año 4 número 12 / julio 2017

ATLAS 12

otra revista de salud mental,
una revista de psiquiatría de enlace

ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

Un nuevo número de ATLAS. Llegamos a la docena.

El primer párrafo queremos dedicarlo a agradecer a todos los que asistieron a la presentación de nuestro primer libro, "Atlas de los Fenómenos Obsesivos". Fuimos bañados por una lluvia de palabras amables de parte del presentador, Santiago Levin, y de dos de los coautores presentes (Tomasa San Miguel y Cristian Garay). Fuera de las luces, el feedback que continuamos recibiendo aún hoy nos pone muy contentos y con ganas de encarar más proyectos alrededor de ATLAS (habrá novedades en el 2018).

A partir del tema convocante del último Congreso de APSA, decidimos ofrecer en este número un dossier sobre Consumo, sumándonos a la senda de las publicaciones locales y cercanas, que vinieron abordando recientemente el tema de los consumos (nos referimos a **Sinopsis**, Diciembre 2016 N°58, a **Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría**. N°130. Vol XVII. Nov/Dic 2016 y a **Clepios** Nº72 Mar/Jun 2017).

Decidimos que nuestro acercamiento al consumo no sea sólo por el lado de las sustancias, sino también de técnicas, objetos e ideologías.

En el cuerpo principal de la revista inauguramos una sección clínica, con trabajos escritos a partir de pacientes de interconsultas que son comentados por un invitado. En esta primera entrega, como para empezar tranquilos, se reflexiona sobre la muerte y sus efectos en todos los involucrados en la atención.

En otra parte no bautizada pero que podría llamarse "co-

sas que siempre conviene tener a mano", Silvina Foks realiza un recorrido por el espectro depresivo en el embarazo y puerperio, incluyendo información práctica a la hora de una indicación farmacológica en el embarazo y la lactancia.

Nos enorgullece presentar bajo la forma de artículo, el póster ganador del último Congreso de APSA, realizado por Pablo Coronel y Natalia Lamothe. Los posters suelen tener una vida efímera, con poca posibilidad de interacción. No vamos a armar una ONG que rescate pósteres de la finitud, pero vale la pena poder presentarlos acá bajo un formato textual que pueda ser llevado (y leído).

¿Qué más? Mucho. Una decepción con un Sir, una mesa redonda polémica, fiestas electrónicas cuidadas, la historia de los elefantes rosas, la pérdida de un colega querido. Muchas cosas. Ojalá disfruten esta edición.

Sumario

Editorial 2
Formación y pasión (Javier Fabrissin)..... 5
Marihuana y políticas públicas (JF/MZ) 7
Protocolo de triage en salud mental y adicciones
(Pablo Coronel, Natalia Lamothe) 13
El consumo del ideal en salud mental
(Marcos Zurita) 26
Clinica de la interconsulta: De eso no se habla
(Natalia Pettorossi) 45
Comentario a De eso no se habla
(Juan Cristóbal Tenconi) 52
Los elefantes rosas y Serge Gainsbourg
(Javier Fabrissin) 55
Del consumo problemático a la problematización
del consumo (Carlos González Moreno) 63
La salud y el psicoanálisis (Tomasa San Miguel) ... 69
Algunas consideraciones sobre la depresión
perinatal (Silvina Foks)..... 84
Bailar cuidados: implementación de reducción de
daños en escenarios de ocio 96
Piedras, Papers y Tijeras 110
E-cigarrillos: ¿sirven o no? 118
Cierre 123

ATLAS Año 4 Nº 12. Invierno 2017. ISSN 2362-2822
Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Autowahn Editora. Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace Asociación de Psiquiatras Argentinos. Lectores: maildeatlas@gmail.com

Av Belgrano 1431 1 “8” C1093AAO C.A.B.A. TE: 4383-6123 /
mail: autowahn@gmail.com

Formación y pasión

Javier Fabrissin

Durante los primeros años de formación como psiquiatra, uno se puede encontrar con docentes, referentes o supervisores egoístas, exquisitos, indispuestos, oscuros, desalentadores, pesimistas, centrípetos, distantes, circunspectos, fríos y de lecturas acotadas a los límites exactos de su campo de acción inmediato.

Pero también uno puede tener la suerte de encontrarse con referentes formativos con las características opuestas. Es decir, uno pudo haber tenido la suerte de encontrarse con Omar Alva.

Un claro modelo teórico, un interés clínico inconmovible, una actualización permanente, sustento bibliográfico al hablar, un modo jerárquico de conceptualizar los casos clínicos y de establecer diagnósticos y caminos terapéuticos, la lucha por sostener espacios institucionales y, sobre todo, pasión por la psiquiatría y sus oportunidades: todo eso se preocupaba por transmitir, con una naturalidad que parecía convertir todo en accesible, en sencillo.

El primer curso de psicofarmacología, las supervisiones en un extinto bar de la esquina del Hospital Argerich y sus no-

tas escritas en recetarios que luego entregaba al supervisando, los clásicos papers de Kandel del American Journal, antes de que Kandel fuera Premio Nobel, el circuito de Papez y las vías directa e indirecta de los circuitos cortico-estrio-tálamo-corticales, la apuesta de que Osama bin Laden estaba detrás de los atentados del 11-S cuando aún las Torres seguían en pie, los primeros acercamientos a la Terapia Cognitivo-conductual en bares de la zona de la Facultad de Psicología, el modesto Hotel Miami que colonizamos junto con algunos compañeros del Argerich en el primer Congreso de APSA al que asistí, su guardapolvo bien blanco y él sentado en el sillón del minúsculo estar de residentes entre un paciente y otro del equipo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Entre las tantas derivaciones que podría seguir la formación de un residente que recién empieza, agradezco el vector que me acercó a Omar Alva y sus enseñanzas que aún resuenan en mi quehacer profesional.

Obviamente que todo esto es una apreciación subjetiva, pero estoy seguro de que los conocieron suscribirían esta opinión.

Marihuana y políticas públicas

JF / MZ

1. "Trato de no involucrarme en asuntos políticos"

Hace unas semanas, cuando veníamos preparando el presente número de Atlas, pensamos que sería una buena idea escribirle a Robin Murray, psiquiatra del Instituto de Psiquiatría del King's College de Londres, ex presidente de la Asociación de Psiquiatría Europea y, para más, Caballero Británico desde el 2011, en honor de sus aportes a la medicina. Sir Robin Murray, escocés de origen, tiene una vasta trayectoria investigando aspectos vinculados con la psicosis/Esquizofrenia y, ya más en relación con el tema que nos convoca, sobre la relación entre el consumo de sustancias (en particular, cannabis) y el desarrollo de psicosis.

Sobre este tema, las publicaciones de Murray se remontan a la década del '90. Una búsqueda en PubMed arroja 80 papers y casi que con sólo leer los títulos se reconstruye el derrotero y, en parte, las conclusiones a las que fue arribando: *Cannabis and acute psychosis* (Schizophr Res. 1994), *Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study* (BMJ. 2002), *Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence* (Br J Psychiatry. 2004),

Cannabis use and outcome of recent onset psychosis (Eur Psychiatry. 2005), *The environment and schizophrenia: the role of cannabis use* (Schizophr Bull. 2005), *Trends in cannabis use prior to first presentation with schizophrenia, in South-East London between 1965 and 1999* (Psychol Med. 2006), *Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis* (Schizophr Bull. 2016), *Cannabis-associated psychosis: Neural substrate and clinical impact* (Neuropharmacology. 2017), *Can we make cannabis safer?* (Lancet Psychiatry. 2017).

Y destacamos uno que resultó muy comentado en su momento: *Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction.* (Biol Psychiatry. 2005), donde se halló que el desarrollo de psicosis en usuarios de cannabis estaba asociado a un polimorfismo funcional de la enzima COMT (portadores del alelo valina158).

Así fue que le mandamos un mail donde lo invitábamos a participar en Atlas respondiendo dos simples, quizás inocentes, preguntas:

1) ¿Qué opinión tiene acerca del paper publicado por Hasin et al. (véase más abajo) una de cuyas conclusiones fue que "las leyes [aprobadas] para el uso médico de la marihuana habrían contribuido a un incremento de la prevalencia tanto del uso ilícito como de los trastornos asociados con el uso del cannabis"?

2) Si se regulara el uso medicinal del cannabis, ¿considera necesario que se realice algún tipo de evaluación previa (ej.: antecedentes psiquiátricos, screening genético) en los posibles consumidores de esta sustancia?

Obtuvimos por respuesta un lacónico: "Sorry but I try to avoid getting involved in political issues" (Lo lamento pero intento no involucrarme en asuntos políticos). Luego de atravesar la fase de la desilusión, de la contrariedad ante su negativa, de la sorpresa por el contraste entre esa amarga contestación y

el carácter afable, simpático, que habitualmente muestra Murray, nos pusimos a pensar.

La primera interpretación fue, seguramente, la más acertada: no tenía ganas de escribir. Atlas es para él una publicación ignota, en un idioma que no es el suyo, cuyo perfil y objetivos le son absolutamente desconocidos, por lo que la motivación para hacerlo (y sin dejar de lado aspectos básicos como si tenía tiempo, si estaba de vacaciones) era posiblemente nula.

Este pensamiento se refuerza con una constatación muy a mano: hay muchas opiniones de Murray sobre temas vinculados al consumo de cannabis, a las leyes que regulan el uso medicinal, a los posibles efectos de la despenalización, etc. Fue bastante significativa la polémica con David Nutt, miembro del "Consejo asesor sobre el uso indebido de drogas", entidad del Reino Unido (The Guardian, 28 de octubre del 2009 (https://www.theguardian.com/commentisfree/2009/oct/29/cannabis-schizophrenia-classification)). Murray cuestiona la relativización del riesgo asociado al uso de cannabis que difundió esta organización, de modo bastante categórico: "La pregunta es si el uso de cannabis contribuye al desarrollo de psicosis, incluyendo esquizofrenia. […] La evidencia, aunque no concluyente, ha ido creciendo de forma sostenida en los últimos tiempos. El riesgo de psicosis aumenta hasta 6 veces en usuarios de marihuana en gran cantidad y por mucho tiempo".

En otro reportaje publicado en la página de la Fundación DANA (http://www.dana.org/QAMurray/), Murray afirma no tener "problemas con la descriminalización de la marihuana […] es estúpido perder dinero persiguiendo personas por fumar marihuana y enviarlos a la cárcel", […] "respecto de la legalización, aún no sabemos lo suficiente y habría que esperar y ver. Hay tres grandes preguntas: ¿se convertirá la marihuana en una industria como la del tabaco?, ¿cómo habría que manejarse con los adolescentes?, la evidencia muestra que en los estados donde se legalizó la marihuana aumentó el consumo

en este grupo etáreo, ¿cómo plantear la educación sobre esta temática?, ya que fuimos muy exitosos en las campañas sobre el uso del cigarrillo pero fueron un gran fracaso las campañas educativas sobre los riesgos del alcohol. Si hiciéramos una campaña de diseminación educativa sobre el uso del cannabis, quizás tendríamos el mismo resultado del logrado con el consumo de cigarrillo."

Creemos que, cuanto menos, estas son opiniones sobre temas de salud pública, cuando no, directamente, opiniones políticas. Y el interrogante que se impone no es nuevo: ¿Un científico que publica resultados objetivos o que opina en base a la información proveniente de investigaciones científicas, no está haciendo política, aunque sea de forma indirecta, involuntaria o inadvertida? O, como mínimo, ¿las contribuciones de la comunidad científica no sirven para construir políticas de estado?, ¿no promueven, acaso, reflexiones y decisiones de política pública?

Investigación y políticas públicas

"En función de tres relevamientos nacionales, que cubrieron un periodo de 20 años, investigamos si hubo un incremento del uso ilícito y de los trastornos asociados al uso de cannabis a partir de la implementación de leyes que regulan el uso de marihuana con fines medicinales en la población mayor de edad de los EEUU. A lo largo de este periodo, las prevalencias predictivas del uso ilícito y de los trastornos asociados al uso de marihuana se incrementaron en mayor grado en aquellos estados que aprobaron tales leyes, en comparación con los estados donde esto no ocurrió". Así arranca la sección "Discusión" de un reciente estudio publicado en el JAMA (*US Adult Illicit Cannabis Use, Cannabis Use Disorder,and Medical Marijuana Laws 1991-1992 to 2012-2013*. Hasin et al. JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0724. Published online April 26, 2017).

En los EEUU, 28 estados aprobaron el uso de marihuana con fines medicinales. La propuesta de los autores fue evaluar si en estos estados hubo un aumento del uso ilícito de marihuana y/o de trastornos relacionados con el consumo de esta sustancia. Se consideraron tres periodos: 1991-1992, 2001-2002 y 2012-2013, extrayendo los resultados de encuestas nacionales. Entre los periodos 1991-92 y 2012-13, la prevalencia predictiva del uso ilícito de cannabis en los estados con leyes que regulan su uso medicinal vs. los estados donde no hay tales leyes fue de 3,6 y 2,2 respectivamente (P = .004); asimismo, la prevalencia predictiva de trastornos asociados al uso de cannabis también se incrementó 1,6 y 1,0 puntos porcentuales (P = .03).

Los autores plantean que se requieren estudios adicionales para establecer cómo estos significativos cambios en las políticas de salud y su implementación tienen consecuencias para la salud pública en estados donde se reguló el uso medicinal del cannabis. Proponen que el incremento en el uso ilícito puede ser resultado de una mayor disponibilidad de la sustancia, o de mayor potencia de la misma, de una percepción de carencia de riesgo, de actitudes de permisividad generales (dado que otros usos de sustancias y trastornos producidos por sustancias también aumentaron), de un uso mayor para afrontar síntomas depresivos o ansiosos o por oportunidades económicas disminuidas.

Corolario

Sobre este estudio le preguntamos la opinión a Murray.

No podemos desconocer que, al escribir y publicar el presente artículo en Atlas, aun cuando no estamos expresando ninguna opinión personal y sólo nos limitamos a reflejar, a transmitir una información, nos estamos metiendo en el terreno de la salud pública, parte del terreno de las políticas públicas, parte de la política.

Adenda:

-En la población de 12 a 17 años, durante el 2017, alguna vez consumieron tabaco (11,6%), alcohol (34,1%), marihuana (2,7%), alguna droga ilícita (2,7%).

-18% de los consumidores de marihuana presentaron indicadores de dependencia

-33% de los consumidores de cocaína presentaron indicadores de dependencia

-50% de los consumidores de alcohol de entre 12 y 17 años lo hicieron en forma abusiva.

-En comparación al 2010, se triplicó el consumo de cocaína de alguna vez en la vida entre los niños y adolescentes.

-El consumo de éxtasis en niños y adolescentes aumentó un 200%.

-El consumo de alguna droga ilícita en niños y adolescentes aumentó un 146%.

La escritura de este artículo coincide con la publicación y propagación del "Estudio 2017 de consumo de sustancias psicoactivas", de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar): http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/INFORMACINZPARAZCOMUNICACINZPRENSA.pdf. Se puede acceder a un resumen de los resultados, donde no podemos leer la metodología (escalas o métodos de evaluación que se emplearon, qué se entiende por "indicadores de dependencia"), del cual se extrajeron los datos que mencionamos en el párrafo anterior. Se pueden hacer muchas interpretaciones de los datos, señales de alarma pueden estallar y las declamaciones se pueden dejar oír en cualquier estrado público, pero lo que queda claro es que pasan los años y el alcohol sigue siendo la sustancia más problemática.

Protocolo de triage en salud mental y adicciones

Pablo Coronel / Natalia Lamothe

Introducción

El presente trabajo incluye un conjunto de documentos elaborados en la creación de la herramienta diseñada por nosotros y que dimos en llamar *Triage en salud mental y adicciones*. El mismo es el producto de nuestro trabajo desarrollado para el comité de protocolos del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Licenciada Laura Bonaparte". Las ideas seleccionadas y la estrategia comunicacional enriquecida por los aportes del área de comunicaciones de dicho hospital, permitieron plasmar y condensar esta información en un póster presentado en el XXXII Congreso Argentino de Psiquiatría, *Consumos problemáticos. Compromiso de la Psiquiatría y la Salud Mental con la comunidad*, celebrado en la ciudad de Mar del Plata, en abril de 2017. El mismo obtuvo el primer premio del Jurado a Mejor Póster APSA 2017.

No creemos casual que en el primer congreso dedicado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos a las problemáticas adictivas, la presentación de este protocolo requirió más de dos horas de diálogo permanente con colegas de todo el país y la región, quienes se acercaron con mucho interés para intercambiar ideas dando cuenta de las necesidades de pensar

acerca de estrategias de abordaje relacionadas a esta temática.

Esto sumado al manifiesto interés de varios de nuestros colegas que de alguna manera integran la *pretendida* red de adicciones con su trabajo cotidiano como efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el primer cordón del Gran Buenos Aires, hacen de esta invitación de los editores de ATLAS una oportunidad ideal *para ir más allá* y compartir vía web nuestras ideas y trabajo al servicio de la elaboración de una herramienta que entendemos ha resultado de interés para el resto de la comunidad científico-técnica en esta especialidad.

Fundamentación

Presentamos un protocolo de triage en salud mental para la organización y atención prioritaria de casos de demanda espontánea y urgencias psiquiátricas en el área de acceso a una institución, con un crecimiento permanente del requerimiento del número de pacientes a ser atendidos desde su transformación en un Centro Nacional de Reeducación Social hasta la apertura de un mayor número de prestaciones y servicios que permitieron su actual denominación como Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Licenciada Laura Bonaparte".

Estos cambios han traído aparejada la necesidad de imponer la consecuente actualización de su estructura institucional tanto en infraestructura edilicia como en el número y organización de los recursos humanos. De esta manera se hace hincapié en mejorar permanentemente las prestaciones profesionales para optimizar tanto los resultados en los tratamientos de los pacientes que consultan al hospital, como así también la utilización de los recursos asistenciales disponibles.

El ingreso de pacientes al hospital se realiza a través de una entrada común hacia dos dispositivos de atención alternativos: por un lado hacia la guardia interdisciplinaria para

aquellos casos de situaciones de urgencias y emergencias en un horario de atención de 24 horas todos los días del año; por el otro lado, el servicio de Atención a la Demanda Espontánea funciona de lunes a viernes de 8 a 20 horas, para la atención de pacientes o familiares que se presentan solicitando, con o sin derivación, un tratamiento u orientación por primera vez o luego de mucho tiempo de haber consultado.

Muchos problemas se han generado en el hall de entrada a la institución producto de la interacción desordenada de pacientes, referentes y familiares que acuden en muy diferentes coordenadas clínicas y contextos sociales diversos, ante la falta de una guía institucional de recomendaciones para la asignación del nivel de prioridad en la atención de acuerdo a la gravedad de cada caso y la correspondiente intervención de cada dispositivo. Entre otros ejemplos pueden mencionarse, descompensaciones de cuadros previos hacia presentaciones de mayor gravedad, disputas, agresividad hacia sí o terceros, daños a las instalaciones, intoxicaciones agudas, entre otros.

Objetivos

Nos propusimos tres objetivos posicionándonos virtualmente desde una múltiple mirada que implicara simultáneamente los intereses que nosotros le suponemos al paciente, las prioridades que nuestra capacidad científico-técnica nos permite asignar en la atención según el caso y, por último, el efecto sanitario resultante de la aplicación de esta modalidad. Pasemos a enunciarlos entonces:

1) Desde la perspectiva del paciente, buscamos atender las situaciones de urgencias y emergencias adecuadamente, brindando la información precisa que disminuya las situaciones de agresividad en sala de espera, evitando situaciones de inseguridad, ansiedad y estrés; asimismo deseamos asistir adecuadamente en tiempo y forma a aquellos pacientes que solicitan comenzar un tratamiento en salud mental, sin presentar aun

una situación de urgencia, teniendo en cuenta el acceso único al hospital; pensamos que especificar la modalidad de ingreso al sistema de atención, contribuirá a aumentar la satisfacción del usuario.

2) Desde el punto de vista profesional, la utilización del triage permite ordenar el trabajo; definir prioridades asistenciales aumentando la satisfacción profesional al disminuir las *fricciones* entre los distintos servicios que participan en la puerta de entrada a la institución. Todo ello contribuirá a disminuir la incidencia del burnt-out profesional usual en las instituciones dedicadas a la atención de problemáticas complejas en salud mental.

3) Desde la perspectiva de la organización sanitaria, el triage genera información clara sobre las indicaciones de derivación de los pacientes hacia distintos dispositivos intrainstitucionales, facilitando la logística y regulación de la espera. Este efecto incidirá en el mejoramiento de la articulación con otros efectores de atención en salud mental, toda vez que el tipo de casuística así lo requiera.

Marco teórico

El término *triage* es un neologismo que deriva del verbo *triar* que significa escoger, separar o entresacar. El mismo fue desarrollado en el ámbito de la medicina de guerra y catástrofes para optimizar la atención de heridos asignando la prioridad según el nivel de gravedad de sus lesiones. Se trata de un proceso de categorización compleja y dinámica de la asistencia a heridos y lesionados basado en el pronóstico de sus lesiones y en sus probabilidades de supervivencia.

Con el tiempo, su uso se fue generalizado posteriormente para toda la medicina de urgencias.

En la definición de Cooke y Sinclar se establece que "el triage sería el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada al servicio de urgencias para determinar la gravedad del problema y asignar el recurso de salud apropiado para

el cuidado del problema identificado"; el paciente es clasificado de acuerdo con las prioridades de los requerimientos de su atención en particular.

Hay escasa experiencia mundial en categorizaciones de triage para pacientes que padecen problemas en salud mental. No se encontraron modelos de triage para salud mental que contemplen las adicciones en la búsqueda bibliográfica realizada para la elaboración del presente protocolo.

Resulta relevante en este punto establecer la diferenciación entre *crisis, emergencia y urgencia.* Siguiendo la definición de Rijnders, se consideran a las **crisis** como "aquellas situaciones en las que se produce una alteración en el equilibrio sistémico", un evento "no esperado". Si bien existe tiempo y diferentes posibilidades de hacerlo, es una situación que exige una respuesta; esto es, se debe actuar frente a ella. La intervención ante una crisis implica reconducir la situación hacia un estado de mayor estabilidad y la posibilidad de lograr una continuidad del tratamiento habitual, o el inicio de uno nuevo.

La **urgencia** en psiquiatría es una situación de crisis en la cual el sistema no cuenta con alternativas necesarias para solucionarlo apremiado por la falta de tiempo. Es decir, la asistencia no puede esperar debido al riesgo de empeoramiento que traería aparejados nuevos y mayores problemas.

La **emergencia** psiquiátrica se define como aquellas situaciones extremas en las que la agresión directa o indirecta hacia sí mismo o a los demás se presenta como síntoma dominante. Este debe ser tratado inmediatamente para evitar las consecuencias que implicará la producción de un daño. Incluye no solo a pacientes violentos y agitados por cuadros psicóticos de variada etiología o conductas suicidas activas, sino también a patologías como el delirium, las intoxicaciones agudas por drogas legales e ilegales, entre otras.

Estas conceptualizaciones permiten conformar un sistema de clasificación del grado de urgencia del cuadro clínico de los pacientes que nos consultan -triage-, donde son muy

frecuentes aquellas presentaciones que requieren de una atención inmediata en las que el factor tiempo es imperante. De tal manera, la asistencia adecuada en tiempo y forma, evitaría empeorar la crisis y desembocar en nuevos y mayores problemas.

