

año 5 número 14 / diciembre 2017

ATLAS

14

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



ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

Llegamos al número 14 de ATLAS ¿Dónde está el 13?, dirán ustedes. El número 13 iba a ser un número dedicado a lo paranormal, esoterismo y ciencias ocultas. “¿Psicoanálisis!”, dirá uno mientras acaricia un peluche de Bunge “¿DSM!” dirá otro mirando a todos desde un pedestal francés. Nada que ver. En ATLAS tejemos redes con otros saberes y nos interesaba meternos en el lado oscuro. El problema fue que nos perdimos. Dudamos. Y no se puede discurrir por las ciencias de las certezas bajo el manto de la duda. Así que decidimos dejar el espacio libre, continuar con las ATLAS clásicas, y que crezca el mito del número 13 como “el número perdido”, nuestro humilde Necronomicon hecho de bits humanos.

El contenido de este número cubre un amplio espectro, como es usual. Va desde los experimentos con LSD y mescalina en una clínica en Adrogué mientras caían bombas sobre Plaza de Mayo hasta el efecto que tiene el uso de los celulares entre nosotros. En el medio, continuamos con los casos clínicos de interconsultas con el comentarista invitado (agradecemos a la Lic Verónica Caamaño); hablamos de Twin Peaks y Capgras; las manifestaciones de la hepatitis C que pueden ser motivos de consulta psi; un completo resumen de los papers publicados en el año y más.

Importante: anuncios

En este número damos a conocer varios desafíos importantes para nosotros:

1) **ATLAS NEWS:** lanzaremos un servicio de suscripción pago de selección y comentario de papers de los journals más importantes de nuestra especialidad, más alguno extra psi pero que toca nuestro campo desde otro lugar. Aquellos que se suscriban recibirán mensualmente en sus casillas de correo un pdf con el estilo ATLAS para estar al día sin perder tiempo ni morir de aburrimiento en el camino.

2) **CLUBES DE LECTURA:** vamos a inaugurar clubes de lecturas de libros **PSI** y libros de **FICCIÓN**. Presenciales o a distancia.

3) **¡Más cosas!:** CINE DE(NORMAN)BATES, SUPERVISIONES, LIBROS, ansouón, etc.

Más información: maildeatlas@gmail.com

FB: facebook.com/espacioatlas/



ATLAS

NEWS

Sumario

Editorial	2
Teléfonos inteligentes y Salud Mental (Javier Fabrissin)	5
Documentos Mentalísima	18
Clínica de la Interconsulta: Un caso en el servicio de reumatología de un hospital infante juvenil (Rebón, Agarinakazato, Domb)	20
Comentario a “un caso...” De la función materna al estrago (Verónica Caamaño)	28
LSD & Mescalina (La falacia de consumir para entender) (Marcos Zurita)	33
Fatiga y otros síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con Hepatitis C (Javier Fabrissin).....	42
Listas	47
Twin Peaks y los Dobles (Javier Fabrissin)	48
Correo de lectores	60
Los 25 artículos más relevantes del 2017	61
Cierre	75

ATLAS Año 5 N° 14. Verano 2018. ISSN 2362-2822

Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Autowahn Editora.
Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace Asociación de Psiquiatras Ar-
gentinos. Lectores: maildeatlas@gmail.com

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

Teléfonos inteligentes y salud mental

Javier Fabrissin

Introducción

En promedio, las personas interactúan con su celular unas 85 veces al día (otras estadísticas duplican este número) y se pasan, en promedio, 5 horas usando sus teléfonos, con periodos bastante variables, siendo la mayoría de ellos, de menos de 30 segundos (estos chequeos se distribuyen en usos de: 1 a 3, de 5 a 6 y de 10 a 11 segundos). El tiempo necesario para desbloquear el teléfono y leer un mensaje corto es, en promedio, de 8,42 segundos ($SD = 1.53$) pero se puede extender de 10 a 11 segundos cuando la persona está en contextos más incómodos.

El registro que tienen los propios usuarios de celular está algo distorsionada. La estimación que aventuraron los participantes de un estudio acerca del número de veces que usaron el teléfono durante un día típico fue mucho menor que las veces en que realmente lo hicieron. Mientras que, en promedio, los usuarios agarraron su teléfono 84,68 veces, dijeron que suponían que lo habían hecho 37,20 veces. Por el contrario, sí fueron más precisos para estimar el tiempo el tiempo de uso

(4,12 horas diarias estimadas vs. 5,05 horas reales). (1)

Así, puesto en números concretos, advertir que uno pasa 4 horas al día prendido al teléfono parece una barbaridad, pero no descuidemos que posiblemente es lo mismo que pudo haber parecido en la década de 1970 que las personas pasaran este tiempo mirando televisión, o en la década de 1930 que pasaran este tiempo escuchando radio, o en cualquier época, que un niño o adolescente se pasara este tiempo encerrado en su habitación leyendo un libro o algún cómic.

En el presente artículo vamos a hablar del uso del celular y qué efectos cabría esperar en la mente de los usuarios activos y de los usuarios pasivos.

¿Quién puede dañar a un niño?

Los celulares emiten campos electromagnéticos de radio-frecuencia: ¿podría tener esto algún efecto a nivel del neurodesarrollo?

Hay varios estudios que obligan a ser cautelosos con las conclusiones ya que éstas se inclinan para un lado y para el otro, aunque más para uno que para otro.

Según un sonado estudio dinamarqués, 13.159 madres de niños de 7 años fueron reclutadas e indagadas en relación con el uso que hicieron del celular durante el embarazo y en la etapa post-natal, así como de ciertas características de salud y conductuales observables en sus hijos. Los resultados dieron que el uso del celular durante el embarazo produjo un aumento del riesgo de 1,8 en presentar dificultades conductuales, emocionales o de hiperactividad. (2)

Unos tres años más tarde, los mismos autores y en base a la misma cohorte (y mismos datos), publicaron resultados en los que indicaban que no se había observado ninguna correlación entre el uso del celular durante el embarazo y los problemas en el desarrollo (problemas motrices, problemas en el lenguaje) a los 6 y 18 meses de edad del niño. (3, 4) O sea, además de

tomarse su tiempo para oponer parcialmente las conclusiones de los resultados publicados previamente, indicaron que, llegado el caso, los efectos del uso del celular en el niño durante el embarazo se podrían detectar más adelante.

Semejante a esto último, un estudio español, en base a un estudio de cohorte de 587 embarazos (y 530 niños) seguidos desde el 2004 al 2006, no encontró asociación entre alteraciones del desarrollo evaluadas a los 14 meses de vida del niño (5). A las mismas conclusiones llegaron en un trabajo también nórdico en el que ni el uso del celular ni de teléfonos inalámbricos se asoció con problemas de conducta a los 5 años. (6)

En el más reciente de los trabajos sobre el tema, un estudio publicado este año, de esos que son apabullantes por el número de participantes involucrados (45389 pares madre-hijo) y que no podría provenir de otro lugar más que de los países nórdicos, Noruega en este caso, analizó de forma prospectiva (de 1999 al 2008) si la exposición a las ondas electromagnéticas emitidas por el celular durante el periodo de gestación les trajo alguna consecuencia a la edad de 3 años y 5 años (en cuanto a la adquisición del lenguaje, comunicación y habilidades motoras, neurodesarrollo). (7)

Por un lado se les preguntó a las madres durante la 17° y 30° semana de gestación respecto de cuánto usaron el celular (“no lo usé”, “lo usé poco”, “lo usé bastante”, “lo usé mucho”). A la 10° semana, el 10% de las madres indicó que no lo había usado mientras que el 4,3% indicó que lo usó mucho; este mismo patrón de uso se mantuvo a la semana 30° y, además, coincidió con la dedicación que los propios padres le dieron a su teléfono celular. Resulta interesante señalar que las madres que puntuaban elevado en una dimensión de la personalidad (personalidad extrovertida) tuvieron un mayor uso del celular. Además, se pudo apreciar cómo el uso del celular se fue incrementando según corrieron los años del estudio. El alto uso del celular pasó del 0,6% en el año 2000-2001 a un 9,1% en el 2009, año para el cual, el 98,8% señaló que había usado el celular de forma regular (nótese que el promedio del no uso, a

lo largo de los 10 años de seguimiento, había dado 10%).

Ahora bien, pasando a los niños, el 23% de ellos tuvieron una alteración en la adquisición del lenguaje, pero, ¡oh sorpresa!, el uso del celular se asoció con un 27% menos de riesgo de tener dicha dificultad, en comparación con los niños nacidos de madres que señalaron que no habían usado el celular. No sólo eso, sino que el riesgo decrecía en función del uso: a mayor uso menor riesgo que el niño tuviera una patología del lenguaje. Esta “ventaja” del uso del celular no se mantuvo cuando se consideraron patologías más graves del lenguaje.

En cuanto a las alteraciones en las habilidades motrices, el perfil fue semejante: menor riesgo (18% menos) en los usuarios de celulares y este porcentaje aumentaba conforme lo hacía el uso del celular.

Los autores se preguntaron si estas ventajas podría deberse a que las madres que más usaban el celular eran más extrovertidas, por lo tanto, filtraron los resultados, y la tendencia se mantuvo; pero, razonan los autores, debe ser que las madres que usaron bastante o mucho el celular, también son madres que hablaron y estimularon mucho a sus hijos, favoreciendo el desarrollo de las habilidades comunicativas.

¿Se puede afirmar que el uso pasivo del celular podría ser beneficioso para el desarrollo infantil? Por lo pronto, se podría decir que no provocaría o no incidiría negativamente en este aspecto, y no mucho más.

Drenaje cerebral

Pero por otra parte, el celular, y nótese que no dice el uso del celular sino el celular, disminuye la capacidad cognitiva, de acuerdo a lo que se informa en la siguiente investigación, un tanto inquietante y que contrasta con lo reseñado en la sección de arriba.

Los autores plantearon la realización de un par de pruebas a un buen número de estudiantes universitarios (8) buscando

determinar si la mera presencia del teléfono inteligente reducía la capacidad cognitiva, medida en términos de memoria de trabajo e inteligencia fluida, asumiendo que ambas dependen de la disponibilidad de los recursos atencionales y de la disponibilidad momento a momento de los mismos. Dividieron la muestra en tres grupos: un grupo dejó todas sus pertenencias (incluyendo el celular) afuera del lugar del experimento, otro grupo podía entrar con todas sus pertenencias pero guardando el teléfono en sus bolsillos o bolsos y un tercer grupo lo dejó al celular en su escritorio (con la pantalla hacia abajo o hacia arriba, en silencio o apagado).

Los resultados dieron que los participantes que habían dejado todas sus pertenencias fuera del lugar de la evaluación rindieron significativamente mejor que aquellos que tuvieron sus celulares junto a ellos en el escritorio mientras que los que tuvieron sus celulares en el bolsillo mostraron un rendimiento intermedio.

Lo llamativo es que al preguntársele cuánto habían pensado en sus teléfonos (cuánto esto pudo haberlos distraído), no hubo diferencias entre los grupos y, de hecho, la respuesta más común fue “no pensé para nada en mi teléfono”. Es decir que, en el caso especial del tercer grupo, a pesar de que tuvieran los celulares en silencio y hacia abajo y que “no pensarán en ellos”, mostraron peores resultados que los que dejaron sus teléfonos fuera de su alcance. Sea como sea, los del grupo-celular-en-el-escritorio rindieron igual de mal en todas las modalidades: teléfono apagado, teléfono en silencio pantalla hacia abajo, teléfono en silencio pantalla hacia arriba, lo cual descartaría que los participantes rindieron peor porque estaban pendientes y distraídos por esperar que les llegara algo o por alguna notificación parpadeante que les pudiera haber aparecido y no poder ver de qué se trataba. O sea, se hubiera esperado que los que tuvieron el celular encendido y en silencio con la pantalla hacia arriba hubieran tenido más presente la presencia del celular y la llegada de notificaciones, en comparación con los que tuvieron el celular apagado.

En fin, o los participantes mentían cuando dijeron que no pensaron para nada en sus teléfonos durante la toma de los test o bien el celular envía algún influjo invisible que interfiere con su rendimiento cognitivo. Ya veremos.

Los autores concluyen que los estudiantes que se definieron como más dependientes de sus propios teléfonos tuvieron peores resultados, pero sólo para el caso que tuvieran sus teléfonos sobre el escritorio o en el bolsillo, es decir, los que los tenían al alcance. “Cuanto más dependen los consumidores de sus teléfonos inteligentes más sufren de su presencia, o bien, más se benefician de su ausencia. Cuanto más al alcance está el teléfono, más disminuye la habilidad cognitiva. Tu mente consciente no está pensando en los teléfonos pero el proceso necesario para no pensar requiere el uso de mayores rendimientos cognitivos, lo cual limita la capacidad cognitiva general“. Los celulares influyen en nuestra mente sin que nos demos cuenta (o al revés, nuestra mente debe influir para que no nos demos cuenta del celular).

Distracciones

Lo que estos datos muestran es que la simple presencia de nuestro teléfono celular reduce la capacidad cognitiva. Los recursos atencionales, limitados, se emplean tanto para la realización de tareas cognitivas activas (para prestar atención a algo, para concentrarse, para resolver problemas, etc.) como para la inhibición de otras, tales como inhibir la atención automática provocada por el teléfono celular.

Si se considera que los teléfonos son indispensables para la vida y relevantes para alcanzar ciertos objetivos personales, se constituyen en una fuente de atención automática, habiéndose detectado que las señales provenientes de nuestro propio teléfono, pero no así las que provienen de otros teléfonos, capturan nuestra atención de la misma forma que lo hace el escuchar nuestro nombre propio (9). Cuando estos dispositivos

se categorizan como estímulos salientes, cualquier estímulo proveniente de éstos se considera de alta prioridad y reclama ser atendido. Así, cuando alguien tiene que hacer tareas para los cuales el celular es irrelevante, aun así interfiere en nuestra capacidad cognitiva porque puede hacer que se derive la atención al teléfono, aun cuando éste no haya sonado ni nada (10, 11, 12, 13).

Esto es consistente con el fenómeno del “Síndrome de la vibración fantasma”, el sentimiento de que el teléfono está vibrando cuando realmente no lo está (14, 15), experimentado por casi la totalidad de los usuarios de teléfonos, al menos ocasionalmente. Más aún, el tiempo promedio que puede pasar un estudiante sin revisar su teléfono, sea o no que le haya entrado alguna notificación, es de 10 a 15 minutos, por lo cual, de una manera u otra, el teléfono reclama atención.

Este tipo de demanda cognitiva que ejerce el celular se produce aún, y tal vez más, cuando la persona se resiste satisfactoriamente a la multitarea, al vagabundeo mental o al prestar atención a sus teléfonos de forma conciente. Dicho de otro modo, cuanto más y mejor se lo ignora, más exige. Los recursos atencionales que se le quita a la actividad sobre la cual se está trabajando se deriva para propósitos de hipervigilancia o monitoreo de estímulos relevantes.

Así, se demostró que la propuesta de aliarse al enemigo y avalar el uso de dispositivos electrónicos para el aprendizaje en contextos académicos reduce la capacidad de comprensión e interfiere negativamente con el desempeño académico propiamente dicho (16). Al comparar los rendimientos de estudiantes que toman nota con sus laptops y los que lo hacen con lapicera y papel, hay diferencias en cuanto a las síntesis conceptuales que realizan los primeros, puesto que los que tipean los apuntes directamente de lo que dice el docente tienden a hacerlo de manera literal, sin ejecutar ningún tipo de procesamiento o filtrado de la información (17).

