quien. Eso también es una **praxis**.

No desconocemos las fluctuaciones teóricas y políticas que han atravesado la historia del psicoanálisis, como tampoco la de **los** deseos que animan a “esa banda” –como dice Lacan- que seguimos la estela de **un** deseo, el de Sigmund Freud⁽³⁾.

Notas

- (1) Boiteux C., Clostre M., Querel C., Gallarda T. “Urgence psychiatrique”. Encyclopedie Medico-Chirurgicale, 2004, Elsevier.
- (2) Esta transferencia ligada al SsS, es importante señalarlo, está del lado de la operación que Lacan llama como “alienación”, mientras que es deseable que en el momento de la concatenación significativa pueda surgir la transferencia como puesta en acto del objeto a, o sea, la “separación”. Para una explicación exhaustiva de los conceptos de alienación y separación ver: Brodsky G. “Fundamentos. Comentario del Seminario 11”. Buenos Aires, Cuadernos del ICBA, 1999, p. 177-192.
- (3) Cottet S. “Freud y el deseo del psicoanalista”. Buenos Aires, Ed. Manantial, 1988.
- (4) No difiere mucho de la perspectiva planteada por Freud en el 26’ cuando remueve la espina clavada en el corazón del ejercicio médico: “El neurótico es por cierto una complicación indeseada, un motivo de perplejidad para el arte de curar no menos que para la administración de justicia y el servicio militar. Pero existe, e incumbe muy de cerca de la medicina.” Freud S. “¿Pueden los legos ejercer el análisis?” (1926), Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1987, p. 217.
- (5) García G. “La invención del analista o la suspensión del buen gusto”. Fundación Descartes, e-text www.descartes.org.ar/etexts-garcia15.htm.
- (6) “Vemos, así, cómo la autoconciencia ha retomado ahora a su refugio más íntimo, ante el que desaparece toda exterioridad como tal, a la intuición del yo=yo, donde este yo es toda esencialidad y toda existencia. La autoconciencia se hunde en este concepto de sí misma (...) Depurada hasta tal punto, la conciencia es su figura más pobre, y la pobreza, que constituye su único patrimonio, es ella misma un desaparecer; esta absoluta certeza en que se ha disuelto la sustancia es la absoluta *no verdad* que se derrumba en sí misma; es la absoluta *autoconciencia* en que se hunde la *conciencia*.” Hegel G. W. F. “Fenomenología del espíritu”. Buenos Aires, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1992, p. 383. Hippolite nos aclara aún más el concepto al indicar que el alma bella en su dialéctica nos hace ver más bien “el tránsito de la acción a la contemplación que lleva a hacer del alma bella (...) la autoconciencia absoluta (...), autoconciencia que se abisma en la nada de su subjetividad y se manifiesta incapaz de realizar ninguna acción positiva porque se niega a alienarse, a dar al concepto un contenido determinado y externo.” Y más adelante dirá: “La preocupación de las almas bellas es darse cuenta de su pureza interior y poder enunciarla. Nunca llegan a abandonar por completo la preocupación por sí mismas como exigiría la verdadera acción.” Hippolite J. “Génesis y estructura de la fenomenología del espíritu”, Barcelona, Ed. Península, 1991, p. 465-466.
- (7) Bajo este término nos referiremos específicamente a lo mencionado por Jacques Lacan: “Qué es una praxis? Me parece dudoso que este término pueda ser considerado como impropio en lo que al psicoanálisis respecta. Es el término más amplio para designar una acción concertada por el hombre, sea cual fuere, que le da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico”. Lacan J. El seminario, Libro 11, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1964-65), Buenos Aires, Ed. Paidós, 1985, p. 14.
- (8) Lacan J. “Psicoanálisis y medicina” (1966) Intervenciones y textos 1, Buenos Aires, Ed. Manantial, 1999, p. 86-99.