Procedimiento

El triage debe llevarse a cabo en el sector de orientación del hall de acceso, puerta de entrada común al hospital. Allí un equipo de enfermería en conjunto con el personal administrativo de orientación previamente capacitados, será el responsable para decidir cuál será la modalidad de ingreso del paciente y la urgencia para contactar al equipo que deba intervenir.

De esta manera se creó la figura del equipo orientador dinámico en la escena de triage institucional, en el hall de entrada del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Licenciada Laura Bonaparte". La función de este equipo consiste en asistir la demanda creciente de situaciones que requieren de una atención inmediata y poder discernir y ordenar la concurrencia, en ocasiones caótica, frente a la necesidad de atención en el marco de la oferta de múltiples servicios y prestaciones que brinda el hospital.

Este equipo deberá funcionar articulado con personal administrativo de Orientación, personal de Seguridad y los diferentes equipos interdisciplinarios de todos los dispositivos del hospital (Guardia Interdisciplinaria, Atención de la Demanda Espontánea, Consultorios Externos, Hospital de Día, Internación de Agudos, Internación, Clínica Médica, etc). El mismo deberá cumplir un rol activo en la prevención de situaciones que puedan derivar en episodios de crisis, emergencias y urgencias vinculadas a la afluencia a menudo multitudinaria de personas que concurren en busca de respuesta a consultas de diversa índole, generando esperas prolongadas, a través del ordenamiento del tránsito de los consultantes.

El sistema de categorización de consultas se codifica en tres colores (Rojo, Amarillo y Verde) clasificados según su gra-

vedad medida en tipos de cuadros clínicos, tiempo de evolución, antecedentes de tratamiento previo, los motivos habituales de consulta, a los fines de determinar el tiempo de espera deseable para su atención y el servicio que deberá intervenir.

Todos aquellos cuadros que se encuentran dentro del código rojo y amarillo deben ser derivados al servicio de guardia y contactar inmediatamente al equipo de urgencias y clínica médica; a su vez, aquellos que se encuentran descritos en el código verde, son pacientes que se encuentran en condiciones de poder esperar su turno de llegada y deben ingresar al sistema, por Atención a la Demanda espontánea (ADE). La descripción de los diferentes cuadros clínicos y presentaciones con la clasificación correspondiente, se encuentra detallada en el cuadro a continuación.

CODIGO	TIEMPO DE INICIO DE ATENCIÓN	EQUIPO QUE DEBE INTERVENIR	CUADROS CLÍNICOS
ROJO	Menor o igual a 10 minutos	GUARDIA y CLINICA MEDICA	Desorden severo del comportamiento con amenaza inmediata de violencia extrema.(Llamar inmediatamente al equipo de urgencias, seguridad y clínica médica)
			Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas con amenazas de agresividad hacia sí mismo o hacia terceros. (Llamar inmediatamente al equipo de urgencias, vigilancia y clínica médica)
			Agitación o retraso psicomotriz (tendencia al sueño). Pueden ser de causas tóxicas, psiquiátricas u orgánicas. (Llamar al equipo de urgencias, si el paciente se encuentra violento convocar a seguridad y también llamar al médico clínico)
			Paciente con temblores, sudoración profusa, inestabilidad en la marcha, o sequedad de mucosas, confusión, distorsión de la atención,desorientación, inquietud, etc. Pueden ser de causa tóxica, por abstinencia, u orgánicas. Aliento etílico. (Llamar rápidamente al equipo de urgencias y médico clínico)

AMARILLO	Menor o igual a 30 minutos	**GUARDIA**	Pacientes muy angustiados o en situación de crisis
			Con desorden del comportamiento pero que no implica riesgo de daño inminente. El paciente no se encuentra violento y permanece cooperativo
			Desórdenes graves del pensamiento
			Estados delirantes y/o con alteraciones de la senso- percepción
			Paciente potencialmente agresivo
			Comienza a agitarse durante la espera o se encuentra muy retraído
			Último consumo es menor a 12 hs
			Pacientes que concurren para evaluación, traídos en ambulancia o móvil acompañados por profesionales de la salud. Pacientes que concurren con personal de la salud y/ o personal policial con orden de evaluación judicial.

			Pacientes con lesiones físicas evidentes (Llamar también al médico clínico)
			Violencia familiar, de género. Violación, abuso
			En todos los casos, los pacientes no deben permanecer solos y se debe convocar rápidamente al equipo de urgencias y eventualmente al médico clínico)
VERDE	Menor o igual a 60 minutos	**ADE**	Paciente que no presenta a la observación y durante el relevamiento de datos indicios de alteración psiquiátrica aguda. (Igualmente puede ser detectado luego en la entrevista profesional y en ese caso pasará a la guardia o se tomará conducta pertinente).
			Pacientes que no presenten indicios de intoxicación aguda con sustancias.
			Paciente conocido con síntomas crónicos, crisis social. Sin exacerbación aguda de su patología de base.
			Familiares o referentes que solicitan orientación.
			Último consumo es mayor a 12 hs.
			Pacientes con orden de evaluación judicial, sin acompañamiento de profesionales de la salud y/ o personal policial y sin sintomatología de alteración psiquiátrica aguda ni signos de intoxicación o abstinencia aguda

Este cuadro debe estar al alcance y disposición de los integrantes del equipo orientador dinámico y todos los servicios institucionales deben estar informados y capacitados respecto de la implementación de este protocolo.

Cuando un paciente se presenta en Orientación, en primer lugar corresponde determinar mediante la observación y, en la medida de lo posible, el diálogo con ellos y/o sus referentes en la consulta, la siguiente información:

1) Determinar si existe mal estado general, lesiones evidentes, temblores, sudoración profusa, inestabilidad en la marcha, aliento etílico, estado de agitación o excitación, actitud amenazante o agresiva evidente, tendencia al sueño o retraso psicomotor, comportamiento extraño, conductas tendientes a autolesionarse o agredir a otros, grado de cooperación y el contacto visual con quien recibe al paciente. Embarazo.

2) Es importante determinar si concurre sólo o acompañado y si el vínculo durante la observación impresiona positivo o adecuado; si así no lo fuera, es un aspecto a tener en cuenta para evitar mayores inconvenientes y se debe informar a los equipos de salud designados a intervenir en la atención.

3) Asimismo corresponde determinar si concurren acompañados únicamente por menores de edad. Si este fuera el caso, se deberá avisar a los equipos de salud para su atención prioritaria, tanto en cuadros con criterios de atención por guardia como en los casos que reúnan criterios de atención por demanda espontánea. Idéntica prioridad se asignará a las pacientes embarazadas.

El relevo inicial de datos personales deberá realizarse de manera cordial, prudente y con muestras de interés. Un dato de la semiología psiquiátrica inicial resulta sensible: *¿Presenta un discurso coherente o incoherente?* El discurso incoherente a menudo orienta la evaluación a condiciones de pérdida de lucidez.

Entre los datos que pueden recabarse en esta primera aproximación, resultan relevantes para esta categorización tres aspectos a consignar:

1) *Última fecha y horario de consumo de sustancias*. Si bien es sabido que muchas variables intervienen para el desarrollo de un estado de intoxicación aguda (sustancia –única o múltiples- cantidad consumida, velocidad del episodio de consumo, cronicidad del consumo, variaciones interindividuales del metabolismo, entre otras), la experiencia clínica permitió llegar a un consenso en la necesidad de consignar si han pasado más de 12 horas, como corte temporal deseable para establecer la prioridad de atención y asignar el equipo de salud que debe intervenir.

2) *¿Ya se atendió con anterioridad en el Hospital?* ¿En qué servicio?. Son datos que agilizan la derivación y articulación con el servicio que corresponde convocar para su completa evaluación. Por otra parte, permite delinear el perfil del paciente en cuanto a su requerimiento de atención individualizado.

3) *Fecha de última consulta.* Resulta necesario conocer cuando fue la última ocasión en que el paciente contacto algún efector institucional por el problema de salud que lo trae a la consulta. Asimismo, será necesario conocer la naturaleza de la última intervención. El encuadre terapéutico interdisciplinario, necesario para un abordaje integral de salud en problemáticas adictivas, no está exento de prácticas iatrogénicas si no se sistematiza el registro de la prescripción psicofarmacológica, por ejemplo.

Una vez que los pacientes que reúnen criterios correspondientes con los código rojo o amarillo fueron atendidos por la guardia interdisciplinaria de salud mental, podrán concurrir

al servicio de atención de la demanda espontánea u otros dispositivos ambulatorios en los días subsiguientes, siempre y cuando reúnan criterios de atención de código verde.

A su vez, si en el transcurso de una entrevista realizada por un equipo profesional interdisciplinario del Servicio de ADE o algún otro dispositivo de atención ambulatoria, se detectara riesgo cierto e inminente para sí o terceros, o alguna situación clínica que requiera atención de urgencia o emergencia (por ejemplo: ideación suicida con planificación, descompensación psicótica aguda, descompensación secundaria a intoxicación aguda, violencia de género o familiar, entre otras), el caso será derivado al servicio de guardia interdisciplinaria para la compensación de su cuadro psicopatológico y atención de la urgencia. Siempre que se haya resuelto el cuadro de urgencia, que no haya requerido una indicación de internación, y el cuadro reúna criterios de código verde, podrán los pacientes concurrir al servicio de ADE, respetando las indicaciones descritas en el párrafo anterior. Es decir. una vez realizada la prestación por guardia y con el alta de ese servicio, podrán concurrir nuevamente a ADE en los días subsiguientes.

Siempre se deberá garantizar las medidas de *continuidad de cuidados*. Jamás se deberá dejar solos a los pacientes en casos de excitación psicomotriz, agresividad a través conductas auto o heterolíticas manifiestas (o frente a su ideación), ni ante cuadros de intoxicación aguda, delirium, etc. Además tener en cuenta que no queden al alcance de aquellos elementos potencialmente peligrosos que pudieran utilizarse como armas, elementos corto punzantes, ni medicación. Se deberá convocar al equipo de salud de urgencias, seguridad y/o referentes vinculares, si aún no se encuentran presentes.

Discusión

A lo largo de los nueve meses de su implementación, el Protocolo de Triage en Salud Mental y Adicciones ha permitido el ordenamiento de la atención en términos de precisión de prioridad de atención, reduciendo episodios de violencia, maltrato institucional secundario a conflictos entre los dispositivos intervinientes, al tiempo que facilitó la logística y regulación de la espera, generando condiciones favorables para la articulación tanto intra como interinstitucional. Además de las instancias de capacitación para el personal no profesional de orientación, se realizó una tarea de sensibilización de profesionales intervinientes a través de las coordinaciones de los distintos servicios, previamente a la implementación del protocolo. Una vez en marcha, se mantuvieron reuniones periódicas con los actores institucionales intervinientes para monitorear su funcionamiento, relevar opiniones y realizar los ajustes para optimizar su implementación. De estas reuniones y de aquellas sostenidas periódicamente entre coordinadores de servicio y de equipo, se obtienen las concusiones que a continuación exponemos. Sin embargo, resulta necesario el diseño de una herramienta de relevamiento que permita objetivar una medida del mejoramiento producido a través de un estudio de investigación a determinar que incluya la perspectiva del paciente usuario.

Conclusiones

La conformación y aplicación del triage para la atención de los pacientes que consultan al hospital, mejora la calidad de atención con resultados positivos en la satisfacción de los profesionales, al tiempo que optimiza la logística institucional con una regulación más adecuada de la espera. Permite priorizar la atención de los cuadros de emergencias y urgencias que serán atendidos por el equipo de guardia y determinar

cuáles pacientes ingresarán a través de Atención a la Demanda Espontánea para comenzar un proceso de evaluación y orientación que permita definir el tratamiento más adecuado que motiva su consulta.

Bibliografía

Assessing and Treating Suicidal Behaviors. A. Quick Reference Guide. Based on Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors, originally published in November 2003. A guideline watch, summarizing significant developments in the scientific literature since publication of this guideline, may be available in the psychiatric practice section of the APA Web site at www.psych.org

Hyman,S y Tesar, G. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 3ra edición 1996. Masson-Little, Brown, S,A.

Larumbe Iriartte, J.C et al. Modelos de Triage en Salud Mental, Servicio de Urgencias. Hospital de Navarra, España. www.enfermeriadeurgencias.com. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.

Ley de Protección Integral de las Mujeres 26.485. Sancionada en Marzo 2009. Promulgada en Abril de 2009. Reglamentación Decreto 1011/2010.

Ley N• 1265. Procedimiento para Protección y Asistencia a las Víctimas de Violencia Familiar y Doméstica. 2003. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Lineamientos para la Atención de las Urgencias en Salud Mental. Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

Mental Health Triage Scale for use with the NICE guideline on self- harm. Adapted from scales by Broadbent, M., Jarman, H. & Berk, M. (2002). Improving competence in emergency mental health triage. Accident and Emergency Nursing, 10, 155-162 and Smart , D., Pollard, C. & Walpole, B. (1999). Mental health triage in emergency medicine. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33 (1), 57- 66.

Protocolo y Guía de Prevención y Atención de Víctimas de Violencia Familiar y Sexual para el Primer Nivel de Atención. Áreas Políticas de Género. Programa Provincial de Prevención y Atención de Violencia Familiar y de Género. Secretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Provincia de Buenos Aires.

Smart, D. et al. Mental Health Triage in Emergency Medicine. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999; 33:57-66.

Treating Substance Use Disorders. A Quick Reference Guide. Based on Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition, Originally published in August 2006. Disponible en Psychiatric Practice section del sitio web de APA en www.psych.org

El consumo del ideal en Salud Mental

Marcos Zurita

En el marco de la Mesa Redonda "El consumo del ideal en salud mental", desarrollada en el último Congreso de APSA, se habló, tal lo explicita el título, del consumo de los ideales de salud. Que es hablar de mercado y moral. Que es hablar de cómo se construyen (fabrican) los ideales de salud y cómo, desde la expansión del capitalismo, los ideales se atomizaron y degradaron en necesidades de nicho de mercados.

Preludio: El juramento Hipocrático

Los médicos (al menos los médicos de mi generación recibidos en la Universidad de Buenos Aires) hemos jurado por Apolo, Asclepios, Higía y Panacea, recortar nuestro furor curandis a algunas cuestiones. Hay muchas versiones del Juramento, algunas más morales, otras más fenicias, pero básicamente uno se ha comprometido ante los dioses y las hijas de Asclepios a establecer "el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia". A ese contrato, además, se le suma una promesa: "Pasaré mi vida y ejerceré mi

profesión con inocencia y pureza".

Hay muchas formas de entender el ideal de salud o el ideal del médico. El ideal como guía, como realización de las cualidades hacia dónde apuntan nuestras destrezas (y torpezas). O el ideal como la única forma posible de ordenamiento. Todo lo que no se ordena es fracaso, no es salud. Una nube que se desprende de estas dos formas es la del ideal como aquello que encarna las fantasías de normalidad. A continuación, un recorrido por algunas formas en que ese ideal de salud (impregnado de normalidad) tracciona acciones y consumos en el ejercicio de la medicina.

1 El ideal de salud en los albores del siglo pasado

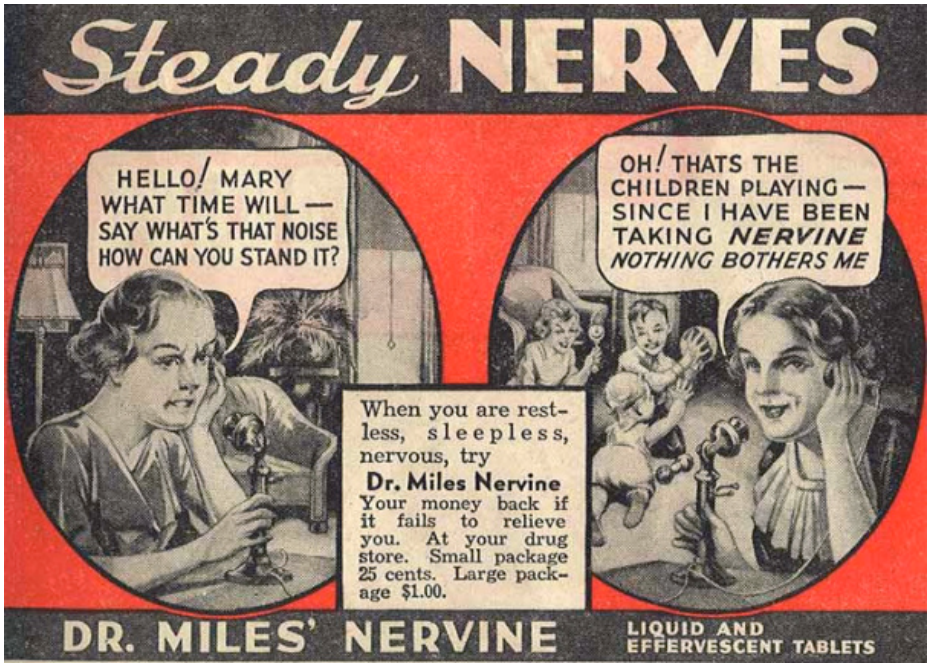
Entre fines del siglo XIX y principio del siglo XX, se extendió un territorio gris en la línea del tiempo de la medicina; un triángulo de las Bermudas cuyos vértices formaban el nacimiento de la clínica moderna, la experiencia popular formalizada en creencias y el surgimiento de la industria farmacológica. Ciencia. Cultura. Economía.

Los avisos publicitarios de entonces apuntaban a un ideal de salud que tenía la regularidad intestinal como uno de sus pilares. Phillips, lejos de los televisores inteligentes, vendía leche de magnesia para niños, un laxante que "sabe tan bien que piden más". No hay tanta distancia con el marketing de los lactobacilos o la obsesión por la justeza mecánica de Activia. Podemos ver ahí, en el tubo digestivo, el asiento de uno de los ideales de la salud del cuerpo máquina.

El otro problema que recorría la época era el de "los nervios". Un ejército de mujeres con ataques de nervios eran dianas de varios tratamientos. Vaya como ejemplo el invento del Dr. Miles, al que bautizó Nervine (pionero del pensamiento concreto que daría dormicum, humorap y otras linealidades).

En una viñeta, la amiga llama a la mujer nerviosa y le pregunta por el ruido que hay de fondo. La ex nerviosa le contesta que "Oh! Son los chicos jugando… desde que tomo Nervine nada me molesta".

El cuerpo mecánico sin obstrucciones, la mente en calma.



2 El ideal de la OMS

En el site de la Organización Mundial de la Salud yace la siguiente declaración:

"La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (1).

Desglosemos. Disequemos.

La salud mental es un estado de bienestar que representa a un individuo consciente de sus propias capacidades ¿Qué implicancia tiene esto? ¿Cuáles son esas capacidades? ¿Las funciones cognitivas? ¿La voluntad de trabajo? ¿La probidad? ¿Es el bienestar lo que mide el grado de conciencia y capacidades? ¿Dónde queda el "bienestar" consciente pero patológico de la hipomanía o la intoxicación?

"(...) puede afrontar las tensiones normales de la vida…" He aquí la tautología favorita de las definiciones en salud: la normalidad.

"(...) puede trabajar de forma productiva y fructífera". Este es un punto importante porque deja a la salud mental del lado de la producción. Sólo se tiene salud si se es productivo (¡y fructífero!). No basta realizar un trabajo o un proyecto, debe tener éxito ¿Y si no? Entonces queda por fuera de la salud. Lo curioso de esta parte de la definición es que cuando vemos esos títulos superyoicos destinados a ordenar eficiencia en un contexto de mercado, no son sólo slogans de gurúes serviles al dios de las ganancias sino que están subrayando un concepto de la propia Organización Mundial de la Salud. Si tomamos dos ejemplos bibliográficos de la disciplina del mandato productivo (siendo productivo siempre generar dinero), uno puede sospechar que, lejos de alcanzar el estado de bienestar, ese camino llevará a un estado de distrés, angustia y frustración al no dejar lugar a lo no fructífero, a la pausa en la producción constante.

"(...) y es capaz de hacer una contribución a la sociedad". Como si cumplir con los otros ítems fuera fácil, el último obliga a quien aspire a la "salud mental" a ser productivo también para la sociedad. Qué es *contribución* depende de cada sociedad. Un individuo que se inmola en un concierto pop *contribuye* a la sociedad llamada Estado Islámico, por ejemplo.

3 El Ideal del marketing farmacéutico

Los bancos de imágenes que ilustran las publicidades de la industria farmacéutica dicen mucho del ideal que se mete como una mancha de humedad (por no decir una metástasis) en el imaginario del profesional. Uno tiende a pensar que toda publicidad es inocua, que da risa y que espantarse frente a ellas como si fuera que son efectivas herramientas de producción de sentido es de paranoico o, al menos, rebuscado. Sin embargo, la combinación de imagen + eslogan tiene efectos.

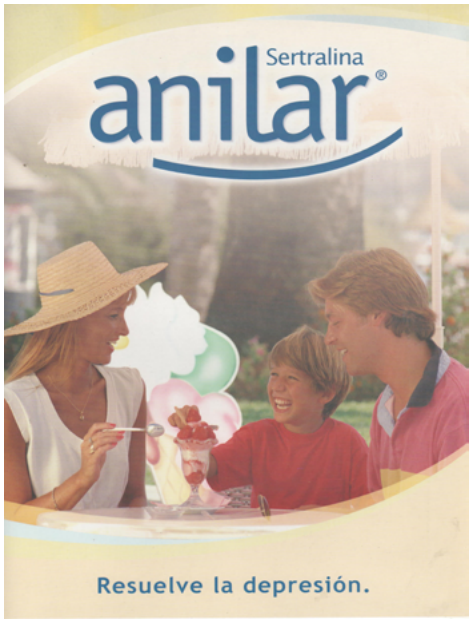
Una selección caprichosa de avisos nos acerca a las siguientes variables del ideal farmacéutico:

a) La vuelta al pasado de salud y prosperidad/juventud

Un padre joven que *vuelve al futuro*, a hacer proyectos eliminando la distimia. Una pareja madura que se ríe como adolescentes, subrayando que están "hoy mejor que ayer" gracias a la fluoxetina, que en la época del aviso, se apoyaba en un eslogan que hoy sonaría polémico: "impulsa a la vida". Impulsa. Fluoxetina. ¿Fallido o premonición?

b) La familia

Cuando el paciente toma una medicación también operan cambios en los vínculos familiares. En el ejemplo elegido, tenemos a una sertralina que "resuelve la depresión" en donde hay dos adultos y un niño alrededor de una mesa con un solo helado. Es la madre la que tiene la cucharita (y un sombrero). Suponemos que es ella quien vuelve a disfrutar del helado que, al ser único, tiene carácter de premio.



Un ejemplo más viejo, con una publicidad dirigida de manera intensa, muestra a un niño con cara triste que mira a cámara (a los ojos del médico). Detrás, una mujer en ropa de cama, con una mano sosteniéndose de la pared y la otra buscando algo en una caja (¿un revólver? ¿una pastilla?). El texto que acompaña la imagen es elocuente. Arranca con la apelación a la legitimación del sentido común: "Son conocidas las dificultades de los padres afectados por una depresión ansiosa, para compartir la vida diaria con sus hijos". Una vez estableci-

do el común acuerdo de esta perogrullada, continúa un segundo párrafo: "Para los niños, a la vez, resulta difícil comprender a un paciente depresivo dentro de su familia, más aún si se trata de uno de sus padres". Una generalización ya más jugada: ¿Pueden los niños comprender a los pacientes depresivos fuera de su familia? ¿Comprenden mejor si el paciente es un tío? Acá, el redactor pone en otro color lo que sería el punto de vista del niño. Dice: "¿Por qué mamá ignora mis problemas y nunca sonríe?" (ya es un niño con problemas); "Por qué ella por momentos está irritable y en otros llora?" (justeza semiológica del niño); "¿Por qué ya no juega conmigo, como lo hacía antes?" (coma rara, pero es un niño). Con el médico lector del aviso a punto de quebrarse, el narrador vuelve a cambiar: "En el instante en que comienzan a formularse esas preguntas es indispensable su intervención DOCTOR". "Pero usted, doctor, también necesita una ayuda eficaz y rápida para la solución del problema que aqueja al paciente". Párrafo complejo. Por momentos pareciera que el doctor también necesita medicación. En otros, lo de "ayuda eficaz y rápida" suena a una línea de El Padrino. Es el tono imperativo el que da la sensación de amenaza. "DOCTOR, le estamos ofreciendo una ayuda que no puede rechazar". Finalmente, la solución: Tofranil es su ayuda. El doctor respira aliviado. Es sólo un tricíclico.