Ahora, ¿sería lo mismo si uno estuviera pendiente, pongámosle, de que en una oficina pública griten nuestro apellido

para hacer un trámite o si estamos esperando que digan en la radio cómo va a estar el tiempo? Parece que no, que lo que distingue al celular es la intensidad y frecuencia con la que ejerce su poder distractor. Si el teléfono suena y uno no lo puede atender, se produce un importante incremento del tono simpático junto con la irrupción de pensamientos intrusivos relacionados con el teléfono (18, 19, 20) o con el pensamiento “todo lo que me estaré perdiendo por no poder usar mi teléfono”, “me estoy quedando afuera de participar en esta imperdible conversación” o alguna variante de éstos (21, 22). En definitiva, las diferencias individuales en cuanto a la relevancia que se le atribuye al estímulo “teléfono”, la dependencia establecida, se relaciona con el grado con el cual las personas están atentos a él y sufren las consecuencias mentales y físicas de su presencia/ausencia.

De todos modos, independientemente del grado de dependencia y en términos generales, los smartphones producen una importante saliencia, captan notablemente la atención, aun cuando estén fuera de la vista o si la pantalla no está visible o si el teléfono está apagado. Todo esto sugiere que poner el teléfono boca abajo o apagarlo no serviría de mucho. Por lo tanto, para quienes padecen por la presencia o el silencio de su celular, lo que más podría servir es alejarse del teléfono, tomarse periodos de separación de éste.

Dada esta fragmentación de la atención dirigida, de la concentración, a la que nos expone el uso de los celulares, ¿qué incidencia podría tener en la memoria propiamente dicha? ¿Cómo habría influido en los estudios sobre la potenciación a largo plazo si la *Aplysia californica* hubiera tenido acceso al uso de celular? ¿Qué mediciones se habrían registrado en los tiempos de consolidación sináptica? (23, 24) ¿En qué medida, en definitiva, el ideal de la multitarea no es más que una demora disfrazada de practicidad, en el reino de la sobreabundancia de estímulos irrelevantes?

“Dejá tu smartphone atrás y disfrutá de la tranquilidad”: El teléfono etéreo (The Light Phone)

Animados por este grado de dependencia a la que someterían los celulares, una empresa halló una vuelta por demás ingenua y, seguramente, efectiva, a un costo promocional de US\$ 125. Básicamente consiste en un pequeño teléfono del tamaño de una tarjeta de crédito, aunque de mayor grosor, que sigue la línea estética del iPhone. Se trata de “un simple teléfono que usa el mismo número de tu teléfono ya existente”, pero que sólo permite registrar 9 (nueve) números de teléfono y que no tiene ninguna de las prestaciones adicionales: no permite mandar mensajes de texto, no funciona con wi-fi, nada más llama y recibe llamadas. Según los creadores, fue “diseñado para ser usado lo menos posible”, algo inaudito. Que se diga que un cardio-desfibrilador o que un cementerio fueron creados para ser usados lo menos posible, vaya y pase; pero que el slogan de un producto comercializable para la comunicación apele, como recurso de marketing y hasta ideológico, a limitar la comunicación es raro. (El medio es el mensaje.)

Sus diseñadores, que nombraron a la empresa “Light”, tienen un manifiesto que reza: “Muchos productos declaran que hacen nuestra vida mejor. Pero están diseñados para mantenernos enganchados. Fueron fabricados y basados en la idea de que uno se volverá adictos a ellos. [...] [Estar más conectados de ninguna manera podría hacernos más felices. [...] Nuestro teléfono se ha convertido en un hábito nervioso [...].” Y realizan una aseveración categórica: “La multitarea es un mito, es adictiva y agotadora” [...] “La tecnología debería ayudarnos a apreciar más de la vida. Debería estar a nuestro servicio, no esclavizarnos” [...] “No somos anti-tecnología, somos humanos y estamos reconquistando nuestra vida”.

En Argentina todavía no tendrían cobertura.

Para toda debilidad hay una app

“Doctor, lo acepto, tengo una adicción al celular. ¿Qué puedo hacer?”, podría decirnos un paciente cualquier día de estos.

Dentro de la gama de actitudes y respuestas posibles, se podría encuadrar esta clínica dentro de las dependencias conductuales; dar alguna explicación vinculada a la sociedad de consumo, al vacío subjetivo y la búsqueda vana y asintótica de un objeto/acto que lo colme; ofrecer una mirada vinculada a la de los condicionamientos y ofrecer sugerencias conductuales que incluyan el alejamiento gradual de lo que provoca la adicción; proponer el uso de algún psicofármaco; o bien sugerir algún tratamiento acelerado, como los desarrollados específicamente para este problema por el Dr. Greenfield (<http://virtual-addiction.com/technology-addiction/>).

¡Hay opciones mucho más simples! La respuesta son las aplicaciones, las app. (Remedio paradójico del estilo de la “guerra contra el terrorismo”). Hay opciones según uno tenga iOS o Android.

Opción iOS. En el momento (<https://inthemoment.io/>). Permite monitorear y setear el tiempo diario que uno pretende usar el iPhone o el iPad, tanto el de los dispositivos propios como el de todos los miembros de nuestra familia. Cuando se pasa del tiempo reglado, la aplicación te avisa; no sólo eso, sino que sirve como un “entrenador que te permite enseñarte a vos mismo a usar menos el teléfono y repensar tu relación con tu teléfono”. Optimismo Apple.

Opción Android. Liberate (breakfree-app.com). “¿Cuánto tiempo al día creés que chequeás tu teléfono? [...]. Si vos, como la mayoría, chequeás tu teléfono cuando podrías estar pasando el tiempo con un ser humano real, o haciendo algo productivo, entonces BreakFree es para vos”. (¿Juicio de valor? ¿Usar el teléfono es improductivo?) Los desarrolladores introducen conceptos algo más delicados que los de inthemoment, además de la idea de lo improductivo, hablan directamente de

adicción. Las funciones son semejantes, sirviendo para definir cuánto tiempo se quiere pasar usando el teléfono, qué aplicaciones o programas se usan, calcular el “score de la adicción” en tiempo real, y manejar y saber qué hacen con sus teléfonos todos los miembros de la familia. Y ofrecen un servicio inconcebiblemente ridículo, que hasta quizás sea eficiente. Digamos, por ejemplo, que los domingos de 13 a 15 uno quiere que nada ni nadie perturbe el preciado almuerzo familiar junto con los hijos adolescentes recién levantados de su salida nocturna, ávidos de recorrer las redes sociales para conocer las repercusiones de la noche pasada. Esta app permite programar de antemano los teléfonos para que no suenen ni les funcione internet durante todo ese tiempo, y así, ser un poco menos adicto y tener un contacto de verdad con el otro. Optimismo al cuadrado.

Defensa al consumidor

Supuestamente, Blackberry además de significar “mora”, era también el nombre con que se aludía a la bola de metal con la que se engrillaba a los esclavos del gran país del norte durante los siglos pasados. No sabemos si el creador de la marca es amante de uno de esos frutos que compone lo que en las heladerías integra el confuso combo llamado frutos rojos o se trató de un nombre elegido y puesto con toda la intención de connotar ese otro sentido, el de la servidumbre, el de la sujeción a un dispositivo que termina limitando la libertad, restringiendo nuestro abanico cognitivo, acaso premonizar el destino de la humanidad. Y sí, hay veces en que uno se ve tentado, siguiendo el lema del Equipo Rocket, a denunciar los males, en este caso, del teléfono celular. Pero la tentación se debilita cuando nos llega un whatsapp con un nuevo chiste sobre Higuaín.

Sería absurdo apologizar el abandono de los celulares. En primer lugar porque en su reemplazo podría venir algo tan

insoportablemente hipster (celular con tapita, celular tamaño Zoolander) que sería una hipóbole absurda de lo actual. En segundo lugar, porque no podemos, en una publicación vinculada a la salud, dejar de lado los numerosos usos que se les da a los teléfonos en relación con el cuidado de la salud, ya sea para recordar turnos, controles, toma de medicación, control de factores de riesgo, acceso a la consulta, etc. (25-29). Algo, ciertamente, interesante para abordar en otra ocasión.

1. Andrews S, Ellis DA, Shaw H, Piwek L (2015) Beyond Self-Report: Tools to Compare Estimated and Real-World Smartphone Use. *PLoS ONE* 10(10): e0139004. doi:10.1371/journal.pone.0139004.
2. Divan HA, Kheifets L, Obel C, Olsen J. Prenatal and postnatal exposure to cell phone use and behavioral problems in children. *Epidemiology*. 2008; 19(4):523–529.
3. Divan HA, Kheifets L, Olsen J. Prenatal cell phone use and developmental milestone delays among infants. *Scand J Work Environ Health*. 2011; 37(4):341–348.
4. Divan HA, Kheifets L, Obel C, Olsen J. Cell phone use and behavioural problems in young children. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(6):524–529.
5. Vrijheid M, Martinez D, Forns J, Guxens M, Julvez J, Ferrer M, Sunyer J. Prenatal exposure to cell phone use and neurodevelopment at 14 months. *Epidemiology*. 2010;21(2):259–262.
6. Guxens M, van Eijsden M, Vermeulen R, Loomans E, Vrijkotte TG, Komhout H, van Strien RT, Huss A. Maternal cell phone and cordless phone use during pregnancy and behaviour problems in 5-year-old children. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(5):432–438.
7. Papadopoulou E, Haugen M, Schjølberg S, Magnus P, Brunborg G, Vrijheid M, Alexander J Papadopoulou et al. Maternal cell phone use in early pregnancy and child's language, communication and motor skills at 3 and 5 years: the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *BMC Public Health* (2017) 17:685..
8. Ward AF, Duke K, Gneezy A, Bos MW. Brain Drain: The Mere Presence of One's Own Smartphone Reduces Available Cognitive Capacity. *Journal of the Association for Consumer Research*. 2017; 2(2).
9. Roye A, Jacobsen T, Schröger E. Personal significance is encoded automatically by the human brain: an event-related potential study with ringtones. *Eur J Neurosci*. 2007; 26(3):784–790.
10. Clapp W, Rubens M, Gazzaley A. Deficit in switching between functional brain networks underlies the impact of multitasking on working memory in older adults. *Proceedings of the National Academy of Science USA*. 2011; 108: 7212–7217.
11. Clapp WC, Gazzaley A. Distinct mechanisms for the impact of distraction and interruption on working memory in aging. *Neurobiol Aging*. 2012; 33(1):134–148.
12. Oulasvirta A, Wahlstrom M, Ericsson KA. What does it mean to be good at using mobile device? An investigation of three levels of experience and skill. *International Journal of Human-Computer Studies*. 2011; 69: 155-169.
13. Clapp WC, Rubens MT, Gazzaley. Mechanisms of working memory disruption by external interference. *Cereb Cortex*. 2010;20(4):859-872.
14. Rothberg MB, Arora A, Hermann J, Kleppel R, St Marie P, Visintainer P. Phantom vibration syndrome among medical staff: a cross sectional survey. *BMJ*. 2010; 341:c6914.
15. Deb A. Phantom vibration and phantom ringing among mobile phone users: A systematic review of literature. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2015; 7: 231–239.
16. Froese, Arnold D. Effects of classroom cell phone use on expected and actual learning. *College Student Journal*. 2012; 46 (2): 323.
17. Mueller PA, Oppenheimer DM. The pen is mightier than the keyboard: advantages of longhand over laptop note taking. *Psychol Sci*. 2014; 25(6):1159-1168.

18. Stohart C, Mitchum A, Yehmert C. The attentional cost of receiving a cell phone notification. *J Exp Psychol Hum Percept Perform.* 2015; 41(4):893-897.
19. Isikman E, MacInnis DJ, Ülkümen G, Cavanaugh LA. The Effects of Curiosity-Evoking Events on Activity Enjoyment. *Journal of Experimental Psychology Applied.* 2016; 22 (3): 319–330.
20. Clayton RB, Leshner G, Almond A. The extended iSelf: The impact of iPhone separation on cognition, emotion, and physiology. *Journal of Computer-Mediated Communication.* 2015; 20(2), 119-135.
21. Thornton B, Faires A, Robbins M, Rollins E. The Mere Presence of a Cell Phone May Be Distracting: Implications for Attention and Task Performance. *Social Psychology.* 2014; 45(6): 479– 488.
22. Wolniewicz CA, Tihamiyu MF, Weeks JW, Elhai JD. Problematic smartphone use and relations with negative affect, fear of missing out, and fear of negative and positive evaluation. [Published online ahead of print September 25, 2017]. *Psychiatry Res.*
23. Dudai Y. The neurobiology of consolidations, or, how stable is the engram? *Annu Rev Psychol.* 2004; 55:51-86.
24. Goelet P, Castellucci VE, Schacher S, Kandel ER. The long and the short of long-term memory--a molecular framework. *Nature.* 198; 322(6078):419-422.
25. Santo K, Chow CK, Thiagalingam A, Rogers K, Chalmers J, Redfern J. MEDication reminder APPs to improve medication adherence in Coronary Heart Disease (MedApp-CHD) Study: a randomised controlled trial protocol. *BMJ Open.* 2017 Oct 8;7(10):e017540.
26. Irvine L, Melson AJ, Williams B, Sniehotta FF, McKenzie A, Jones C, Crombie IK. Real Time Monitoring of Engagement with a Text Message Intervention to Reduce Binge Drinking Among Men Living in Socially Disadvantaged Areas of Scotland. *Int J Behav Med.* 2017. doi: 10.1007/s12529-017-9666-z.
27. Cushing A, Manice MP, Ting A, Parides MK. Patient Prefer Adherence. Feasibility of a novel mHealth management system to capture and improve medication adherence among adolescents with asthma. 2016; 10:2271-2275.
28. Ershad Sarabi R, Sadoughi F, Jamshidi Orak R, Bahaadinbeigy K. The Effectiveness of Mobile Phone Text Messaging in Improving Medication Adherence for Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review. *Iran Red Crescent Med J.* 2016; 18(5):e25183.
29. Vodopivec-Jamsek V1, de Jongh T, Gurol-Urganci I, Atun R, Car J. Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD007457. doi: 10.1002/14651858.CD007457.pub2.

Correcciones al texto “Luchando contra el estigma”

Texto original:

Una de las misiones más importantes en la psiquiatría actual es la lucha contra el estigma de las enfermedades mentales.

Un esquizofrénico es una persona con derechos.

Correcciones

Primera oración: Enfermedades mentales *es una manera muy estigmatizante de nombrar el padecimiento mental.*

Aunque a decir verdad, padecimiento es un concepto un poco flojo de especificidad: ¿cómo distinguir el padecimiento verdadero, aquel que sorprende y condiciona la vida del paciente, del que es una teatro de manipulaciones?

Por otro lado, si no es enfermedad y es padecimiento ya no hay enfermos (perdón por usar esta palabra) sino padecientes. Que es como pacientes pero pronunciado por alguien que acaba de salir del dentista. O tiene una macroglosia (diagnóstico diferencial con hipotiroidismo).

*No, no son padecientes. Alejémonos de esa mirada condescendiente. Son **usuarios**. Porque **clientes**, como se llaman en otros países arrasados por el mercado, los eleva (o los baja, según el grado de compromiso con el capitalismo que tenga quien está nombrándolos) a la categoría de consumidores. Pero **usuarios** describe perfecto lo que hacen aquellas personas que tienen lo que en el texto original se nombraba como “enfermedades mentales” pero que ahora vamos a corregir. Las personas **usan** los servicios de salud mental. Quizás alguien con la mentalidad en el siglo pasado diga que usuario es un eufemismo que no dice nada, que también es usuario el que paga la cuota del gimnasio. Habrá algún cínico que en su cuenta de twitter va a hacer un juego de palabra con osario. Pero es obvio que son reacciones de la extrema derecha psiquiatrona matapacientes que abusa llamando enfermos a los usuarios.*

Segunda oración: *Un esquizofrénico (reemplazar por usuario o esquizousuario) es una persona (reemplazar por un ser) con derechos.*

Habría que revisar este concepto de “derechos”. Puede parecer un detalle insignificante, pero es por los detalles insignificantes que se cuele la ideología que domina al mundo. “Derechos” es una palabra que remite rápidamente a un antagonismo con lo izquierdo. Y da una idea de atajo. “Ir derecho al grano”. Como si no se dejara lugar a la subjetividad laberíntica del paciente. Pero hay más: ¿dónde quedan los derechos de aquellos que no quieren derechos? ¿Se los va a obligar a tener derechos? ¿Podemos ser tan fascistas de obligarlos a ser protegidos cuando su deseo es morir en la calle aplastados por el frío del delirio?