-
- (9) Ibid. p. 91.
 - (10) “La angustia es ese corte –este corte neto sin el cual la presencia del significante, su funcionamiento, su surco en lo real, es impensable- ... es ese *lo que no engaña*, lo fuera de duda.” Lacan J. El seminario, libro 10, “La angustia” (1963-64) Buenos Aires, Ed. Paidós, 2006, p. 87.
 - (11) El concepto de significación enigmática es elaborado por Lacan en su escrito *De una cuestión preliminar ...* que data del año 58’ y no ha sido retomado por él en cuanto a la clínica con la psicosis; mientras que el concepto de enigma ha sido propuesto en años posteriores (recuerdo rápidamente los seminarios XII y XXIII, 1965 y 1975 respectivamente).
 - (12) Ver: Lacan J. El seminario, libro 11, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1964-65) Buenos Aires, Ed. Paidós, 1985, p. 131-133.
 - (13) “Pero que pueda haber en él un decir que se diga sin que *uno (on)* sepa quién lo dice, es precisamente lo que se le escapa al pensamiento, es una resistencia *ón-tica*, una resistencia gesticulante.”, Lacan J. La equivocación del sujeto supuesto saber (1967), Inédito. A los efectos de reconocer una diferencia “operativa” entre hecho, dicho y decir, ver también: Miller J.-A. “Introducción al método psicoanalítico” Buenos Aires, Ed. Paidós, 1999.
 - (14) “En la palabra fatalidad –*fatum*- hay ya una suerte de prefiguración de la noción misma de inconciente. *Fatum* viene de *fari*, la misma raíz que en *infans*, que naturalmente no se refiere como se lo supone comúnmente, a alguien que no habla...” , Lacan J. “Conferencia en la Universidad de Yale (EEUU)” 24/11/75, inédito.
 - (15) “*Separare*, separar... *se parere*, el parirse de que se trata en este caso. ¿Cómo, desde este nivel, ha de procurarse el sujeto? Este es el origen de la palabra que designa en latín el *parir*... Es término jurídico, como lo son, curiosamente por cierto, todas las palabras que designan el *traer al mundo* en indoeuropeo. La propia palabra *parto* tiene su origen en una palabra que, en su raíz, sólo significa procurar un hijo al marido, operación jurídica y, digámoslo, social.” Lacan J. El seminario. “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1964-65) Buenos Aires, Ed. Paidós, 1985, p. 221-222.
 - (16) Lacan J. “Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis” (1953) En: Escritos 1. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 1993, p. 231.
 - (17) Lacan, Jacques, “Introducción a la edición inglesa del Seminario XI” En: Intervenciones y textos 2. Buenos Aires, Manantial, 1988, p. 62.
 - (18) Lacan J. “Variantes de la cura tipo” (1954) En: Escritos 1. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 1993, p. 330.
 - (19) Mazza C. “Instalaciones del psicoanálisis: Ni el desierto de lo real ni la bruma de los semblantes”. Trabajo presentado en las Jornadas Anuales de la EOL-Córdoba 2008.
 - (20) Ibid.
 - (21) Miller J.-A. “La interpretación al revés, en: Entonces: “Sssh...” Minilibros Eolia Barcelona-Buenos Aires, 1996, pp. 7-13.
 - (22) Seldes R., Kuperwajs I, Manauta A, Zaremsky L., Zelaya A. “La admisión en el dispositivo PAUSA” En: O Mercosul no diva. A psicanálise e o Social em proposta nos CPCTs e em PAUSA. Brasil, Ed. Gleuza Salomon, 2008, p. 80.
 - (23) Sissa G. “El placer y el mal, filosofía de la droga” Buenos Aires, Ed. Manantial, 1998, p. 168.
 - (24) Sotelo I. “¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?” En: Perspectivas de la clínica de la urgencia, Inés Sotelo (comp.), Buenos Aires, Ed. Grama, 2009, p. 26-28.
 - (25) Tarrab M. “La certeza de la angustia” En: Las huellas del síntoma. Buenos Aires, Ed. Grama, 2008, p. 66.
 - (26) Vaschetto E. “Preguntas y respuestas a la urgencia subjetiva” En: Perspectivas de la clínica de la urgencia. Inés Sotelo (comp.) Buenos Aires, Ed. Grama, 2009, p. 145.
 - (27) El planteo acerca del lugar analítico, el lugar social y el síntoma en relación a la transferencia fueron trabajados también en un texto de la ELP publicado en “La brújula” Nro. 32.
 - (28) Los Centros Psicoanalíticos de Consulta y Tratamientos (CPCT) son instituciones del Campo Freudiano destinadas a la atención gratuita de pacientes en plazos breves (por lo general cuatro meses). Los mismos se encuentran distribuidos en diferentes lugares de Europa y América.
 - (29) Psicoanálisis Aplicado a las Urgencias Subjetivas de la Actualidad (PAUSA). Es una institución del Campo Freudiano constituida en sus inicios para el tratamiento y la investigación de las urgencias subjetivas en el marco de la orientación lacaniana.
 - (30) En relación al lugar concreto en que se está dictando la conferencia, el Sanatorio Privado Aconcagua.

Personajes de la Psiquiatría

PERSONAJES PSICUIATRÍA

Dr. Pedro Pieczanski **David Healy**

La historia, en este caso, es el personaje. David Healy es el personaje detrás de la historia.

Psiquiatra y psicofarmacólogo, Healy fue secretario de la *British Association for Psychopharmacology*, es profesor de psiquiatría y director del *North Wales Department of Psychological Medicine* en la Universidad de Cardiff y autor de más de 170 artículos y varios libros de la especialidad. Posee una mirada crítica sobre algunas de las prácticas de la industria farmacéutica y desde 1991 viene estudiando la asociación entre fluoxetina y suicidio.

El 30 de noviembre de 2000 pronunció una conferencia invitado por la el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto. El impacto de la conferencia, y sus consecuencias, dieron paso a una controversia internacional sobre la libertad académica y de investigación en un mundo universitario cada vez más dependiente de los subsidios de la industria farmacéutica.

La conferencia

Por cuestiones de espacio no nos es posible publicar la polémica conferencia. Invitamos a los lectores a leerla. La misma fue presentada además en diferentes universidades del mundo, como la Universidad de Cornell o en París (su texto complete puede encontrarse en varios sitios en internet, uno de ellos www.pharmapolitics.com)

La historia

El Centro de Adicciones y Salud Mental (CAHM) de la Universidad de Toronto, comenzó un proceso de seducción para con David Healy, con la intención de que se incorporara a ese centro de investigación, uno de los principales de Canadá (www.camh.net).

En Julio de 1999 conoció el lugar, la ciudad y el centro. En enero del año siguiente le ofrecieron el cargo de Director Clínico del Programa de Trastornos del Estado de Ánimo y de Ansiedad, además de nombrarlo Profesor de Psiquiatría en la Universidad de Toronto. Previo a la conferencia del 30 de noviembre organizaba su mudanza junto con su familia y recibía consejos de la esposa del director del centro sobre el colegio para sus hijos.

Un artículo publicado en Marzo de 2000, meses antes de la conferencia, en el *Hastings Center Reports* (www.thehastingscenter.org) sobre el Prozac y su potencial suicida, generó que Eli Lilly retirara su apoyo económico a dicho centro.

