

LINEA DE INVESTIGACIÓN METODOLOGÍA PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS

“CAMPO PERCEPTIVO VISUAL EN LA CATATONÍA”
(1996)

Dr. Mario Orrego Bonavita
Ex-Profesor Agregado Honorario de Clínica Psiquiátrica

Presione

para ver



Presione

para ver video



Introducción

El presente trabajo resulta de la conceptualización de una tarea clínica original, pionera, realizada entre 1984-1987. Tiene como antecedentes académicos varios trabajos de desarrollo teórico, metodológico y técnico, de aplicación del Psicodrama a la psicosis ⁽¹⁻³⁾.

Desarrolla un método clínico experimental, de diseño neuropsicológico⁽¹⁾, en la investigación de la asistencia de la psicosis, para el tratamiento psicoterapéutico efectivo de la disfunción del SNC en la catatonía, a partir de la percepción visual y a través de la dramatización.

Los pacientes experimentan logros transitorios en el curso de su aplicación, con mejoría significativa de los componentes perceptivo, motor, cognitivo y afectivo del síndrome.

En la época de su realización no había divulgación sobre trabajos específicos en la literatura médica; a pesar de la ausencia de respaldo a las evidencias clínicas, efectuamos varias comunicaciones acerca de estos registros (1984-1985).

Con el paso de los años se realizaron aportes bibliográficos, que se reseñan al final; contribuyeron al mejor conocimiento de la disfunción cerebral subyacente, y de las alteraciones visuoespaciales concomitantes al síndrome.

Contenidos

1. Antecedentes:
 - Observación I : Juegos Perceptivos en catatonía crónica (1984)
 - Observación II : Dibujo colectivo en catatonía crónica (1985)
2. Conceptos derivados de las observaciones anteriores
 - Características del campo visual en la catatonía
 - Concepto de captación perceptiva
3. Elaboración de hipótesis para trabajos prospectivos
 - Presupuesto
 - Hipótesis
4. Contrastación por prueba experimental de la teoría y método clínico
 - Observación III: Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)
5. Conclusiones
6. Aportes bibliográficos
7. Consideraciones finales
8. Bibliografía

OBSERVACIÓN I
1984

JUEGOS PERCEPTIVOS EN CATATONÍA CRÓNICA

TERAPÉUTICA DE LA PSICOSIS A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN: CATATONIA (1984 -1987)