*Por favor, reenviar el texto definitivo para una revisión final.
Gracias.*

Clínica de la Interconsulta: Un caso en el servicio de reumatología de un hospital infanto juvenil

Federico Nahuel Rebón, Pablo Agarinakazato,
Denise Domb

Introducción

Nos proponemos presentar una viñeta clínica de un caso atendido en el dispositivo de interconsulta del Servicio de Reumatología de un hospital general pediátrico. El modo en el que se desarrolló la intervención nos generó múltiples interrogantes acerca de cuál es nuestro rol como interconsultores en Salud Mental. Intentaremos transmitir las impresiones que nos generó el caso, cómo se fueron elaborando las diferentes hipótesis y la lógica bajo la cual intervinimos, junto con los efectos.

Presentación del caso

“Necesito un psiquiatra para mi hijo, tiene un síndrome desregulatorio inmune y un síndrome de Bechet. Yo lo que quiero es saber si además tiene esquizofrenia”.

Leslie, madre de Eric, concurre al servicio de Salud Mental, solicitando una evaluación psiquiátrica para su hijo. Trae una derivación del servicio de Inmunología, quienes la referencian con la coordinadora de interconsulta en Reumato-

logía.

Se mantiene una entrevista con Leslie, quien refiere que su hijo Eric tiene un síndrome de Bechet (1) y un síndrome de desregulación inmunológica. Relata que durante el último año, su hijo empezó a presentar “síntomas psiquiátricos”. En relación con esto, refiere que Eric tiene dificultades en su vínculo con pares, dificultad para metaforizar (“toma las frases muy literales”), que presenta ideas paranoides en relación a sus compañeros. También refiere problemas de sueño. Agrega que su hijo ha comenzado a escribir con su mano izquierda, cuando siempre lo hizo con la derecha. Dice que Eric siente insectos que le caminan por el cuerpo durante la noche y que esto lo asustaba mucho, y que comenzó a sentirle gusto feo a la comidas. Comenta que al consultar con una neuróloga, la misma le habría mencionado la posibilidad de que su hijo tuviera esquizofrenia, frente a la descripción que le hizo del cuadro de Eric. Ante esto, realiza una consulta telefónica con una psiquiatra de adultos, quien le receta Melatol 1 mg, Aripiprazol 10mg y Levomepromazina 12,5 mg.

Durante la entrevista, Leslie se muestra verborragica, enumera con excesivo detalle una gran cantidad de antecedentes clínicos, intervenciones y estudios, con un manejo muy preciso del lenguaje médico. Impresiona desafectivizada en relación al contenido de su relato y con poco registro de la presencia de su hijo, quien permanecía callado a su lado.

Leslie cuenta que viven en una provincia del sur, y que se encuentran en Buenos Aires realizando estudios médicos para Eric. Comenta que el año pasado, permanecieron durante 8 meses alejados de su hogar, debido a los continuas intervenciones médicas, en su mayoría diagnósticas, perdiendo el niño el año escolar.

Hipótesis: ¿Psicosis secundaria a enfermedad orgánica?
¿Psicosis por efecto adverso de las medicaciones? ¿Encefalitis?
¿Intoxicación? ¿Psicosis endógena?

Luego de esta primera entrevista, el equipo de interconsulta conformado por la coordinadora, una residente de 4to.

y dos residentes de 1ero., evaluamos la estrategia a seguir. Eric y su madre, permanecerían dos semanas más en Buenos Aires, antes de regresar a su provincia. Decidimos realizar una evaluación interdisciplinaria, en el corto tiempo del que disponíamos. La misma constaría de entrevistas con la madre, horas de juego con Eric y un intercambio con los profesionales especialistas de Reumatología e Inmunología, que lo siguen al paciente desde hace ya varios años.

Las referencias por parte de la madre a episodios de alteraciones sensorio-perceptivas, alucinaciones visuales, o el cambio espontáneo de la mano dominante nos hicieron plantear diferentes diagnósticos diferenciales tales como: encefalitis, intoxicaciones, una afección secundaria a su patología de base o efectos adversos de la medicación recibida. Por otra parte, la referencia a alucinaciones e ideas paranoides podrían relacionarse con una estructura psicótica, aunque la sintomatología descrita anteriormente nos llevó a priorizar descartar una etiología orgánica. Con este propósito, se le solicitó a la madre que, para el próximo encuentro, trajera todos los estudios médicos de Eric.

Nos dirigimos a Reumatología, esperando encontrar alguna afección orgánica a la cual atribuir un cuadro sintomatológico tan florido. Nos sorprendió encontrarnos con que la médica de Eric, muy preocupada, comentó que a nivel del Servicio de Reumatología, la madre se presenta con un discurso similar: describe a Eric con un cuadro reumatológico también muy florido, pero que no se podía constatar más allá del discurso de ella. Además, la reumatóloga refiere que Leslie le envía fotografías por whatsapp de distintas partes del cuerpo de Eric, refiriéndole úlceras, inflamaciones o llagas. La médica también hace hincapié en que le llama la atención que los marcadores serológicos de inflamación (eritrosedimentación, PCR, hemograma, enzimas hepáticas) dieron resultados normales, más allá de que Eric continúa atendándose en el servicio y en tratamiento con Colchicina (2).

Desde el servicio de Inmunología, nos comentan que en un principio se había diagnosticado a Eric un síndrome de Bechet, por lo que Eric comenzó a recibir medicación inmunosupresora. En una evaluación posterior los criterios para dicho síndrome no se cumplían, por lo cual se indicó retirar dicho diagnóstico y la medicación. Al comunicarle esto a la madre del paciente, la misma solicitó un cambio de profesional. En el servicio también nos transmitieron que la madre se presenta con mucha insistencia, aun en ocasiones en las cuales no era posible constatar sintomatología alguna.

Ante este escenario, comenzamos a hacernos nuevas preguntas. El interés del equipo de interconsulta se desplazó de la pregunta por el diagnóstico del niño a un intento por ordenar la escena: ¿cómo tomar el discurso de Leslie? ¿Qué de toda esta sintomatología encontraría un correlato en Eric? ¿Cuánto de lo orgánico influiría en la patología de salud mental? ¿Hay patología de salud mental? ¿Ataño al niño, a la madre, a ambos? En el medio de una vorágine de estudios, de demandas, de tratamientos medicamentosos, intervenciones, nos propusimos hacer una pausa y preguntarnos por el niño, hasta ahora objeto de múltiples miradas y saberes, cuerpo diseccionado por las diferentes especialidades médicas.

Durante la entrevista con Leslie, comenta que ella y su marido, Jorge, son de una ciudad del interior y que, debido a la mala relación de la familia de Jorge con ella, decidieron mudarse al Sur y establecerse allí. Cuenta que el período del embarazo y los primeros años de vida de Eric fueron muy duros para ella, porque su marido trabajaba mucho y ella se encontraba muy sola: “Extrañaba mucho a mi familia”. Comenta que cuando viene a Buenos Aires a realizar los estudios y consultas médicas, su familia viene a visitarla y los acompañan durante su estadía. Por otra parte, Leslie insiste con las cuestiones médicas, repasa la “historia clínica” de Eric. El nivel de detalle y lo explícito de su relato denotan cierta falta de velo en su discurso. Hacia el final de la entrevista, Leslie nos extiende su amplia carpeta de estudios médicos del hijo para nuestra

disposición. En la misma, constaba una interconsulta con una neuróloga, que luego de realizarle los estudios (punción lumbar, video EEG, y RMN) que arrojaron resultados normales, le sugiere que el problema de su hijo tiene una “etiología psiquiátrica”.

Paralelamente, en la hora de juego con Eric, nos encontramos con un niño que se presentaba tímido y reservado, pero que al entrar en confianza con los terapeutas, disfrutó de proponer y jugar junto a ellos. Si hablamos de evaluación, tenía un discurso organizado, presentaba una buena capacidad cognitiva, un juego simbólico acorde a su edad. Convocaba a los terapeutas a participar de su escena lúdica, mientras comentaba algunas cuestiones de su vida cotidiana. Impresionó algo temeroso o alerta, se inquietó por un ruido en el consultorio, aunque esta interrupción fue breve y no le impidió continuar con la hora de juego.

Nuevamente, no parecía haber un correlato entre el discurso de la madre y lo observado en el niño. En base a lo evaluado y habiendo tenido en cuenta la información recabada en el intercambio con los Servicios de Reumatología e Inmunología, se resolvió reunirse los profesionales de las distintas disciplinas con el paciente y su madre y hacerles una devolución conjunta. En primera instancia, se mantuvo una entrevista con la madre, a quien se le transmitió que Eric no tenía ningún problema médico de gravedad, ni psiquiátrico ni orgánico, que era un niño sano que había pasado por muchas intervenciones que lo habían alejado de su vida escolar y social, lo que implicaba un deterioro de aspectos vitales de su infancia. Se le dio como indicación retirar gradualmente la medicación psiquiátrica y que el niño fuera reincorporado a sus ámbitos de socialización y recreación. Finalizada la entrevista, Leslie responde “Ah, ¿entonces no tiene nada de nada? Lo que me olvidé de contarles es que Eric de chico sufrió un abuso”.

Una semana más tarde, en comunicación telefónica con la madre, la misma nos comenta que había asistido a un turno con una psiquiatra de la obra social. Refiere que dicha psiquia-

tra resolvió mantener y aumentar las dosis de la medicación.

Nueva hipótesis: ¿Münchhausen?

Reflexiones

Como equipo de interconsulta, apartándonos de la cuestión diagnóstica, este caso nos interpeló en nuestro rol. Nos preguntamos, ¿desde qué lugar se nos convoca? ¿Hacia dónde estuvo dirigida nuestra intervención? ¿Cuáles fueron los efectos de la misma?

A diferencia de la mayoría de los pedidos de interconsulta en el Servicio de Reumatología (pacientes con enfermedades crónicas que cursan con brotes y remisiones), este caso estuvo signado por la vertiginosidad con la cual se nos solicitaba una intervención, y conclusión de la misma en unos pocos días. Por otro lado, quienes solicitaron nuestra incorporación no fueron los médicos, sino la madre del paciente, con un pedido expreso por un diagnóstico de patología psiquiátrica.

Luego de pensar diferentes hipótesis en relación a lo que la madre traía como sintomatología en su hijo, siendo en un principio uno más de los servicios encargados de “estudiar” a Eric en sus múltiples manifestaciones, nos planteamos la necesidad de establecer un impasse en esta vorágine intervencionista. Benjamín Uzorskis, al referirse a las consecuencias de la especialización, afirmaba que el “parcelamiento” del conocimiento médico implicaba un perfeccionamiento de la mirada, pero también el riesgo de la fragmentación: “la exclusión más notoria del sujeto en juego” (Uzorskis, 2002, pág. 27). Según este autor, la pérdida de una visión de conjunto suele ser causa de errores y de iatrogenias. En nuestra intervención como interconsultores, se impuso entonces la necesidad de sustraer la mirada fragmentaria que se posaba sobre Eric desde las distintas especialidades, incluyendo en esto también la mirada de su madre. En este sentido, podría pensarse a la hora de juego como un espacio privilegiado del despliegue de la subjetividad de un niño. Tomando los desarrollos de Jorge Fukelman, el juego es lo que permite que un niño sea reconocido como tal.

Se trata de “un saber que indica a un sujeto como niño” (De Gainza & Lares, 2011, pág. 22).

Por otra parte, el intercambio con los profesionales de las distintas especialidades que venían trabajando con Eric y su madre fue un primer paso para retomar la visión de conjunto. Permitted esclarecer que Leslie se presentaba cada vez demandando que su hijo sea autenticado en su lugar de cuerpo enfermo. En la pregunta que dirige la madre por el diagnóstico de Eric no se registra angustia, ni siquiera una demanda de curación. Esto abre el interrogante por el lugar que este niño ocupa para su madre. Esto implicaría no quedar atrapados meramente en el “Münchhausen”, sino preguntarse cómo está operando, en qué satisface a la madre y qué lugar ocupa el equipo médico en este montaje. Muchas veces, cuando se piensa en este fenómeno, se omite la participación del médico como un integrante fundamental del sostenimiento de esta conflictiva.

Al momento de la devolución, se intentó hacer a un lado la demanda de la madre de confirmar a Eric en el lugar de enfermo. Con la intención de sustraerlo de ese discurso patologizante, se transmitió que no se constataba enfermedad desde ninguna especialidad que ameritara que continúe siendo objeto de estudio o intervención médica.

Pensando en los efectos de la devolución, podemos preguntarnos por la resonancia que ésta tuvo en la madre. Leslie responde redoblando la apuesta ubicando a su hijo en el lugar de abusado, lo que permite pensar que nuestra intervención fue la respuesta a una pregunta jamás formulada. La respuesta de la madre nos orienta para pensar el sufrimiento de este niño, que podemos nombrar como un abuso. Es pertinente preguntarse cuál es el abuso que sufre el niño y por parte de quién.

(1) Se trata de una enfermedad autoinmune en la que el sistema inmunitario ataca a los capilares del cuerpo produciendo una inflamación de los mismos (vasculitis). La sintomatología

es muy variada y se manifiesta con úlceras en diversas localizaciones, uveítis, aftas, artritis no deformantes, trombosis venosas, manifestaciones cutáneas inespecíficas, entre otras. El origen es desconocido aunque se cree que aparece en personas genéticamente predispuestas que se ven expuestas a algún agente externo, probablemente una infección. La enfermedad no es contagiosa.

(2) La colchicina es un fármaco antimitótico que detiene o inhibe la división celular. Fue utilizado durante muchos años como la piedra angular del tratamiento de la gota, hasta la aparición de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tiene cierto protagonismo en la terapéutica actual como inmunomodulador y antifibrótico en diversas enfermedades autoinmunes.

Bibliografía

De Gainza, P., & Lares, M. J. (2011). Conversaciones con Jorge Fukelman: psicoanálisis, juego e infancia. Buenos Aires: Lumen.

Uzorskis, B. (2002). Clínica de la subjetividad en territorio médico. Buenos Aires: Letra Viva.

Harol I. Kaplan, MD. Benjamín J. Sadock, MD. Tratado de psiquiatría. Sexta Edición, 1995. Editorial Intermedica 1998.

Comentario a “un caso...”

De la función materna al estrago

Verónica Caamaño

¿De qué modo ofrecer hospitalidad en algunos encuentros que más bien son encuentros con lo que la clínica tiene de imposible de soportar? Derrida plantea que se trata de “recibir allí donde la venida del otro me excede” (Derrida, 2001: p. 94); que la hospitalidad no consiste en recibir lo que se está dispuesto a recibir sino precisamente aquello que desbarata la espera, que desarma la estrategia, que confunde la receta.

Respecto de ese real que se presenta bajo la forma del horror, de lo imposible de decir, de lo insoportable de recordar, entre otras formas, se situará nuestro trabajo, haciendo de soporte, precisamente, a lo imposible de soportar. En ciertas ocasiones, y refiriéndonos al caso recién expuesto, ese encuentro se pone en juego frente a consultas en las cuales nuestro quehacer fracasa. Lejos de consentir a la impotencia, se tratará en estas líneas, de hacer de ese imposible una posibilidad de transmisión; escribiendo-inscribiendo algo de ese real.

El lugar de la madre sobre la subjetividad del niño es subrayado por la generalidad de las teorías psicoanalíticas, acen- tuando sus efectos en los dichos, los recuerdos, y en los sín- tomas de quienes nos consultan. Madres que han dejado su marca a nivel inconciente o que van haciendo marca cuando

nos consultan por sus hijos. ¿Cómo esclarecer su función, y cómo definir aquello que de esa función se vuelve estragante?