Durante el mismo año presentó datos sobre un estudio en voluntarios sanos, que mostraba agitación e incremento de suicidalidad en algunos de los voluntarios que recibieron Sertralina, en comparación con un grupo que recibió reboxetina. Luego de esta presentación, Charles Nemeroff, uno de los hombres más poderoso dentro de la Psiquiatría, le habría comentado, en un tono poco amistoso y bastante amenazante, que su carrera estaría terminada si continuaba mostrando ese tipo de datos.

El despido

El 1ro de Diciembre, un día después de la conferencia, Nemeroff sabía ya que iban a declinar el ofrecimiento a Healy. En el *Council Meeting of the American Foundation for Suicide Prevention* en Nueva York, describió a Healy como “un maniaco depresivo, violento y traficante de ciencia basura”, y abogaba por la suspensión de la presentación de Healy en la Universidad de Cornell.

Luego de infructuosos intentos de contactarlo telefónicamente, el 8 de diciembre recibió por mail la declinación formal de la oferta laboral. El Dr. Goldbloom, director

del CAHM le explicaba “no sentimos que tu visión sea compatible con las metas que perseguimos para el desarrollo de nuestros recursos clínicos y académicos”; en un intercambio de correos luego de unos meses profundizaba “el extremismo de tus palabras causó revuelo en tus futuros colegas y colaboradores”... “dices que tu presentación fue evaluada como la mejor por los asistentes (...) pero te ofrecieron acaso un trabajo como director de un programa?”

Violación a la libertad académica.

El affaire Healy generó un intenso debate no sólo en relación con los conflictos de interés financieros, sino también sobre la libertad académica, un valor declamado como fundamental en países “libres” como Canadá y Estados Unidos. La Asociación Canadiense de Profesores Universitarios (CAUT) presionó a la Universidad de Toronto para discutir con ellos el tema; no obtuvieron respuesta. Dos premios Nobel, ex presidentes de la Asociación Psiquiátrica Americana, el Colegio Americano de Neuropsicofarmacología y numerosas organizaciones psiquiátricas y psicofarmacológicas de todo el mundo protestaron ante la Universidad de Toronto por la violación de la libertad académica.

El límite

Healy plantea un límite. No es un cruzado ni un “antipsiquiatra”. Nunca se opuso a la fluoxetina o a los IRSS y los ha utilizado en su práctica clínica desde el mismo momento de la aparición de las moléculas, aun antes que varios de sus colegas. Sólo plantea un límite: para quien sí y para quien no; a quienes ayuda y a quienes puede generarles daños importantes. Sin embargo, este límite no es menor ni gratuito para la industria. Implicaría una reducción de un 60% del mercado de la depresión; de cubrir el deseado 100%, se pasaría a “apenas” un 40%.

Algo similar viene planteando en relación con el crecimiento de la prevalencia del diagnóstico de Trastorno Bipolar y de la expansión de la definición del mismo (ver en su libro *Manía*). Creamos la era de la depresión para destronar con antidepresivos a los ansiolíticos, y ahora avanzamos sobre los antidepresivos, fuera de patente, para quedarnos con los “estabilizadores del ánimo”.

Algunos datos

- Healy no planteó una injerencia directa de la industria farmacéutica en su despido.
- Hasta nuestro conocimiento, Eli Lilly nunca le inició una acción legal.
- David Healy recibió fondos de la industria farmacéutica para varias de sus investigaciones y presentó estudios en simposios esponsorados por la misma.
- Charles Nemeroff renunció a su cargo de Director del Departamento de Psiquiatría en la Universidad de Emory luego de que se reveló que recibió 2.8 millones de dólares por consultoría a la industria farmacéutica desde 2000 a 2007, pero sólo había reportado menos de la mitad; mientras tanto obtenía becas para investigación del Instituto Nacional de Salud (NIH) y le aseguraba a las autoridades de su universidad que recibiría menos de USD 10.000 al año de la industria farmacéutica (M. Angell, 2009 “Drug Companies and Doctors: A Story of Corruption; G. Harris, “Leading Psychiatrist Didn’t Report Drug Makers’ Pay,” *New York Times*, October 4, 2008; www.medscape.com/viewarticle/704013). Otra información interesante sobre CN (www.ahrp.org/cms/content/view/345/55/). Actualmente es *Professor & Chair, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences Miller School of Medicine, Miami University*.

Algunos de sus libros

1. *Mania: A Short History of Bipolar Disorder*. Johns Hopkins University Press, 2008
2. *Psychiatric Drugs Explained*. Churchill Livingstone, 2008
3. *Shock Therapy: The History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*. Rutgers University Press, 2007
4. *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression* New York University Press, 2004
5. *The Creation of Psychopharmacology*. Harvard University Press, 2004.
6. *The Antidepressant Era*. Harvard University Press, 1999.
7. *Differential Effects of Antidepressants*. Informa Healthcare, 1999
8. *Ten Years That Changed the Face of Mental Illness* (como editor). Informa Healthcare September, 1999
9. *The Suspended Revolution: Psychiatry and Psychotherapy Re-Examined*. Faber and Faber, 1991.

Trastorno Límite de la personalidad

Bibliografía esencial (○) y complementaria (●)

BIBLIOGRAFÍA

Dra. Carolina Vairo

Médica Especialista en Psiquiatría
Consultorios Externos
Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Dr. Martín Ruiz

Médico Especialista en Psiquiatría
Sala de Internación
Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Dr. Daniel Matusevich

Médico Especialista en Psiquiatría
Coordinador Sala de Internación
Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

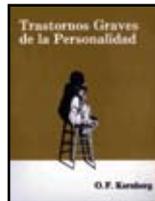
La presente muestra de bibliografía sobre trastorno límite de personalidad intenta esbozar solo una pequeña parte de una amplia cantidad de obras publicadas hasta la fecha; aunque sin duda el auge de la aparición de textos comienza estuvo marcado por el nacimiento del consenso sobre este diagnóstico en el DSM.