El tono de este aviso, apelando al ideal de los vínculos paterno filiales, queda en sintonía con el clásico anuncio de metilfenidato que apela a la fantasía del desarrollo académico ("del ABC a la UBA") pero también la tranquilidad en los momentos de ocio ("En vacaciones y fines de semana. Especialmente cuando más lo necesitan" … los padres).

Son conocidas las dificultades de los padres afectados por una depresión ansiosa, para compartir la vida diaria con sus hijos.

Para los niños, a la vez, resulta difícil comprender a un paciente depresivo dentro de su familia, más aún si se trata de uno de sus padres.

¿Por qué mamá ignora mis problemas y nunca sonríe?

¿Por qué ella por momentos está irritable y en otros llora?

¿Por qué ya no juega conmigo, como lo hacía antes?

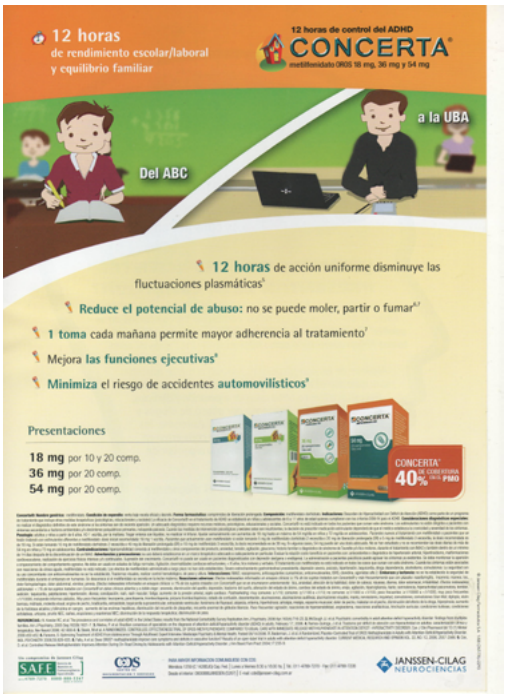
En el instante en que comienzan a formularse estas preguntas, es indispensable su intervención, DOCTOR.

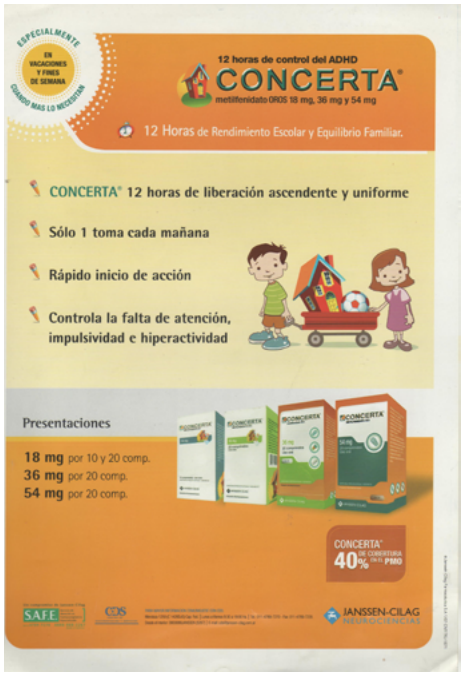
Pero usted, doctor, también necesita una ayuda eficaz y rápida para la solución del problema que aqueja a su paciente.

®Tofranil es su ayuda

(Imipramina de investigación Geigy)

ARG. 124



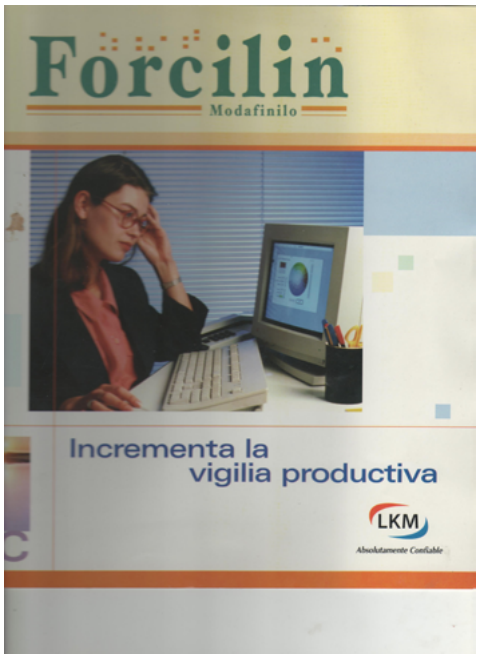


c) La actividad física

Una curiosa imagen que se repite para venlafaxina, lamotrigina, sertralina y toda la linea psiquiátrica de un laboratorio es la de un paciente andando en bicicleta. Pero no solamente eso. En cada imagen, el conductor o su acompañante se pone en riesgo. Andan con los brazos en alto, no llevan casco, llevan un acompañante sentada en el manubrio acelerando cuesta abajo...

d) Reinsertar a la producción

Para los efectos ideales en el ámbito laboral, las imágenes y eslogans elegidos por la industria van desde la oficinista que con el modafinilo "aumenta la vigilia productiva" hasta el que, antipsicótico inyectable mediante, protagoniza el "retorno a la sociedad… controlado".

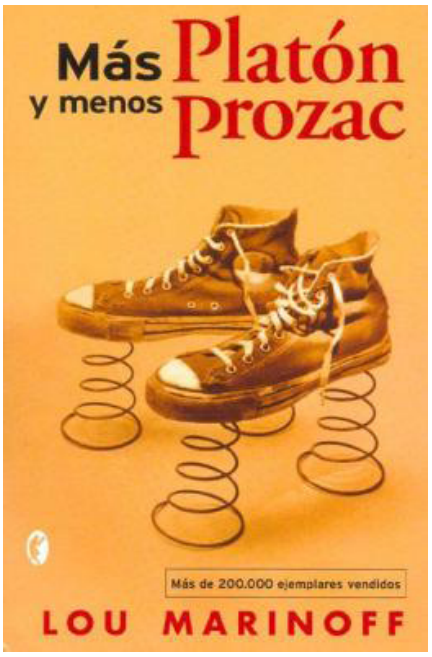


4 El ideal de salud en los albores del siglo XXI

Lou Marinoff es un filósofo de esta época. Sus obras más famosas son "Más Platón y menos Prozac" y "El ABC de la felicidad". El "ABC" de este último es por "Aristóteles, Buda, Confucio". Aparece en las fotos de prensa usando una corbata llena de yin-yangs y apunta a sintonizar con la banalización de la filosofia for dummies, una de las caras de la new age, renacida como una religión sin efectos adversos.

Las cosmovisiones actuales de salud se extienden en dos líneas que a veces se entrecruzan de manera poco feliz. Por un

lado, el desarrollo de las neurociencias “verdaderas”, esto es, la profundización del conocimiento sobre el sistema nervioso y sus interacciones con el medio. Por otro, la proliferación de las explicaciones de fenómenos del pensamiento, el afecto y la voluntad, montadas sobre un sentido común saborizado de neurociencias y tuneado con luces sacadas de diferentes sistemas de pensamiento. -La corbata del yin y el yang, Platon y Prozac. Cerebros “educables”. Biblias y calefones.



Dos más dos, estrés

Entre los diferentes negocios de venta de sentido, El Arte de Vivir, la multinacional dirigida por Sri Sri Ravi Shankar, logra tener un considerado éxito en la venta de tecnicas de respiracion y tips espirituales. Le ha robado al psicoanálisis ese nicho de consumidores ABC1 que necesitan lavar culpas. Para estos consumidores que ayer recurrían al diván tres veces por semana como militancia de la superioridad moral, hoy buscan los mismos efectos al sentirse conectados espiritualmente con las energías que confluyen en un ideal holístico de durlock y porcelanato.

Es una buena noticia para el psicoanálisis correrse del catálogo de cosmogonías yoicas (aunque no pueda escapar del bombardeo yoico que cae sobre sus propias escuelas). Y es muy mala para las neurociencias, porque ese mercado que corre tras el wi fi de energías, ha proyectado en el cerebro la imagen ideal de un gurú de esta época, algo que todos tenemos, del que "sólo usamos sólo el 10 %" y que es suficiente para solucionar todos los problemas.

En el site argentino de El Arte de Vivir, hay un apartado dirigido a profesionales de la salud y pacientes "que quieran mejorar su salud física y mental a través de herramientas prácticas y efectivas que reducen el estrés". Y ofertan: "El Arte de Vivir provee una serie de actividades de capacitación que se pueden realizar en hospitales y otros centros de salud para mejorar la calidad de vida promoviendo los valores humanos y el diálogo constructivo".

La empresa se posiciona por encima del ámbito institucional natural de la salud, los hospitales, para ofrecer un "tratamiento" a pacientes y profesionales ubicados en el mismo plano, con las mismas necesidades. A partir de esta recomposición de nicho, se ofrece el producto. Un producto que encuentra su demanda en instalar la idea de que los valores humanos y el diálogo constructivo no existe en la organización de salud. Doble falacia: pensar que las instituciones médicas se alejan de los valores humanos y el diálogo y creer que una serie de técnicas armadas por holoempresarios, cuyo objetivo es "que el hospital cuente con la posibilidad de ayudar a sus empleados y pacientes a vivir mejor, eliminar el estrés y estar en armonía con ellos y el entorno", están por arriba de las instituciones médicas. Leyendo detenidamente el estilo enunciado, da la sensación de que la gran sabiduría oriental consistió simplemente en buscar y reemplazar "empresa" por "hospital".

[Foto: Sri Sri atiende el celular en medio de una meditación. Extraido del video https://youtu.be/OsAhw6kTMws]

Con respecto a esto, un placer gozoso, como mirar un accidente, es ver los mecanismos que el capitalismo utiliza para apropiarse de los ideales de época. Así, desde hace un tiempo, se ven imágenes de meditación y apelación al equilibrio oriental en las publicidades de ansiolíticos. Yoga y apertura de canales de cloro juntos para evitar el estrés.

De este lado de la frontera terapéutica, el mindfulness ya está instalado codo a codo con otras técnicas entre los profesionales de la salud. La necesidad a la que responde su fundación también es el estrés. El estrés es lo que cada uno quiere que sea, un motor del desarrollo del mercado de la salud que no ha cambiado desde las mujeres nerviosas de finales del siglo XIX. Es particularmente interesante pensar esto, ya que lo que suele decirse en cada época es que esa época es más estresante con respecto a otra anterior. Sin embargo, estrés por estrés, parece más complicado el que sufrirían nuestros antepasados pasando la noche a la intemperie a merced de los depredadores que el de los problemas de tránsito en la ciudad. La cuestión es que, como dijo el capitalismo, parafraseando a Eva Perón: ahí donde hay una necesidad, hay un consumo. Están las necesidades básicas, impostergables, biológicas, y las construidas a partir de pequeños estados de disconformidad neurótica, marketing y educación para el consumo.

Jon Kabat-Zinn fundó la Clínica de Reducción de Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts en 1979. Ahí desarrolló el mindfulness a partir de técnicas budistas, su otra formación. La premisa del mindfulness es "prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar". ¿Obligar a focalizar en una atención sesgada que corte los lazos con la experiencia, la cultura, el saber aprendido y, además, abolir el juicio crítico? Cada tiempo tiene las distopías que se merece.

Más allá del léxico new age que habla de la energía como un paradigma de salud, el ideal de estos tiempos aparece en el planteo de que "vivir situaciones vitales intensas" es un problema. La idea de la salud hoy está del lado de lo simple, liviano y sin historia.

Pero el problema más importante del mindfulness es que no cura la esquizofrenia. Apenas sobrevuela el campo de batalla de las viejas neurosis aportando un sentido al servicio de

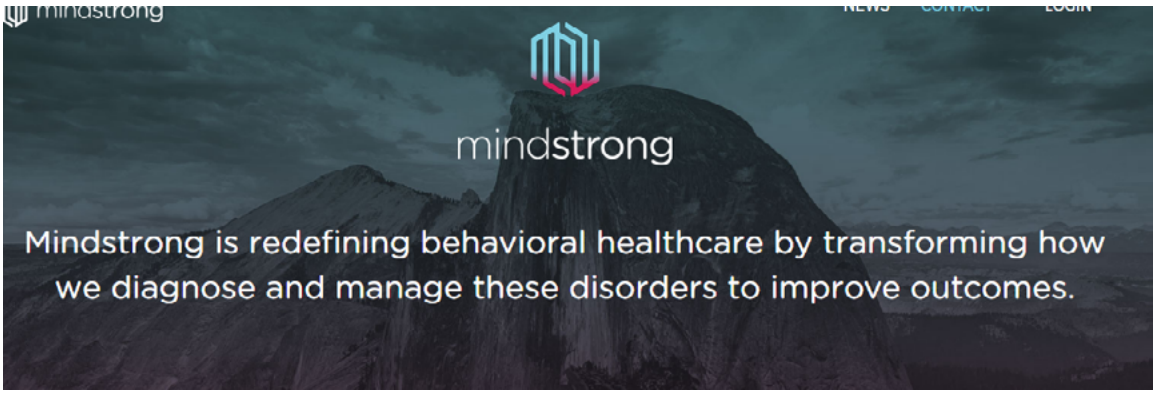
un ideal que reemplaza al de la pesada herencia del siglo XX. Supone que todos nos estresamos igual frente a las mismas cosas. Supone que hacer el esfuerzo intencional de bloquear la historia y la cultura que nos rodea produciría esos seres de luz que todos podemos ser. Supone, justamente, la idea narcisista de que todos somos bellos y buenos, solo hay que focalizar en el presente y romper los pensamientos rumiantes/sufrientes (feos y malos). "Soltar". Alejarse de la modernidad.

5 ¿El ideal de salud en el futuro?

¿Continuará el paradigma del control obsesivo por la normalidad, fortalecido por las app para celulares que están desarrollando, entre otros, Thomas Insel en su nueva empresa Mindstrong?

¿Logrará la falta de resultados romper el contrato médico haciendo que las personas que padezcan un problema de salud mental vuelvan a ser tratada por las holoempresas y los saberes tecnomedievales? ¿Se volverán a actuar los síntomas como en las histerias del siglo XIX ante el regreso de la moral y la sugestión?

La sensación es que hoy no hay cambios de paradigmas sino que cada nuevo paradigma no tiene la fuerza suficiente para romper el anterior y acomodarse homogéneamente. Así, conviven retazos de paradigmas del pasado con nuevas formas de pensar y actuar el tratamiento de las enfermedades mentales. Si cada paciente es un consumidor de paradigmas, habrá quienes prefieran la profundidad de un psicoanálisis y quienes se alivian con las pautas de un conductista. O prefieran sólo pasar una vez al mes a buscar la prescripción de esa pastilla que sostiene el ideal de salud como estado de no-angustia y productividad. Rotos. Descosidos.



1 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Nombres de centros de rehabilitación de adicciones que presentan un equívoco (u honestidad brutal) acerca de los tratamientos

Fundación Reto a la Esperanza (Venezuela)

Fundación Libérate (Colombia)

Tropical Oasis (Costa Rica)

Clínica Metamorfosis (México)

Clínica Humanidad Limpia (México)

Guerreros del Sur (Puerto Rico)

Misión Alpha y Omega (Puerto Rico)

Reto Juvenil (Puerto Rico)

Ministerio Renovado En El Espíritu de Vuestra Mente Inc. (Puerto Rico)

Juntos podemos (Argentina)

Clínica de la interconsulta

De eso no se habla

Natalia Pettorossi

"Juntas dos cosas que no se habían juntado antes.
Y el mundo cambia.
La gente quizá no lo advierta en el momento, pero no importa.
El mundo ha cambiado, no obstante"
(Julian Barnes "Niveles de vida")

Viernes 18hs., recibo un mensaje. Era para avisarme que Juan había fallecido esa tarde. Mi rotación como residente por el equipo de interconsulta había finalizado hacía dos días y Juan había sido derivado a otro equipo tratante.

¿Qué marca el paso de un equipo a otro? ¿Cuándo deja de ser tuyo un paciente? ¿El último día que lo viste?, ¿cuando ya lo vio un nuevo equipo? ¿Un paciente deja de ser tu paciente cuando las pautas de la rotación indican que el tiempo ya se terminó y que ahora vas a tener otros pacientes en otro lado?

Apenas recibí el llamado fui para el hospital. Aparentemente Juan se intoxicó con la morfina, nadie podía explicar bien qué fue lo que había pasado. Estaban la trabajadora social, la terapista ocupacional, el equipo de salud mental, la mamá, la novia de Juan, y ninguno podía explicar qué había pasado ¿Fue la morfina, no fue la morfina? La verdad es que hacía tiempo que Juan estaba mal. Hacía tres meses que se encontraba internado en el hospital, una de sus tantas inter-

naciones, y en el último tiempo había contraído una infección respiratoria intrahospitalaria. Los médicos decían que la situación era grave. En realidad, algunos médicos decían eso, otros no decían; o le decían a la familia que había que continuar con el tratamiento, o le decían a Juan que iba a volver caminando a Jujuy.

Hacía dos años que Juan había venido a Buenos Aires desde un pueblito de Jujuy para hacerse tratar por algo que tenía en la pierna y que nadie sabía bien que era. En ese momento tenía 19 años. Lo diagnosticaron como un Sarcoma de Ewing y comenzó tratamiento oncológico en este hospital. La situación era grave desde un inicio, pero de eso no se hablaba.

Según Philippe Ariès la actitud familiar ante la muerte se fue mudando con el paso del tiempo conformándose prácticamente en un tabú. La muerte da miedo hasta el punto de que ya no nos atrevemos a pronunciar su nombre (Ariès, 2000). En este contexto, Juan comenzó con el tratamiento: quimioterapia, rayos, resección del tumor, prótesis, se le hizo de todo. Sin embargo, cuando nosotros preguntábamos, nos decían, el tratamiento es paliativo, nadie podía precisar cuánto tiempo iba a vivir.

¿Qué quiere decir que un tratamiento sea paliativo? "Los cuidados paliativos son los cuidados de alivio brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer, para mejorar su calidad de vida. El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes. El objetivo no es curar la enfermedad". (Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2016). Ahora bien, ¿la familia entendía esto?

Una pregunta que se instalaba y que comenzaba a insistir cada vez: ¿El paciente tiene que saber o no tiene que saber lo que está pasando, hay que decirle que se va a morir? Pregunta difícil de contestar, por qué se lo diría o por qué no. ¿Hay alguna diferencia en relación a la familia? ¿Por qué es tan difícil

hablar de la muerte?

La legislación es muy clara en este punto, el paciente tiene derecho a saber su diagnóstico y su pronóstico. Demos por saldada esta cuestión, tanto a Juan como a su familia se les informó, no sin dificultades y no sin idas y vueltas. Pero después de muchas discusiones creo que finalmente eso había quedado dicho, sobre todo a la mamá de Juan. Sin embargo, algo de eso no podía ser escuchado.

Existe una advertencia que a modo de tradición, o transmisión, te dicen al momento del primer contacto con la interconsulta: "en interconsulta siempre algún paciente se muere, a todos nos pasa". Pero no hay advertencia que alcance a atajar ese momento. A lo largo del tiempo que estuve acompañando a Juan (un año) fui notando lo difícil que era hablar de eso, no solo para nosotros, también para los médicos, era como si nadie se atreviera a decir qué es lo que estaba pasando.

Durante mi tránsito por las salas de internación fui escuchando cómo conviven dos discursos que podrían entenderse como contrapuestos: por un lado, el ocultamiento de la muerte y del morir, la muerte podría considerarse como la exposición al fracaso; por otro lado, los cuidados paliativos que entienden a la muerte como un devenir de la vida. Saber cuándo la naturaleza dice basta y respetar ese basta. No hacerlo llevaría quizás al encarnizamiento terapéutico, que de terapéutico no tiene nada y sí mucho de encarnizamiento (provenga de quien provenga, a veces incluso del mismo paciente).

Ideales que de un lado y del otro se ponen en juego en la relación con el paciente. Si bien rápidamente entendemos que extender las intervenciones médicas hasta las últimas consecuencias conlleva un exceso no deseado, me pregunto si no caemos en consecuencias similares cuando desde las mejores intenciones, incluso, pretendemos dirigir el curso del modo de morir de alguien.

Muchas veces me encontraba pensando, quizás no se va morir y nos estamos equivocando. Y muchas otras veces se escuchaba que el pronóstico era claro, "nosotros ya se lo diji-

mos a la madre, no quiere escuchar, lo está negando". Como si fuera fácil aceptar la inminencia de la muerte. Aparecía una preocupación permanente por parte de algunos miembros del equipo, "hay que decírselo cada vez, el paciente y la familia tienen que saberlo", pero ¿por qué? ¿La familia y Juan verdaderamente lo estaban negando? Y si ese era el caso, quién nos autoriza a romper con la defensa que han instalado, en pos de qué supuesto bien lo haríamos. Como si fuera simple además romper con las defensas de un sujeto, pero imaginemos por un momento qué pasaría si lográramos el tan preciado objetivo, Juan admite que va a morir, ¿y entonces? Nos damos por satisfechos y evolucionamos en la historia clínica: el paciente tiene conciencia de enfermedad y de situación, conciencia de muerte. ¿Quién puede tener conciencia de su propia muerte?, incluso cuando así lo declare.

Distintos autores hablarán de esta imposibilidad de diferente modo: Ariès lo situará como una imposibilidad de la época, Heidegger hablará de la muerte como impropia "uno morirá", ese uno que nunca es yo, y conocida es la propuesta freudiana respecto de que el inconsciente no cree en la muerte propia y se comporta como si fuera inmortal.

¿Qué lugar nos queda frente a esto? ¿Cómo decir algo de lo imposible?

Juan hacía sus preguntas allí donde sabía que no podría obtener una respuesta, muchas veces hablábamos antes de alguna operación sobre cómo sería, cuánto tiempo llevaría, qué pasaría en la recuperación y siempre encontraba la misma respuesta de mi lado, "eso yo la verdad es que no lo sé, si querés podemos pedirle a los médicos que vengan y lo hablamos todos juntos". Entonces nos encomendábamos en la difícil misión de reunir al equipo médico, y llegado el tan esperado momento Juan permanecía prácticamente mudo. Y la esperada pregunta por el pronóstico del tratamiento y los objetivos del mismo nunca llegaba.

Abandonada esa misión desistimos de que la pregunta se formule y comenzamos a hablar de lo que él pensaba. Co-

mienza a aparecer un miedo, Juan no quiere dormirse sin que haya nadie a su lado, necesita que mientras él esté durmiendo, alguien lo esté cuidando, si él bajó la guardia, esa posta tiene que ser tomada por otro. En el transcurso de estos dos años fallece su padre (en el mismo hospital), producto de una descompensación diabética, en palabras de Juan "mi papá se dejó morir, estaba muy cansado". Juan, en cambio, luchaba contra su cansancio.