En la viñeta podemos subrayar la insistencia de una madre ofrecida a la ciencia, exigiendo del discurso médico un nombre para su hijo. Es claro, además, que aquellos nombres que los especialistas le van otorgando no resuelven su demanda. Pide más: “*Yo lo que quiero es saber si además tiene esquizofrenia*”. Dedicada a observar índices de patología en todas las conductas de su hijo, no cesa de diagnosticarlo frente a la imposibilidad de ver allí a un niño. Podemos hipotetizar y suponer que la niñez misma de su hijo la perturba. La niñez constituye un tiempo (que es real) e implica la puesta en juego del saber, el goce y el deseo. Implica movimiento, incertidumbre, y cambios, que, en general, producen angustia. Además no va de suyo que se transite sin dificultades.

En la niñez se van inscribiendo las marcas de los encuentros con los Otros primordiales. Lacan dice: “Nuestros significantes son siempre recibidos” (Lacan, 1976-77: p. 50), y agregará que en la infancia se arma el nudo que dará lugar a la constitución de un parlêtre. Por eso el anudamiento del cuerpo, la palabra y el goce, será una respuesta al enigma del deseo de la madre.

El ser hablante depende para su constitución del Deseo del Otro. Por eso Lacan va a decir que la biografía infantil está determinada por “el modo en que se presentaron los deseos en el padre y en la madre, es decir, si (...) ellos han efectivamente ofrecido al sujeto el saber, el goce y el objeto a (...). No hubo elección porque ésta ya estaba hecha en el nivel de lo que se presentó al sujeto” (Lacan, 1968-69: p. 302).

Ahora bien, en el *Seminario 17*, Lacan dice: “El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente. Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre” (Lacan, 1970: p. 118). Lo estragante concierne al deseo de la madre. En esta cita no se refiere al vínculo entre madre e hija mujer, modo en el cual se abordó generalmente el concepto de estrago para

señalar ciertos avatares de orden fálico. Nos interesa hacer una lectura que nos permita interrogar la articulación entre deseo materno y estrago, ya que creemos que no siempre el deseo de la madre produce estragos.

Cuando Lacan desarrolla el concepto de metáfora paterna en el texto *Cuestión Preliminar a todo tratamiento posible con las psicosis* dirá que el Nombre del Padre sustituye el Deseo de la Madre, precisando que dicha operación se produce justamente respecto de las idas y venidas de la madre. Es la ausencia de la madre lo que autoriza que el padre, bajo la ley del significante, pueda inscribirse. Muy distinto parece ser el escenario cuando el sintagma Deseo de la Madre no tiene como referencia la alternancia del par presencia - ausencia de la madre. En el recorte de la viñeta se destaca que el niño perdió el último año escolar ya que “permanecieron durante 8 meses alejados de su hogar, debido a los continuas intervenciones médicas, en su mayoría diagnósticas”.

Por otro lado, en *El Seminario 21*, Lacan enfatiza el lugar de la madre en tanto transmisora de la función paterna, dirá que la madre amoneda en el cuerpo del hijo el no del Nombre del Padre efectuándose, de este modo, una nominación enlazada al amor y al deseo. La nominación como operación que, al circunscribir un vacío, posibilita el anudamiento de los tres registros. La cita es la siguiente: “...aquella en quien el Otro se encarna –no hace más que encarnarse, encarna la voz- a saber, la madre, la madre habla, la madre por la cual la palabra se transmite, la madre hay que decirlo es reducida a traducir ese nombre [nom] por un no [non-n,o,n]; justamente el no que dice el padre...” (Lacan, 1973-74: p. 126). A través de la voz, como objeto privilegiado que la madre ofrece al niño, la pulsión se constituye. La palabra se amoneda, funda el cuerpo. El decir toma cuerpo, hace cuerpo, ubicamos allí la relación del decir con la castración, en tanto lo imposible queda vehiculado por el decir.

Y allí mismo dirá que en algunos casos la madre prescinde del padre y basta por sí sola para efectuar una nominación. Tal

nominación, a partir de la cual la madre designa un proyecto para su hijo, tiene como base el Deseo de la Madre. “Ser nombrado para algo, he aquí lo que, para nosotros, en el punto de la historia en que nos hallamos, se ve preferir –quiero decir efectivamente preferir, pasar antes –lo que tiene que ver con el Nombre del Padre”. (Lacan, 1973-74: p. 126)

Creemos que algo de este orden se encuentra imposibilitado para esta madre, haciendo del cuerpo de su hijo un objeto a investigar. Decimos, entonces, que si el Deseo del Otro no está atravesado por la castración, por la incompletud de la verdad que no puede decirse más que a medias por el hecho de que el saber es No-Todo, aquello que destacamos como Deseo del Otro emerge más bien como goce materno, haciéndose presente, por ejemplo, bajo la forma del objeto mirada que no deja de mirar signos de enfermedad. Buscando una patología mental en el intento de nombrar aquello que de la subjetividad de su hijo, resta, y ninguna especialidad puede nombrar. Hay algo que falla incluso en este intento de nominación por fuera de la referencia paterna y la lleva a dirigirse al saber médico. Es decir que si el Otro no se constituye como un Otro agujereado, vaciado de goce, haciendo propio un decir que nombre al sujeto, desde un deseo no anónimo, entonces reinará el imperativo de goce propio del superyó, con sus efectos de estrago.

En el texto *La ley de la madre*, Genevieve Morel especifica esta diferenciación afirmando que “El significante del Deseo de la Madre, *significante de una ausencia* que devendrá una falta, debe ser entonces distinguido de aquellas palabras maternas con fuerza de ley. (...) Estas palabras, huellas memorizadas de la omnipotencia de la madre sobre el niño o de su goce, guardan un *estatus real*: no son simbolizadas, sino más bien *citadas* por el sujeto.” (Morel, 2012: p. 26)

Consideramos que si la madre no está desdoblada entre lo materno y lo femenino, castrando de este modo lo Uno de lo materno, entonces consecuentemente la relación al hijo será estragante. Desdoblamiento necesario para que lo femenino agujeree el deseo materno, incluyendo el no-Todo fálico. Solo

allí podrá vehiculizarse la castración.

Importa destacar que lo que denominamos estrago no se refiere específicamente a lo que típicamente se describe en términos de relaciones de pegoteo, de “simbiosis”, sino que se trata del efecto del desamparo del Otro, en ambas vertientes: la ausencia, el descuido, el rechazo más evidente y la presencia absoluta que anula la necesaria operación constitutiva de separación, dejando al sujeto confrontado al superyó mortífero. “La raíz del superyó es muñón de palabra que se desprende del Otro e implica la voz que sólo se incorpora, no se asimila. Superyó como real, la voz, una de las formas del objeto a.” (Gerez Ambertín, 2007: p.225).

Conviene situar aquello que hace estrago en la imposibilidad del Otro primordial –de lo materno en tanto función que anuda cuerpo-amor-palabra– para hacer lugar a un cuerpo. Para ello será necesaria una operación que escriba una pérdida irremediable pero fundamental en la constitución de la subjetividad. Fundamental ya que esa pérdida hará hueco en lo pulsional materno. Objeto desprendido que, al constituir agujero, funcionará de soporte al armado del nudo estructural.

Bibliografía

- Derrida, J. (1997): *La hospitalidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: De la Flor, 2014.
- Gerez Ambertín, M. (2007): *Las voces del superyó: En la clínica psicoanalítica y en el malestar en la cultura*. Buenos Aires, Letra Viva, 2013.
- Lacan, J. (1968-69): *El seminario, libro 16: De un Otro al otro*, Paidós, Buenos Aires, 2008.
- Lacan, J. (1969-70): *El Seminario, libro 17: El revés del psicoanálisis*, Paidós, 1999.
- Lacan, J. (1973-74): *El Seminario, libro 21: Los no incautos yerran*, inédito.
- Lacan, J. (1976-77): *El Seminario, libro 24: Los no incautos yerran*, inédito.
- Morel, G. (2012): *La ley de la madre. Ensayo sobre el sinthome sexual*. Fondo de cultura económica. Chile, 2012.

LSD & Mescalina

(La falacia de consumir para entender)

Marcos Zurita

Cualquiera que haya sufrido la experiencia de ver un partido de fútbol comentado por un ex jugador, sabe que el hecho de haber vivido una experiencia no genera *per se* el saber de esa disciplina.

Cuando el micrófono se abre para ese comentarista de vocabulario parco, ídolo en la cancha hace unas décadas, lo que se escucha son verdades de perogrullo: “Si Boca quiere ganar, va a tener que convertir” o “En este momento, el partido no tiene ocasiones de gol”. Por eso, las siguientes intervenciones de sus compañeros de transmisión suelen ser dirigidas a su experiencia: “¿En tu época hubieras dejado que el nueve quede mano a mano con el arquero?”. Entonces la estrella suele responder -llena de rencor, con su cuerpo de ex jugador y sin una chispa del fuego sagrado- algo en el tono intermedio entre una canchereada semi legal y el chiste interno.

En salud mental muchas veces se parte de la misma falacia. Hay un solo saber y lo tiene el que experimenta el cuadro. Como si cualquier cosa que se diga desde afuera no puede competir con el valor de verdad de quien sufre la enfermedad.

Así, si un ex adicto monta un negocio de rehabilitación, no obtiene la confianza según el marco científico y terapéutico que desarrolle, sino por el haber estado ahí.

El tema es que no hay un solo saber. Así como hay jugadores de fútbol que jugaban muy bien pero no pueden tener una distancia que les permita entender las variables del juego y lo que lo rodea, el solo hecho de padecer una cuadro psiquiátrico no genera automáticamente el conocimiento. Genera, en el mejor de los casos, un tipo de conocimiento. Genera una experiencia. Pero no “el” conocimiento (que inhabilita al resto).

La psiquiatría no es veterinaria

El nacimiento de la clínica psiquiátrica, tal como la conocemos, surge a partir de escuchar y observar al paciente. Lo que diferencia las distintas entidades nosológicas no son sólo las conductas aisladas (veterinaria) sino lo que el sujeto dice, piensa, conjetura, describe desde su cultura y expresa desde sus emociones.

Esta característica de la salud mental, el hecho de que no bastan los signos para dar un correcto diagnóstico, deja abierta la puerta de la subjetividad, que diferencia cada síntoma según cada paciente y su contexto.

Hay una tendencia a volver mas veterinaria la psiquiatría. Basta ver el lugar a lo que pueda decir el paciente que se le da en la tabla de los RDoCs. Apenas una escala que se hace el mismo paciente o un técnico. Pero si finalmente los RDoCs no se instalan como paradigma, ahí tenemos todas las investigaciones en ratones o peces que pegan un curioso salto con la neurogarrocha epistemológica que equipara conductas de roedores con sentimientos humanos. La influencia antropomórfica de Disney en la ciencia.

Es verdad que parte de esta reacción veterinaria viene del lado del *hype de los sentimientos* fogueado por quienes piensan

que un psiquiatra sólo prescribe y que la palabra no hace daño. Es un error, a nuestro modesto entender, aferrarse ciegamente al órgano como argumento de defensa. **El territorio de la palabra también es psiquiátrico.** Pero dejemos ese fuego al mínimo y avancemos.

Ahora bien, es verdad que si uno se pierde en el laberinto de las verdades subjetivas como las únicas en juego, es difícil avanzar en la construcción de un saber. Y que si la verdad sólo está en la experimentación, el único que puede tratar una paranoia es el paranoico (hay casos que lograron cierto éxito, pero no podemos tomarlos como un *gold standard*).

Endrogados en Adrogué

Entre 1954 y 1956, en una clínica en Adrogué, un grupo de psiquiatras coordinados por Alberto Tallaferro realizaron una experiencia dentro del marco teórico de las **psicosis artificiales**, utilizando mescalina y LSD. Según el libro que recoge la experiencia (titulado lacónicamente “Mescalina y LSD25”), la primera fue provista por los misteriosos “señores R. Pope y T. Tarazi”, mientras que el LSD fue facilitado por el Laboratorio Sandoz (hoy parte de Novartis).

Además del autor, se sometieron a la experiencia “63 sujetos, entre no psicóticos, ‘normales’ y psiconeuróticos de buen nivel cultural -algunos de ellos con conocimientos psicoanalíticos- y con 14 esquizofrénicos crónicos”.

La idea era experimentar el padecimiento, arrebatarse esa verdad a la locura y devolverla al mundo de los sanos de *buen nivel cultural y conocimientos psicoanalíticos*. Así, se cuentan cosas como éstas:

“(…) ¿Por qué puede un esquizofrénico quedar horas ob-

servando una flor o las nubes sobre el cielo? Pudiera ser que estén percibiendo una impresión de *algo maravilloso* como me respondió un esquizofrénico a quien pregunté por qué había permanecido toda la tarde mirando el cielo por entre las ramas de los árboles...”

“En una experiencia con mescalina realizada en el Sanatorio, a un sujeto normal lo coloqué en el mismo lugar en que se paraba habitualmente el esquizofrénico, y al pedirle que me relatara lo que observaba, me hizo una descripción maravillosa, aclarándome, como señalan siempre, que las palabras son insuficientes, imperfectas, vacías y defectuosas para expresar lo que perciben...”

Parte del encanto del libro es la transcripción de los casos en un formato de bitácora de científico loco. Algunos ejemplos:

Caso 6. 29 de enero de 1955. 10 horas. 0,40 grs de mescalina.

“La experiencia no llegó a tener mucho relieve. La resistencia inconsciente unida a factores de probable origen bioquímico, ordenaron la dosis en forma tal, que su absorción no traspuso completamente la armadura narcisista”.

Caso 7. 2 de marzo 1955. 9:30 hs. 0,6 grs de mescalina.

“(...) al acercarme a una persona ya a un metro de distancia sentía físicamente su presencia. De la experiencia deduzco que el vacío no existe que todo está relacionado por radiaciones”.

“Tenemos que volver a la sencillez y al amor tal como está preconizado en todas las religiones. Esto obedece a razones sumamente científicas”.

“Me veía casi siempre vestido con armadura plateada”.

“Durante dos o tres días sentía un inmenso cariño hacia Nelly pero al volver a verla con los ojos de todos los días per-

dí el encanto. Esta frase no es de modo alguno derogatoria pues siento para ella el afecto que es común en mi sentir por cualquiera. Lo que quiero destacar es que apreciaba, bajo el efecto de la droga, todas sus cualidades humanas en un modo especial”.

Caso 8. 4 de diciembre 1955. 10:10 horas. 0,5 grs de mes-calina.

11:50 hs. En un movimiento brusco toma un zapato y destroza, tirándolo contra el vidrio, un cuadro. Dice ser diabólico como su padre y que también es su psicosis y que yo lo torturo. Expresa: ‘Pero eso no es todo, tengo que destruir todo, todo lo que me martiriza’, luego llora desconsoladamente pidiéndome perdón por haberlo hecho.

12:00 hs “No me sirve de nada romper un cuadro, debo romper el mundo, esto es terrible... esto es la gran paranoia que se hace incontrolable, porque ahora he resuelto matarlo a usted como antes he roto el cuadro, así que vaya tomando sus defensas”.

14:35 hs Después de comer 4 sandwiches y tomar media medida de whisky queda profundamente dormido.

Caso 53 25 de julio de 1955. 12:10. 25 mcg de LSD

“Voy a contar algo que me sucedió el miércoles 25 de julio que francamente es digno de ser narrado porque parece que me ocurrió en sueños y es la absoluta realidad, por cuanto me sucedió con los ojos bien abiertos y estado completamente consciente de mis actos”.

“Ese día, en mi calidad de enfermo de neurosis obsesiva y unos cuantos complejos más, llegué a la Clínica; eran las 12 horas del mediodía, en ese momento mi situación era lamentable pues a pesar de que hace ya mucho tiempo que el doctor y yo analizamos mi deficiente constitución psíquica, no podía proporcionarme a mí mismo un poco de tranquilidad”.