Consideramos obras fundamentales que marcaron hito en la evolución histórica de esta patología como los manuales de Otto Kernberg y John Gunderson; además incluimos textos específicos sobre terapia y orientación familiar, algunos textos con casos clínicos y aportes psicoanalíticos.

En los últimos 30 años ha sido tan vasta la publicación de textos sobre trastorno límite de personalidad que seguramente muchos no han podido ser incluidos en esta crítica.

Trastornos Graves de la Personalidad (○)

Otto F. Kernberg.
El Manual Moderno,
México, D.F., 1987



Este libro, editado en su versión original inglesa en 1984 por la Universidad de Yale constituye una de las síntesis más perfectas y logradas de clínica psiquiátrica y psicoanálisis aplicados a la comprensión, el diagnóstico y el tratamiento de una determinada patología mental.

En el prólogo el autor delinea claramente los objetivos que se propuso alcanzar con el texto: por un lado sintetizar sus trabajos anteriores poniendo un especial énfasis en todo lo atinente a diagnóstico y tratamiento y por el otro explorar los desarrollos recientes sobre estos temas. Sin temor a equivocarnos podemos afirmar que ambas metas fueron ampliamente superadas en este libro, dejando para la posteridad un manual que iluminó e iluminará el camino de todos aquellos interesados en adentrarse en el apasionante y complejo mundo de los desórdenes de la personalidad más complejos.

Es una tarea ímproba seleccionar algunos de los capítulos en detrimento de otros pero creemos que existen seis que deberían ser de lectura obligada en las residencias y en todos aquellos espacios destinados a la formación de los especialistas: en el capítulo I dedicado al diagnóstico Kernberg describe en detalle las características estructurales de la organización límite de la personalidad, ampliando de manera profunda y puntillosa lo ya fuera planteado en su artículo seminal de 1975 así como punteando las carencias en la identidad de estas personas cuando explica el síndrome de difusión de la identidad junto con la implementación de mecanismos de defensa primitivos.

El capítulo 4 está dedicado a los trastornos de personalidad en la vejez, tema que ya sea por prejuicio o por ignorancia es soslayado de manera sistemática por la mayoría de los teóricos de la personalidad; vale la pena poner especial atención en el apartado dedicado a cómo envejecen las personalidades narcisistas, las cuales, a partir de una permanente devaluación de sus relaciones objetales internalizadas terminan prisioneras en un creciente círculo de sensación interna de vacío sostenida por un profundo retraimiento social.

Por último, se recomienda leer con especial detenimiento los tres capítulos dedicados al tratamiento hospitalario de estas patologías ya que en ellos el autor realiza un pormenorizado recorrido de los aportes del psicoanálisis aplicado a una de las situaciones más dramáticas que nos presenta nuestra especialidad como es la institucionalización psiquiátrica.

Borderline Personality Disorder (O)

John Gunderson.
American Psychiatry Press,
Washington, 1984

El lector atento ya habrá notado que este excelente libro del Dr. Gunderson fue editado el mismo año que el texto de Otto Kernberg que reseñamos con anterioridad. Siguiendo a Thomas Kuhn quien planteó que en la historia de la ciencia las casualidades no existen creemos estar habilitados para opinar que ambos autores discuten sus concepciones e ideas a través de sus libros que no reflejan posiciones totalmente antagónicas sino que más bien van “bordeando” la temática de manera personal a través de los trabajos e investigaciones que fueron realizando en el camino.

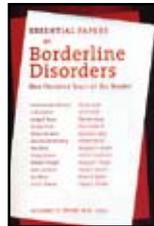
Esta primera edición está ampliamente definida por el paradigma psicoanalítico, a diferencia de las ediciones subsiguientes en donde las formulaciones psicodinámicas fueron complementadas por otro tipo de aportes teóricos, referencia certera de cómo el mundo de los trastornos de personalidad se ha ido complejizando.

Otra manera de pensar esa misma cuestión es a través de la obra del insustituible pensador francés Lanteri-Laura y su teorización acerca de la evolución de la historia de la psiquiatría: este libro fue pensado y concebido en la etapa llamada “de las grandes estructuras” mientras que la última edición del mismo surge en la “etapa de crisis paradigmática” (Stagnaro dixit).

Creemos de especial interés la sección dedicada a la psicoterapia debido a la minuciosidad y al detalle que pone Gunderson en cada uno de los elementos, poniendo especial énfasis en el manejo de la contratransferencia, brújula insustituible en el trabajo con estos pacientes más allá (o más acá) de cualquier escuela teórica.

Essential Papers on Borderline Disorders. One hundred years at the border (O)

Michael Stone (editor).
New York University Press,
New York, 1986



Maravillosa recopilación de artículos a cargo del infatigable profesor Stone que abarca desde la prehistoria de la cuestión, tomando los trabajos fundadores (para muchos, no para todos) de Prichard y Hughes y llegando hasta mediados de los 80 para cerrar con el inefable Agop Akiskal y sus ingeniosas elucubraciones que parten, en gran parte, de su extraña identificación con Kraepelin.

Entre estos dos extremos vale la pena detenerse en algunos de los más interesantes artículos que fueron delineando un fecundo campo de trabajo y estudio, que se ve generosamente reflejado en esta cuidada selección: Deutsch (personalidad como si), Schimberg (estable inestabilidad), Knight (estados borderline), Frosch (carácter psicótico), Grinker (primer estudio cuantitativo), Balint (la falta básica), Searles (contratransferencia).