En el equipo se discutía una y otra vez si no era mejor que Juan volviera a Jujuy y pasara sus últimos días con su familia, en su pueblo. Sin embargo, al hablarlo con su madre nos decía que ese no era el momento, que quizá cuando él esté un poco mejor o asentía frente a la posibilidad, pero se dejaba ver no muy convencida. Ni hablar de esto con él "yo quiero volver cuando esté bien", "quiero hacer mi tratamiento acá". Pero es que no entendían que no había más tratamiento o que posiblemente el tratamiento no cambie el destino. Dejemos a un lado, por un momento, los confusos mensajes que desde el equipo médico se le transmitían a la familia y escuchemos lo que Juan nos decía. "Yo quiero volver cuando esté bien", algo de su obstinado deseo de vivir y de recuperarse se colaba en esas palabras, entonces ¿quiénes somos para quitarle eso antes de tiempo?

¿A quién dejaba más tranquilo que Juan muriera de una forma que considerábamos adecuada, cuidada, digna, rodeado de su familia, en su pueblo? Creo que a nosotros. Eso no quiere decir no apostar a que se respete al paciente, sino todo lo contrario. Pero creo que algo del encontrarse con la muerte de Juan implicaba un límite para cada uno de nosotros. Si entendemos la castración como un límite, la muerte implicaría el último límite de lo humano. Límite que podría ser más soportado si considerábamos que hicimos lo correcto, lo que se hace cuando alguien va a fallecer, propiciarle un buen morir. El problema es que no podemos saber de antemano qué quiere decir un buen morir, ¿un buen morir para quién? ¿Desde dónde medimos lo que es un buen morir? Y mientras discutíamos

todo eso, Juan todavía estaba vivo. ¿Es función de un analista propiciar un buen morir? O nuestra tarea es precisamente la contraria, propiciar un buen vivir, una vida que valga la pena ser vivida, sin importar por cuánto tiempo.

Muchas veces consideramos que lo auténtico y lo esperado en una situación tal es el estar angustiado frente a la muerte, entonces esperamos encontrarnos con un paciente que llora y que habla de su propia muerte, y nos sorprendemos cuando la situación no se desarrolla en estos términos, algo raro está pasando, aparece el famoso concepto de "negación". Sin embargo, Spinoza plantea que "la sabiduría es una meditación no de la muerte sino de la vida y permanecer vivo hasta… la insolencia de un hambre de vivir que es a veces una lucha, una agonía".

Finalmente, una decisión. A Juan se lo llevaron al día siguiente a Jujuy, decidiendo pagar el costo del traslado sin esperar la cobertura de la obra social.

La muerte es certera e inapelable, pero el modo de morir quizás pueda ser una elección del sujeto. Y es función del analista estar a la altura de esa elección, despabilar el propio fantasma (especialmente convocado en estas situaciones a dar respuestas).

Si hay algo que me enseñó Juan en este año, es que cada uno muere a su manera, y la muerte del otro es vivida por cada uno de forma diferente, y a quienes nos toca asistir en ese proceso no nos queda más que respetar y acompañar.

Referencias

Ariés, P. (2000). Historia de la muerte en occidente. Desde la edad media hasta nuestros días. Barcelona: Acantilado.

Cáncer, I. N. (28 de noviembre de 2016). Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación: http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cuidados-paliativos-2/

Spinoza. (s.f.). Ética, Parte IV, Proposición LXVII. En Spinoza, Opera quae supersunt omania Vol I (pág. 377).

Bibliografía

- Ariés, P. (2000). Historia de la muerte en occidente. Desde la edad media hasta nuestros días. Barcelona: Acantilado.

- Barnes, J.(2014) Niveles de vida. Bueno Aires: Anagrama.

- Cáncer, I. N. (28 de noviembre de 2016). Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación: http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cuidados-paliativos-2/

- Flichtentrei, D. (2014) Permiso para morir. Cuando el fin no encuentra su final. Olivos: Marketing & Research.

- Freud, S (2007) Freud Nuestra actitud hacia la muerte en Obras Completas, Tomo XIV, Buenos Aires: Amorrortu.

- Negro, M. (2009) La otra muerte. Psicoanálisis en cuidados paliativos. Buenos Aires, Letra Viva.

- Ricoeur, P. (2009) Vivo hasta la muerte. Seguido de fragmentos, S.L Fondo de cultura económica.

- Spinoza. (s.f.). Ética, Parte IV, Proposición LXVII. En Spinoza, Opera quae supersunt omania Vol I (pág. 377).

Comentario a “De eso no se habla”

Juan C. Tenconi

Este trabajo relata una experiencia en una rotación de interconsulta dentro del marco del programa de residencia. Comentarlo me llevó a repensar el trabajo realizado en conjunto por este paciente, cuando ella realizaba su rotación en el Hospital, ese edificio, torre de babel donde se cruzan incontables discursos y saberes. Donde transcurren tiempos fugaces y eternos.

Natalia se hace la pregunta pertinente de cuándo termina la rotación, lo que se relaciona con los tiempos en las intervenciones de Salud Mental en la Psiquiatría de Enlace. ¿Cuál es el tiempo? ¿Quién determina el final de los vínculos?¿Una resolución burocrática? ¿El almanaque, el reloj? Sábato plantea en “El túnel”: “No sé cuánto tiempo pasó en los relojes, de ese tiempo anónimo y universal de los relojes, que es ajeno a nuestros sentimientos, a nuestros destinos, a la formación o al derrumbe de un amor, a la espera de una muerte”(1).

¿Para qué sirve una rotación en interconsulta en la formación de un psicólogo clínico? Creo firmemente que para muchas cosas, aprender herramientas que permitan determinadas competencias como manejar grupos humanos en contextos hospitalarios, manejar cuadros clínicos que presenten

un componente orgánico importante, etc… Entre las cosas para la que sirve es para poder conectarse con qué nos produce a nosotros, como miembros del equipo de Salud Mental, la muerte de un paciente, cosa que bien plantea la autora, prácticamente inevitablemente ocurre. Este es el "core" del trabajo.

Hablar de la muerte no es fácil, Natalia describe esta dificultad. S. Freud plantea en Nosotros y la muerte "Cuál es, pues, nuestra posición ante la muerte? En mi opinión es muy asombrosa. En general, nos comportamos como si quisiéramos eliminar la muerte de la vida; en cierto modo queremos ignorarla como si no existiese…"(2).

En el trabajo se hace referencia a una situación tantas veces vista, con dos aristas. La primera de ellas la información fragmentaria y a veces opuesta que a menudo se le da a un paciente; por el otro lado, parece que el paciente "quiere saber" y acusa al equipo médico de no responder a sus preguntas. Pero cuando se arma una reunión para poner a disposición del paciente y su familia "toda la información", el paciente, y /o su familia, calla, no pregunta, no quiere saber. Y luego en los siguientes encuentros con el terapeuta, el paciente vuelve a referir que los médicos no le dan información. La realidad y el discurso que la describe. Tensión inevitable. La primera va armándose y produciendo un discurso, a veces relato, que la describe y a veces la determina, construyéndola, que si cobra independencia de la realidad termina siendo algo ¿alienado, desmentido, negado, disociado, mentira tal vez?

¿Qué posición tomamos frente a esto? Nos movemos con el "aquí y ahora". Respetar al paciente y la familia, no arrasar con las defensas (que por algo están) esto sigue siendo la clave, y es lo expresado en este trabajo.

El trabajo discute qué es la muerte cuidada, digna. Para gran parte del equipo de salud, y particularmente para un paliativista, es probable que sea en su casa, rodeado de seres queridos. Para un paciente de Jujuy puede ser la muerte en el hospital. Debemos respetar lo que quiere el paciente aunque a nosotros nos cueste mucho poder aceptar su deseo, una de

las cosas a trabajar en esos momentos con el equipo de salud es eso. La negación, la omnipotencia y la disociación es parte de los pacientes… y del equipo terapéutico. La Psiquiatría de Enlace es una clínica llena de actos que aquí deben, particularmente, cuidarse.

En el trabajo terapéutico desde el psicoanálisis se plantean dificultades, se hace difícil tolerar cierto grado de desconocimiento, dándole lugar solo a lo desconocido, tener paciencia… con un paciente moribundo, y la seguridad que lo que está teniendo lugar en ese encuentro va a ser positivo, a pesar de no entender la naturaleza de los contenidos existentes en la mente del paciente. Sin duda la cuestión no pasa, como bien plantea Natalia, en que el paciente entienda que se va a morir sino en cómo va a vivir el tiempo que le quede.

Por último, la muerte de un paciente no debe dejar sin impacto a un ser humano, la elaboración que cada uno hace corre por cuenta, valga la redundancia, de cada uno. Estas situaciones sirven para elaborar la propia muerte, como plantea Freud: si vis vitam, para mortem. Si quieres soportar la vida prepárate para la muerte.

Bibliografía

1. Sábato, Ernesto. El túnel. Buenos Aires: Minotauro; 1948.
2. Freud, Sigmund. Nosotros y la muerte [Internet]. [citado 18 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.psicoanalisisfreud1.com.ar/nosotrosylamuerte.php

Los Elefantes Rosas y Serge Gainsbourg

Javier Fabrissin

Las zoopsias

Las zoopsias son un tipo de alucinaciones visuales que consiste en la visión de insectos o animales, de seres animados, pululando en las proximidades del alucinado, en sus pertenencias, trepando paredes, caminando por su cuerpo. Éstas son características de los estados de abstinencia alcohólica (integrando el cuadro de delirium tremens), pero podrían aparecer en estados de intoxicación o abstinencia de numerosas sustancias psicoactivas y como fenómeno alucinatorio psicopatológico de otros cuadros psiquiátricos. Es frecuente que el sujeto, al experimentarlas, conserve el juicio de realidad y que, por tanto, las juzgue como productos de su mente perturbada, de su imaginación: la persona afirma ver algo pero acepta que lo que ve no está realmente. Merced a ello, es posible que le lleguen a resultar divertidas o curiosas. Este juicio crítico puede fluctuar, perdiéndose la capacidad de discernir si aquello que ve es real o no. Al perderse este juicio crítico de realidad, lo que podría pasar por una rareza insospechada se puede convertir en algo turbador, escalofriante, terrorífico.

Por lo general, las zoopsias más habituales son las visiones de arañas, moscas, insectos, ratas, alimañas o mamíferos de pequeño tamaño. Sin embargo, "ver elefantes rosas" se incorporó al acervo popular para caracterizar las alucinaciones del abstinente. La distancia que existe entre aquellos bichos repugnantes y los elefantes rosas es considerable: simplemente hagan el intento de imaginárselos (a los elefantes) y su evocación tenderá a producir más bien ternura que rechazo ("tratá de no pensar en un elefante rosa", diría la clásica prueba). Con todo, es menester comentar que es poco probable que alguien, sea cual sea el estado en que se encuentre, alucine con elefantes rosas, por lo que se vuelve bastante evidente que el derrotero que esta figura siguió para instalarse como representativo de los estados alucinatorios de las intoxicaciones proviene de orígenes diferentes al de la clínica.

El camino de los elefantes

En primer lugar diremos que los elefantes rosas existen. Son elefantes albinos cuya piel puede, según les dé el sol o sin uno los mira queriéndolo ver, ser catalogada dentro de la tonalidad rosa. Si uno sigue el link https://www.catersnews.com/stories/animals/pink-elephant-on-parade-meet-the-adorable-pink-albino-elephant/, se puede compartir el contento de esta naturalista que fotografió uno de estos ejemplares y también compartir conmigo la desconfianza acerca del verdadero color de su piel. Este dudoso o equívoco (o esquivo) color es coindicente con el escepticismo que se produjo a fines del siglo XIX cuando el productor de espectáculos, P. T. Barnum, anunció que llevaría por primera vez a los EEUU un elefante blanco. "Lo que sea que hayan decidido llamar "elefante blanco" no es más blanco que lo blanco que puede ser un cocodrilo", sentenció un cronista de la época, "tenía parches rosados por su cuerpo, pequeños puntos rosas en la parte externa de las orejas, uñas de los pies amarillas y un elegante par de colmillos".

Aparentemente, el concepto "Elefante blanco" comenzó a utilizarse como fórmula para describir algo sobre lo que se

genera gran expectativa y termina desilusionando. Dado que ese pretendido elefante blanco de la feria tenía pintas rosas, la imagen del elefante rosado fue ingresando y haciéndose lugar en la cultura popular, desde cuentos infantiles (como el del "Maravilloso elefante eléctrico", de Frances Trego Montgomery, 1904) hasta sátiras folletinescas.

Una vez instalada la imagen del elefante rosado, autores de fines del siglo XIX comenzaron a emplearla para caricaturizar, para ridiculizar, para describir con efecto jocoso, las alucinaciones visuales de los adictos a sustancias. Es poco probable que, a partir de esa época, los pacientes en trance de un delirium tremens comenzaran a ver elefantes rosas; por el contrario, se mantenían las clásicas descripciones de serpientes, ratas, insectos, etc. Pero cuando pretendían burlarse de las visiones del intoxicado, los cronistas o escritores empezaron a exagerar, a mencionar imágenes cada vez más ridículas y, al punto, imposibles o directamente chistosas: jirafas azules, loros rosados y una cebra con una cola con una campana, cabras rosas y verdes, monos rosas y otras mascotas, perros verdes, canguros rosados y elefantes púrpuras, pavos rojos, blancos y azules con sombreros de paja, elefantes púrpuras con alas, conejos verdes y sapos rojos, bandadas de serpientes rosas y verdes, monos azules, jirafas rojas, perros púrpuras. Esto permite apreciar que conjuntamente con los elefantes abundaban otros animales y que, incluso para el caso de los elefantes, los colores del plantígrado, al comienzo, variaban según el autor.

Hay una serpiente en mi bota

Previamente a esta explosión de animales coloridos, el cliché utilizado para describir las alucinaciones visuales propias de estos casos era: "ver serpientes" o "ver serpientes en las botas". (Seguramente esto les suena del Woody de Toy Story, una de cuyas frases pre-grabadas es "tengo una serpiente en mi bota".) Lo de ver serpientes fue, por añadidura, una forma figurada para aludir al hecho de "ver cosas que no son".

Un diario londinense, en 1902, publicaba el artículo de

un médico que afirmaba que, luego de años de estudio y en función de 16 casos que él tuvo ocasión de revisar con el oftalmoscopio, puede aseverar que la razón por la que los alcohólicos ven serpientes es porque los vasos retinianos están congestivos y, en tales condiciones, éstos parecen negros, lo cual, es proyectado al campo visual del sujeto, donde sus movimientos parecen el contoneo de las serpientes. En un gesto que consideramos un tanto irónico, el titular con el que publicaron la explicación del facultativo fue: "¿Por qué los alcohólicos ven serpientes? Un médico de Londres lo explica pero no puede dar cuenta de los elefantes rosas". Otros habían aportado una teorización diferente sobre el asunto. John Langdon Heaton en 1886 había propuesto que los alcohólicos que sufren de delirium tremens tienden a ver serpientes porque se trata de animales que producen mucho desagrado, del mismo modo que el delirium es desagradable para quien lo padece, pero que "si el alcohólico prefiere, en lugar de ver serpientes podría ver monos azules", claro, eso si le tuviera temor a los monos azules.

En un interesante estudio historiográfico sobre la historia de las visiones de elefantes rosas (https://esnpc.blogspot.com.ar/2014/08/the-colorful-history-and-etymology-of.html), se referencian varios ejemplos. Aparentemente la primera alusión en un texto de ficción fue en "Fables for the times" (1896), un libro de H. W. Phillips, quien escribe que un señor con propensión a emborracharse y que "había vivido una hermosa vida color púrpura, se fue a dormir bajo un árbol del bosque. Júpiter le envió una enorme serpiente para destrozarlo. El hombre se despertó mientras el reptil se aproximaba. 'Qué horrible visión', dijo el hombre, 'pero agradezcamos que no se nos hayan aparecido el elefante rosa y verde ni el hipopótamo emplumado'. Y tomó una dosis de bromuro y se encomendó al sueño nuevamente, mientras la serpiente se alejó, algo confundida".

Para comienzos del siglo XX, un cronista afirmaba que de la misma manera que los tragos cambiaban con el tiempo, las

visiones de los alcohólicos también y que un hombre que sólo viese "ordinarias serpientes" ya no estaría a la moda. Así, cuando Jack London, el famoso escritor norteamericano escribe "John Barleycorn" (1913), estaba instalado en el imaginario la figura de los elefantes rosas. En este libro escribe: "el hombre, al que todos conocemos, estúpido, sin imaginación, cuyo cerebro está adormecidamente mordisqueado por gusanos adormecidos, que camina con piernas vacilantes, generosamente bien abiertas, se cae frecuentemente en la cuneta, y ve, en la extremidad de su éxtasis ratones azules y elefantes rosas."

El golpe de horno final, que fraguó del todo la metáfora de los elefantes rosas y que la instaló definitivamente en la mente de todos, se dio gracias a la película "Dumbo", de 1941. En ella, el dulce y cándido elefante de grandes orejas, en una famosa secuencia, que posiblemente todos recuerden, Dumbo y su compañero, el ratón Timoteo, toman agua de un balde que, sin que ellos lo supieran, contenía champagne. El elefante larga una burbuja desde su trompa y, alentado por el ratón, sigue tirando nuevas burbujas que se transforman en elefantes rosas, hasta procrear un desfile de elefantes rosas desfilando a la música de una fanfarria interpretada por la trompa-trompeta del elefante. En un estudio que alguien realizó sobre este segmento fílmico (http://new-savanna.blogspot.com.ar/2010/10/secrets-of-pink-elephants-revealed.html), el autor cree encontrar algunos puntos oscuros, misteriosos, sugestivos en relación con este desfile de elefantes rosas. Su texto empieza diciendo que esta parte de la película "es extraña por dos razones". La primera es que ese segmento no aporta nada a la historia de Dumbo, podría no estar y sería lo mismo (bueno, con ese criterio la mitad de las películas de Lynch no tendrían justificación); la segunda es que no se explica cómo o por qué los personajes llegan a ese punto y cómo es que, luego, salen de esta situación.

Intoxicated Man

Ya sé que no es justo, ni el caso de Serge Gainsbourg ni

para el de cualquiera, que un rasgo físico sea signo identitario, pero el link más fácil entre Dumbo y el músico francés son las inevitables orejas que ostentan ambos. (Ahora que pienso, se podría unirlos también por la experiencia fílmica de los dos. Recordemos que Gainsbourg actuó, dirigió películas y compuso numerosas bandas de sonido.) Yendo más allá de los potenciales elementos en común, el lugar de Gainsbourg en el contexto de las dependencias a sustancias psicoactivas, al alcohol y al cigarrillo en especial, es mucho más directa y coherente que la del infantil elefante. La vida de Gainsbourg estuvo acompañada de un cigarrillo en sus manos: según él cuenta, fumaba entre los 40 y los 100 cigarrillos por día. En el tema "Les cigarrillos" canta cosas como: "Los cigarrillos tienen esta ventaja de generar un vacío en torno a mí", "Jamás te dicen nada que te hiera", "Los cigarrillos me compensan bien los adioses de mujeres de calidad y de cortesanas, y saben como yo que no son mis bellos ojos lo que ellas imploran".

Hoy cosas como estas podrían ser tildadas de apología (al consumo), pero Serge perteneció a una época en que lo políticamente correcto no estaba de moda y el prurito para decir ciertas cosas no corría como ahora. Por lo demás, no creo que su temperamento y su actitud provocadora hubieran sido afectados por la opinión pública (alguien que escribe "Lemon incest", una dedicatoria de amor incestuoso a su hija, Charlotte, está más allá de cualquier crítica, y encima la canción es hermosa).

Aún así, en los '80, en una fase musical cercana a su émulo Benjamin Biolay, escribe un tema en contra del consumo de sustancias. Plagado de juegos de palabras, la letra alerta: "No toquen el polvo de ángel", "No se acerquen al hongo mágico, no intenten tomar crack" y arenga: "Yo digo, díganles y díganles de destrozarle la cara a los dealers que en la sombra esperan su hora". (Disculpas por las traducciones que no favorecen la lírica.)

De todos modos, creemos que la opinión de Gainsbourg va en favor de los consumos de sustancias psicoactivas lega-

les: el tabaco y el alcohol. Ya en su primer disco, en el tema "L'alcool", retrata la vida suburbana de, presumiblemente, un obrero de clase baja, a quien la bebida le ayuda a evadirse de lo que, por lo demás, serían tristes visiones ("Después de trabajar todo el día no me queda más para soñar que las flores horribles de mi habitación", "Cuando la noche llega, me acuerdo del astillero […]y de los cuerpos arrasados"). Y en el medio de esos sentimientos, de ese abatimiento, ni siquiera la posibilidad de divertirse con una prostituta le ofrece bienestar: "Seguro hay chicas alegres a la vuelta, de esas que mascan chicles mientras hacen el amor, pero qué encontraría yo dentro de sus corazones heridos sino indiferencia y melancolía". La canción termina: "Pero ¡en nombre de Dios!, sin embargo en mi alma arde esta llama donde se iluminan mis amores y mis breves romances; donde se consumen mis amores como incendios de paja. Hoy yo hago mi camino solitario, todas mis ambiciones se unieron y yo me dejo invadir por las ortigas, por las espinas de esta puta vida. Mis ilusiones dan al patio, pero dentro de los antros de los suburbios yo tengo sueños ardientes y el sentido de la ironía; yo me abandono a la ternura, me olvido de mi habitación al fondo del patio, del tren suburbano al amanecer, y dentro de los vapores del alcohol veo mis castillos españoles, mis granjas y todas mis duquesas."

Cuatro años después, en 1962, el alcohol vuelve a aparecer en "Intoxicated Man". Aquí el aire de arrabal se troca por un ambiente un tanto más burgués, y los efectos de la bebida lo inmersan en visiones intoxicadas: "Je bois à trop forte dose/ Je vois des éléphants roses/Des araignées sur le plastron D'mon smoking/Des chauves-souris au plafond/Du living-Room" (Yo bebo en dosis muy fuertes, veo elefantes rosas, arañas sobre el plastrón de mi smoking, murciélagos en el plafond del living".) Vale la pena mencionar que Intoxicated Man es el nombre del primer disco en que Mick Harvey, músico de origen australiano que desarrolló la mayor parte de su carrera en Inglaterra a la par de Nick Cave, hasta que éste lo prefirió al gnomo hipster de W. Ellis, versionó a S. Gainsbourg. Para quienes el idioma

francés los lleva al borde del empalagamiento y la orquestación de Gainsbourg les resulta algo cansadora (sí, en parte estoy hablando de mí), este disco es una manera alternativa para degustar a Gainsbourg. Y para volver al comienzo, el segundo disco de Harvey sobre versiones de temas de Gainsbourg se llama “Pink Elephants”.

Del consumo problemático a la problematización del consumo

Carlos González Moreno

Frecuentemente, en el transcurso de una charla, hay determinados conceptos que insisten, y acerca de los cuales existe aparente consenso;

Allí el acuerdo pareciera ser fuente de evidencia cartesiana. Y el fantasma de Perogrullo sobrevuela la escena con alas gastadas.

Parece que la deriva se desliza hacia cualquier parte.

Pero, ¿habrá intención?

Si la hay, las significaciones varían de acuerdo a la intención. Y a esto llamamos discurso.

Es difícil saber dónde el consumo se torna en problemático, y lo es más aún el punto justo en el que se transforma en adicción. Porque de eso hablamos. ¿De eso hablamos?

¿Habrá sinonimia, continuum, o se tratará de categorías diferentes?