La narración de las experiencias muchas veces se vuelven monótonas y otras, previsibles. Tanto, que a veces parecieran ser ficticias. Ficticias a lo argentino: sobreactuación de lo evidente. Pero quizás sea el sesgo de los sujetos de experimentación “con conocimientos psicoanalíticos”.

En las conclusiones, Tallaferro propone tres potencialidades terapéuticas: las drogas solas, junto a la psicoterapia o en combinación con las terapias biológicas de entonces (TEC y/o insulina), en donde asegura que el LSD y la mescalina actuaron como “mordientes”.

Otro rasgo interesante de esta investigación es el intento de llevarla siempre por la ruta del método científico. Ahí aparece, por ejemplo, la refutación de una hipótesis:

“Mi experiencia me permite ahora afirmar que a esto debe unirse también la psicoterapia profunda. No puedo sospechar que esta conclusión sea el resultado de una posición mía anterior, pues considero los resultados últimos como un fracaso de mi idea inicial, que consistía en probar si podía evitarse la psicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia “crónica”, por ser prolongada, onerosa y por lo tanto difícil de indicarse en todos los enfermos”.

Otro aspecto de las conclusiones que hoy nos resultan agradables es que no son tibias. Por ejemplo:

“Las 1117 experiencias realizadas en 63 sujetos “normales”, psiconeuróticos y psicóticos muestran que se producen modificaciones o alteraciones psíquicas semejantes a las observadas en la esquizofrenia.”

“En los “normales” y psiconeuróticos cuanto más estructurada está la coraza caracterológica, más alta dosis se requiere.”

“No se produce hábito por el uso continuo (hasta 7 meses) de estas drogas.”

“Las experiencias no confirmaron las conclusiones de Condreau, quien dice que el LSD hace más catatónicos a los catatónicos y más hebefrénicos a los hebefrénicos. He observado casos en que los catatónicos no parecen catatónicos y por el contrario se encuentran bajo el efecto de la droga más sintónicos con su ambiente.”

La última conclusión, ya totalmente lanzado, va en dirección, humildemente y de la mano de Wilhem Reich, hacia la cura del cáncer.

“Aunque las experiencias no se han realizado en cancerosos, sugiero que dadas las modificaciones que producen en el metabolismo de los glucósidos y el estado de expansión que produce y que según el concepto de Reich, el cáncer sería una expresión última de una contracción máxima (simpaticomania) por conflictos y falta de abreacción y el hecho de producir las drogas estudiadas, reacciones opuestas, sugiero: que investigadores de la especialidad referida realicen experiencias con el fin de observar si tienen alguna acción positiva, ya que no estoy en condiciones de efectuar ese tipo de observaciones por carecer de material y experiencia suficiente en ese tema.”

La vergüenza de haber sido y el dolor de ya no ser

Hace un tiempo escuchamos en nuestros foros internos y externos los ruidos de la crisis de la psiquiatría. Las experiencias recogidas en el experimento de Tallaferro ofrecen un material casi virgen para entender muchas de las cosas que aún hoy se discuten.

El estudio expuesto en “Mescalina y LSD25” dispara al-

gunas cuestiones interesantes:

1 El contexto político: mientras los sujetos experimentaban con las bisagras de las puertas de la percepción, la realidad aportaba el bombardeo en Plaza de Mayo del golpe de estado del 55 a 30 km del lugar. No hay ninguna mención al respecto en todo el detallado contexto en que se describen las experiencias. Como si la realidad interna fuera una esfera totalmente independiente de la externa.

2 El contexto ético: en 1955, las experimentaciones que involucraban seres humanos estaban contempladas en el Código de Núremberg, aunque en la práctica el código fue pensado para los prisioneros de guerra y estaba lejos de imponerse en el área de la investigación clínica fuera de tiempos de guerra. Recién nueve años después de los viajes de Adrogué, en 1964, ocurre la declaración de Helsinki y faltarían veinticuatro años para la institucionalización de los cuatro principios de la bioética que hoy sabemos de memoria.

3 El movimiento del sesgo: la inclusión de los propios investigadores como sujetos de experimentación lleva a la praxis la idea de la no neutralidad. Algo del conocimiento escapa a la observación. Ya sea por medio de los sentidos, los aparatos o los modelos matemáticos, todo lo observable conlleva un sesgo. Al moverse de observador a observado, ¿se disminuye o se multiplica el sesgo?

4 La sobrevaloración de lo psicodélico: faltarían alrededor de 15 años para que las experiencias con LSD se hicieran masivas y sean incorporadas al mercado bajo la estética multicromática y la sinestesia. Los nichos de consumidores emergieron desde las artes (música, cine, moda) hasta experiencias místicas (sectas, clase media como chamanes turísticos). En el medio, la corriente terapéutica agarrada de la elevación de lo no consciente al nivel de verdad absoluta. Una libre versión de

la represión y el deseo. La ruta de lo onírico nos ha dado mucho aburrimiento. Desde la idea de que los sueños “significan” algo en sí mismos (como una quiniela de la vida afectiva) hasta la sobrevaloración de relojes derretidos como la imagen que pone en cuestión el tiempo (interezzzzante). Ha resuelto, eso sí, la decoración de muchos consultorios y las tapas de muchos libros. La experiencia de Tallaferro camina por el borde entre la ciencia más positivista (las alucinaciones pueden manipularse químicamente) hasta las ideas del tren Surrealismo/Sueños que visten a las imágenes de verdad. Y habla, cosa no menor, del efecto psíquico de una molécula sintética (pensemos que el primer paciente que tomó clorpromazina lo hizo en 1952).

5 La búsqueda de la eficacia: en las conclusiones, Tallaferro resalta la importancia del tratamiento con LSD y mesalina en pacientes que venían siendo refractarios a las pocas opciones terapéuticas de ese momento. Supone a las moléculas una eficacia que la terapéutica común y, además, supone que las experiencias ayudan a una mejor eficacia de la psicoterapia. También aporta una advertencia de la historia. Fácil es tomar con cierta risa que haya propuesto LSD como tratamiento del cáncer basado en ideas de Wilhem Reich, pero ¿cuántos Wilhelm Reichs que marcan el ritmo teórico de hoy, serán objeto de las risas de los psiquiatras del futuro?

La fatiga, el descanso, la calma

Fatiga y otros síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con Hepatitis C

Javier Fabrissin

La fatiga

Existe una estrecha relación entre el virus de la Hepatitis C (VHC) y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos; y no sólo estrecha sino persistente, por cuanto dichos síntomas tienden a continuar aun cuando los pacientes hayan erradicado el virus (pacientes con PCR negativa). Dentro de los más comunes, de los más prevalentes e incómodos, se encuentra la fatiga crónica. Se estima que más de la mitad de los pacientes con infección pasada o reciente por VHC presentan fatiga crónica y que en el 20% de los pacientes esta fatiga se vuelve decididamente invalidante. Cansancio, falta de iniciativa, sentirse exhausto física y mentalmente, son sus modos de presentación, a los que se le suman síntomas relacionados, cuya prevalencia es más baja (menos del 10% de los pacientes), que incluyen artralgias, parestesias, mialgias, prurito y queratoconjuntivitis sicca (1).

En general, las patologías hepáticas, independientemente de su etiología, suelen cursar con fatiga crónica. Aunque esto también es válido para la Hepatitis B, dicho síntoma parece ser bastante menos prevalente que en la Hepatitis C (2). Es más, en un reciente estudio que evaluó 948 pacientes con He-

patitis B, la prevalencia promedio de la fatiga fue menor que el valor de referencia en la población general (3).

La fatiga puede ser de origen central o periférico. La fatiga periférica sería la consecuencia de una sobreutilización muscular o de alguna disfunción neuromuscular (lo que no sería el caso en la VHC, excepto que haya una hepatopatía avanzada). La fatiga central tiene su origen, claro está, en el SNC, y se la relaciona con alteraciones hormonales (hormona liberadora de corticotrofina) o de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina). Esta fatiga central es la propia de la VHC y está fuertemente ligada a la presencia de patologías neuropsiquiátricas (cuadros de ansiedad, de depresión, insomnio) y, muy puntualmente, con los niveles de calidad de vida (4).

Las varias investigaciones sobre esta temática destacan y confluyen en el hecho de no haber detectado una asociación significativa entre la fatiga y ciertos factores que podrían pensarse, a priori, como de riesgo o facilitadores, tales como el genotipo, el consumo de alcohol, la función tiroidea ni tampoco, y esto es para resaltar, la carga viral, la PCR. Como se dijo, la fatiga estaría asociada a la presencia e intensidad de los síntomas psicopatológicos y a la afectación viral a nivel del SNC.

Más allá de la fatiga

No se trata sólo fatiga, en los pacientes infectados por el VHC también la disfunción cognitiva y los trastornos del estado del ánimo y de la ansiedad suelen ser la regla más que la excepción. En una reciente investigación se evaluó la presencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con PCR positiva o negativa, con patología hepática leve (para descartar la posible confusión de síntomas provenientes de una insuficiencia hepática) y considerando la historia de tratamiento con interferon/ribavirina (5). Incluyeron 159 pacientes, excluyendo aquellos con hepatopatía avanzada o cirrosis, y los co-

tejaron con un grupo control (sin Hepatitis). Se les tomó una batería de test (evaluación neurocognitiva, de la depresión, de la ansiedad, de la fatiga, etc.). Los pacientes fueron divididos en cuatro grupos: PCR (-)/IFN(+), PCR (-)/IFN(+), PCR(+) IFN(-), PCR(-)IFN(-). En promedio, los pacientes tenían 25 años de infección y el 77% tenían la PCR (+).

En principio, la fatiga crónica fue el síntoma más prevalente, ya que se la detectó en el 77% de los pacientes con VHC. A su vez, el 60% de los pacientes presentó trastornos de ansiedad y el 50% trastornos depresivos. Si bien hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los síntomas afectivos y ansiosos al comparar los pacientes con VHC versus el grupo control, no se hallaron diferencias entre los cuatro grupos de pacientes. O sea, ni el antecedente de tratamiento, ni el valor de la PCR incidieron en los síntomas. También se evidenció un mal rendimiento cognitivo (en el estado de alerta, en funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria de largo plazo), que alcanzó significación estadística sólo en los pacientes con la PCR (-). Los síntomas cognitivos estuvieron presentes en alrededor de un tercio de los pacientes y fueron independientes del estado anímico o ansioso. Otros estudios confirman esto, señalando que los síntomas cognitivos no pueden ser atribuidos a una posible insuficiencia hepática, al consumo previo de alcohol sino a efectos propios de la infección sea que hayan tenido o no una respuesta al tratamiento viral (6, 7, 8).

Estos resultados llevan a plantear que al confrontar los pacientes con PCR (+) con los PCR (-) no se evidencian diferencias en cuanto a las características y gravedad sintomática. De hecho, si bien la erradicación del virus mejora las mediciones de la calidad de vida de los pacientes, esta mejora obedeció a la disminución en los puntajes de salud física y no en los de salud mental (9). La deducción que se hace de todo ello es que la eliminación del virus no equivale a una cura de las secuelas neuropsiquiátricas, proponiéndose una explicación neuroinflamatoria para dar cuenta de estas observaciones. Varios trabajos identifican que el virus de la HCV se aloja

en la la microglia y en los astrocitos (10) activando una respuesta neuroinflamatoria (11) que sería la responsable de los síntomas neuropsiquiátricos y su persistencia... Lo curioso, o contradictorio, es que, utilizando marcadores para medir la actividad de la microglia, se observó que, en realidad, a mayor activación de las células de la microglia parecería que había una mejor respuesta neuroprotectora (12, 13). Así que no sé.

En conclusión, lo que debería quedarnos de este breve repaso es que en los pacientes con Hepatitis C es esperable hallar síntomas neuropsiquiátricos, afectivos como cognitivos; incluso es más esperable encontrarse con este tipo de sintomatología antes que con síntomas propios de una hepatopatía. Y que, además, un tratamiento antiviral exitoso, aun cuando normalice los valores vinculados con el proceso infeccioso, no necesariamente eliminará las consecuencias neuropsiquiátricas de la infección, las cuales, lamentablemente, tienden a responder poco a los tratamientos psicofarmacológicos convencionales.

Bibliografía

1. Poynard T, Cacoub P, Ratziu V, Myers RP, Dezailles MH, Mercadier A, Ghillani P, Charlotte F, Piette JC, Mousalli J; Multiviric group. Fatigue in patients with chronic hepatitis C. *J Viral Hepat.* 2002; 9(4):295-303.
2. Patidar KR, Bajaj JS. Tired of Hepatitis B? *Dig Dis Sci.* 2016; 61(4): 953–954.
3. Evon DM, Wahed AS, Johnson G, Khalili M, Lisker-Melman M, Fontana RJ, Sarkar S, Reeve BB, Hoofnagle JH, For the Hepatitis B Research Network (HBRN). Fatigue in Patients with Chronic Hepatitis B living in North America: Results from the Hepatitis B Research Network (HBRN). *Dig Dis Sci.* 2016; 61(4): 1186–1196.
4. Swain MG. Fatigue in liver disease: pathophysiology and clinical management. *Can J Gastroenterol.* 2006; 20(3):181-8.
5. Dirks M, Pflugrad H, Haag K, Tillmann HL, Wedemeyer H, Arvanitis D, Hecker H, Tountopoulou A, Goldbecker A, Worthmann H, Weissenborn K. Persistent neuropsychiatric impairment in HCV patients despite clearance of the virus?! *J Viral Hepat.* 2017;24(7):541-550.
6. Weissenborn K, Krause J, Bokemeyer M, et al. Hepatitis C Virus Infection Affects the Brain – Evidence from Psychometric Studies and Magnetic Resonance Spectroscopy. *J Hepatol.* 2004; 41:845–851.
7. Fontana RJ, Bieliauskas LA, Back-Madruga C, Lindsay KL, Litman HJ, Lok AS, Kronfol Z; HALT-C Trial Group. Cognitive function does not worsen during long-term low-dose peginterferon therapy in patients with chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol.* 2010 Jul;105(7):1551-1560.
8. Forton DM, Thomas HC, Murphy CA, et al. Hepatitis C and Cognitive Impairment in a Cohort of Patients With Mild Liver Disease. *Hepatology.* 2002; 35:433–439.
9. Bonkovsky HL, Snow KK, Malet PF, et al. HALT-C Trial Group. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis. *J Hepatol.* 2007; 46:420–431.
10. Wilkinson J, Radkowski M, Laskus T. Hepatitis C virus neuroinvasion: identification of infected cells. *J Virol.* 2009 Feb;83(3):1312-1319.

11. Wilkinson J, Radkowski M, Eschbacher JM, Laskus T. Activation of brain macrophages/microglia cells in hepatitis C infection. *Gut*. 2010 Oct;59(10):1394-400.

12. Grover VP, Pavese N, Koh SB, Wylezinska M, Saxby BK, Gerhard A, Forton DM, Brooks DJ, Thomas HC, Taylor-Robinson SD Cerebral microglial activation in patients with hepatitis C: in vivo evidence of neuroinflammation. *J Viral Hepat*. 2012 Feb;19(2):e89-96.

13. Pflugrad H, Meyer GJ, Dirks M, Raab P, Tryc AB, Goldbecker A, Worthmann H, Wilke F, Boellaard R, Yaqub M, Berding G, Weissenborn K. Cerebral microglia activation in hepatitis C virus infection correlates to cognitive dysfunction. *J Viral Hepat*. 2016 May;23(5):348-57.



Club de Lectura Psi

Informes: maildeatlas@gmail.com

[LISTAS]

Marcas de Estimuladores Magnéticos Transcraneanos reales que podrían ser (quizás lo sean) Transformers

Brainsway

Powermag

Duomag

Neurostar

Magpro

Tamas

Spring

Magstim Super Rapid

KI-A3000A1

TMS Robot

fuentes: sites de ventas de insumos médicos

Twin Peaks y los Dobles

Javier Fabrissin

Twin Peaks – “The Return” – S03 E07

Diane es convencida por el Agente Gordon y por Albert, dos agentes del FBI, para que tenga una entrevista con Cooper, a quien ella conocía por haber sido, entre otras cosas, su secretaria, y que ahora estaba encarcelado. Diane se encuentra con Cooper en una penitenciaría, vidrio templado de por medio. La escena es oscura y tensa y Diane se muestra visiblemente afectada por la charla. Una vez que concluye la conversación, Diane espera al Agente Gordon, en la explanada exterior de la penitenciaría, fumando.