Este recorrido clínico-teórico es altamente recomendable debido a que le otorga al lector la posibilidad de formarse una opinión libre y profunda a la vez de cómo fueron planteándose las diferentes ideas que luego compitieron (académica y políticamente) por la supremacía intelectual del constructo borderline.

El Paciente Borderline. Conceptos emergentes en diagnóstico, sicodinámica y tratamiento (●)

James Grotstein
Marion Salomon
Joan Lang y col.
Editorial Catari, Buenos Aires, 1992

Pequeña gran obra debido a que solo se editó el volumen primero de los cuatro prometidos en el prólogo de la primera edición (por lo menos nosotros no los pudimos encontrar, quizás algún lector si lo haya hecho y pueda complementar este comentario con una siempre bienvenida carta de lectores).

El plus que presenta este texto es que afortunadamente está traducido al idioma de Cervantes por lo que el lector podrá descansar y sólo concentrarse en el contenido de la obra sin tener que preocuparse por la traducción.

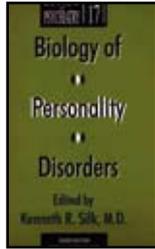
El libro está estructurado en dos partes bien diferenciadas: la primera desarrolla una serie de cuestiones en torno al diagnóstico mientras que la segunda se centra en los aspectos psicodinámicos de la patología borderline.

Tal vez el artículo más interesante es el de Michael Stone quien realiza un recorrido teórico orientado a tratar de definir las coordenadas que permitan delimitar una patología por demás elusiva (“...borderline es algo así como una extraña criatura; una definición sin definición...”).

Las controversias diagnósticas en torno a este trastorno de personalidad son más la regla que la excepción, por lo que han sido y son varios los investigadores dedicados a profundizar estos caminos. En este sentido esta colección de artículos ofrece una mirada original y bastante completa, aportando una puerta de entrada interesante para aquellos que están realizando sus primeras lecturas en torno al fenómeno borderline.

Biology of Personality Disorders (O)

Keneth Silk.
Review of Psychiatry Vol 17. American
Psychiatric Press,
Washington, 1998



Este libro provee diversas perspectivas biológicas describiendo las investigaciones desarrolladas en este campo sobre los trastornos de personalidad. Desde los primeros estudios que intentaban explicar diferencias o similitudes biológicas respecto a los trastornos del Eje I hasta los estudios más recientes focalizados en la cognición, la impulsividad, la agresión, la labilidad afectiva y la ansiedad crónica de los trastornos de la personalidad.

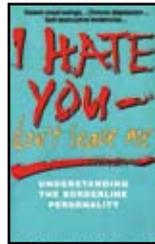
El texto intenta una revisión de las exploraciones biológicas de las dimensiones que conforman la personalidad y sus patologías.

Los neurotransmisores y el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal con la atención puesta especialmente en traumas tempranos. El estudio estructural y funcional de regiones cerebrales en la búsqueda de daños topográficos. El modelo genético estructural de Cloninger.

Finalmente, partiendo de las ciencias básicas se llega a los últimos capítulos para comprender la utilización de las mismas en el tratamiento de los pacientes, es decir, toma los modelos biológicos para aplicarlos en la clínica.

I Hate You. Don't Leave Me. Understanding the Borderline Personality (●)

Jerold Kreisman y Hal Straus.
Avon Books, Los Angeles, 1991

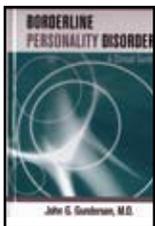


Los autores, un psiquiatra y un periodista especializado en salud, buscan con este texto llenar la brecha que existe entre la medicina y el público respecto al Trastorno Límite de la Personalidad. Por lo tanto, es un libro dirigido al público en general que simplemente desee conocer más acerca de esta enfermedad. Pero han logrado ir más allá de divulgar información, han explorado el síndrome de una manera tal que los lectores puedan entenderlo intelectualmente y además sentirlo emocionalmente.

Brinda ejemplos muy claros sobre la soledad, el miedo al abandono, los impulsos autodestructivos, etc. Un libro muy recomendable para que los pacientes y sus allegados lean. Como dicen sus autores: "El Trastorno Límite de Personalidad es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frustrantes para sobrellevar y tratar. Esperemos que este libro facilite el viaje". Y realmente lo logran, con una mirada optimista y seria. Cabe destacar que este texto se encuentra ampliamente difundido en las comunidades de pacientes borderline.

Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide (O)

John Gunderson.
American Psychiatric Publishing,
New York, 2001



El segundo libro de Gunderson sobre el trastorno borderline es totalmente distinto de su primer libro publicado en los años ochenta. Es un texto que refleja el eclecticismo actual sobre esta patología y la crisis paradigmática que atraviesa la especialidad psiquiátrica. Si bien el autor es psiquiatra y psicoanalista aporta mucha de la evidencia empírica que abultó las últimas dos décadas en la investigación sobre el trastorno límite de la personalidad.

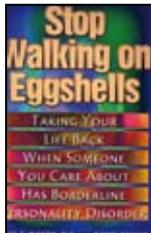
Gunderson ha participado activamente en la actual denominación del trastorno en la tercera edición del DSM. El recorrido histórico que incluye el primer capítulo solo podría ser aportado por alguien que conoce minuciosamente el laberinto que recorrió esta enfermedad hasta nuestros días.

Los capítulos sobre la clínica son completos, además de las consideraciones psicoanalíticas agrega aspectos importantes sobre las comorbilidades o epifenómenos, de vital conocimiento para quienes trabajan con pacientes limítrofes en la práctica psiquiátrica cotidiana.