Tampoco es preciso el momento, en que desde las perspectivas gubernamentales de salud, ministerios, secretarías, subsecretarías y direcciones, pasaron sin más a llamarse: "De Salud mental y Adicciones"; como si este último término no estuviera subordinado al primero, y hubiera crecido hasta ponérsele a la par. Adquiriendo una autonomía que en más de

una oportunidad superaba en forma categorial al primero.

Así hemos visto subsecretarías de adiciones que contenían direcciones de salud mental.

Lo cierto es que de a poco fue creciendo un vocabulario diferenciado. Términos como "granja", "granja terapéutica", "refugio", "comunidad", se fueron haciendo cada vez más familiares.

A nivel administrativo, hasta instancias tan poco dadas a la metáfora como prepagas y o. sociales las adoptaron como lugares de tratamiento posibles.

Incluso a nivel estatal se las considera, a pesar de que vulneran más de una norma o reglamento vigentes, en cuanto a reclusión, y castigos frente a faltas cometidas.

A la vez que se alejaban del ejido de la "salud", quedaba cada vez más claro que se trataba de un lenguaje propio, autonomizado, anclado en más de una ocasión a discursos religiosos de distinto cuño.

Acá se evidencia aún más el divorcio entre salud mental y "adicciones".

¿Cuándo el consumo empieza a ser problemático? ¿Qué es?

Si no es problemático, ¿es deseable?

Antropologo García Canclini:

Consumo: "Conjunto de procesos socio-culturales en los que se realizan la apropiación y los usos de los productos."

Economía clásica: "Utilización productos y servicios para satisfacer necesidades primarias, ligadas a la supervivencia; y secundarias, que tienden al incremento del bienestar."

Sistema de premios y castigos. Refuerzos y recompensa. La reclusión no excluye a la exclusión. Pueden convivir sin problemas. Tal vez recuerden otros tiempos, en los que la salud era un estado (y no mental), y de ninguna manera un derecho.

Donde la única salud que valía tutelar era la del alma.

Y los hospitales ayudaban a los pecadores, pero para que el tránsito al trasmundo sea más expedito.

"Guerra santa contra los narcotraficantes."

Con respecto de la exclusión, que ahora hegemoniza nuestra época, convendría tal vez seguir aquí a Jorge Alemán, cuando dice que la miseria actual es una miseria del exceso, y no de la carencia.

Exceso de paco, cocaína, pero también de nike, adidas, iphone. Todo en la misma serie.

No salís de la villa miseria global, por más horas extras que hagas, por más aparatos que consumas.

Es estar a solas con la pulsión de muerte, en el declive de toda la estructura simbólica.

Esa es la verdadera miseria, donde los lugares de miseria son lugares de altísima concentración de goce.

Por otra parte, esto es posible porque se inaugura un tiempo sin límite. Desaparece el lazo social. Todos somos islas.

El filósofo surcoreano Byung-Chul Han lo plantea incluso en términos de narcisismo, toda una construcción narcisista, por ende, melancolizada.

***

De esta manera asistimos a la caída del sujeto de la modernidad en sus múltiples variantes discursivas.

Acabemos con el contrato social. Ya se destruyó.

Y con ella pareciera caducar la necesidad de pensar dentro y fuera a la salud mental como un derecho humano, tutelado por alguna estructura más allá del mercado, o por el mero azar.

El estado de bienestar, símbolo formidable durante décadas del siglo veinte, dejó lugar a la carrera suicida por el consumo, la demanda.

El sujeto de la modernidad, otrora vociferante y con ilusión de plenitud, exigía la salud mental, como bien social, ade-

más de derecho.

Pero de pronto, el trabajador devino desocupado.

El estado de bienestar agonizó en los 70´ y 80´. Fue enterrado en los 90´. Resucitó parcialmente en los 00´. Y volvió a caer.

La exclusión llegó a sustraer los cadáveres, sin acreditarlos como tales. Pierden entidad, no están, convirtiéndose en desaparecidos. Dijo algún incalificable.

El peor escenario sería que nadie le reclame salud a alguien que no está.

Desde ningún lugar.

Pero los cuerpos comenzaron a producir efectos. Producen palabra, aún desde un no lugar y a pesar de que ya nadie sabe muy bien cómo aplicar sintaxis. Algunas frases comenzarán a tener efectos sobre la realidad.

Habrá que deconstruir palabras, recanalizar viejos cauces secos, nada se pierde totalmente en la historia.

Los nuevos/viejos actores sociales confluyen poco a poco en un escenario devastado. Reclamando no ya el poder, sino la reconsideración de los retazos de subjetividad.

Ya no plena.

Ya no espera el edén al final del camino.

Pero hay camino.

Pero para transitarlo es conveniente la salud mental.

Que aún sigue siendo un derecho.

5 recomendaciones literarias sobre consumos

[Gin Tonic] - Adiós hermano mío (John Cheever)
Nadie escribió sobre la clase media alta de los suburbios como John Cheever. Sus cuentos son perfectos. Entre las casas con jardines y piletas, las esposas, los amantes y las asimetrías de clase, Cheever mete de forma sutil y genial el consumo de bebidas blancas. En su vida personal ha tenido problemas con el consumo de alcohol (Raymond Carver cuenta en un reportaje que solían ir con Cheever bien temprano a la mañana a esperar que abran la tienda de bebidas cuando vivían en el campus de la universidad donde daban clases). Cheever elige al gin tonic como distintivo de clase y facilitador de desperfectos en las relaciones sociales que narra.

[Heroína] - Trainspotting (Irvine Welsh)
Si bien la película estuvo muy buena cuando salió (¿habrá sobrevivido a las décadas?), la gracia de la novela de Welsh es que ocurren muchas más cosas y con un despliegue de complejidad e ironía que el film apenas esboza. Está todo. Desde la nafta del goce que lleva a la autodestrucción total hasta la prevención de daños.
Por otra parte, es muy bueno el momento, que no está en la película, de una sesión de Renton con su psiquiatra.

[Éter] - Relatos de un bebedor de Éter (Jean Lorrain)
El decadentismo es un movimiento literario interesante. Desplegado entre la muerte del siglo XIX y el nacimiento del siglo XX, sus autores y obras tienen el atractivo de ser contemporáneos del nacimiento de la clínica psiquiátrica, entre consumos de Éter, Ajenjo y toses tuberculosas.

[Cocaína] - American Psycho (Bret Easton Ellis)
La cocaína como droga social de las clases gerenciales y financieras de fines del siglo XX. Lejos del llanto del rockero cuando le canta a la misma sustancia (se viene la voz de Clapton: "she don´t lie, she don't lie, she don't lie" - no es una mujer, si cantara "it don´t lie" se le abriría el maravilloso mundo de la autonomía de pensamiento).

[Moloko Velocet]- La naranja mecánica (Anthony Burgess)
[Soma] - Un mundo feliz (Aldous Huxley)
La leche (moloko) con velocet (droga sintética) que toman los protagonistas de "La naranja mecánica", puede pensarse como la contrapartida del Soma que sostiene la sociedad de "Un mundo feliz". Ambas novelas, pensadas como distopías en sus años de publicación, hoy están más cerca de ser realistas. Las drogas como objeto de consumo o como mecanismos de control social. Dos operaciones no muy separadas.

La salud y el psicoanálisis*

Tomasa San Miguel

Hay tanta soledad en ese oro.
La luna de las noches no es la luna
que vio el primer Adán.
Los largos siglos de la vigilia
humana la han colmado
de antiguo llanto. Mírala. Es tu espejo.
"La Luna" J L Borges

"El arte de nuestros enemigos es desmoralizar, entristecer a los pueblos… Por eso venimos a combatir por el país alegremente. Nada grande se puede hacer con la tristeza".
"Lo actual es un complejo amasado con el barro de lo que fue y el fluído de lo que será".

Arturo Jauretche

¿Promoción de la no salud?

En tiempos en que la versión de salud soldada al merca-

do y al capitalismo se expande y, en muchos casos, se vende como un objeto más, siendo entonces los pacientes clientes o consumidores, me pregunto por esta noción en el psicoanálisis freudiano-lacaniano. Digo de antemano que oponerse a esa versión consumista y renegatoria de la salud no es rechazar el concepto de salud y la torsión que éste pueda tener en el marco de la clínica psicoanalítica.

En una primera lectura, pareciera que los psicoanalistas hemos mirado con desdén y cierta sorna el concepto de salud y cura. Más allá de lo extraño de esto, ya que propondríamos un tratamiento que no cura, en algunos casos se ha hecho un alarde de esta posición, emulando algunas consideraciones excesivas, irónicas y provocadoras de Lacan. Me pregunto cuál es la política que sostiene esta posición de "no cura", proponiendo al mismo tiempo su curso como "dirección de la cura", a qué responde la pretendida excepcionalidad del psicoanálisis lacaniano en el conjunto de las prácticas de salud y por otro lado, si esto hace honor a la enseñanza de Lacan y Freud.

Cabe recordar aquí, sólo por tomar un ejemplo, cuando Lacan en su Seminario 17 se preguntaba, con cierta premura, qué tipo de objeto es el analista, que podía ofrecer y cómo iba a entrar en la lógica del consumo una práctica como esta. Y al mismo tiempo decía, impactando, en el marco del Mayo Francés, que lo único subversivo que puede aportar el psicoanálisis es que no hay solución. Agregaría, no hay "la" solución, ellas son múltiples.

Entiendo esto último como una afirmación acotada, pienso que Lacan se refería allí a la muerte, al malestar en la cultura, a la enfermedad orgánica, a los desastres de la naturaleza… aquello que Freud indica como lo que azota al hombre en su existencia. ¿Es posible extender esta formulación a una cura, a un tratamiento? Primero. Y segundo, ¿en qué lugar nos deja a los analistas esta formulación? ¿Alma bella? ¿Cinismo? ¿Pureza?

En el horizonte de este escrito encontramos la necesidad de revisar estos "slogans lacanianos". Por un lado no hay so-

lución; por otro es una práctica distinta que aporta no se sabe qué verdad y además no promueve la cura, como si la cura fuera sinónimo de éxito, mercado, estupidización y adaptación. No creo que se trate de eso.

Por eso mismo pienso que es necesaria la inclusión activa de los psicoanalistas en los lugares destinados a la salud, así como también en las decisiones que se pudieran tomar respecto de ella. Nunca miramos con desdén los programas de salud, la asistencia, la salud mental. Un analista en su acto puede ir más allá de ellas cada vez, pero no existiría tal posibilidad si no existieran. Pensarse por fuera de ese marco es una extraña renegación de lo que nos constituye como práctica y en nuestro caso de la historia de la salud mental en la Argentina.

Al mismo tiempo que, en cierto sentido, es desconocer también las formulaciones de Lacan respecto de la función del analista. Para citar sólo alguna, el analista es al menos dos, el del acto y el de la formalización de su experiencia, instancia en la cual no está como analista sino como clínico y por lo tanto, agrego, referido a la clínica de su época, su cultura, su lugar.

Pensar es decidir y, por lo tanto, pienso que considerarlo de otro modo es desarraigar al psicoanálisis de sus coordenadas de época, pero también del territorio donde se practica y se construye. Y entonces habría que revisar qué se dice de la salud en cada época, cómo esto depende de las coordenadas políticas que la sustentan, anoticiándose o no de ellas. Desde este lugar pienso que el psicoanálisis freudiano-lacaniano que nos habita es argentino. Por un lado, por los enormes aportes que han hecho nuestros analistas, y por otro, porque no deja de estar entramado con las coordenadas políticas, sociales, económicas, culturales propias de cada lugar y también por los efectos que tiene en una praxis la conversación, pelea o debate con los autores que hasta el momento de su inclusión predominaban en un territorio determinado. Lo contrario es desterritorializarlo, desarraigarlo, extranjerizarlo, en algunas ocasiones, burocratizarlo.

Quedará sin responder por qué se promocionó una lec-

tura semejante, sesgada en relación a qué entramado de poder-saber. Nunca creímos que el psicoanálisis fuera a-político, eso hubiera sido decir que no tiene ética. Otra cosa es que adhiera, participe, se pregunte por lo partidario de cada época, no es necesario estar en transferencia con el psicoanálisis para eso y no es desde allí que esa participación se realiza. Y, por otro lado, no es novedad la participación partidaria y militante de los psicoanalistas por lo menos en la Argentina. Por amor, evoco aquí, la experiencia del Lanús, la participación política partidaria de muchos de los que allí trabajaban y trabajan y las consecuencias que esto tuvo con la llegada de la dictadura, de la democracia, las crisis económicas, etc., etc., etc.

Excede también a este trabajo pensar la política al interior de las escuelas de psicoanálisis y la confluencia complicada e ineludible de saber y poder, tal como Lacan lo trabajó en el Seminario 16.

Salud y cura para el psicoanálisis (en castellano)

Entonces, si por un lado estamos criticando la versión consumista de la salud, que reniega de lo incurable proponiendo que todo se puede comprar, nos dedicaremos ahora a trabajar la versión contraria en cierta lectura de la enseñanza de Lacan que pareciera olvidar la salud y la cura.

Hay una decisión política en esto. Ha tenido consecuencias políticas. Extender la tristeza es la primera que se me ocurre y luego la infinitización: promoción de un ideal inalcanzable, que se nos vuelve extranjero, otra versión del consumo que cree superar al ideal del Amo cuando sólo lo reemplaza.

Elegimos entonces un sesgo, revisar la noción de salud, extraer alguna idea de por qué no hablamos de ella ni proponemos su realización en el fin de un tratamiento. Quedará para otro trabajo pensar el fin del análisis en su relación al pasaje analizado –analista.

Planteamos, en principio, que tanto los comentadores de la enseñanza de Freud y Lacan como los pacientes y ex pacien-

tes de un tratamiento psicoanalítico, evitan hablar de salud. En un caso porque equiparan esta noción a un ideal inalcanzable y neurótico fomentado por el discurso amo que pretende un para todos y, en el otro, el de los pacientes, porque en muchos casos sienten que no la han alcanzado pese a reconocer efectos positivos de un tratamiento. En este último sentido, se puede pensar que la salud está articulada con una idea de curación como objeto satisfactorio de consumo.

Ambas cuestiones me parece que son interesantes a considerar.

La primera, ¿cuáles son las razones por las cuales los psicoanalistas evitamos hablar de salud, o mejor dicho, hablando de salud sólo apuntamos a disertar sobre lo patológico? ¿Razones de mercado o cuestiones propias del campo psicoanalítico?

Interrogarnos sobre la salud implica dar un "soplo de vida" a la actualidad del psicoanálisis. Apostar a lo que está por venir, a lo que advendrá, constituyendo el pasado en tanto lo pasado. Y pasar a otra cosa; mutar el destino en porvenir.

En el Seminario 24 Lacan advierte: "No hay verdad sobre lo real, puesto que lo real se perfila como excluyendo el sentido… Es por eso que el psicoanálisis es una cosa seria, y que no es absurdo decir que puede deslizarse en la estafa".

Se trata de tomar la práctica psicoanalítica como algo serio, que apunte a consolidar que en nuestra ética debe estar presente la perspectiva de la salud, psíquica, social, vincular... Si el psicoanálisis se reduce exclusivamente a la dimensión psicopatológica entonces se comprenden los efectos totalizantes, incluso abúlicos en la práctica y la formalización de sus resultados. El riesgo es deslizarse en la estafa, esto es, desconocer que el agujero constituye al ser hablante y que la función del analista no es interpretar sino mantener ese agujero lo suficientemente aireado para que algo nuevo pueda producirse.

Entendemos que la psicopatología, muy frecuentemente, confunde la constitución de la estructura psicopatológica con la constitución del ser hablante, es decir, la incidencia de lalengua en el viviente, lo cual tiene como consecuencia la extrac-

ción del goce del instinto y la creación de un ser hablante-hablado, afectado por la incidencia de la voz y sus resonancias.

En este punto creo que conviene distinguir el sano del que se ha curado de su neurosis. ¿El que se ha curado está sano? ¿Habría alguna diferencia entre el sano y el curado por el tratamiento analítico? Han encontrado soluciones diferentes pero creo que eso no implica juicios morales al respecto. Recuerdo aquí lo que leo como una indicación de Lacan cuando habla de Joyce, usa casi como un elogio el concepto "inanalizable", que luego ha tenido un uso tan despectivo, ¡dice que por fortuna no se analizó y escribió!

¿Habrá modos de responder a lo traumático -de lalengua- sin constituir una estructura psicopatológica? ¿Modos saludables de responder a ello? En todo caso conviene preguntarse si hay alguna salud que no sea "aparente" como adjetiva Freud a ese período que va de la infancia a la pubertad donde la represión fue lograda. Aquí pareciera que el "aparente" está al acecho de ubicar la psicopatología en la solución singular que alguien ha creado. De ser así huele a moral.

En relación a la psicopatología, hay modos particulares de responder al trauma, es decir modos más o menos tipificados: hay tipos de síntomas: histeria y obsesión, fobia como placa giratoria, psicosis descompensadas o compensadas… los tipos son limitados y contables. Las soluciones son múltiples.

¿Qué queremos decir con trauma? Conviene distinguir trauma como estructural, esto es, el encuentro con lalengua, lo natural perdido que instaura un agujero. Lalengua es sobre todo un agujero en la significación donde la palabra como parásito horada la relación directa entre el ser hablante y la cosa. El trauma en ese punto no tiene adjetivación, sólo es, hay. Luego vendrán sus versiones, pero esto ya da cuenta de la estructura psicopatológica o sana en tanto modos particulares de traducir el agujero. Ese trauma en términos de lo imposible puede ser delimitado como potencia o como inhibición, dependerá de cómo ha sido transmitido por los otros, lo social, la época.

Ahora bien: ¿La mejor salida es darle un arreglo neurótico a ese agujero? Quizás no, porque no logra resguardar el agujero que la palabra implica, que no lo mantiene en términos de vacío creador sino que le da una significación rígida, fija, triste y opaca. Hay ficciones más elásticas, amorosas y alegres.

En ese sentido la psicopatología psicoanalítica en tanto responde a un Otro agujereado, donde el saber es éxtimo y lo muestra como incompleto e inconsistente, puede poner el acento en las clases o en lo que las agujerea. Se trata de la ética y sus consecuencias en el lugar del analista. Ninguna estructura psicopatológica constituye un ser, la constitución del ser hablante-hablado y su potencia subjetiva las excede y no debemos confundir una con otra porque al hacerlo encasillamos y vemos sólo el reflejo de nuestra cosmovisión.

Preferimos incluir en este punto la salud como aquello que mantiene las estructuras como conjunto abierto, sin bordes, lo cual ofrece la posibilidad de pensar en un diagnóstico constituido por un vacío.

En segundo lugar, trabajemos la cuestión de la salud en la clínica, en cada tratamiento.

La salud es definida por Freud como amar y trabajar. En "Neurosis y psicosis", en 1924, dice que la afirmación de que las neurosis y las psicosis nacen de los conflictos del Yo con el Ello y la realidad, precisa aún de nuevas investigaciones para ser completada. Además agrega: "Quisiéramos saber en qué circunstancias y por qué medios consigue el yo escapar, sin enfermar, a tales conflictos, constantemente dados. Es éste un nuevo campo de investigación en el que habremos de encontrar los más diversos factores".

En "Pérdida de la realidad en neurosis y psicosis" (1924) define la salud a partir de la relación que tiene alguien con la realidad. Dice: "En consecuencia, tanto la neurosis como la psicosis son expresión de la rebeldía del Ello contra el mundo exterior o, si se quiere, de su incapacidad para adaptarse a la realidad (...) la neurosis no niega la realidad; se limita a no

querer saber nada de ella. La psicosis la niega e intenta sustituirla. Llamamos normal o «sana» a una conducta que reúne determinados caracteres de ambas reacciones; esto es, que no niega la realidad, al igual que la neurosis, pero se esfuerza en transformarla, como la psicosis".

Es interesante cómo la salud de lo que Freud llama muchas veces un individuo, con todos los problemas que esto tiene, ya que la constitución siempre es en relación al otro y lo social, es la posición de alguien respecto de la realidad, saber y transformar, no desde los ideales o imperativos sino desde el deseo, desasido de la limitación que síntoma y fantasma en su intento de obturar la falta le impondrían.

En el Seminario 21 Lacan habla de los neuróticos irreventables. Son aquellos que, aún cuando uno de los registros, imaginario, simbólico o real se corta, les revienta, no se dan por enterados ya que "nada los afecta". Describe así a alguno de sus neuróticos durante la guerra. Pero lo interesante es que aclara que eran aquellos a los que aún no había curado. Desprendo de esto que la cura es la afectación, y que siguiendo el nudo que escribe para el analizado en el seminario siguiente, es el cuerpo, afectado, lo que define una cura, ya que allí lo real pasa por encima de lo simbólico y lo imaginario anuda. También leo allí una reducción, un corte de la envoltura de lo simbólico como solución al cuerpo y lo imposible. Lo real es la vida, es decir, lo imposible de simbolizar del todo. Y luego un cuerpo que afectado por la castración pueda anudar de otro modo, vida y muerte, goce y palabra.

En el Seminario 24 define al psicoanálisis como una praxis para "sentirse mejor". Es interesante, se trata de una posición no de objetivos o contenidos a alcanzar, ni siquiera objetivos en idioma lacaniano. Se ve allí la artesanía, el oficio, uno por uno pero entramado en lo social. En esta misma línea lo define "como una práctica que se ocupa de aquello que no anda, terriblemente difícil ya que pretende introducir en la vida cotidiana al imposible y al imaginario". Luego dirá de qué se trata la cura: "Cuando el analizante piensa que se alegra

por vivir es suficiente".

La salud es el deseo entendido como lo singular pero no en el sentido de lo propio individual sino en el sentido de lo íntimo, lo que se construye con los otros, el pudor como un buen tratamiento respecto de lo imposible de decir.

Lacan va a decir que el psicoanálisis debe apoyarse en la formalización de sus consecuencias, apuntando a que resuene otra cosa que el sentido, ya que el sentido tapona.

Un vacío que, lejos de ser un obstáculo, es una oportunidad: la de filtrar un decir singular. Está lo clasificable sobre el fondo de un vacío, inclasificable.

Así podremos pensar la estructura psicopatológica como un sistema ordenado al mismo tiempo que no ordenado, no por ello caótico; un desorden que da lugar a nuevos modos de equilibrio que se abre a la contingencia de la invención.

El vacío habilita múltiples respuestas que, sin embargo, no devienen caóticas. Se trata de un azar determinado por el encuentro con un otro, entendido este último como una contingencia caracterizada por el interjuego del ofrecimiento y la elección.

La transferencia como lo contingente y lo nuevo, a través y más allá de la repetición, permitirá leer de otro modo las trazas de ese sujeto. Re-escribirlas en el analista en tanto cuerpo, vaciado de su fantasma, para generar una resonancia que dé lugar a una nueva escritura.

En el Seminario 25 dirá: "Lo que sería necesario seguramente, es que el análisis… llegue a deshacer por la palabra lo que es hecho por la palabra".

Propongo que la cura es la constitución y aceptación de lo íntimo. Con lo que ello tiene de incómodo, de riesgo, de pérdida. En este punto el psicoanálisis hace la contra a lo real de la época que tiende a una moral capitalista proponiendo forcluir las "cosas del amor", tal como señala Lacan en "El saber del psicoanalista".

Por eso mismo decía que es necesario habitar instituciones y decisiones respecto de la salud para que, habitados por el

discurso analítico podamos aportar una noción de salud que contenga lo singular. Sin dejar de lado la función para la que nos han convocado en determinadas instituciones: curar. Entonces se trata de hacer una torsión sobre el concepto de cura. Esto implica el lugar del saber en el discurso analítico: en el lugar de la verdad implica que nunca es todo. Un saber ahuecado por un vacío creador. En ese sentido, nuestro aporte como analistas al campo de la salud mental consiste en esta torsión al concepto de cura.