-Escúchame –le dice Diane al Agente Gordon. Su semblante glosa varias emociones: angustia, preocupación, miedo, desesperación-. Ese no es el Dale Cooper que yo conocía.

-Por favor, dime *exactamente* a qué te refieres –dice el Agente Gordon.

-No es que haya pasado el tiempo o que él haya cambiado... o cómo luce. Es algo aquí –Diane se lleva la mano, hecha un puño, a su esternón, y se lo aprieta-. Es algo que definitivamente no está aquí.

Acentúa el gesto de su mano señalándose el pecho, en un dramático acto compungido.

-Es suficiente para mí, Diane. Es suficiente para mí –le dice el Agente Gordon.

Diane, visiblemente conmovida, lloriqueando, abraza al Agente Gordon, buscando algún tipo de consuelo, en un contraste notorio con su habitual actitud rígida, cortante y fría.

En realidad Diane tiene razón, no es el agente Cooper sino que se trata de *Evil Cooper*, uno de los doppelgänger. Excepto por detalles estéticos (peinado, vestimenta), ambos son físicamente idénticos y hablan igual. Pero algo en el interior de Diane, lo que refuerza con ese teatral gesto de cerrar su puño sobre su pecho, le dice que aunque sean exactos no es el Agente Cooper que ella conoció.

Esta escena, muy significativa, de la nueva y divisora de opiniones encarnación de Twin Peaks, nos remite al Síndrome de Capgras, o Delirio de los Sosías, y a otros cuadros lindantes con éste. Sobre ello hablaremos un poco.

Síndrome de Capgras

El parlamento de Diane podría pasar por el alegato de una persona que padece Síndrome de Capgras. Éste consiste en la convicción de que una persona, generalmente cercana y afectivamente significativa para el paciente, ha sido sustituida por un doble, a quien se pasa a considerar un impostor. El paciente reconoce objetivamente los rasgos, la voz, los movimientos, etcétera, de la persona allegada, pero el contacto con ésta no le produce ninguna resonancia afectiva: está perdida la sensación de familiaridad. En otros términos, se conserva el reconocimiento intelectual (noético) pero se produce una falla del reconocimiento afectivo (pático), lo que implica una desaparición de los sentimientos que usualmente despertaba determinada persona, o cosa (1).

La situación es considerablemente impactante, desesperante, enloquecedora. Imaginen que, de golpe, una persona cercana, pongámosle un progenitor, un hijo, una pareja, deja de ser o tener lo que hacía que fuera quien era para nosotros. Está ahí, se mueve, habla, se viste como de costumbre, convive como siempre, excepto por el hecho de que se trata de un impostor, de un doble, de alguien que pasó a ocupar el lugar que habitualmente ocupaba el ser querido. (Esta sensación está muy bien desarrollada en la inquietante “**Distancia de Rescate**”, de Samanta Schweblin, novela más que recomendable, en la cual es una madre quien no puede sentir empatía por su propio hijo, al punto de prácticamente tenerle miedo.)

Hay alguien que afirma (porque de hecho es así) ser la persona familiar; sin embargo, para el paciente con Síndrome de Capgras *obviamente* no lo es, es un simulador (diferencia con Twin Peaks, ya que el Cooper con quien Diane se entrevista realmente no es el Dale Cooper que ella conoció). Se trata de una intuición, una percepción que escapa a los sentidos, mas no a la penetrante mirada del alma. ¿Qué haría uno ante semejante estado de cosas? Cuanto menos, uno se sentiría desconcertado, luego a la defensiva o agresivo, rechazando esa presencia siniestra que pretende engañarnos. De ahí hay un pequeño paso a formularse ciertas preguntas y a elucubrar explicaciones que el doble escatima o miente: ¿por qué está acá este intruso?, ¿qué quiere?, ¿adónde se llevó a mi ser querido?, ¿me quiere perjudicar?, ¿me va a hacer daño?, ¿se trata de una broma?, ¿se trata de una conspiración? Es muy difícil no sentirse atemorizado, no sentirse amenazado.

Las formas de presentación del Capgras

La descripción original de este síndrome data de 1923 y fue realizada por Capgras y Reboul-Lachaux (otro apellido para agregar a la lista de los segundos apellidos que se pierden con el uso) bajo el título “L'illusion des sosies dans un délire systématisé” (« La ilusión de los sosías en un delirio sistema-

tizado »), lo cual da una idea acerca de la concepción que los autores tenían de cuadro (2). Sin embargo se trata de un síndrome cuya localización nosográfica excede la de los delirios sistematizados (ya el caso princeps de Capgras y Reboul-Lachaux es un dudoso delirio sistematizado), pudiendo aparecer como integrante de:

- Un Delirio monomorfo: la creencia del doble o impostor es la única temática delirante, nacida de una percepción delirante a la que se van agregando elementos que surgen de mecanismos interpretativos e imaginativos. Sigue una lógica delirante, psicológicamente comprensible. Sería el tema delirante predominante o único de un delirio sistematizado (o paranoia).

- Delirios polimorfos: los síntomas del Síndrome de Capgras serían un grupo sintomático más en el contexto de un cuadro más amplio, acompañando a otros núcleos delirantes, megalómanos, persecutorios, hipocondríacos, etc., en los que intervienen varios mecanismos delirantes y poli-alucinaciones. Se lo puede encontrar en cuadros como la parafrenia afectiva, la parafrenia fantástica, la hebefrenia.

- Delirios en patologías clínicas (psicosis sintomáticas): en este caso, el síndrome compone una manifestación sintomática de patologías orgánicas, en general de naturaleza degenerativa, como la enfermedad de Alzheimer, la Enfermedad por Cuerpos de Lewy, secuela de un ACV, etc. (1)

Cómo explicarlo

Se cuenta con numerosos modelos explicativos posibles de ser organizados en: Modelos Cognitivos de reconocimiento facial, Modelos neuropsiquiátricos de desconexión (interhemisférica, visuoanatómico), Modelos neuropsiquiátricos de lateralización (conflicto de información, fallo en la función integradora del yo), Modelos de alteraciones fronto-temporales (véase 3), entre otros.

Detengámonos, no obstante, en una posible explicación,

porque el Delirio de Capgras nos enfrenta a una pregunta enorme: ¿qué es lo que hace que algo nos resulte auténticamente familiar?, ¿qué es lo que permite que afirmemos que una persona, un animal, un objeto, un recuerdo biográfico nos pertenece, es el legítimo, es el mismo de siempre?, ¿y qué me garantiza que soy yo el agente de ese conocimiento?

Rápidamente se nos viene Damasio y su Teoría del Marcador Somático. Su idea es que a lo largo de la vida, los diferentes estímulos que uno percibe y el modo en que se los vivencia (por ejemplo: agradables-desagradables) se van asociando a diferentes estados corporales o somáticos, los que se producirían por niveles variables de activación del sistema nervioso autónomo, por modificaciones somatoestésicas, por disposiciones neuroendócrinas. La acumulación de estas asociaciones situación/estado somático permite, entre otras cosas, guiar la toma de decisiones, basada, por lo tanto, en el resultado, grato o ingrato, agradable o desagradable, de las experiencias anteriores. La hipótesis proporciona un modelo conceptual en el que se integran procesos cognitivos y emocionales y sistemas neuroanatómicos, para explicar el vínculo entre el procesamiento de emociones y la capacidad para decidir no sólo por las consecuencias inmediatas previstas sino de las potenciales consecuencias futuras de la conducta. Este mecanismo emocional es una señal, o marcador somático, un componente específico de los sentimientos que se genera a partir de procesos de autorregulación y homeostasis, provocando modificaciones fisiológicas en el propio cuerpo y en regiones cerebrales implicadas en la representación de estados emocionales. Así, frente a cada experiencia o estímulo actual, simple o complejo, dicho registro (el ofrecido por ese marcador somático) permitirá asociar, revisar, cotejar la situación nueva a la luz de situaciones similares experimentadas anteriormente y, en tal caso, si fue vivenciada como agradable, promover su repetición, si fue vivenciada como desagradable, promover su evitación. De acuerdo con el modelo, los marcadores somáticos pueden generarse a partir de dos tipos de eventos: inductores primarios e induc-

tores secundarios. Los inductores primarios son estímulos que de modo innato o a través del aprendizaje han sido asociados con estados placenteros o aversivos. Cuando uno de estos estímulos está presente en el entorno inmediato se genera de manera necesaria y automática una respuesta emocional. Por otro lado, los inductores secundarios son entidades generadas a partir del recuerdo personal o hipotético de un evento emocional, es decir, recordar o imaginar la situación que produce placer o aversión (4, 5).

Diferentes investigaciones demostraron que cuando un individuo es expuesto a una imagen donde se ve el rostro de una persona que resulta familiar, la activación del sistema nervioso autónomo es mayor que cuando la imagen que se ve es de alguien desconocido. Se puede decir algo así como que el ser humano *entiende* que algo es familiar porque se lo siente más intensamente.

Numerosos estudios, aunque no todos, realizados con pacientes con Síndrome de Capgras a los que se les mostraron fotos con rostros, revelaron que esa respuesta autonómica era menor, incluso cuando los rostros eran de personas que ellos conocían (6, 7, 8, 9). Esto podría implicar que tienen disminuida o les falta esa sensación somática que sirve para *sentir* y distinguir lo familiar de lo no-familiar.

Pero quedan todavía algunos cabos sueltos. En principio, el reconocimiento de caras en sí mismo no está alterado. Es decir, los módulos anatómico-funcionales que el cerebro emplea para pensar, identificar o emparejar los objetos animados o inanimados percibidos actualmente con los registros guardados en nuestro cerebro, funcionan razonablemente bien. Por ejemplo, estructuras como el giro fusiforme para la percepción de los aspectos invariantes de rostros (identidad), el sulcus temporal superior para la percepción de movimientos biológicos (gestos faciales), la corteza entorrinal derecha para la memoria asociativa (formación de pares de ítems, caras y nombres), no se ven afectados. Prueba de ellos es que los pacientes no dicen “no sé quién es esta persona”, “nunca la vi en

mi vida”, sino que dicen: “Esta persona que estoy viendo es exactamente igual a mi esposa pero no es mi esposa”.

Aun así, como plantean Coltheart, Langdon y McKay (2007), con eso no basta, porque la persona podría valerse de otros datos para corregir su error. O sea, por más que la persona con Capgras estime que su esposa es igual a su esposa pero no es su esposa, podría incorporar información adicional provista por la *supuesta esposa* u otros de su entorno para aceptar que sí es su esposa y que existe algún problema que le impide a él, al esposo, darse cuenta cabalmente de ello (10).

Estos autores, y así entramos en una teoría más general de los delirios, hipotetizan que para que ocurra el Delirio de Capgras, deben converger dos alteraciones. En primer lugar, **una desconexión** entre esa señal, ese marcador somático que ancla los estímulos a esa disposición visceral necesaria para el reconocimiento, y alguna zona del cerebro que se encuentra dañada. Y sitúan esta falla en una desconexión entre la zona ventromedial del lóbulo frontal derecho y el tálamo y la amígdala, vía involucrada en la búsqueda rápida, inconsciente y global de información, que haría surgir inicialmente el sentimiento de familiaridad y que predispone, que deja sentadas las bases, para la aparición del contenido delirante (“¿por qué esta persona parece igual que mi esposa y no lo es?). El papel que juega el hemisferio derecho (teoría de la lateralización) se sustenta en el hecho de que funciones como la automonitorización, la monitorización de la realidad, la memoria y la sensación de familiaridad se asientan en el Hemisferio Derecho (11).

En segundo lugar, alguna **falla en el sistema de evaluación de creencias** (el cerebro es una *máquina* que intenta dar coherencia y sentido a toda información, incluyendo la información discordante) que condiciona la capacidad del sujeto para modificar su impresión: por más que la esposa le demuestre y aporte pruebas de que es verdaderamente su esposa, el marido desarrolla una explicación peculiar, verbigracia, delirante, como el hecho de que su esposa fue sustituida por un doble (10).

Basados en esta tesis, otros investigadores estudiaron mediante resonancia magnética funcional las estructuras específicas que estarían alteradas en el Síndrome de Capgras y hallaron que ese primer elemento alterado tendría que ver con una actividad neural reducida en el Sistema Extendido del Procesamiento de Caras que participa en los procesos inferenciales de los estados mentales ajenos, mientras que el segundo elemento sería una lesión en el giro frontal medio derecho (12). Otros autores expanden la discusión hacia otras áreas cerebrales y otros mecanismos patológicos (véase: 13).

Los síndromes de las falsas identificaciones delirantes

“La paciente tenía la convicción de que su hija había sido raptada por “la sociedad” que vivía en las cuevas y que había sido sustituida por una doble, que todos los días era cambiada por otra, en una interminable cadena de sustituciones. Además, su marido tampoco era su marido, el verdadero habría sido asesinado y cambiado por un doble, que es el que la había internado. Ella misma afirmaba tener una doble que ocupaba su lugar en el exterior”.

Esto forma parte de la descripción del caso clínico original de Capgras y Reboul-Lachaux. Lo que se puede apreciar aquí es algo un tanto más complejo que la simple idea del impostor. Si bien la idea del impostor está presente, las subrogaciones son algo más intrincadas y nos sirve para incorporar el Síndrome de Capgras en un espectro más amplio, el de los “Síndromes de las falsas identificaciones delirantes”. Bajo esta rúbrica se clasifican cuadros en los que aparece la figura de un otro o de uno mismo de una manera alterada, adulterada por mistificaciones incomprensibles... excepto que se eche mano a alguna explicación delirante (14).

Los Síndromes de las falsas identificaciones delirantes engloban:

Síndrome de Capgras: percepción falsa de que alguien o algo de su entorno ha sido sustituido por un doble.

Síndrome de Frégoli: creencia de que uno o más individuos han alterado su apariencia para asemejarse a personas familiares. Courbon y Fail, en 1927, tomaron el apellido de este actor, Leopoldo Fregoli, famoso, como Droopy, por su capacidad para mutar rápidamente de un personaje a otro (en youtube se pueden ver algunas filmaciones). La persona cree que alguien la persigue donde sea que vaya, y que el perseguidor va cambiando su apariencia continuamente, con especial predilección por familiares o amigos. Una re-lectura del mismo puede verse en Anomalisa, película escrita por Charlie Kaufman, bajo el seudónimo ocurrente de Francis Fregoli, donde se reproduce, a su modo, este cuadro clínico.

Intermetamorfosis: en este caso, los sosías intercambian entre ellos, por lo que las personas de su entorno se prestan las identidades (el padre pasa a ser el tío, el tío el hermano, el hermano el padre).

Síndrome de dobles subjetivos: el paciente está convencido de que existen dobles exactos a él. Es el clásico fenómeno del Doppelgänger, tan revisado en la historia de la literatura y el cine. Twin Peaks explota esta idea y lo hace de manera literal, ya que juega con la existencia real de varios dobles del Agente Cooper, el ya conocido Evil Cooper y el nuevo e insoportable Dougie Jones, que se disfrutaría si en la edición lo hubieran dejado con un cuarto del tiempo que le dieron.

Al doble se lo puede ver de dos modos:

1- Un doble de aspecto físico y facciones idénticas al sujeto (heautoscopia verdadera).

2- Un doble de forma corpórea distinta de la del sujeto, pero que éste percibe como él mismo (deuteroscopia).

Para Jaspers las formas de la heautoscopía pueden ser la Alucinación heautoscópica, la Vivencia delirante heautos-

cópica, la Cognición corpórea y la Representación corpórea, en todos los cuales el núcleo del fenómeno consiste en que “el esquema corporal de la propia figura adquiere realidad en el espacio fuera de nosotros” (1).