Consideramos que uno de los mayores logros de esta guía clínica, tal el título, es el cuidadoso planteo terapéutico que realiza. Tomando como punto de partida la división del tratamiento en cuatro etapas, delinea cada una de ellas según las características del paciente, de la familia, de las posibilidades de recursos económicos y sociales, y del entrenamiento de los terapeutas. Este planteo terapéutico, junto con los de Marsha Linehan y Peter Fonagy constituyen los más probados y aceptados en el ámbito de la investigación.

Stop Walking on Eggshells. Taking Your Life Back When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder (●)

Paul Mason y Randi Kreger.
New Harbinger Publications,
Oakland, 1998



Nuevamente se combinan la experiencia clínica de un terapeuta con la experiencia de la divulgación científica. Kreger mantiene grupos de discusión de familiares de pacientes y dirige el sitio de Internet www.BPDCentral.com, pionero sobre patología borderline en la red.

Es un libro dirigido a parejas, amigos, familiares e hijos de pacientes con Trastorno Límite. Va delineando las formas en que los pacientes se comunican y actúan frustrando a quienes los rodean y va aportando estrategias específicas para que puedan manejar adecuadamente estas conductas. Los autores abordan delicadamente los dilemas que enfrentan diariamente los allegados de estos pacientes sin culpabilizar a las personas que padecen la enfermedad. Realmente un libro muy útil también para profesionales ya que aporta herramientas que pueden ser utilizadas en el tratamiento.

Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad (○)

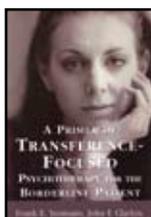
Aaron Beck y Arthur Freeman.
Paidós, Barcelona, 1995



Este es el primer libro que focaliza en la respuesta terapéutica de los pacientes con trastornos de la personalidad a las técnicas de la terapia cognitiva. Dividido en dos partes (Historia, Teoría e Investigación y Aplicaciones Clínicas) los autores explican el enfoque cognitivo-conductual documentado con investigaciones clínicas y aportan los enfoques de tratamiento para cada uno de los trastornos descritos en el DSM. Es un texto de fácil lectura, ameno, y extremadamente útil.

A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient (○)

Frank Yeomans, John Clarkin,
Otto Kernberg, Jason Aronson
Northvale, 2002

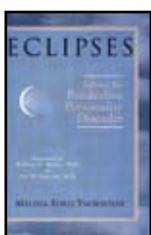


En este formidable libro los autores combinan una teoría y técnica altamente sofisticadas con un manual práctico para el tratamiento del Trastorno Límite. Desarrollan una revisión ajustada de la aproximación psicoanalítica para la comprensión de la organización límite mientras que aportan a la clínica una guía, paso a paso, para transformar las intensas emociones y los vínculos caóticos en un diálogo psicoterapéutico útil.

Si bien el libro se presenta como un primer acercamiento, brinda mucho más, aún para aquellos terapeutas psicodinámicos de experiencia. Este grupo de la Universidad de Cornell aporta una valiosa introducción al programa de investigación en psicoterapia psicodinámica más importante en la actualidad.

Eclipses. Behind the Borderline Personality Disorder (●)

Melissa Thornton.
Monte Sano Publishing, Madison, 1993

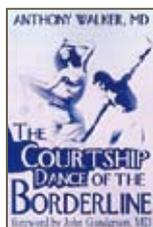


El título del libro remite a los sentimientos oscuros que quitan la luz de esperanza cuando la mente se encuentra afligida. Pero como la autora explica, la esperanza está solo escondida. Libro autobiográfico que describe experiencias como paciente borderline y que sumergen al lector claramente en los pensamientos y sentimientos a medida que son experimentados por la protagonista hasta sentir el mismo infierno.

La riqueza de este libro no es sólo revivir la enfermedad real de la autora con sus experiencias de tentativas suicidas e institucionalizaciones sino la posibilidad de acompañar el tratamiento con sus mejorías. Como terapeutas es muy útil tener un acercamiento al punto de vista del paciente.

**The Courtship Dance
of the Borderline (●)**

Anthony Walker.
Writer's Showcase Press,
New York, 2001



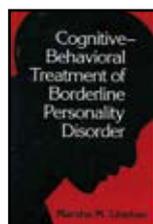
Combinación de autobiografía con caso clínico, así intenta mostrarlo el autor. Es el relato de la turbulenta pero no por ello menos apasionada relación entre un estudiante de medicina (Walker) en el Miami Medical Center, y su futura esposa (Michelle). El autor se enamora a primera vista durante una ronda en la guardia del hospital, donde se encuentra internada Michelle luego de un intento de suicidio.

Walker es rápidamente invadido por fantasías de rescate y curación y con la negación como telón de fondo (¿cómo podría ser que alguien no quiera vivir esta vida?, se pregunta); se enreda con Michelle en una relación que a poco de ceder el enamoramiento pasa a la locura sin control. Haciendo caso omiso de los consejos de amigos y familiares se casan. Y ahí Walker pasa a ser víctima de las proyecciones e inestabilidad de su, valga la redundancia, inestable esposa. El fin bien vale leerlo aunque es bastante predecible para aquellos del ámbito “psi”.

Si bien la narrativa es pobre, ya que el autor no es escritor, plasma de manera adecuada los aspectos vinculares de las personas con trastorno borderline. Ya que lo que no se resuelve en la vida se vuelca en el consultorio, Walker actualmente trata pacientes adolescentes con esta patología.

**Cognitive-Behavioral Treatment of
Borderline Personality Disorder (○)**

Marsha Linehan.
The Guilford Press, New York, 1993



Libro que brinda estrategias efectivas comprobadas con ensayos clínicos controlados. Estrategias de naturaleza cognitiva-conductuales en donde Linehan fundamenta sus conceptualizaciones teóricas acerca de la fisiopatología del Trastorno Límite de la Personalidad.