Respecto de la primera cuestión, entonces, podemos preguntarnos: ¿para qué sirve un análisis? Sirve para dialogar, uno habla solo hasta que se encuentra con un analista, sirve para darle un soplo de vida a ese sentimiento llamado amor, sirve para que alguien se sienta feliz por vivir, sirve para aumentar la potencia de actuar, tal como Spinoza define a la alegría, sirve para hacer lazos con los otros, no regidos por la identificación de la masa sino por la diferencia.

Como vemos, esta eficacia no responde a los parámetros sociales sino a detalles muy íntimos que más bien van en contra de la eficacia del mercado ubicado en el lugar del amo.

Construir la potencia de lo íntimo que hace lazo define la salud y la eficacia de un análisis como tratamiento. Desde allí se trata de oponer resistencia a la época en su elogio de lo anónimo, de lo cerrado, de la ilusión del individuo.

Que el agujero en la estructura sea leído en términos de vacío estructural y no de falta.

¡¡Salud!!

En "Televisión", Lacan define a la depresión de la siguiente manera: "Se califica por ejemplo a la tristeza de depresión, cuando se le da el alma por soporte... Pero no es un estado de alma, es simplemente una falla moral, como se expresaba Dante, incluso Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral, que no cae en última instancia más que del pensamiento, o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura".

Subrayamos allí la referencia a la cobardía moral y el pecado en contraposición al bien decir y reconocerse en el inconciente, en la estructura.

La tristeza era uno de los pecados capitales luego reemplazado por la desidia y la pereza. Desidia es no ocuparse de algo, lo contrario del cuidado, la atención, el miramiento respecto de algo. Ya sea porque se lo detesta, y entonces tenemos la versión de la aversión, de la depresión, o ya sea porque les resulte indiferente o toma una posición negligente respecto de eso. Resuena aquí lo que Freud proponía como el inicio de la neurosis: "acto voluntario de olvidar".

Entonces la enfermedad tiene como etiología un acto cobarde o la elisión de un acto respecto del deseo y se resignifica aquí lo que Lacan planteaba en la entrevista que le hiciera la revista Panorama donde define la salud como "valentía y prudencia frente al deseo".

¿Es lógico hacer clínica con los parámetros de valentía y cobardía? ¿Y cómo valoraremos las condiciones en que ese deseo se presenta?, ¿o es que no tendremos en cuenta la trama de cada quien frente a su deseo? Entonces nos acercamos a convertir aquella bella pregunta en imperativo superyoico: ¿has actuado conforme al deseo que te habita?

Y peor aún, corremos el riesgo de olvidar que el deseo es inconciente y culpabilizar al paciente por ello. En esta vía se regodean las elaboraciones acerca de la elección, responsabilización, hacerse cargo y etcs. Ese es un sesgo de la cuestión, el otro es que luego evaluamos también el modo en que cada uno responde por su deseo y entonces frente a un acto somos propensos a clasificarlo como acting o pasaje al acto. Se ve lo imposible de esta formulación pareciera que la salida es vía un acto decidido, luego nos cuesta encontrarlo ya que lo diagnosticamos con desdén. Vertiente superyoica y moral de la cual mejor estar advertidos.

El problema es que lo que voluntariamente olvidamos retorna, y por ello la enfermedad neurótica para Freud será la reminiscencia. Eso insiste y se hace escuchar en los síntomas,

en el ánimo, en la desvitalización. El olvido es al mismo tiempo el problema y la solución pero depende de cómo se logra. La reminiscencia como historia repetida y de sentidos fijos no permite el comienzo. El olvido como acto nos coloca en otro lugar, uno nuevo. Pero hay que haberse ocupado de eso. ¿Y cómo pensarlo cuando alguien no cuenta con los recursos necesarios para afrontar ese acto en ese momento? Según Freud es una cuestión económica: alguien no pudo tramitar algo porque no cuenta con los recursos necesarios en la "fábrica del alma".

Nos toca a partir de esto preguntarnos qué lugar ocupará la transferencia. ¿Y la presencia del analista?

Si la cobardía neurótica es una respuesta al agujero en la estructura leída en términos de castración edípica vivida como amenaza o premisa, conviene pensar al encuentro con un analista como una lectura nueva de ese agujero, que lo transforme en vacío.

Propongo hacer una distinción entre los modos de vínculo que implican el lazo social y la masa, para desde allí pensar el encuentro analítico en la época.

En el lazo social el vínculo está sostenido en la resonancia de los cuerpos, no en la identificación y el líder. Lo pienso como un "hacer eco", cuerpos que son repercutidos y repercutiendo por una musicalidad semejante.

Otro modo de vínculo es la masa sostenida por la identificación entre los yoes a un punto de deseo a partir de ubicar el mismo objeto en el lugar del ideal, con su consecuente hipnosis. Operación por la cual, el yo se convierte en un objeto que, esférico, recubre la castración, vínculo que se rigidiza desde las imágenes y significaciones compartidas, muchas veces a contra pelo de la evidencia corporal.

El lazo hace de la diferencia fuga de sentido, que permite crear un sentido siempre a punto de ser revisado, despabilado, sacudido.

La masa, en cambio, está soportada del narcisismo en tanto defensa, barrera a curar, como "sí mismo", mientras que el

lazo social como discurso se soportará de lo que en el narcisismo hace agujero, opaca intimidad que constituye lo imaginario dejando un imposible de especularizar, hueco donde la palabra resuena.

Considero que, en lo posible, conviene hacer lazo y no masa con los otros. Es ésta una condición para un tratamiento y también para los vínculos entre analistas a partir de la transferencia de trabajo. Pienso, con Ulloa, que se trata de "estar analistas" y no de "ser" lacaniano, freudiano, kleiniano… es que nuestra causa son los pacientes.

Víctor Korman decía en la reciente presentación de su libro que sólo Lacan podía ser lacaniano, Freud freudiano, Melanie Klein kleiniana y así nos invitaba, decididamente, a la creación, laica, de una clínica sostenida en los maestros pero humildemente trabajada en nombre propio.

*Este escrito es una reelaboración del trabajo presentado con mis amigas la Lic. Verónica Caamaño y la Lic. Diana Algaze en el inolvidable I Congreso de Psicoanálisis en Rosario, 2016. También de lo trabajado en la Mesa Redonda "El ideal de salud" con el Dr. Marcos Zurita en el último congreso de APSA.

El lugar que ocupa Argentina entre los países consumidores de alcohol

Cada tanto se da que, con orgullo nacionalista, se proclama que en Argentina o en tal provincia o ciudad el nivel de consumo de tal o cual bebida alcohólica es uno de los más altos del mundo. Lamentamos contradecir a tales voces: Argentina marcha cómodamente en el pelotón del medio para atrás dentro del medallero olímpico de los consumos de bebidas alcohólicas.

Consumo total de bebidas con alcohol per capita por año – Año 2013 – Fuente: OMS
Lituania: 15,04
Bielorrusia: 14,66
Czechia: 12,45
Croacia: 12,39
Bulgaria: 12,06
Austria: 11,82
Bélgica: 11,77
(Argentina: 8,28)

Consumo de cerveza en litros per capita por año - Año 2013 – Fuente: OMS
Guinea Ecuatorial: 9,01
República Checa: 6,9
Polonia: 6,39
Gabón: 6,22
Austria: 6,03
Alemania: 5,81

Bélgica: 5,81
(Argentina: 3,36)

Consumo total de vino per capita por año – Año 2013 – Fuente: OMS
Francia: 6,5
Croacia: 6,19
Portugal: 6,01
Moldavia: 4,89
Italia: 4,86
Luxemburgo: 4,79
Suiza: 4,69
(Argentina: 3,51)

Consumo total de Bebidas Espirituosas per capita por año – Año 2013 – Fuente: OMS
Bielorrusia: 6,45
Lituania: 5,72
Haití: 5,65
Guyana: 5,61
Federación Rusa: 5,47
Bulgaria: 4,88
Barbados: 4,28
(Argentina: 0,52)

Algunas consideraciones sobre la Depresión Perinatal

Silvina Foks

El periodo perinatal (embarazo y puerperio) es una etapa de gran vulnerabilidad en la vida de la mujer para el inicio, recaída o recurrencia de cualquier trastorno mental.

Los trastornos mentales perinatales presentan una prevalencia de alrededor del 25% (Vesga-Lopez et al. 2008) y se asocian a complicaciones en la evolución de la gestación, en los resultados obstétricos, neonatales, en el vínculo madre-hijo y en el neurodesarrollo del bebé.

La existencia de un problema psiquiátrico en un embarazo implica una situación compleja. En cada caso el psiquiatra deberá evaluar las complicaciones de la enfermedad en la madre, su efecto sobre el desarrollo fetal así como los posibles riesgos por el uso de psicofármacos en el embarazo y lactancia.

Hay evidencia de que los episodios de depresión posparto muchas veces pasan inadvertidos o son mal diagnosticados. Esto se debe, entre otras razones, a que en general las mujeres menoscaban sus sentimientos de rechazo a la maternidad, ya que socialmente se espera otra actitud por parte de ellas al dar a luz. Aunque el mandato social dice que el nacimiento de un

hijo debe ser el momento más feliz de la vida de una mujer, que deben sentirse plenas, esos sentimientos muchas veces se alejan bastante de la realidad. Esta diferencia entre las expectativas y lo que efectivamente ocurre, se convierte en una situación muy disruptiva e incomprensible para la pareja y la familia quienes esperan que la reciente madre se sienta feliz. Esto a su vez aumenta el sentimiento de culpa y afecta la autoestima de la madre. En general los primeros tres meses posteriores al parto suelen ser un estrés importante para el aparato psíquico de la mujer.

En la actualidad solo el 20% de las depresiones perinatales son tratadas. Las mujeres tienen el doble de riesgo que los hombres de presentar algún episodio depresivo a lo largo de su vida. El riesgo en la mujer es del 10 al 20%, siendo dicho riesgo máximo entre los 15 y los 44 años, es decir dentro del periodo fértil. Por lo tanto, las mujeres con antecedentes de trastornos afectivos tienen mayor riesgo de recurrencia en el embarazo y puerperio.

La depresión materna puede afectar el crecimiento fetal, el temperamento del infante así como el comportamiento en la niñez. La depresión postparto es más común en las mujeres con depresión prenatal y trae como consecuencia dificultades en el cuidado del infante, en el apego madre-hijo, y en la relación de pareja.

Estudios prospectivos en el embarazo con seguimiento de madres y los niños hasta la adolescencia muestran que la enfermedad mental materna (ansiedad y depresión) pre y postnatal, pueden tener consecuencias negativas sobre el desarrollo cognitivo, conductual y psicológico del niño. Por ejemplo la ansiedad durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de alteraciones emocionales y conductuales en niños y es un predictor fuerte de depresión posparto.

Diversos estudios en humanos y en animales demuestran que el estrés prenatal genera alteraciones que pueden observarse desde el nacimiento hasta la adultez. Trabajos como el de Chambers (2017) hacen hincapié en el impacto que tiene

el estrés materno sobre el desarrollo fetal y el embarazo. El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal es altamente sensible durante ese período. La hiperestimulación del eje genera un aumento de glucocorticoides maternos que por circulación pasan al feto y pueden afectar el neuro-desarrollo, alterando los receptores a glucocorticoides cerebrales.

En los humanos la neurobiología de los lazos sociales es formada durante el primer año de vida y esto tiene implicancias para el futuro desarrollo social, si al infante no se le provee un medio favorecedor adecuado. La modulación del cortisol en estos primeros estadios es esencial para la neuroplasticidad y el cerebro. El contacto piel a piel como lazo social y la oxitocina son moduladores significativos del cortisol en este estadio. Por lo tanto si la madre está severamente deprimida o no se siente motivada para sostener y tocar a su niño esto tendrá importantes efectos sobre el cerebro del neonato.

Es importante destacar que el hipocampo madura entre el 2º y 3º mes. Como parte del sistema límbico, el hipocampo está involucrado en la memoria espacial y emocional y también es instrumental en la consolidación de la memoria. En la medida que el hipocampo se desarrolla el niño es capaz de reconocer y recordar a su madre, sonreírle, comenzar a tener sensaciones de placer hacia ella e interactuar activamente con ella. Es éste un momento crucial respecto al desarrollo del vínculo madre-hijo y alrededor del 4º mes de edad, el patrón de relación entre la madre y su hijo puede predecir la seguridad del apego del bebé a los 12 meses.

Asimismo los estresores maternos ejercen influencia sobre el comportamiento fetal así como en los procesos cerebrales relacionados con la cognición y la memoria. Estos estresores son los que se denominan factores de riesgo tales como conflictos de pareja, eventos de vida negativos, embarazo no deseado, síntomas de disforia premenstrual, problemas económicos, problemas laborales, etc.

Síntomas de depresión en el embarazo

Los síntomas más indicativos son:

Cambios en el apetito, ya sea comer demasiado o tener poco interés por la comida.
Cambios en el sueño, insomnio o hipersomnia.
Fatiga o falta de energía.
Sentimiento de gran tristeza, desesperanza.
Llorar sin razón.
Sentir poco interés o placer en cosas que solía disfrutar.
Anhedonia marcada,
Sentimientos de culpabilidad, desesperanza y falta de interés por el embarazo.

Los síntomas se superponen con los propios del embarazo, por lo que muchas veces se dificulta su detección. La depresión no tratada durante el embarazo es uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo de Depresión Posparto, una enfermedad que puede durar varios meses después de dar a luz. La depresión prenatal además puede explicar el mecanismo de vulnerabilidad incrementada a la psicopatología tanto en niños y madres y puede afectar directamente la manera en que la madre se vincula con su hijo.

El Baby Blues o Tristeza Puerperal y Depresión Posparto: diferencias

La diferencia con la depresión postparto es que la tristeza puerperal es una forma leve de ésta. Tiene una frecuencia de entre el 60 y el 80% de los casos. Comienza entre el primero y tercer día después del parto y tiene pico máximo entre el 5to y 7mo día. Remite en forma espontánea y no requiere tratamiento, y puede durar hasta dos semanas. Los síntomas más habituales son labilidad emocional, insomnio, irritabilidad,

fatiga, tendencia al llanto y ansiedad. La Depresión Posparto, en cambio, tiene una prevalencia del 15 al 20%. Muchas veces pasa inadvertida. Las mujeres que han sufrido una depresión previa tienen el 25% más de probabilidades de tener una depresión posparto y un 50% más si tuvo una depresión puerperal previa.

Síntomas de la Depresión Posparto

Los indicadores a tener en cuenta son:

Sentimiento de culpa por no sentirse capaz de cuidar a su bebé.

Ansiedad extrema o pánico.

Problemas para tomar decisiones.

Tristeza.

Preocupación excesiva por la salud de su hijo.

Pensamientos obsesivos de dañar a su bebé.

La depresión puerperal afecta el normal establecimiento del vínculo madre-hijo, lo cual provocará que las madres sean inconsistentes en la manera que ellas los cuidan, pudiendo responder de manera inadecuada a las necesidades de éstos. La depresión de las madres puérperas puede ocasionar en sus hijos dificultades cognitivas, sociales y déficit atencional.

Embarazo y medicación

Los estudios indican que la mayoría de los fármacos atraviesan la placenta y llegan a la circulación fetal. El mecanismo involucrado en dicho pasaje es la Difusión Simple y el pasaje de un fármaco de la madre al feto dependerá de algunas características de las drogas, tales como peso molecular, la liposolubilidad, el grado de ionización y la unión a proteínas.

Como recomendaciones generales, se trata en lo posible

de evitar administrar medicación durante el primer trimestre (periodo de organogénesis). En el caso que se decida medicar, la droga elegida deberá ser del grupo más conocido y se debe intentar medicar con una sola droga. Se tratará de priorizar además un tratamiento basado en la psicoterapia individual, familiar y armar una red de sostén. El uso de medicación quedará en lo posible para una segunda instancia.

Más allá de estas recomendaciones, existen patologías, como la depresión descrita anteriormente, que si no son tratadas a tiempo, generan trastornos no sólo en la madre, sino también en el niño y cuyos efectos hacen necesario plantear firmemente la necesidad del uso de psicofármacos como parte indispensable del tratamiento.

La decisión de usar medicación antidepresiva durante el embarazo o lactancia debe pesarse contra los riesgos de depresión maternal no tratada. El riesgo–beneficio debe ser discutido cuidadosamente con la paciente, la familia, el obstetra y el pediatra. Evitar el uso de antidepresivos durante el embarazo y lactancia no es a menudo la mejor opción.

Los estudios han demostrado que suspender el tratamiento antidepresivo en el embarazo en mujeres con historia previa de depresión, conduce a recaída de los síntomas en un 60 a 70% de las pacientes, con los efectos y las consecuencias antes mencionadas.

La utilización de psicofármacos en el embarazo continúa generando temor en las mujeres y en los profesionales de la salud. Ninguna decisión está libre de riesgos. Es importante tener en cuenta ante estos temores, que la población general tiene un riesgo de padecer malformaciones congénitas del 3% sin el uso de psicofármacos. Se debe minimizar el número de exposiciones en lo posible, teniendo en cuenta el riesgo relativo versus el riesgo absoluto.

Los psicofármacos, sobre todos los ansiolíticos, pueden producir una sedación excesiva del bebe al nacer, por lo cual se recomienda cerca del parto disminuir lo máximo posible la dosis. En los trastornos de ansiedad que requieran ansiolíticos,

la mejor opción son las benzodiacepinas de vida corta.

Lactancia y medicación

La lactancia presenta además una complejidad que se suma a las anteriores: el posible paso de/del los psicofármaco/s a la leche y su efecto sobre el lactante, en pacientes que están llevando adelante un tratamiento por trastornos mentales. Todos los antidepresivos se excretan por leche materna, en bajas concentraciones.

La pregunta sobre la compatibilidad entre el consumo de medicación psiquiátrica y la lactancia materna es una cuestión fundamental en el abordaje clínico. Es una cuestión importante y siempre es recomendable conocer los riesgos del uso de las diferentes drogas. Muchas veces por falta de información, el médico suele recomendar el destete, sin tener en cuenta las consecuencias que esto puede traer a la construcción del vínculo madre-hijo, los problemas en la salud que pueda traer aparejados en el niño y el efecto ansiolítico que dicha función tiene sobre la madre.

En términos generales, una depresión postparto no supone la necesidad de abandonar la lactancia pues, incluso en caso de necesitar medicación, la hay compatible. Es fundamental brindar el apoyo a la madre y toda la información necesaria para que ésta pueda tomar una decisión consciente y con total libertad.

Adentrándonos específicamente en la medicación, la mayoría de los antidepresivos pueden ser utilizados en el período de lactancia, siendo la sertralina la mejor elección para estos casos. Otros medicamentos suelen desaconsejarse ya sea porque se conocen sus efectos negativos o bien porque se carece de suficientes datos y estudios para recomendarlos.

Los beneficios de la lactancia son altamente significativos y ningún profesional de la salud debería desconocerlos, por lo que es sumamente importante tenerlo presente y favorecer la

continuidad de la misma, siempre y cuando sea posible usar medicamentos que sean compatibles y que causen el menor efecto negativo. Se aconseja siempre utilizar la dosis mínima efectiva y para evitar los picos plasmáticos, dividir las dosis en varias tomas y la toma de la medicación coincidiendo con la puesta al pecho

Recomendaciones generales

La información y la formación de los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento de una paciente que está embarazada o está en la búsqueda de un embarazo son fundamentales. Muchas veces son los prejuicios de los médicos respecto de los psicofármacos (psiquiatras incluidos) los que terminan prevaleciendo.

Ejemplos de esto son:

Casos en que el médico desaconseja embarazarse porque la mujer tienen una patología psiquiátrica

Casos de pacientes a las que el médico aconseja interrumpir la lactancia para medicarlas.

Casos en los que luego del primer parto, ante síntomas somáticos y emocionales, diferentes especialistas no encuentran "nada".

Pacientes tratadas por distintos psiquiatras que les recomiendan como única opción para embarazarse, dejar la medicación. Se les retira y recaen, por lo que pasan años teniendo que optar por tratamientos de fertilización debido al tiempo perdido.

Pacientes lactando que se deprimen o tienen otro trastorno psiquiátrico y se les interrumpe lactancia para medicarlas

No hay que perder de vista la importancia del diagnóstico y la prevención y el conocimiento de los riesgos de las enfermedades mentales en el embarazo, parto y recién nacido (in-

cluyendo el período de lactancia). Actualmente es indiscutible el efecto de factores como el estrés (si es crónico, sostenido en el tiempo) en los cambios neuroquímicos y por ende en el funcionamiento del organismo y sus consecuencias.

Tanto la ansiedad como la depresión (estrés prenatal) provocan el mismo daño al eje hipotálamo-hipofisario, por lo que hay que tratarlas y muchas veces no queda otra opción que el tratamiento medicamentoso. Si esto ocurre, es deseable no cambiar la medicación durante la lactancia. Si el niño ya ha estado expuesto a un antidepresivo, cambiar a otro antidepresivo o segunda medicación significaría una nueva exposición. Además existe la probabilidad de que la paciente recaiga durante el periodo de cambio. Es decir que la exposición al trastorno de ánimo de la madre representaría además una tercera exposición para el bebé.

Además de considerar si debería usarse medicación, es importante establecer cuál sería el plan para monitorear la medicación durante el embarazo y posparto. Esto implica, siempre que sea posible, considerar la lactancia cuando se está planificando un embarazo. Si el bebé ya está expuesto a una medicación, puede no tener sentido discontinuar la medicación durante la lactancia o en el caso extremo, no amamantar.

Sin dudas, ante madres lactantes que requieran un tratamiento, se deberá evaluar tanto a la madre como al niño antes de tomar una decisión con respecto al uso de medicación. Sabemos que los beneficios de la lactancia materna son innumerables y exceden el desarrollo del presente trabajo. Por esta razón es importante informar a los profesionales de la salud involucrados en los servicios tanto de psicología, psiquiatría, obstetricia, neonatología y pediatría, sobre la falsa dicotomía y oposición entre medicación psiquiátrica vs. lactancia materna.

Por otro lado, en caso que la madre haya tomado algún psicofármaco durante el embarazo, el bebé hubo de experimentar una mayor concentración de droga en útero comparado con la concentración que se encontrará en leche materna.

Respecto a la elección de un antidepresivo específico du-

rante la lactancia, usualmente se recomiendan la **sertralina** sobre otros ISRS, debido a la baja exposición en el infante a estas drogas, ya que no se detectan en su plasma. Se considera que si una droga presenta un porcentaje menor a 10%, es considerada compatible con la lactancia. *La fluoxetina se trataría de evitar por su vida media larga.*

Es importante recalcar los cambios en el etiquetado de la FDA. Se ha eliminado la vieja clasificación con categorías A, B. C, D, y X (porque provocaba malas interpretaciones y simplificaciones). El nuevo etiquetado, que entró en vigencia en Junio de 2015, tiene en cuenta los riesgos y beneficios maternales, fetales e infantiles y aborda las siguientes líneas:

8.1 Embarazo
8.2 Lactancia
8.3 Potencial reproductivo de Mujeres y Hombres

Tanto para los ejes de embarazo y lactancia se incluye información sobre:

Resumen de riesgos
Consideraciones clínicas
Datos

Esta información es sumamente útil a la hora de que el profesional deba evaluar la conveniencia o no de una determinada medicación de acuerdo al caso específico.