Pero hablar del fenómeno del doble llevaría a duplicar, precisamente, la extensión del presente texto, por lo que sólo lo dejamos asentado, para que conste y como compromiso para retomarlo en otro episodio. De hecho, el concepto de heautoscopía podría derivarse para el lado de los Fenómenos Autoscópicos (verse a sí mismo) junto con las Experiencias fuera del cuerpo, las alucinaciones autoscópicas y otras tres variantes: la heautoscopía interna (personas que refieren poder ver sus propios órganos internos), la heautoscopía negativa (personas que afirman no ver la propia imagen en el espejo, y que no son vampiros) y el sentimiento de una presencia (alucinación de la compañía o sentimiento de presencia) (15).

Paramnesia reduplicativa: creencia de que un lugar o espacio físico fueron duplicados, existiendo simultáneamente en dos o más sitios diferentes, o bien que el lugar en cuestión fue reubicado en otra localización.

La vinculación de todo este espectro sintomático puede comprobarse en pacientes que presentan todos estos síndromes juntos (16).

Capgras curiosos

Para terminar, hay algunos reportes que amplían las fronteras del cuadro:

-Capgras auditivo: existen casos en los que el no reconocimiento del otro involucra un sentido diferente al visual, por ejemplo, la audición: una señora mayor que hablaba rutinariamente con su hija por teléfono comenzó a afirmar que aunque se tratara de la voz de su hija no era ella quien la llamaba si no una impostora; otro, una señora ciega afirmaba que su gato

había sido reemplazado por otro, basándose en la impresión que le causaba su maullido (17).

-Capgras con objetos: una mujer afirmaba que su marido había sustituido la olla presión y dos objetos de joyería por réplicas exactas (y que a las originales se las había regalado a su vecina, cabe agregar); un hombre se quejaba de que sus tres aparatos de radio fueron reemplazados por artefactos similares por parte de sus perseguidores (18).

-Capgras con animales: una señora con Enfermedad de Parkinson estaba desesperada porque sus perros y sus plantas fueron maliciosamente cambiados (19).

-Capgras en relación a uno mismo: una mujer de 78 años al mirar “se” al espejo no se veía a sí misma sino la imagen de una extraña, emplazada en la superficie del espejo del botiquín (20).

-Capgras reversible: se describen casos en que el Capgras se resuelve mediante el aporte de pruebas o razonamientos lógicos que vencen la lógica delirante... algo muuuy dudoso. Pero veamos. “Un padre entró a la habitación y le dijo a su hijo: ‘El hombre que estuvo con vos todos estos días es un impostor, no era realmente tu padre. Lo mandé a China. Yo soy tu verdadero padre, es muy lindo verte, mi hijo’, y así el hijo que dudaba del padre, pasó a reconocerlo de nuevo”. Y de esta forma, con el impostor en China, el hijo volvió a ver en su padre a su padre (8). En otro artículo, se describe cómo la realización de un test de paternidad resolvió un Síndrome de Capgras resistente a psicofármacos cuando el hijo, al ver el resultado del ADN, comprobó que su padre era verdaderamente su padre y no su tío que había matado a su padre, se había casado con su madre y pretendía hacerse pasar por su hermano (21).

Desde luego, el Síndrome de Capgras, nos ubica en el

terreno de lo siniestro, aquello “íntimo, secreto, familiar, hogareño o doméstico” que adquiere la valencia opuesta. Es lo que experimenta Diane, la horrorosa irrupción de la angustia.

Bibliografía

- Derito MNC. Síndrome de Capgras o delirio del sosias.. En: María Norma Claudia Derito y Alberto Monchablon Espinoza, *Las Psicosis*. Intermédica Editorial, Buenos Aires, Argentina, 2011, pp 371-378.
- Capgras J, Reboul-Lachaux J. Illusions des sosies dans un delire systematise chronique. *Bull. Soc. Clin. Med. Ment.* 1923; 11: 6-16.
- Madoz-Gúrpide A, Hillers-Rodriguez R. Delirio de Capgras: una revisión de las teorías etiológicas. *Rev Neurol* 2010; 50 (7): 420-430.
- Damasio, A. R. (2004). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica, 1994.
- Bechara, A., Damasio, H. y Damasio, A.R. (2003). The role of the amygdala in decisionmaking. En P. Shinnick-Gallagher, A. Pitkanen, A. Shekhar y L. Cahill (Eds.), *The Amygdala in Brain Function: Basic and Clinical Approaches*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985: 356-369.
- Ellis HD, Young AW, Quayle AH, De Pauw KW. Reduced autonomic responses to faces in Capgras delusion. *Proc Biol Sci.* 1997 Jul 22; 264 (1384): 1085-1092.
- Ellis HD, Lewis MB. Capgras delusion: a window on face recognition. *Trends Cogn Sci.* 2001 Apr 1; 5(4):149-156.
- Hirstein W, Rmchandran VS. Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neural representation of the identity and familiarity of persons. *Proc. R. Soc. Lond. B* (1997) 264, 437-444.
- Brighetti G, Bonifacci P, Borlimi R, Ottaviani C. “Far from the heart far from the eye”: evidence from the Capgras delusion. *Cogn Neuropsychiatry.* 2007 May; 12(3):189-197.
- Coltheart M, Langdon R, McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophr Bull.* 2007 May; 33(3): 642-647.
- Alayeto MA, Naiara G, Sánchez L. Aparición de delirio de Capgras tras afección por hemorragia subaracnoidea en paciente con trastorno mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2013; 33 (119), 607-616.
- Thiel CM, Studte S, Hildebrandt H, Huster R, Weerda R. When a loved one feels unfamiliar: a case study on the neural basis of Capgras delusion. *Cortex* 2014; 52:75-85.
- Darby RR, Laganieri S, Pascual-Leone A, Prasad S, Fox MD. Finding the imposter: brain connectivity of lesions causing delusional misidentifications. *Brain.* 2017; 140 (Pt 2):497-507.
- Montesinos Balboa JE, Salas Sánchez JJ, Sánchez Fuentes ML, Hernández Huerta ML. Síndromes de falsa identificación delirante. Síndrome de Capgras. Presentación de un caso. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2008; 15 (1): 24-32.
- Blanke O, Moh Ch. Out-of-body experience, heautoscopy, and autoscopic hallucination of neurological origin Implications for neurocognitive mechanisms of corporeal awareness and self consciousness. *Brain Research Reviews* 2005; 50: 184 – 199.
- Arisoy O, Tufan AE, Bilici R, Taskiran S, Topal Z, Demir N, Cansız MA. The comorbidity of reduplicative paramnesia, intermetamorphosis, reverse-intermetamorphosis, misidentification of reflection, and capgras syndrome in an adolescent patient. *Case Rep Psychiatry* 2014; 2014:360-480.
- Reid I, Young AW, Hellawell DJ. Voice recognition impairment in a blind Capgras patient. *Behav Neurol* 1993; 6(4):225-228.
- Bhide A. A Capgras like state for inanimate objects: two case reports. *Indian J Psychiat*, 1994, 36(4), 197-198.
- Islam L, Piacentini S, Soliveri P, Scarone S, Gambini O. Capgras delusion for animals and inanimate objects in Parkinson's Disease: a case report. *BMC Psychiatry* 2015;8, 15:73.
- Diard-Detoeuf C, Desmidt T, Mondon K, Graux J.A case of Capgras syndrome with one's own reflected image in a mirror. *Neurocase.* 2016; 22(2):168-169.
- Chieh-Jen Ch. DNA paternity test resolving refractory Capgras síndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2010; 64: 587-589.

CORREO DE LECTORES

Señores de ATLAS:

Con cierto asombro he notado que en su publicación no se hace referencia al tratamiento McGuffin para la fobia social. Siendo una publicación de psiquiatría, esta omisión me parece inadmisible ¿Queremos seguir siendo el hazmerreír del resto de la medicina por usar métodos pseudocientíficos o vamos a dar el salto hacia la CIENCIA? El tratamiento McGuffin ha sido respaldado por más de cien investigaciones como el más efectivo para tratar la fobia social. Dos meta-análisis de Cochrane concluyeron que el tratamiento McGuffin ha alcanzado mejores respuestas que los antidepresivos, la psicoterapia cognitiva y el psicoanálisis formalizado (permítanme el oxímoron).

La Organización Mundial de la Salud ha calculado que la Fobia Social avanza hacia una prevalencia cercana a la de la Depresión. Se la comienza a llamar “la enfermedad silenciosa que no es cáncer ni alcoholismo”. Hay que actuar. Y pronto.

G.R. Reixs
Doctor en psicología
Unilever University

Estimada ATLAS,
Mi mejor amiga en las horas de insomnio.
Mi mejor amante en mi andropausia.
Mi mejor interlocutora en mis quince minutos de almuerzo.
Mi mejor maestra en mi analfabetismo emocional.
Mi mejor enemiga en mi batalla paranoide.

Sr.Misterio
Ser humano. Poeta.

Hola gente, ¿cómo va?

¿Qué se cuenta? ¿Todo bien? Mucho agite, ¿no? Deben recibir un montón de mails de gente que se enoja con lo que escriben, ¿no? Qué mala onda la gente.

Sai Baba dijo: “Sólo cuando las personas desechen el odio y la violencia, y desarrollen amor dándose cuenta de que todos somos uno, podrá la tierra ser transformada en un cielo”.

Por eso, hay que tener buena vibra. Y el que no quiere buena vibra y armonía pues tendrá una muerte lenta y dolorosa atravesado por cuernos de unicornios multicolores impregnados de curare. Y entonces festejaremos el dominio total de los buenos sobre la Tierra.

¡Besos a todxs!

Ale

Los 25 artículos más relevantes del 2017

Javier Fabrissin,
Marcos Zurita

Este año, escondidos en el anonimato, participamos de la elaboración de una sección del Boletín de APSA denominada “**Actualizaciones**”, en la cual proponíamos tres artículos por semana que, a nuestro entender, valía la pena (o el gusto) leer. Nos permitimos reunir aquí los 25 artículos más relevantes del 2017. (Las citas están para copiar y pegar en google, no para copiar y pegar en la bibliografía de algún trabajo científico.)

El año que viene este trabajo de selección y comentarios será parte importante del contenido del servicio de **ATLAS NEWS** con comentarios ampliados y selecciones especiales.

1. El sabor del desencuentro: daño en el desarrollo cerebral tras consumo de alcohol en adolescencia

El consumo de alcohol durante la adolescencia modifica el normal desarrollo cerebral. El volumen de sustancia gris en los bebedores de grandes cantidades, en comparación con los bebedores más moderados, tuvo una mayor y más rápida declinación (especialmente en regiones frontales), la sustancia blanca tuvo una menor expansión y tuvieron mayores pérdi-

das tisulares.

Altered Brain Developmental Trajectories in Adolescents After Initiating Drinking

Pfefferbaum A et al. Am J Psychiatry.

2. Abuso de sustancias: salud para pocos en los años 2000

Trabajo multicéntrico sobre cobertura médica de personas con diagnóstico de abuso de sustancias en los últimos 12 meses. El 29,5% de los participantes recibieron “algún tipo” de tratamiento. El acceso a los mismos estuvo determinado por el nivel de ingresos: 8.6% en los niveles bajos, 20.3% en niveles medios y 35.3% en los altos; sin embargo, un “tratamiento adecuado” lo tuvieron el 10.3% en países de altos ingresos, 4.3% de ingresos medios y un dramático 1% en los niveles de ingresos bajos.

Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. World Health Organization's World Mental Health Surveys collaborator.

3. Get high...risk: uso de cannabis en pacientes con alto riesgo de psicosis

El uso de cannabis es el doble en los pacientes con riesgo ultra-elevado de psicosis (UHR) que en los controles sanos, los pacientes con UHR abusan de cannabis cinco veces más que los controles sanos, el grupo con UHR tuvo una asociación significativa con una presentación más severa de síntomas positivos y peor evolución luego de un primer brote psicótico y no hubo asociación significativa entre el uso de cannabis y los síntomas negativos.

Cannabis use and symptom severity in individuals at ultra high risk for psychosis: a meta-analysis. Carney R, et al. Acta Psychiatr Scand.

4. ¿Sentencia previa?: una crítica al paradigma del “riesgo ultra alto” y “transición”

El paradigma de evaluación de sujetos con “riesgo ultra alto” o “riesgo clínico alto” de psicosis tiene algunos puntos flojos, que plantea el problema de los falsos positivos. Entre los más destacados figuran: a) las muestras de los estudios de riesgo son selectivas y no epidemiológicas; b) la mayoría de las situaciones tomadas como “clínicas de alto riesgo” son trastornos comunes (ansiedad, depresión, abuso de sustancia) mezclados con un rasgo psicótico sutil; c) se dejan de lado los episodios psicóticos en trastornos no psicóticos; d) no toman en cuenta el aspecto multidimensional de la enfermedad mental, sesgando sólo la ventana psicótica.

A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. van Os J et al. World Psychiatry. 2017

5. Depresión: sube la eficacia del placebo en los últimos 25 años

En función de los resultados de 16 antidepresivos aprobados por la FDA entre 1987 y 2013, se descubrió que si bien la eficacia del placebo ha ido en aumento (poco más del 40%), también subió la de los antidepresivos, manteniéndose a 10 puntos de distancia.

Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. Khan A et al. World Psychiatry.

6. ¿Cuál es el vínculo entre la Depresión y la Demencia? Estudio de seguimiento de 28 años.

Habría una asociación entre la demencia y la presencia de depresión durante la tercera edad pero no cuando esta última se dio durante la mediana edad. Los síntomas depresivos se incrementaron en la década previa al aumento de la demencia y en especial en el año previo al diagnóstico de demencia. La depresión podría ser un estado premórbido de la demencia o bien se trataría de dos cuadros que comparten una misma fisiopatología.

Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of

Dementia. A 28-Year Follow-up Study
Singh-Manoux A et al. JAMA Psychiatry.

7. ¿Cuánto demora en llegar la primavera? Duración de los episodios de Depresión Mayor y Depresión Menor

La duración promedio de un episodio de Depresión Mayor (DM) fue de seis meses y el de Depresión Menor (dm) de tres; el porcentaje de pacientes con DM que continuaron con síntomas después de 36 meses fue del 12% y el de la dm del 10%; independientemente de factores de riesgo (comorbilidad con distimia, abusos, ansiedad, etc.) mejoraron más rápidamente aquellos pacientes que estaban mejor física y mentalmente antes del episodio.

Duration of major and minor depressive episodes and associated risk indicators in a psychiatric epidemiological cohort study of the general population Ten Have M et al. Acta Psychiatrica Scandinavica.

8. Different Strokes: Prevalencia y predictores de depresión luego de un ACV

Se encontró que hay una mayor incidencia de depresión cuando el accidente cerebrovascular es en el hemisferio izquierdo, cuando se instala una afasia o si el paciente tiene antecedentes familiares de trastornos del estado del ánimo.

Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. Mitchell AJ et al. Gen Hosp Psychiatry.

9. ¿Qué tan bien puede diagnosticar la depresión una computadora a partir de las fotos publicadas en Instagram?

A partir de fotos publicadas por usuarios de Instagram a las que se les aplicó algoritmos computacionales que analizaron el color y el contenido de las imágenes se pudo identificar marcadores de depresión con una confiabilidad mayor a la obtenida por parte de Médicos de Atención Primaria, y todo

esto aún antes de tuvieran el diagnóstico de depresión. El valor predictivo positivo del análisis fue del 70%.

Instagram photos reveal predictive markers of depression. Reece AG et al. EPJ Data Science.

10. Humor app: eficacia sobre síntomas depresivos de intervenciones basadas en aplicaciones de celulares

El primer meta-análisis sobre los efectos de las apps sobre depresión indica que los síntomas depresivos se redujeron más en los pacientes que usaron apps relacionadas con el estado anímico y que los efectos de la “monoterapia” con las apps fueron superiores a los alcanzados en la combinación app + terapeuta humano.