El libro es, más bien, un manual comprensible, con técnicas sencillas, transmisibles y aprendibles. El marco teórico es ecléctico, combinando elementos conductuales, psicoanalíticos, estratégicos, cognitivos, sistémicos. Su terapia conductual dialéctica, innovadora, analiza las distintas partes que conforman la patología y desarrolla un acercamiento terapéutico para cada una de esas partes. El corazón del tratamiento es un balance entre estrategias de aceptación y cambio. Su modalidad incursiona en el manejo adecuado del riesgo suicida de estos pacientes, proponiendo el control de las crisis autodestructivas y trabajando sobre las ideas suicidas crónicas.

**Borderline Personality Disorder.
En Psychodynamic Psychiatry in
Clinical Practice (○)**

Glen Gabbard.
American Psychiatric Press,
Washington, 1989

Consideramos que no podíamos dejar de comentar el capítulo de trastorno borderline de este formidable libro que, desde su aparición en 1989, ha continuado reeditándose. Fue traducido al castellano hace algunos años lo cual ha permitido mayor familiarización con él en nuestro país.

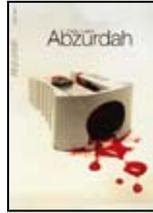
Representa una obra clásica de la psiquiatría psicodinámica. El capítulo es completo y minucioso. Comienza con un recorrido histórico sobre el trastorno borderline desde que se le pusiera nombre a finales del 1900 hasta nuestros días. En cuanto a la clínica ofrece descripciones psiquiátricas y psicoanalíticas importantes para la comprensión de la patología.

Creemos que lo que lo convierte en una buena obra es que siendo un manual que incluye prácticamente todo el espectro de la patología psiquiátrica, no se convierte en un manual superficial, por el contrario, profundiza en cada uno de los capítulos con una comprensión en la que sin duda se encuentra la formación psicoanalítica del autor. Importante para la formación de los residentes en psiquiatría y psicología, aún para aquellos que recién comienzan a adentrarse en el mundo de los trastornos de personalidad.

Glen Gabbard es psiquiatra y psicoanalista, formado en el Karl Menninger School of Psychiatry en Kansas. Ha publicado numerosas obras sobre psiquiatría psicodinámica y sobre los trastornos de personalidad.

Abzurdah.
La Perturbadora Historia de una
Adolescente (●)

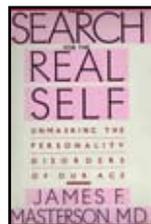
Cielo Latini.
Planeta, Buenos Aires, 2006



Versión argentina de Eclipses pero escrito desde el cono de sombra, sin dar lugar a la posibilidad de luz futura. Es un libro difícil, doloroso y cargado de impotencia. La autora tiene un don muy especial para la escritura, un don que utiliza como arma punzante para clavar constantemente en el lector. "A propósito, mejor aprovecho este lugarcito para revelar que a veces soy bastante autosuficiente, egocéntrica y soberbia a la hora de escribir. Y que por cierto creo que sé más acerca de la anorexia y del suicidio que los psicólogos y los médicos que intentaron ayudarme. No es necedad. Es simplemente que creo que la experiencia no es transmisible... Entonces, que no me vengan a hablar a mí de los síntomas ni de lo que tengo que sentir o hacer, porque ya tuve suficiente."

Una obra cargada de genialidad que mantiene la atención en cada página. Como dice su autora en el prólogo: "...Toca temas jodidos. Y si no estás dispuesto a leer cosas jodidas, andá a la librería, cambialo y que seas feliz con Charles Perrault. Yo no soy la Cenicienta, ni Hansel, ni Gretel. Soy más bien el lobo. Un lobo confundido, ultrajado y autodestructivo".

**The Search for the Real Self.
Unmasking the Personality Disorders
of Our Age (●)**
James Masterson.
The Free Press, New York, 1998



Este libro describe cómo el self verdadero comienza a desarrollarse en la infancia temprana, y cómo uno lo identifica y lo articula experimentando con el ambiente para llevarlo a la armonía con el mundo exterior a través del trabajo y de las relaciones amorosas.

Masterson enseña qué pasa con un self dañado que es incapaz de acomodarse a su entorno y que desarrolla conductas autodestructivas que lo protegen. Dando lugar al falso self que produce una falta de autoestima. La extensa experiencia del autor se ve resumida en este libro que aporta un acercamiento particular a la comprensión y al tratamiento de estos pacientes entendiendo al terapeuta como guardián del self verdadero.

**Pacientes Límitrofes. Diagnóstico y
Tratamiento (●)**
Beatriz Dorfman Lerner (compiladora).
Lugar Editorial, Buenos Aires, 1992



Compilado que aporta un panorama general sobre el Trastorno Límite. Es destacable la producción autóctona. La lectura es sencilla, abarcando desde la neurobiología hasta la psicopatología, transitando por discusiones diagnósticas y abordajes terapéuticos desde varios enfoques. Digno de mencionar el abordaje psicosocial de familiares y las técnicas psicodramáticas en estos pacientes.

En definitiva, un libro bien pensado, bien desarrollado y por sobre todas las cosas, un libro escrito por profesionales argentinos que contribuyen a la vasta bibliografía sobre el tema con la idiosincrasia propia de nuestro medio.



Dr. José María Di Gregorio
MP 4355 – Tucumán
e-mail: josemdigregorio@gmail.com

Estimado Comité Editorial Revista Sinopsis

Antes que nada quería felicitar la labor que están llevando a cabo con la revista. Ahora da gusto leer una publicación amena, con un diseño inmejorable y una calidad de artículos destacable. La sección de libros recomendados es imperdible y en cada número nutren mi interés en los distintos temas de nuestra hermosa profesión. Nuevamente felicitaciones.