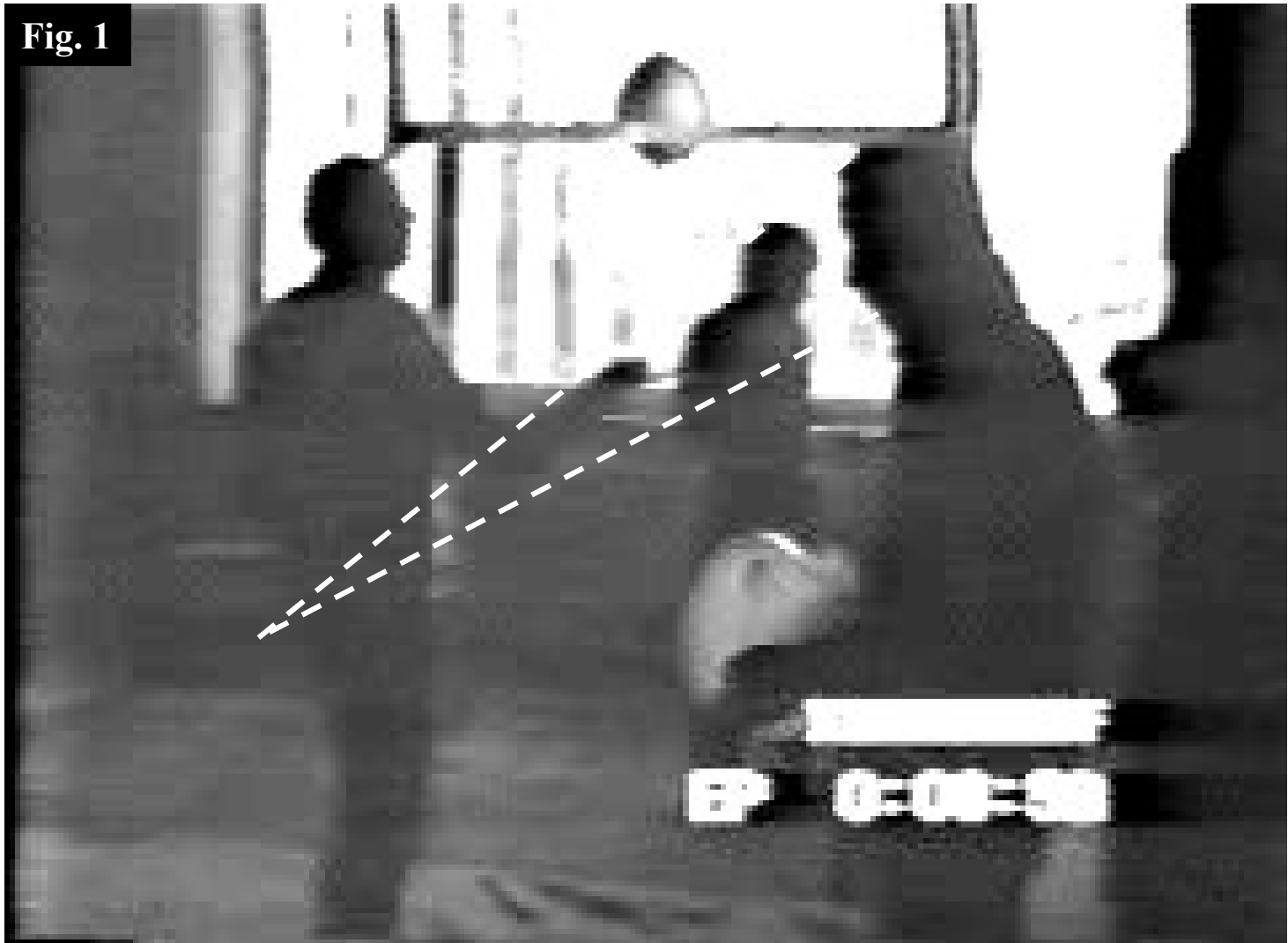
Descripción semiológica (figuras 1-5)

Se trabaja con un paciente catatónico crónico, que se encuentra en posición estatuaría, actitud ensimismada y ausente del medio que lo rodea.