The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. Firth J et al. World Psychiatry.

11. Mayor efectividad de la clozapina y los antipsicóticos inyectables para la prevención de rehospitalizaciones y abandonos del tratamiento

Se comparó cómo evolucionó el paciente con diagnóstico de esquizofrenia cuando tomaba y cuando no tomaba medicación antipsicótica. La clozapina fue el antipsicótico con los mejores resultados en cuanto a la efectividad en la prevención de rehospitalizaciones y con menos abandono o cambio del antipsicótico y menos muertes del paciente). Como grupo, los antipsicóticos inyectables fueron comparables a la clozapina y en los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia, su uso estuvo asociado con un menor riesgo de recaída.

Tiihonen J et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. JAMA Psychiatry.

12. No todos los pacientes con Esquizofrenia son iguales: determinan sub-grupos de pacientes con Esquizofrenia según el deterioro cognitivo y las alteraciones neuroanató-

micas

Los autores discriminan subgrupos de pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo en función del CI premórbido estimado y del momento de la evaluación. La identificación de pacientes según la magnitud del deterioro cognitivo y la fase de la enfermedad en la cual esto ocurre puede ser una forma para identificar subgrupos de pacientes con algún tipo elemento biológico distintivo.

Weinberg D et al. Cognitive Subtypes of Schizophrenia Characterized by Differential Brain Volumetric Reductions and Cognitive Decline. JAMA Psychiatry.

13. ¿Qué nos enseñan 60 años de antipsicóticos?: un meta-análisis arqueológico

Todos los estudios publicados y no publicados, de tipo doble ciego controlados contra placebo y randomizados en pacientes tratados con antipsicóticos mostraron que el tamaño del efecto combinado fue de 0,47 para los síntomas positivos, y de 0,35 y 0,27 para los síntomas negativos y depresivos respectivamente. Los pacientes tratados con antipsicóticos tuvieron el doble de probabilidades de responder cuando se consideró el criterio “cualquier tipo de respuesta”, con un número necesario a tratar (NNT) para obtener algún beneficio de 6.

Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors.

Leucht S et al. Am J Psy 2017.

14. La rígida plasticidad de la corteza prefrontal en la enfermedad de Alzheimer

Existiría un déficit en la plasticidad de la corteza prefrontal dorsolateral en pacientes con Alzheimer así como entre ésta y la memoria de trabajo (menor neuroplasticidad=peor memoria de trabajo). Esto podría convertirse en un marcador de la integridad de la neuroplasticidad, habilitando la posibilidad de un abordaje terapéutico.

Extent of Dorsolateral Prefrontal Cortex Plasticity and Its Association With Working Memory in Patients With Alzheimer Disease. Kumar S et al. JAMA Psychiatry.

15. Un nuevo estudio en el que intentan vencer al litio y no lo consiguen

Comparación entre el Litio versus el Ac. Valproico para el tratamiento de episodios agudos de manía, hipomanía o cuadros mixtos en pacientes mayores de 65 años con T. Bipolar de Tipo I. Se observó que la YMRS disminuyó significativamente en ambos grupos pero la disminución fue mayor en el grupo tratado con Litio (diferencias de 1,57 en la semana 3 y de 3,90 en la semana 9). A la semana 9, los índices de respuesta fueron de 78,6% y de 73,2% y los de remisión de 69,6% y de 63,4%, para el litio y el divalproato respectivamente, con una tolerabilidad equiparable.

Young RC et al. GERI-BD: A Randomized Double-Blind Controlled Trial of Lithium and Divalproex in the Treatment of Mania in Older Patients With Bipolar Disorder. Am J Psy

16. Litio al agua

La ingesta de agua corriente con niveles más bajos de litio (11,5µg/L en los pacientes con demencia vs. 12.2 µg/L en los controles sin demencia) se relacionó con una mayor incidencia de demencia, tanto de tipo Alzheimer como vascular ($P < .001$). Más precisamente, la “dosis” de litio en el agua que reportó mayores beneficios en cuanto a una reducción de la incidencia de demencia fue la que tenía más de 15µg/L.

Association of Lithium in Drinking Water With the Incidence of Dementia. Kessing LV et al. JAMA Psychiatry.

17. El Litio es mejor que el Valproato para prevenir la conducta suicida

El uso del Litio para el tratamiento de pacientes con Trastorno Bipolar produjo una reducción del 12% en la incidencia de eventos suicidas (suicidio consumado o intentos), mientras

que no se observó un efecto beneficioso en tal sentido en los pacientes tratados con Valproato, según la evaluación de una cohorte de 51535 pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar, tratados con Litio o con Valproato, a los que se siguió durante 8 años.

Suicidal Behavior During Lithium and Valproate Treatment: A Within-Individual 8-Year Prospective Study of 50,000 Patients With Bipolar Disorder. Song J et al.

18. El Litio fue superior a la Quetiapina en el tratamiento de mantenimiento del TBP I

Pacientes de entre 15 a 25 años que tuvieron un primer episodio maníaco, la mayoría con síntomas psicóticos tratados con litio o quetiapina. Los resultados favorecieron al Litio (cuya litemia promedio fue de 0,6 mEq.) por sobre la Quetiapina (dosis promedio 437mg.), en todas las mediciones excepto en la calidad de vida según la perspectiva del paciente.

Quetiapine v. lithium in the maintenance phase following a first episode of mania: randomised controlled trial. Berk M et al. The British Journal of Psychiatry

19. Un plato más en la mesa: nueva opción terapéutica para el tratamiento de la Depresión Bipolar

El tratamiento con fármacos dopaminérgicos (metilfenidato, anfetaminas, lisdexanfetamina, modafinilo, armodafinilo y pramipexol) como agregado a la medicación de base se asoció con un incremento en la respuesta clínica y en los índices de remisión, sin una incidencia de efectos secundarios mayor a la reportada en comparación con el placebo y sin aumento en el riesgo de switch maníaco en el tiempo de seguimiento.

Dopaminergic agents in the treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. Szmulewicz AG et al. Acta Psychiatr Scand.

20. La eficacia de las psicoterapias para el tratamiento de la depresión y la ansiedad en niños y adolescentes

En función de 447 trabajos analizados, alcanzando un total de 30.431 pacientes y abarcando 50 años de fecha de publicación de los papers, los autores concluyen que las probabilidades de que a un paciente menor de 18 años le vaya mejor con una psicoterapia que con “placebo” es del 63%. El tamaño del efecto global fue de 0,46, siendo “grande” en los trastornos de ansiedad (0,61) y “pequeño” en los trastornos depresivos (0,29).

What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. Weisz JR et al. Am Psychol.

21. Los antidepresivos tienen una eficacia demostrada en la población infantojuvenil

Los estudios financiados por el NIMH, a diferencia de los financiados por la industria farmacéutica, son metodológicamente más confiables, tienen un menor índice de respuesta al placebo y presentan una mayor diferencia de resultados entre los grupos. Tomando todo esto en cuenta, se concluye que los antidepresivos son útiles, más allá de toda controversia, para la depresión infantojuvenil.

Walkup JT. Antidepressant Efficacy for Depression in Children and Adolescents: Industry- and NIMH-Funded Studies. Am J Psych.

22. Comprobando la eficacia de los psicofármacos para el tratamiento de la depresión y la ansiedad en niños y adolescentes

Esta revisión sistemática y meta-análisis de 36 ensayos randomizados que estudiaron el uso de estos psicofármacos para el tratamiento de trastornos depresivos, trastornos ansiosos, trastorno por estrés post-traumático y trastorno obsesivo compulsivo, en pacientes con edad promedio de 12,9 años mostró que tanto los ISRS como los IRSN son más beneficiosos que el placebo, pero con un tamaño del efecto bajo (0,32).

En el análisis por grupo estratificado por trastorno, se notaron diferencias, dado que el tamaño del efecto para los trastornos de ansiedad fue de 0,56, mientras que éste fue de 0,2 y 0,39 para los trastornos depresivos y para el TOC, respectivamente.

Locher C et al. Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, and Placebo for Common Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry.

23. Más vale tarde que nunca: primer fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de la disquinesia tardía

La Valbenazine es un metabolito modificado de la tetrabenazine, un inhibidor del Transportador Vesicular de Monoaminas de tipo 2 que logró su aprobación para el tratamiento de la disquinesia tardía. El porcentaje de respondedores, definido por una reducción $\geq 50\%$ en el score de disquinesia de la Escala de Movimientos Anormales Involuntarios fue de 40% (mientras que en el grupo placebo fue de 8,7%), alcanzando un Número Necesario a Tratar de 4 y el Número Necesario para Dañar fue de 76, por lo que fue 15 veces más frecuente obtener una respuesta terapéutica que la discontinuación por efectos adversos

Valbenazine for tardive dyskinesia: A systematic review of the efficacy and safety profile for this newly approved novel medication-What is the number needed to treat, number needed to harm and likelihood to be helped or harmed? Citrome L. Int J Clin Pract.

24. ¿Tiene sentido gastar \$6000 pesos para saber si el anti-depresivo va a funcionar?

Se compara si aquellos pacientes a los que se les aplicó, previamente a la elección del Antidepresivo, el estudio farmacogenético tuvieron una mejor respuesta clínica y con menos efectos secundarios que aquellos pacientes a los que no se les aplicó dicho estudio, y si se justifican los costos asociados. Los

resultados indican que un número limitado de estudios mostraron una promisorio utilidad clínica”, pero “hacen falta más estudios que repliquen la evidencia que avale su uso”.

Does Pharmacogenomic Testing Improve Clinical Outcomes for Major Depressive Disorder? A Systematic Review of Clinical Trials and Cost-Effectiveness Studies. Rosenblat JD et al. J Clin Psychiatry.

25. Asociación entre el riesgo de muerte y el alta de la primera internación psiquiátrica

Se siguió una cohorte de individuos nacidos entre 1967 y 1996, y se comparó aquellos que fueron dados de alta de una primera internación psiquiátrica versus los que no fueron internados. Los pacientes dados de alta tuvieron un incremento del riesgo de mortalidad durante el primer año luego del alta, siendo mayor el riesgo de muerte por causa no-natural vs. causa natural. Las principales causas de mortalidad fueron: suicidio y muerte relacionada con el consumo de alcohol, siendo el consumo de sustancias psicoactivas el diagnóstico psiquiátrico asociado más fuertemente a muerte prematura.

Premature Mortality Among Patients Recently Discharged From Their First Inpatient Psychiatric Treatment. Walter F et al. JAMA Psychiatry.



ATLAS

NEWS

i

1

La **Agrupación Erwin Rudolf Josef Alexander Schrödinger** quiere expresar su más enérgico repudio, a la vez que su más firme apoyo, al borrador indeleble pero modificable del decreto de reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Creemos que en estos tiempos de incertidumbre semiótica, es necesario posicionarse claramente con respecto a los temas que nos preocupan a todxs. Y no hay tema que nos preocupe más a los profesionales trabajadores de la salud mental que los derechos humanos de los pacientes usuarios descritos en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades, esto es, los trastornados mentales y los que manifiestan conductas aberrantes.

Decimos **BASTA** a querer rebajar el padecimiento de un **INSOMNIO NO ORGÁNICO** (f.51) al efecto que pueda tener un “problema relacionado con el desempleo” (z.56), que por algo está nombrado recién en el capítulo XXI de la Clasificación, al fondo, apenas antes de la leyenda de copyright.



Autores

Pablo Agarinakazato

Psicólogo (UBA). Residente de segundo año de Psicología Clínica Infanto-juvenil en Hospital Nacional Ricardo Gutiérrez.

Verónica Caamaño

Psicóloga (UBA) Docente de grado y posgrado en la Facultad de Psicología, UBA. Docente del Hospital Moyano. Supervisora del Hospital Montes de Oca.

Denise Domb

Psicóloga. Ex Residente de Psicología Clínica Infanto-juvenil HNRG.

Javier Fabrissin

Médico especialista en psiquiatría.

Codirector de ATLAS

Docente y supervisor de la residencia de psiquiatría del SI-PROSA.

jfabrissin@gmail.com

Federico Nahuel Rebon

Psicólogo (UBA). Residente de segundo año de Psicología Clínica Infanto-juvenil en HNRG.

Marcos Zurita

Médico psiquiatra

Director Revista ATLAS

Vicepresidente del Cap de Interconsulta de APSA

Supervisor de residencias de Salud Mental de CABA y GBA

Simpatizante no melancolizado del Club Atlético Huracán

mzurita@gmail.com

Cierre

ATLAS 14 finaliza acá. Nos vemos el próximo número previo al próximo congreso de APSA.

SUSCRIPCIONES

Si desean recibir en sus casillas de mails los números anteriores y los que seguirán de la Revista ATLAS, enviénnos un mail a **maildeatlas@gmail.com** y encantados les cumpliremos ese deseo.

Aún quedan algunos últimos ejemplares del **Atlas de los Fenómenos Obsesivos**.

Link de compra fácil:

https://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-692751733-atlas-de-los-fenomenos-obsesivos-psiquiatria-psicoanalisis-_JM

ESPACIO ATLAS

A partir de Enero vamos a estar inscribiendo en los clubes de lecturas que comenzarán en Marzo en modalidades presenciales y a distancia.

También en marzo comenzará el servicio de suscripción de ATLAS NEWS. A continuación, algunos detalles sobre las propuestas. Para preguntas o inscripciones, enviar un mail a maildeatlas@gmail.com o mzurita@gmail.com

ATLAS NEWS

Actualización mensual con una cuidadosa selección y comentarios de papers de los journals con mayor factor de impacto + 1 paper clásico + 1 paper extra psi + rareza. El envío se hará en forma de pdf a una casilla de email.

ATLAS CLUB DE LECTURA PSI (Duración: 2 meses)

Selección de un libro psi para leer y comentar a lo largo de dos meses.

Modalidad a distancia: Foro de discusión, preguntas dirigidas por mail, disparadores de pensamiento y lecturas complementarias sugeridas.

Presencial: un encuentro mensual donde se comentará el material entre los presentes, con lecturas y consumos culturales sugeridos para ampliar la problemática.

Disponible en Tucumán y Ciudad de Buenos Aires

ATLAS CLUB DE LECTURA FICCIÓN (Duración: 2 meses)

Selección de un libro de ficción para comentar y ofrecer disparadores para la clínica.

Modalidad a distancia: Foro de discusión, preguntas dirigidas por mail, disparadores de pensamiento y lecturas complementarias sugeridas

Presencial: un encuentro mensual donde se comentará el material entre los presentes, con lecturas y consumos culturales sugeridos para ampliar la problemática.

Disponible en Ciudad de Buenos Aires.

ATLAS CINE DE BATES (Duración: 2 meses)

Selección de cuatro films con problemática psi.

Presencial: clase con presentación de comentario y disparador de lecturas clínicas.

A distancia: se enviará el comentario por escrito (Powerpoint o Documento ilustrado) a una casilla de mail. Habilitación de Foro con disparadores para discutir.

ESPACIO DE SUPERVISIÓN

Modalidad presencial: espacio de supervisión individual o grupal en clínica de adultos

A distancia: escrito o comunicación audiovisual.

SUSCRIPCIONES, INSCRIPCIONES Y FORMAS DE PAGO

ATLAS NEWS:

\$200 /mes (suscripción por mercadopago, débito mensual)

Fuera de Argentina: pago semestral de USD 100 (pago por paypal)

ATLAS CINE DE BATES: Cuatro films. Cuatro problemáticas clínicas diferentes. Duración: 2 meses. \$600 / mes (mercadopago, transferencia, efectivo)

Fuera de Argentina: USD 100 (ciclo completo)

CLUB DE LECTURA (PSI o FICC): Duración: 2 meses . \$700/mes

Fuera de Argentina: USD 150 (completo)

Suscripción especial:

ATLAS NEWS + CLUB DE LECTURA PRESENCIAL: \$800/mes

Fuera de Argentina: USD 150 (completo)

espacio 
ATLAS