Para finalizar, es importante recordar algunos puntos que considero fundamentales:

El embarazo no protege de la patología psiquiátrica

El efecto teratogénico de los psicofármacos ha sido sobreestimado

La exposición del niño por la lactancia a los psicofármacos es menor a la exposición fetal.

No se han reportado efectos neuroconductuales a largo

plazo, en niños expuestos a psicofármacos durante la lactancia (estudios a 7 años)

No tratar la patología psiquiátrica de la madre tiene efectos nocivos o adversos en la relación madre hijo y en el desarrollo del niño

Es fundamental destacar que el abordaje de la patología mental durante el embarazo es un trabajo interdisciplinario, que abarca no sólo al obstetra, sino también al clínico, al psiquiatra, psicólogo, partera, etc. La familia y el entorno social de la paciente también son decisivos. Si bien existen peligros como en todo tratamiento medicamentoso, los efectos de una depresión no tratada en términos de riesgo-beneficio son bien conocidos. Es deseable que los profesionales se actualicen en los estudios sobre la temática de la depresión perinatal, para que no prevalezcan los prejuicios sino la información adecuada, para evitar caer en conductas iatrogénicas y brindar a sus pacientes una mejor calidad de vida.

Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Los trastornos depresivos. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5 ª ed.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.807874

Chambers, J. (2017). Perinatal Psychiatry: Where Psychoanalytic Theory, Neuroscience, and Integrated Clinical Psychiatry Meet. Psychiatric Times. Disponible en http://www.psychiatrictimes.com/major-depressive-disorder/perinatal-psychiatry-where-psychoanalytic-theory-neuroscience-and-integrated-clinical-psychiatry

Pregnancy, Lactation, and Reproductive Potential: Labeling for Human Prescription Drug and Biological Products — Content and Format Guidance for Industry (Small Entity Compliance Guide)

Stewart, Donna E. and Vigod, Simone (2016). Postpartum Depression. N Engl J Med 2016; 375:2177-2186 December 1, 2016 DOI: 10.1056/NEJMcp1607649

Wikinski, Silvia y Jufe, Gabriela (2013). El tratamiento farmacológico en Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana

Prevalencia de fármacos mencionados en letras de hip hop en el año 2013

De mayor a menor prevalencia (esto es, canciones que mencionan la droga sobre el total de canciones editadas ese año)

Ativan (lorazepam)
Hydrocodone (opioide)
Lortab (paracetamol + hidrocodona)
"Pain killers" (opioides varios)
Oxycontin (opioide)
Percocet (paracetamol + oxicodona)
Valium (diazepam)
Adderall (anfetamina)
Xanax (alprazolam)
Vicodin (opioide)
Oxy (opioide)
Morphine

Podemos llegar a la conclusión de que el hip hop es el opioide de las masas…

Fuente: http://www.projectknow.com/discover/hip-hop-drug-mentions/

Bailar cuidados: implementación de reducción de daños en escenarios de ocio.

Andrés Schteingart

Introducción

El consumo de sustancias es una constante observada en la humanidad desde tiempos inmemoriales. El hombre las ha utilizado con fines rituales o celebratorios en el pasado y hoy en día, son parte de eventos sociales así como también en situaciones de soledad y encierro.

Las drogas tienen la capacidad de generar adicción en personas predispuestas. La adicción es una enfermedad discapacitante, crónica y con tratamientos por lo general poco eficaces. Pueden aumentar el riesgo de accidentes o generar reacciones imprevistas, dependiendo de la persona y del contexto.

Consumir sustancias puede transformarse en una situación riesgosa, quizás como tantas otras actividades que realiza el ser humano, como el lanzamiento en paracaídas, el alpinismo o manejar en un día de lluvia con los frenos gastados.

En Argentina las estadísticas muestran que, por lejos, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida por la población general y más aún por los jóvenes, con tasas de prevalencia anual de hasta un 66% y con picos de hasta un 82,9 en la ciudad de Buenos Aires. Le siguen bastante por debajo la marihuana en un 3,2%, los tranquilizantes consumidos sin

prescripción médica, y más por debajo el éxtasis o drogas de diseño (0,1%). Más lejos aún, la pasta base o paco con un 0,01% de prevalencia anual.

Consumos y música electrónica.

En los espacio de ocio de distintas ciudades del mundo, todos los fines de semana, miles de personas alteran sus estados mentales en pos de desconectar de las obligaciones cotidianas, aumentar su tono hedónico o simplemente pasar un buen rato. Dentro de estas sustancias están incluidos por supuesto el alcohol y el tabaco, pero también el cannabis, la cocaína, LSD y las nuevas drogas llamadas "de síntesis" como el éxtasis, el Popper, o GHB, entre otras. Reciben este nombre por estar producidas en laboratorios, muchas veces caseros y/o clandestinos a partir de precursores químicos que no son, estrictamente, extraídos de la naturaleza.

Luego de los acontecimientos sucedidos en la última fiesta electrónica Time Warp, sucedida en abril de 2016, en donde fallecieron 5 jóvenes previamente sanos, se ha puesto en la mira a este tipo de eventos y, en particular en las drogas de síntesis. Se ha procedido a una investigación para encontrar a los responsables, y a pesar de aún no haber condenados, se ha sancionado una nueva ley de nocturnidad y luego de un intento de prohibición de varios eventos electrónicos, nuevas fiestas y espectáculos se están llevando a cabo. Dentro de la nueva ley, se normatizan algunas necesidades para los organizadores, entre las que se esconde realizar "prevención" en materia de drogas. No obstante, los dispositivos de intervención, lejos están de los modernos dispositivos de otras grandes ciudades del mundo, en donde desde hace años funcionan distintas ONG manejada por profesionales y usuarios en donde brindan capacitación e información a los consumidores noctámbulos.

Se ha hablado acerca de la necesidad de abrazar a los niños

en las camas, de buscar responsabilidades en los padres y hasta hemos visto notas periodísticas con apartados publicitando comunidades terapéuticas, poniendo en un mismo recipiente a los jóvenes concurrentes a fiestas electrónicas con los pacientes que padecen adicciones.

Lo importante es reconocer que en la época que corre, existen nuevas modalidades de consumo. El *clubber* o frecuentador de fiestas electrónicas, por lo general, se aleja del estereotipo marginado-enfermo-delincuente, propio del consumidor de cocaína y heroína de los 80 o del consumo de crack y pasta base en población vulnerable. Tampoco es hijo de una familia "disfuncional". En una sociedad en donde cada vez se otorga más importancia al tiempo libre, han aparecido nuevas drogas que comenzaron a consumirse en espacios de ocio, durante los fines de semana, compatibilizando tiempos de diversión con asunción de responsabilidades (estudio, trabajo). Se puede observar cierta normalización del consumo (es normal consumir y el que no consume es mirado como un extraño) y hay un mayor distanciamiento entre los consumidores y dispositivos preventivos (el que consume éxtasis durante los fines de semana no consulta salvo que presente una sobredosis).

En la carrera o historia de un consumidor, el uso de sustancias es sustituido, en una alta proporción, por otras prioridades (vivienda, pareja, hijos, trabajo), algunos continúan (de manera esporádico o intensiva) y de ellos, un porcentaje puede que tenga problemas graves con las drogas.

La posibilidad de tener un problema con las drogas depende de múltiples variables. En el caso de las fiestas electrónicas se suma la sustancia (con su grado de pureza, adulteración), la dosis (pequeñas dosis a megadosis), el individuo (usuario experimental, abusador, dependiente), el contexto (evento saturado de capacidad, con zonas de descanso, al aire libre, cubierto, provisión de agua potable, etc) y hasta… la artística

(música techno que no da lugar al descanso vs varias pistas con distintas modalidades de géneros). El consumo compulsivo de varias sustancias a la vez, conocido como policonsumo y la repetición de esta práctica durante todos los fines de semana o incluso durante días de semana y la afectación de las relaciones familiares, sociales o laborales pueden indicar un consumo problemático.

La cultura del éxtasis.

Las fiestas electrónicas llevan años desarrollándose a lo largo y ancho del globo terráqueo, con un inicio en la década del 80 en la ciudad de Detroit y Chicago, y luego un pasaje por la paradisíaca isla de Ibiza en España. De allí migraron a Londres con sus fiestas clandestinas y la explosión de la cultura del acid house y la rave, para luego expandirse masiva y globalmente a otras ciudades europeas. Finalmente llegaron, a mediados de los 90, a Latinoamérica.

La sustancia que acompañó las fiestas ha sido el MDMA (3-4,metilendioximetanfetamina), más conocida como éxtasis, una sustancia estimulante, derivada de las feniletilaminas (una de las moléculas implicadas y estudiadas en los modelos neurobiológicos del amor) que posee propiedades empatógenas y entactógenas. En el uso colectivo y en el contexto de fiestas, además de los efectos "subjetivos" se caracterizaron los "intersubjetivos" con un fuerte sentido de "empatía", amor hacia los demás, fuertes emociones transpersonales, predisposición al contacto físico y la expresión de afectividad y cariño, además de una sensación de bienestar, ganas de moverse y bailar (Lenarduzzi).

Sin dudas, el éxtasis es un símbolo de la cultura rave y de la música electrónica, aunque su aparición data de mucho antes. Se descubrió a principios del siglo XX; pero no fue hasta la década del 60 en que un químico llamado Shulgin comen-

zó a investigarla en usuarios y en sí mismo encontrando que permitía a los usuarios evadirse de sus costumbres y percibir el mundo con mayor claridad. Shulgin la llamó drug window o «droga ventana» y estimuló su uso en psicoterapia, especialmente para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático. Luego de prohibida la sustancia en 1984 en los Estados Unidos, comenzó su persecución. a pesar de no haberse demostrado gran poder adictivo. Por ejemplo, según el Informe Europeo de Drogas (2016), menos del 1% de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez lo hicieron demandando por éxtasis. También, en cuanto a su poder adictivo, se encuentra muy por debajo del alcohol, el tabaco o la marihuana.

No obstante, el principal riesgo de la misma radica en los efectos idiosincráticos o catastróficos en una única toma. Los mismos podrían agravarse si además la persona no se hidrata o si el entorno es poco ventilado o en condiciones de alta temperatura.

Argentina electrónica.

En la Argentina, numerosas fiestas se desarrollan año a año, existe un circuito comercial y *underground* con un público fiel. Grandes djs y productores electrónicos tocan durante los fines de semana y desde hace más de 20 años se llevan a cabo grandes fiestas. Desde principios del año 2000, se ha sumado megafestivales importados con grandes djs y productores internacionales. Estos eventos logran reunir entre 5.000 y 70.000 personas y el costo de la entrada ronda entre los 40 y los 80 dólares, o más, de acuerdo al sector y al uso de plateas preferenciales o sectores VIP. Es menester aclarar que existe además un gran negocio, manejado por empresarios que muchas veces intentan obtener el mayor beneficio de sus ganancias. En algunas ocasiones los organizadores son los mismos djs o artistas de turno, aunque por lo general estos son eventos

de menor aforo y en los que las entradas son más baratas. A veces, el único lugar en donde pueden llevarlas a cabo son en entornos ilegales o clandestinos, ya que su música no es tan "comercial" o no logran pagar los cánones necesarios que exige la normativa vigente en la ciudad.

Según un estudio realizado en el año 2014, a cargo del observatorio de drogas del Sedronar en donde se encuestaron a 365 asistentes a una fiesta Creamfields, se pudo constatar que la mayor parte poseen estudios universitarios completos o incompletos, que tienen pensado consumir algún tipo de sustancia, incluido alcohol, el cual se ubica en primer lugar, seguido de energizantes, marihuana, y éxtasis, en ese orden. También que tenían algún tipo de concientización como la necesidad de tomar agua, pero tenían poca información acerca de evitar las mezclas, conocer la calidad de la sustancia, o sobre la importancia de no quedarse solo.

Más allá del consumo problemático

Estamos habituados en el campo de la salud mental a hablar de los consumos problemáticos, pero no se puede dejar de prestar atención a otras realidades y a los otros tipos de consumo. Existen los consumos recreativos, caracterizado por su vinculación a los tiempos de ocio, fundamentalmente durante las noches del fin de semana.

Consumir drogas no es igual a tener problemas ni todas las formas de consumir son igual de problemáticas. Se reconoce que hay formas de consumo que entrañan pocos riesgos y otras que son extremadamente arriesgadas. Cifras de la OMS destacan que aproximadamente entre el 5 al 10% de los consumidores de drogas presentan un consumo problemático.

Es decir, hay un alto porcentaje de personas a quienes

los servicios de salud no llegan y si lo hace es a través de un tono alarmista, a veces sesgado, y hasta con información falsa. Por este motivo, resulta necesario reformular la información y hablar tanto de los riesgos y beneficios potenciales. Para los consumidores, la información busca aportarles elementos útiles que les permitan realizar un consumo de menor riesgo. La abstinencia, podría ser un punto de llegada pero no de partida. Para los no consumidores, es importante reforzar su posición, ofrecerles guías válidas para un uso futuro o para personas consumidoras que se encuentren en su entorno. La información merece ser objetiva.

Las drogas tienen efectos que son altamente valorados por las personas que las consumen y la experimentación de placer es una parte inherente a la aventura del uso de sustancias. En la contracara, están los riesgos a los que el consumidor se expone y que pueden proceder de diversas fuentes: la propia persona, la sustancia que consume y el contexto en que lo hace.

Por lo antedicho, surgen en los últimos años, otras miradas, más realistas, más respetuosas de los derechos humanos que es el modelo de reducción de daños.

El escenario de la guerra contra las drogas como fracaso de política pública.

No podemos hablar de reducción de daños sin hablar de política de drogas. De hecho el modelo surge como una iniciativa para encontrar otra lectura al problema y para denunciar el problema el fracaso de las políticas prohibicionistas como modo para controlar la disponibilidad de drogas y la demanda de las mismas.

En años recientes, la Oficina de las Naciones Unidas

contra la Droga y el Delito (UNODC) ha reconocido que el sistema prohibicionista actual tiene una serie de **"consecuencias negativas imprevistas"** que incluyen: la creación de un enorme mercado criminal; el desplazamiento de la producción y el tránsito de drogas hacia nuevas áreas (el efecto globo); la desviación de recursos del sector salud al de seguridad (aplicación de la ley); el desplazamiento hacia el consumo de nuevas drogas; y la estigmatización y marginalización de las personas que consumen drogas. Pese a que esta guerra ha sido promovida principalmente como una manera de proteger la salud, la realidad demuestra que ha conseguido lo opuesto. Y es que, no sólo ha fracasado en su propósito de eliminar el consumo de drogas, sino que ha incrementado los riesgos y ha generado nuevos daños relacionados a la salud al tiempo que obstaculiza la instrumentación de intervenciones efectivas que podrían reducirlos.

La aplicación de la ley inclina el mercado hacia productos de drogas más potentes pero que resultan rentables. También alimenta el surgimiento de nuevas drogas "de diseño" altamente riesgosas o manufacturadas domésticamente, como el conocido "Superman", un sustituto del MDMA, producto de la falta de precursores químicos para fabricar éxtasis, que ha provocado un centenar de muertes en el Reino Unido, casi 30 muertes en Canadá y otras tantas más en España, Israel y Noruega. En 2010 hubo una incautación masiva de 50 toneladas de safrole en Tailandia. Esto hizo bajar significativamente la disponibilidad de compuestos para la producción de MDMA, por lo que los fabricantes buscaron una fuente alternativa de un precursor adecuado. La utilización en su lugar de aceite de anís generó como resultado el PMA o PMMA, el nombre químico con que se conoce a este nuevo compuesto. Ambas sustancias son significativamente más tóxicas que el MDMA por varias razones. Son 10 veces más potente, actúan más lentamente que el MDMA, (tardar más en pasar la barrera hematoencefálica), por lo que los usuarios tienden a tomar más

dosis al no obtener los efectos esperados del MDMA. Tienen un margen estrecho de seguridad, con una diferencia de dos a cuatro veces entre las dosis de producción de estimulantes y letales. Por último, la toxicidad aumenta en condiciones de hacinamiento debido a un aumento veloz de la temperatura corporal y a una mayor duración de la hipertermia.

La estigmatización de los consumidores ha creado obstáculos a la provisión de medidas de reducción de daños. A pesar de su demostrada efectividad en términos de costos permanecen inaccesibles en muchas partes del mundo. Cabe citar los temores y dudas de los grandes organizadores de eventos en nuestro país, que prefieren "cumplir" con el reglamento y repartir un pacato volante de "la droga mata" y no arriesgarse a contratar una ONG que reconoce frontalmente que la gente consume sustancias, con un mensaje sincero en relación a reducción de riesgos y daños. Por otro lado, existen militantes de la reducción de daños, que han comercializado reactivos para detectar formas adulteradas que han sido víctimas de allanamientos violentos por parte de la policía y pasado meses en prisión. Conclusión: menos reactivos para detectar sustancias adulteradas, o sea mayor riesgo de ingerir veneno.

No existe evidencia de que las intervenciones para el cumplimiento de la ley, ya sea del lado de la oferta o de la demanda, hayan reducido o eliminado el consumo de drogas. En lugar de ello, el riesgo asociado a las drogas se ha incrementado y se han sumado nuevos daños. Evidentemente las poblaciones más vulnerables soportan el peso mayor de estas consecuencias.

La guerra contra las drogas está socavando severamente los derechos humanos en todas las regiones del mundo, esto mediante la erosión de las libertades civiles y las condiciones para procesos judiciales imparciales o bien a través de la demonización de personas y grupos.

Aunque no existe un derecho específico a consumir drogas, la criminalización de conductas en las que incurren libremente cientos de millones de personas adultas tiene un impacto sobre una serie de derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, la privacidad y la libertad de creencias y prácticas.

El derecho a la salud – en términos de acceso a la atención de salud y a medios de reducción de daños – es con frecuencia negado a quienes consumen drogas. En la misma línea de lo expuesto previamente, el no realizar campañas acordes a los consumidores "no problemáticos" vulnera los derechos de estas personas.

Los costos de la guerra contra las drogas recaen desproporcionadamente sobre los jóvenes. Como consumidores, están expuestos a riesgos adicionales y enfrentan mayores barreras para acceder a la atención de salud. Igualmente, a través de su participación o contacto con mercados criminales, menores y jóvenes se ven sometidos a violencia y abusos tanto de los criminales como de los agentes de la ley.

El modelo de reducción de daños como una respuesta práctica y económica.

El modelo de Reducción de daños (RRDD): surge como "un intento de mejorar las consecuencias adversas sobre la salud, lo social o económico de las sustancias que alteran el estado de ánimo sin requerir necesariamente la reducción del consumo de tales sustancias" (Heater et al)

Las nuevas políticas de salud pública deben desprenderse de ópticas moralistas, en exceso medicalizadas y muy centradas en los aspectos de adicción, debiendo facilitar a los jóvenes y a la comunidad que se hagan responsables de una realidad cul-

tural y enseñarles a vivir y convivir con el consumo de drogas.

Es necesario dejar el lado moral y aceptar que hay quien desea consumir drogas y lo hará, consumir drogas no es igual a tener problemas con ellas, el consumidor puede sentirse preocupado por su salud y que hay riesgos tanto o más importantes que la adicción.

Desde una perspectiva de salud pública, la abstinencia no puede ser el único objetivo a trabajar asumiendo que no es la única meta, ni siquiera la necesaria (Marlatt, 1998).

El modelo de Reducción de daños propone pasar de la erradicación de las drogas a la reducción de los problemas asociados a su consumo. Es una alternativa más, compatible, complementaria e integrable con el resto de dispositivos de la red asistencial. Parte de que un mundo libre de drogas no es posible, porque el 90% de los consumidores no son problemáticos (OMS), porque hay gente que consume y solicita información diferente a la abstinencia o la superación del consumo. Porque para nuevos consumos, necesitamos nuevas estrategias. Es así como han surgido nuevas ONGs, a lo largo de todo el mundo, intermediando entre el Estado y los consumidores y llegando a donde el Estado no sabe, no puede o no quiere llegar.

En relación a las fiestas electrónicas, las medidas básicas tienen que ver con determinar un consenso en relación a habilitaciones de lugares, asegurar la provisión de agua potable, generar espacios de ventilación, control de capacidad y espacios de descanso. Pero esto no quiere decir que haya que realizar medidas en extremo policíacas, en donde los cacheos o la inclusión de policías de civil en las fiestas atente contra el propio espectáculo. Fomentan la clandestinización y la búsqueda de otros lugares en donde no puedan ser tan vigiladas. Se debe apuntar a suprimir la confrontación entre usuarios, boliches y administración y cooperar todos con el objetivo de

la eficacia. Por otro lado, se hace mucho hincapié en proveer información general acerca de las sustancias y realizar programas de testeo de sustancias, con el fin de favorecer la detección de formas adulteradas, conocer la dosis de la sustancia que la persona piensa ingerir y generar alertas tempranas acerca de nuevas sustancias psicoactivas con un riesgo superior al conocido éxtasis.

Proveeer información, apunta a sostener el derecho a estar objetivamente informado, a no infravalorar riesgos, pero tampoco exagerar, a no manipular con datos alarmistas es una herramienta clave. La ignorancia también es un riesgo. En las intervenciones se realiza también tareas de prevención y consejería, trabajando sobre la toma de decisiones, sobre la responsabilidad, autoconocimiento, autocontrol, desarrollo de habilidades sociales y búsqueda de alternativas al consumo.

Un estudio de Energy Control (España), una de las principales ONG que trabaja en la materia, en sólo 2015 han analizado 4519 muestras, contactado a 2397 usuarios y realizado 9 alertas tempranas. Han llegado a usuarios de drogas "difíciles de alcanzar": más del 60% de los usuarios dijeron que no habrían contactado con los servicios de prevención relacionados con las drogas. Desde el punto de vista del usuario, siente una excelente evaluación y utilidad del servicio. El 100% de los usuarios recomiendan el servicio a sus amigos

Los colegas de ATS, a través de la subsidiara Echele Cabeza, con sede en Bogotá vienen trabajando desde hace al menos 7 años en escenarios nocturnos realizando intervenciones en terreno, informando, concientizando y además testeando sustancias, con el fin de detectar sustancias adulteradas, o formas con megadosis de MDMA. En un reciente informe, adjudican a sus intervenciones una reducción entre el 35% y 42% de ingreso a urgencias médicas de megaeventos (intoxicación, riñas) . Un 44% se preocupa por las prácticas de consumo, un 94%

de quienes analizan esperan el resultado antes de consumir y el 85% de quienes se les sugieren no consumir una sustancia de riesgo o desconocida, indican que no lo van a hacer.

El viejo axioma médico de que es preferible prevenir que curar, aquí cobra más vigencia que nunca. Según una investigación realizada por la Corporación ATS (Acción Técnica Social), las intervenciones en reducción de daños reducen los costos drásticamente. Por ejemplo, el rango de atención y estabilización de un paciente intoxicado puede oscilar entre 150 y 820 dólares, a lo que se le debería sumar, en cada caso, el valor hora UTI (unidad de tratamiento intensivos) y la remisión a tratamiento de desintoxicación y luego rehabilitación si la persona desea acceder a ellos.

Según los cálculos de la corporación ATS, los costos de una intervención en reducción de daños sale entre 4 y 6 dólares por persona, mucho más económica que la atención por intoxicación en urgencias.

Conclusiones.

Los consumos recreativos cobran cada vez más importancia. Es necesario ofrecer nuevas alternativas a las nuevas problemáticas. En Argentina, aún predomina como discurso hegemónico el régimen prohibicionista, abstencionista y el de la guerra contra las drogas. No obstante, muchos de los usuarios no se sienten identificados ni albergados en este tipo de dispositivos.