También es objeto de esta carta reflexionar acerca de una frase que la Dra. Vaernet menciona en su artículo "Terapia Cognitivo Conductual en la Esquizofrenia", que dice: Luego de estudios exhaustivos realizados entre los años 60 y 70's se llegó a la conclusión de que el psicoanálisis no sólo era ineficaz, sino que además podría ser iatrogénico para los pacientes.

Para refrendar tan inadecuada frase cita cuatro artículos (May et al, 1976; May et al, 1981; Gunderson et al, 1984 y Stanton et al, 1984) y un libro (Davidson y McGlashan, 2004).

El artículo de May es frecuentemente citado porque fue la primera investigación a gran escala que comparó el tratamiento farmacológico versus el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con esquizofrenia. Si bien es cierto que los pacientes medicados obtuvieron mejorías estadísticamente significativas respecto a los pacientes que recibieron solamente psicoterapia y que hoy en día ninguna mente avezada realizaría un tratamiento en esquizofrenia sin medicación, también es cierto que fue un estudio muy criticado desde un punto de vista metodológico. Las herramientas que utilizaron para medir mejorías interpersonales y de funcionamiento psicológico general son cuestionables.

Siguiendo con las citas de la autora, un estudio de mejor diseño metodológico fue el de la Universidad de Boston de 1984. En este estudio se definió adecuadamente el tipo de psicoterapia en estudio. La muestra se dividió en dos grupos, uno fue sometido a tratamiento psicoterapéutico de apoyo y el otro a psicoterapia orientada psicodinámicamente. Luego de un seguimiento a dos años el primer grupo disminuyó las recidivas y mejoró el estado general. Quienes realizaron psicoterapia exploratoria mejoraron la cognición y el funcionamiento yoico. Concluyen los autores que las diferencias entre ambos grupos son relativamente menores. Este estudio también es criticable debido a la alta tasa de abandono durante la investigación y a que el seguimiento fue de sólo 2 años, seguramente un tiempo limitado para cuantificar resultados en una psicoterapia psicodinámica.

McGlashan et al estudiaron 163 pacientes con esquizofrenia que habían estado internados mientras recibían psicoterapia intensiva orientada psicodinámicamente. Realizaron un seguimiento promedio de 15 años luego del alta de internación y observaron que 1/3 de los pacientes habían tenido mejorías. Definieron dos grupos, uno de los cuales intentaba integrar la experiencia psicótica a su vida y otro que deseaba darle un cierre a la enfermedad. Este estudio demostró que los pacientes que integraban la experiencia psicótica se beneficiaban con una terapia exploratoria mientras que el otro grupo quizá se perjudicaba con este tipo de abordaje.

De ahí a declarar una "Ley Universal Antipsicoanalítica" en la esquizofrenia queda mucho camino.

Como psiquiatras deberíamos ser amplios y dejar los totalitarismos de lado que sólo conducen a generar fanáticos irracionales. Además deberíamos ser prudentes y responsables con la información que manejamos para no sesgar las posibilidades.

Finalizando, nada mejor que una cita del mismísimo McGlashan⁽¹⁾ sobre su manera de aplicar psicoterapia: "La terapia personal provee el contexto ideal consi-

derando la combinación específica de intervenciones que sean más útiles para “ese” paciente en particular, con “ese” tipo de esquizofrenia en “ese” momento particular de la enfermedad”.

La terapia personal puede aplicarse en el marco de una comprensión psicodinámica de las defensas del paciente, de sus relaciones objetales y del sentido del sí mismo.⁽²⁾

1- Fendon WS, McGlashn TH. *We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia. Am J Psychiatry* 1997; 154: 1493-1495

2- Gabbard GO. *Chapter 7: Schizophrenia. En: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 3er Ed. American Psychiatric Press, Washington, 2000*

Al comité Editorial Revista Sinopsis:

Agradezco en principio al colega la lectura y sus observaciones respecto al artículo, no obstante me parece oportuno aclarar algunos conceptos que creo pudieran dar lugar a conceptos erróneos.

Lamento que el punto de vista del artículo pueda aparecer como de un fanatismo irracional, cuando lo que hice fue sólo enmarcar el contexto histórico-y a modo de crítica- en el que se abandona toda intervención terapéutica en la esquizofrenia, citando una frase que no es una opinión que me pertenece, sino que se desprende de todos estos artículos.

Si se lee cuidadosamente mis afirmaciones, podrá verse que ellas apuntan a demostrar justamente como en determinados momentos ciertas “luchas” permiten que descalifiquen algunas herramientas tan importantes, como es en este caso la psicoterapia. Vale aclarar además, que las citas se refieren al psicoanálisis, no a la psicoterapia psicodinámica a la que hace referencia el colega, que como sabemos es bastante distinta en objetivos, estructura, duración. También el artículo es una referencia histórica de lo que sucedió hace 50 años, no de los alcances que pudiera tener hoy el psicoanálisis en ese campo.

Como vicepresidente del capítulo de psicoterapias de APSA, siempre defendí y defiendo el respeto por las diversas líneas teóricas dentro del campo de las psicoterapias, entendiéndolo que cada una de ellas tiene algo para aportar. Desde mi formación de posgrado, que incluye tanto el cognitivismo como el psicoanálisis, coincido en que hay diferentes pacientes con diversas patologías, y ninguna puede arrogarse poder resolver todas las problemáticas con la complejidad que ellas encierran.

Atte
Dra. Ana María Vaernet