En el último año, una luz en la oscuridad ha aparecido. Desde la Asociación Civil Intercambios, institución pionera en reducción de daños en la Argentina, se ha comenzado a desarrollar el proyecto PAF (Proyecto de Atención en Fiestas). Con el slogan de "Un Cachetazo al mal viaje" proponen brindar información objetiva, utilizando un lenguaje coloquial y

joven, desarrollando intervenciones en terreno en el circuito electrónico underground local y tareas de consejería, para lograr mayor inclusión y acercamiento a usuarios. También se encuentran evaluando la manera de realizar análisis de sustancias dentro del marco legal de nuestro país y trabajando junto al foro de clubbers argenpills.org para conocer mejor cuáles son las drogas que circulan en el mercado. También buscan generar sensibilización en medios, capacitar a personas del ambiente y realizar actividad científica. Más de 75 voluntarios se han acercado convocados por el tema, varios profesionales han expuesto en distintos medios gráficos, televisivos y jornadas científicas esta perspectiva que si bien no es nueva en el mundo, resulta novedosa para la población general y profesionales de la salud mental, encontrando ecos de los más diversos y variados.

El tema se ha instalado en la agenda pública en materia de drogas y es posible que en un mundo en donde se está debatiendo la despenalización de los consumos, en donde se han sancionado leyes de cannabis medicinal con fuerte presión por parte de los usuarios, algo empiece a cambiar en relación a la mirada demoníaca, condenatoria y exclusiva que existe hacia las drogas y las personas que las consumen.

Piedras, Papers y Tijeras

Psicofármacos y Hepatotoxicidad

Psychotropic drugs and liver disease: A critical review of pharmacokinetics and liver toxicity

Telles-Correia D et al.

World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2017; 8(1): 26–38.

Se trata de un artículo de revisión específico (no habla de otra cosa más que de lo que promete el título), didáctico (las secciones son por demás claras), de fácil lectura (la excusa "no leo en inglés" no se aplicaría, la palabra más rara que pueden encontrar es jaundice, que significa ictericia, así que ni siquiera ésta ya es un escollo), actualizado (es de este año) y de acceso gratuito, sobre los posibles efectos de la insuficiencia hepática en la farmacocinética de los psicofármacos y de los psicofármacos en el hígado.

Es cierto que mucho de lo expresado en esta revisión se lo puede encontrar en libros de texto, pero como en la formación de los psiquiatras los espacios de discusión de papers suele ser una práctica habitual, lo sugerimos como una lectura para dicha actividad. O simplemente para cotejar si nuestros conocimientos sobre el tema son adecuados.

Guía Clínica para el manejo del síndrome confusional

European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. Aldecoa C et al. Eur J Anaesthesiol 2017; 34:192–214.

Los anestesistas, esa especialidad médica que todo médico no anestesiólogo tiende a admirar por haber armado un gremio fuerte e imponer condiciones laborales (en particular, por conseguir negociaciones salariales más beneficiosas), en este caso, la sociedad Europea de Anestesiología, publicó una Guía basada en la evidencia y en el consenso, para el manejo del Síndrome Confusional post-operatorio. Del mismo modo que encomiamos la lectura del paper anterior, en el caso de éste, le agregamos la recomendación de imprimirlo o descargarlo en el celular para tenerlo a mano, especialmente quienes estén habituados a realizar interconsultas.

Entre los apartados, se incluye un repaso de las consecuencias del síndrome confusional (en cuanto a la morbi-mortalidad asociada a éste), factores de riesgo, cómo monitorear y evaluar la aparición del mismo en el post-operatorio, su prevención y tratamiento.

Hasta ahí nada del otro mundo. Pero tiene detalles que definen su importancia y aplicabilidad. Por ejemplo, proponen un algoritmo para su manejo pre, peri y post-operatorio, para lo cual desarrollaron un gráfico de lo más elocuente y que, interesantemente, apunta al abordaje multi-disciplinario del mismo, casi sin mencionar la necesidad de solicitar la intervención del psiquiatra. Es más, en ningún momento indican que hace falta llamar a un psiquiatra. Lo cual es maravilloso. Y esto, que podría horrorizar a algunos, resulta de una coherencia absoluta ya que el abordaje que proponen parte de una concepción integral del paciente, donde los factores predisponentes y de riesgo para el desarrollo del delirium, así como la clínica resultante resultan menester del equipo de salud.

Véase este párrafo: “Si se detecta un síndrome confusional post-quirúrgico, los pacientes no deben ser dados de alta de la sala de recuperación sin haber comenzado con un tratamiento basado en la etiología y un tratamiento sintomático. Esto es debido a que a mayor duración del delirio y cuanto más tardío sea el inicio del tratamiento, un mayor deterioro cognitivo

podría ocurrir. Una vez en la sala de internación, se debería monitorear la posible aparición de un síndrome confusional, al menos una vez por turno, debido al curso fluctuante de este cuadro."

Dedican un espacio especial a las recomendaciones para el manejo del síndrome confusional en población específica (pediátrica y geriátrica) con sugerencias concretas, así como elementos vinculados al manejo anestesiológico y pre-quirúrgico específico o propio de los cirujanos y de los anestesistas (vg. qué anestésicos conviene usar y cómo cuando se trata de un paciente de riesgo, cómo articular el riesgo pre-quirúrgico con la prevención y manejo del síndrome confusional).

Para terminar (como el nombre del, justamente, último disco de Fricción), transcribo las recomendaciones generales con las que concluyen la Guía:

Evaluación pre-operatoria del riesgo de Síndrome Confusional e identificación de pacientes de riesgo.

Comunicación del riesgo a los pacientes, sus familiares y los miembros del equipo de salud.

Procurar que la preparación pre-operatoria sea lo más óptima posible.

Evitar el uso de agentes anticolinérgicos y benzodiacepínicos, aunque el uso de BZP puede considerarse en casos de abstinencia alcohólica.

Intentar reducir el estrés quirúrgico, junto con un manejo órgano-protector durante la cirugía, incluyendo neuromonitoreo para evitar una anestesia excesivamente profunda.

Monitoreo cognitivo destinado al reconocimiento de un deterioro cognitivo pre-quirúrgico y para detectar el síndrome confusional tan pronto como sea posible, ya desde la sala de recuperación.

Tratamiento efectivo del síndrome confusional según protocolos.

Seguimiento de pacientes con síndrome confusional a lo largo de todo el periodo de internación.

Brindar información al paciente respecto de la necesidad

de un control médico adecuado para asegurar la continuidad de cuidados al alta.

Incremento de fracturas asociadas con los trastornos psiquiátricos y con el uso de psicofármacos

Association of Mental Disorders and Related Medication Use With Risk for Major Osteoporotic Fractures. Bolton J et al. JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0449. Published online April 19, 2017.

En Canadá se desarrolló este estudio que incluyó un número considerable de pacientes (N= 68730) a los cuales se los evaluó desde 1996 hasta el 2013 aplicando una escala llamada FRAX (Evaluación del riesgo de fractura, The fracture risk assessment tool) que estima la probabilidad en el curso de los siguientes 10 años de padecer fracturas osteoporóticas. Esta escala probabilística no considera ciertas variables de relevancia, por ejemplo, si el paciente tiene Diabetes, Insuficiencia Cardíaca, como así tampoco el uso de psicofármacos como un factor de riesgo para sufrir fracturas. Por lo tanto, una de las ideas del estudio era probar si esta escala sub-estimaba la probabilidad de fracturas por no incluir dentro de sus variables, el uso de psicofármacos.

En la muestra, la prevalencia de trastornos mentales fue del 18,9%, siendo la depresión el diagnóstico relevado en la mitad de los casos. Un 17,4% del total de la muestra tomaba psicofármacos. Cruzando estos datos con los de aquellos pacientes que tuvieron fracturas, los autores encuentran que la incidencia de fracturas osteoporóticas fue mayor en lo que tenían una patología psiquiátrica comparados con aquellos que no la presentaban (9.2% vs 8.2%; $P < .001$) y que la incidencia tanto de fracturas osteoporóticas como de fracturas de cadera no osteoporóticas también fue mayor en aquellos que estaban tomando psicofármacos (9.8% vs 8.1%, $P < .001$ y

3.0% vs. 2.2%; P < .001 respectivamente). En un análisis más específico, el riesgo relativo (RR) de la asociación entre fracturas osteoporóticas con depresión fue de 1,39, con trastornos de ansiedad 1,19 y con esquizofrenia 1,82, alcanzando significancia estadística en todos los casos. Esta misma relación, para el caso de los psicofármacos se dio de la siguiente manera: los IRSS tuvieron un RR de 1,47 para fracturas osteoporóticas y de 1,51 para fracturas de cadera, las BZD 1,16 para fracturas osteoporóticas y 1,23 para fracturas de cadera y los antipsicóticos 1,48 para fracturas osteoporóticas y 2,18 para las de cadera. Al ajustar los resultados por el uso de medicación, las incidencias y riesgos relativos se mantuvieron estadísticamente significativos para la asociación entre el uso de psicofármacos y fracturas pero no así para la asociación fracturas-trastornos mentales.

En relación con el estimado probabilístico que surgía en función de la escala FRAX, los autores encontraron, como era de esperar, que al no incluir la presencia de trastornos mentales o el uso de psicofármacos, la escala FRAX subestimó el riesgo de fracturas en esta población. Por ejemplo, mientras que la probabilidad de fracturas osteoporóticas según la FRAX daba del 10%, el error fue del 60% para el caso de los que usaban antipsicóticos y esta distancia se hacía mayor para el caso de las fracturas de cadera, donde el riesgo estimado por la FRAX para aquellos que usaban antipsicóticos le erró por un 171%.

Si quisiéramos resumir, diremos que tanto la patología mental y más aún el uso de psicofármacos, incrementaron las probabilidades de padecer fracturas.

Aparentemente, la asociación entre el uso de IRSS y fracturas estaría aumentado al doble (1), mientras que los tricíclicos lo aumentarían menos y el litio podría reducir las posibilidades de tal eventualidad.

La pregunta obvia sería algo así como: “Pongamoslé que sí, que los psicofármacos o la patología psiquiátrica incrementa el riesgo de fracturas: ¿cuál sería la razón fisiopatológica que une estas dos incidencias?”. Vamos a procurar resumir las res-

puestas que se proponen para dar cuenta de esta asociación, omitiendo las que dicen que no existe ningún vínculo entre una cosa y otra (¿acaso no es eso lo que se les pide a los psiquiatras, que sean definitivos en sus aseveraciones?).

Por una parte, se demostró que la depresión produce una disminución de la densidad mineral ósea. Un estudio determinó que, en promedio, la disminución de la densidad mineral ósea de la cadera decrece en función de la gravedad de la depresión (0,7% en aquellos con un puntaje de 6 o más en la Escala de Depresión Geriátrica, comparado con un 0,39% en los pacientes con puntajes menores a 6). (2) Y no fue el único que encontró una correlación entre el grado de depresión y la propensión a tener fracturas. (3, 4)

La idea es que varios factores que se dan en las depresiones podrían influir negativamente en la densidad mineral: niveles elevados de cortisol, incremento de citoquinas pro-inflamatorias (IL-6) y factor de necrosis tumoral, las cuales aumentarían la resorción ósea, así como ciertos hábitos frecuentes en los pacientes deprimidos: sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco, malnutrición, tendrían un efecto negativo en la Densidad Mineral Ósea.

En una investigación taiwanesa del año pasado, con datos extraídos de un registro de más de un millón de personas (5), los autores recabaron información sobre pacientes que tuvieron fracturas de cadera con o sin depresión, desde 1998 al 2009. Los resultados generales del estudio mostraron que los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor tuvieron un 60% más riesgo de padecer una fractura que aquellos sin depresión. Este riesgo también fue elevado en las Distimias o los Trastornos Depresivos no especificados, aunque sin alcanzar diferencia estadística. En dicha investigación, no se encontró una asociación entre el riesgo de fractura y el uso de antidepresivos (se evaluaron antidepresivos de la mayoría de las clases y en pacientes que los tomaron por más de 180 días), pero como dicen los autores, sus resultados son coincidentes con el de otros papers, en particular y curiosamente, de origen oriental,

pero no así con estudios provenientes de occidente. En estos últimos, se asocia el uso de Antidepresivos con un aumento en el riesgo de fracturas, así como de caídas y pérdida de la densidad ósea (un estudio encontró que el uso de IRSS reduce la densidad mineral en la cadera en un 0,82% anual en comparación con un 0, 47% anual en quienes no usaron IRSS). (6) Resultados como estos llevaron a que se cataloguen a los IRSS (y a los tricíclicos, dicho sea de paso), como potencialmente inapropiados para los adultos mayores. (7)

La fisiopatología asociada a esto tendría que ver con efectos directos de la serotonina a nivel esquelético. El aumento de la serotonina mediada por los IRSS incidiría en las células óseas (osteoblastos, osteoclastos y osteocitos), las cuales disponen de un transportador de serotonina altamente específico. En animales modificados genéticamente a los que se les "anuló" el gen que codifica para el transportador de serotonina, se observó una masa ósea reducida y una arquitectura ósea alterada. (8) En estudios, también hechos en animales, la administración de fluoxetina produjo una reducción de la densidad ósea y una pérdida ósea mayor. Los efectos atribuidos a los IRSS no dependerían de otros parámetros, como podría ser una reducción en el nivel de actividad, sino que se dan por efectos anti-anabólicos que este grupo farmacológico tendría sobre el aparato esquelético (disminución en la formación esquelética). Por el contrario, otros fármacos, concretamente el Litio, y por medio de la inhibición de la glucógeno sintasa quinasa-3[beta] tendría el efecto opuesto. (9)

¿A dónde conducen estos datos? Se podría decir que el uso de Antidepresivos, en particular de IRSS, fue (¿habría que poner 'estaría'?) asociado con el incremento en el riesgo de fracturas, por lo que su uso no sería de lo más aconsejable en pacientes deprimidos con densitometrías óseas patológicas. En tales casos, la idea sería apelar a otros antidepresivos que no actúen por vía del transportador de serotonina. Al mismo tiempo, la detección de cuadros depresivos debería considerarse un factor de riesgo para fracturas, por lo que conviene

su tratamiento, entre otras cosas, para procurar reducir este riesgo.

Bibliografía

1. Haney EM, Warden SJ. Skeletal effects of serotonin (5-hydroxytryptamine) transporter inhibition: Evidence from clinical studies. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2008; 8:133–145.

2. Diem SJ, Harrison SL, Haney E, et al. Depressive symptoms and rates of bone loss at the hip in older men. Osteoporos Int 2013; 24:111–119.

3. Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, et al. The association of bone mineral density and depression in an older population. J Am Geriatr Soc 2001; 49:732–736.

4. Diem SJ, Blackwell TL, Stone KL, et al. Depressive symptoms and rates of bone loss at the hip in older women. J Am Geriatr Soc 2007; 55:824–831.

5. Bi-Hua Cheng, et al. Effects of depression and antidepressant medications on hip fracture A population-based cohort study in Taiwan. Medicine (Baltimore). 2016 Sep; 95(36): e4655.

6. Diem SJ, Blackwell TL, Stone KL, et al. Use of antidepressants and rates of hip bone loss in older women: the study of osteoporotic fractures. Arch Intern Med 2007; 167:1240–1245.

7. Fick DM, Semla TP. 2012 American Geriatrics Society Beers Criteria: new year, new criteria, new perspective. J Am Geriatr Soc 2012; 60:614–615.

8. Warden SJ, Robling AG, Sanders MS, Bliziotes MM, Turner CH. Inhibition of the serotonin (5-hydroxytryptamine) transporter reduces bone accrual during growth. Endocrinology. 2005; 146:685–693.

9. Stuart J. Warden et al. Psychotropic drugs have contrasting skeletal effects that are independent of their effects on physical activity levels. Bone. 2010 Apr; 46(4): 985-992..

e-cigarrillos: ¿sirven o no?

Javier Fabrissin

Los cigarrillos electrónicos son esos adminículos que producen un vapor o aerosol que los usuarios inhalan mientras manipulan el artefacto con unos torpes manierismos que recuerdan a gestos de Groucho Marx y su cigarro. Este vapor se forma al calentar un líquido, compuesto de glicerol, y que puede, o no, tener nicotina, aunque sin las toxinas que habitualmente tiene el humo del cigarrillo de tabaco.

Su uso está muy popularizado, pero siguen habiendo reparos respecto de su eficacia y la seguridad en su uso, incluyendo efectos secundarios y, algo que no se suele mencionar demasiado, si provoca también algún tipo de dependencia, por ejemplo, conductual, habida cuenta de su misma y reiterada manipulación.

A la respuesta la buscamos en las revisiones Cochrane.

Al momento existen dos.

Una primera data del 2014, y toman en cuenta los estudios publicados desde el 2004 al 2014. Como suelen hacer, relevan ensayos clínicos controlados, donde se coteja el uso de los cigarrillos electrónicos con nicotina comparados con algún tipo de dispositivo control (uso de cigarrillos electrónicos sin

nicotina o parches de nicotina), para definir si son eficaces para alcanzar la abstinencia y/o reducir el consumo de cigarrillos de tabaco.

Luego del filtro metodológico que emplean en desde el instituto Cochrane, un tamiz con agujeros hechos por un micrótomo, sólo permanecieron en pie un par de ensayos (literalmente dos).

En ambos, el comparador fue el uso de cigarrillos electrónicos sin nicotina y en uno de ellos también se incluyeron los parches de nicotina. La suma de ambas muestras totalizó 662 participantes. Los resultados mostraron que los cigarrillos electrónicos estuvieron asociados con una mayor probabilidad de lograr la abstinencia o reducción en el consumo de cigarrillos en relación con el grupo placebo. En la comparación con los parches de nicotina, éstos y los cigarrillos electrónicos fueron útiles para lograr la abstinencia, pero los cigarrillos electrónicos fueron mejores para reducir el consumo de tabaco (en caso que el objetivo no fuera alcanzar la abstinencia total).

Ninguno de los estudios incluidos (que fueron de hasta dos años) detectó eventos adversos graves que se consideraran posiblemente relacionados con el uso del cigarrillo electrónico. Los efectos adversos más frecuentes fueron irritación de la boca y la garganta.

Los revisores concluyen, utilizando el template clásico de las revisiones Cochrane: hacen faltan más estudios, la calidad metodológica es baja, el poder estadístico también, etc. Pero lo que se puede sacar en limpio es que los cigarrillos electrónicos con nicotina son efectivos, más efectivos que el placebo e igual o más que los parches de nicotina, para lograr la abstinencia tabáquica o la reducción en su consumo por un plazo mínimo de 6 meses.

En el 2016 se realizó una nueva revisión. En ésta hallaron 11 nuevos estudios, pero, según los autores, por ser de baja calidad (estudios observacionales no controlados), no se puede agregar mucho a lo que ya se sabía.

Lo único que dicen es que los nuevos estudios no refutan lo ya planteado en la revisión anterior y que, incluso, confirmaron la seguridad del uso, es decir, el hecho de no presentar efectos secundarios de relevancia.

Conclusiones de Atlas: dejando de lado la impresión de extrañeza que provoca el uso de estos cigarrillos electrónicos (hay algo de lo siniestro en ello, la intromisión de un elemento futurista, ectópico, de ciencia ficción, en la más vulgar cotidianeidad), son recursos útiles para reducir y/o para lograr la abstinencia del consumo tabáquico.

McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(12): CD010216.

Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010216.

Autores

Pablo Andrés Coronel
Médico Especialista en Psiquiatría Infantojuvenil. Coordinador del Dispositivo Ambulatorio para la Niñez y Adolescencia del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Licenciada Laura Bonaparte". Médico titular de Guardia de Salud Mental del Hospital General de Niños "Dr. Pedro Elizalde" GCBA.
pablocoronel1974@gmail.com

Javier Fabrissin
Médico especialista en psiquiatría.
Codirector de ATLAS
Docente y supervisor de la residencia de psiquiatría del SIPROSA.
jfabrissin@gmail.com

Silvina Foks
Médica Psiquiatra
Miembro del capítulo de interconsulta psiquiatría de enlace (APSA)
Servicio de obstertricia del Hospital Italiano.

Carlos Gonzalez Moreno
Médica psiquiatra
Presidente del capítulo de interconsulta y psiquiatría de enlace (APSA)
Jefe de Sala de prácticas interdisciplinarias Hospital Cetrángolo (Vicente López)

Natalia Lamothe
Médica Especialista en Psiquiatría. Coordinadora del Sevicio de Atención a La Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Licenciada Laura Bonaparte". Médica titular de Guardia de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú GCBA.
natalia.lamothe@gmail.com

Autores

Natalia Pettorossi.
Licenciada en Psicología. Residente de tercer año en Salud Mental: Psicología Clínica, Hospital B. Rivadavia. Coayudante en Psicopatología Cat. II, Facultad de Psicología UBA.
natipettorossi@hotmail.com

Tomasa San Miguel
Licenciada en psicología. Jefe de TP de Psicopatología 2 y Clínica de la urgencia (UBA)
Investigadora UBACYT
Supervisora residencias de salud mental CABA y GBA
tomasasanmiguel@hotmail.com

Andrés Schteingart
Medico Psiquiatra
rabaja como psiquiatra de planta en consultorios externos del hospital alvear. Integrante de PAF.
Además es músico especializado en música electrónica.

Juan Cristóbal Tenconi
Médico Psiquiatra.
Presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)

Marcos Zurita
Médico psiquiatra
Director Revista ATLAS
Vicepresidente del Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace de APSA
Supervisor de residencias de Salud Mental de CABA y GBA
Simpatizante no melancolizado del Club Atlético Huracán
mzurita@gmail.com

Cierre

ATLAS 12 finaliza acá. Nos vemos el próximo número.

SUSCRIPCIÓN

Si desean recibir en sus casillas de mails los número anteriores y los que seguirán, enviénnos un mail a **maildeatlas@gmail.com** y encantados les cumpliremos ese deseo. A ese mismo mail pueden encargar nuestro libro **Atlas de los Fenómenos Obsesivos**. Oh, sí.

Ediciones anteriores disponibles en :
bibliotecaatlas.wordpress.com

JAVIER FABRISSIN MARCOS ZURITA

[COMPILADORES]

ATLAS DE LOS FENÓMENOS OBSESIVOS

AUTOWAHN editora

ATLAS DE LOS FENÓMENOS OBSESIVOS es el primer volumen de una serie de libros dedicada a diferentes aspectos de la **clínica psiquiátrica**. En sus páginas se recorrerán las geografías del mundo obsesivo, desde sus primeras concepciones hasta sus expresiones actuales. Se trata de un **catálogo** en el que se revisan las aproximaciones teóricas a esta expresión sintomática, algunos puntos claves (como el momento histórico en que las **obsesiones** se separan de las **compulsiones**), el lugar que ocupan estos fenómenos en el **deporte** las **artes** y en la **sociedad.** ¿Cómo la cultura modela lo obsesivo-compulsivo? Se exponen algunos de los **papers más insólitos** dedicados a la temática así como el **abanico terapéutico** con que los especialistas procuraron mejorar la sintomatología obsesiva. Se trata de un Atlas, sí, pero en el que la clasificación no es total, en el que la taxonomía que se sigue agrupa lo heteróclito, lo variado, lo asistemático, ofreciendo al lector la continuidad, la posibilidad de completar lo que aquí se insinúa.

Autores:
Javier Fabrissin
Marcos Zurita
Federico Rebok
Tomasa San Miguel
Cristian Garay

FB: /revistaatlas
maildeatlas@gmail.com