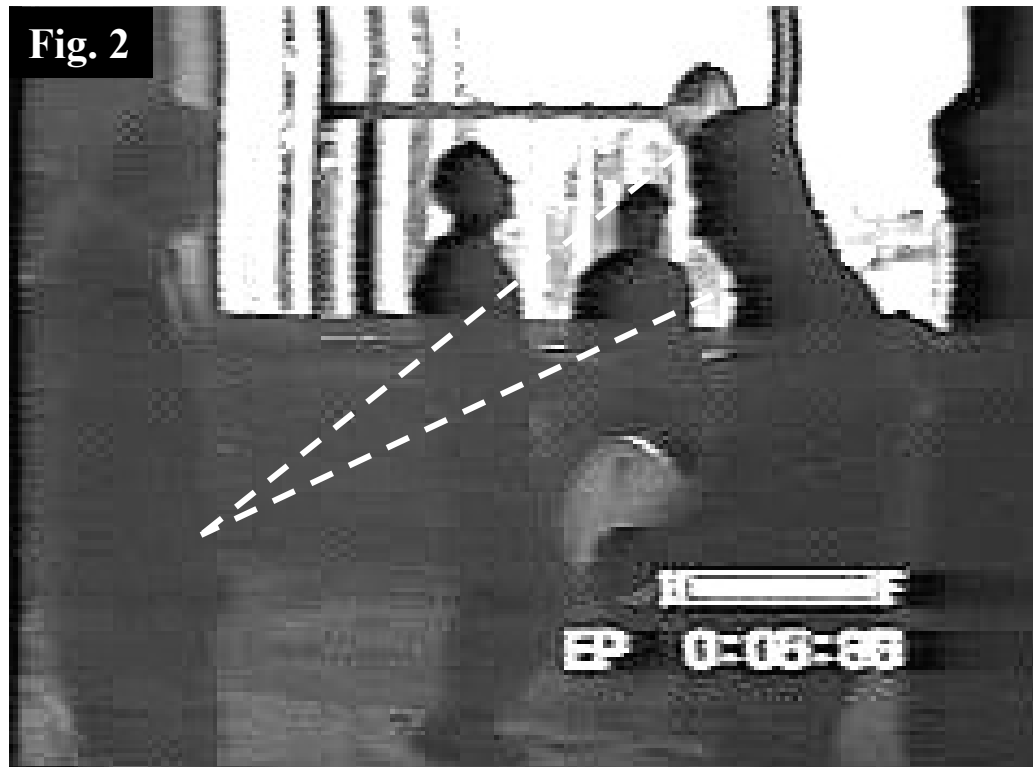
La toma es de perfil, lo que vuelve muy objetivo el fenómeno. El terapeuta (Dr. Mario Orrego) se ubica por delante a una distancia de dos metros, dentro de lo que se concibe como área normal del campo perceptivo visual. Trabaja intuitivamente, con lo que ahora definimos como objeto concreto⁽³⁾ en movimiento.

El terapeuta en su movimiento espontáneo, se introduce a muy baja altura, y una distancia de un metro dentro del campo visual real del paciente, diferente del que consideraba como normal.

Fig. 1



Posición estatuaría, actitud ensimismada y ausente del medio que lo rodea; prehensión pasiva⁽⁴⁾ de objeto concreto, e inhibición psicomotriz



En catatonia no se percibe el entorno; el campo visual es restringido:

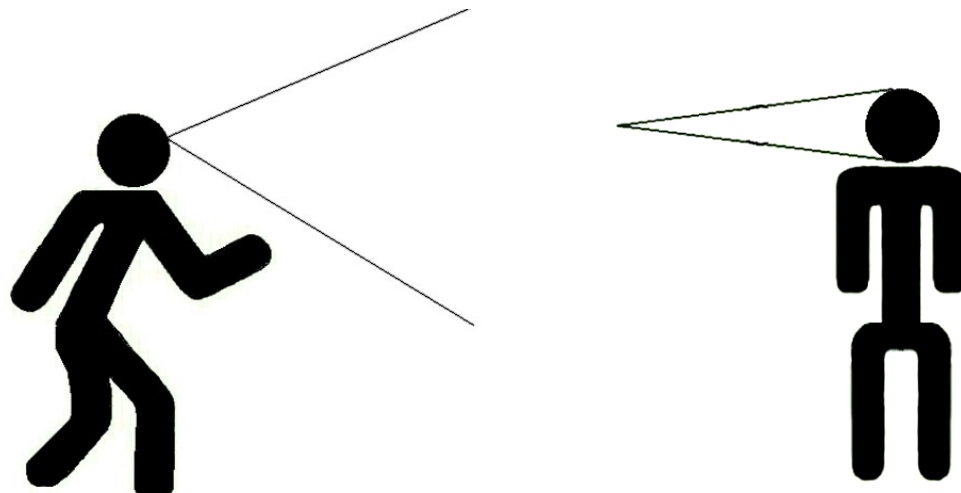
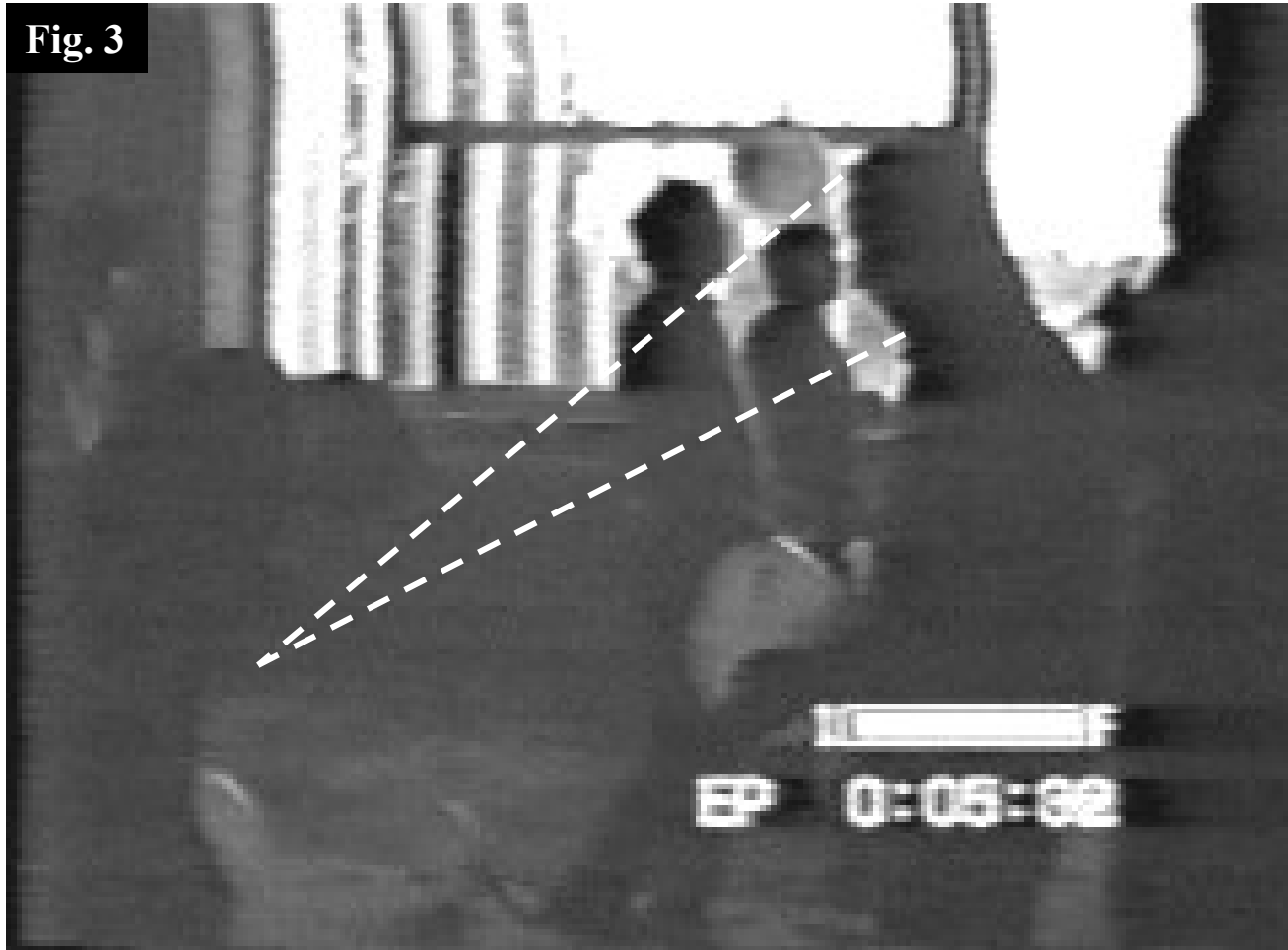
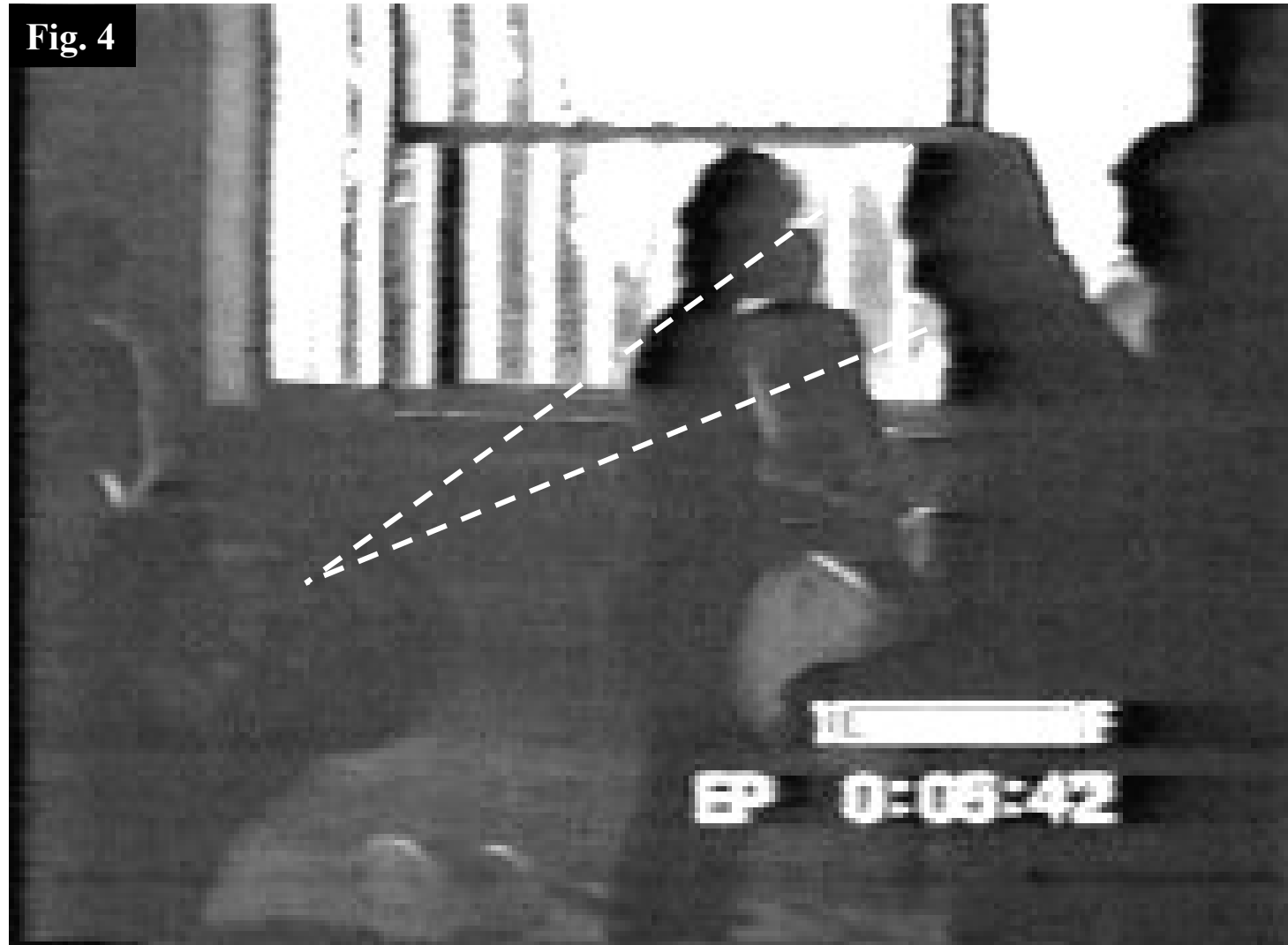


Fig. 3



El terapeuta trabaja intuitivamente, sin conocer la restricción del campo visual del paciente; se ubica por delante a una distancia de dos metros, dentro de lo que concibe como área normal del campo perceptivo visual. Sorprendentemente, el paciente tiene un sobresalto (se aprecia en CD-ROM), cuando el terapeuta en su movimiento espontáneo, se introduce a muy baja altura y a la distancia de un metro, dentro del campo visual real del paciente, diferente del que consideraba como normal, en el vértice del cono perceptivo

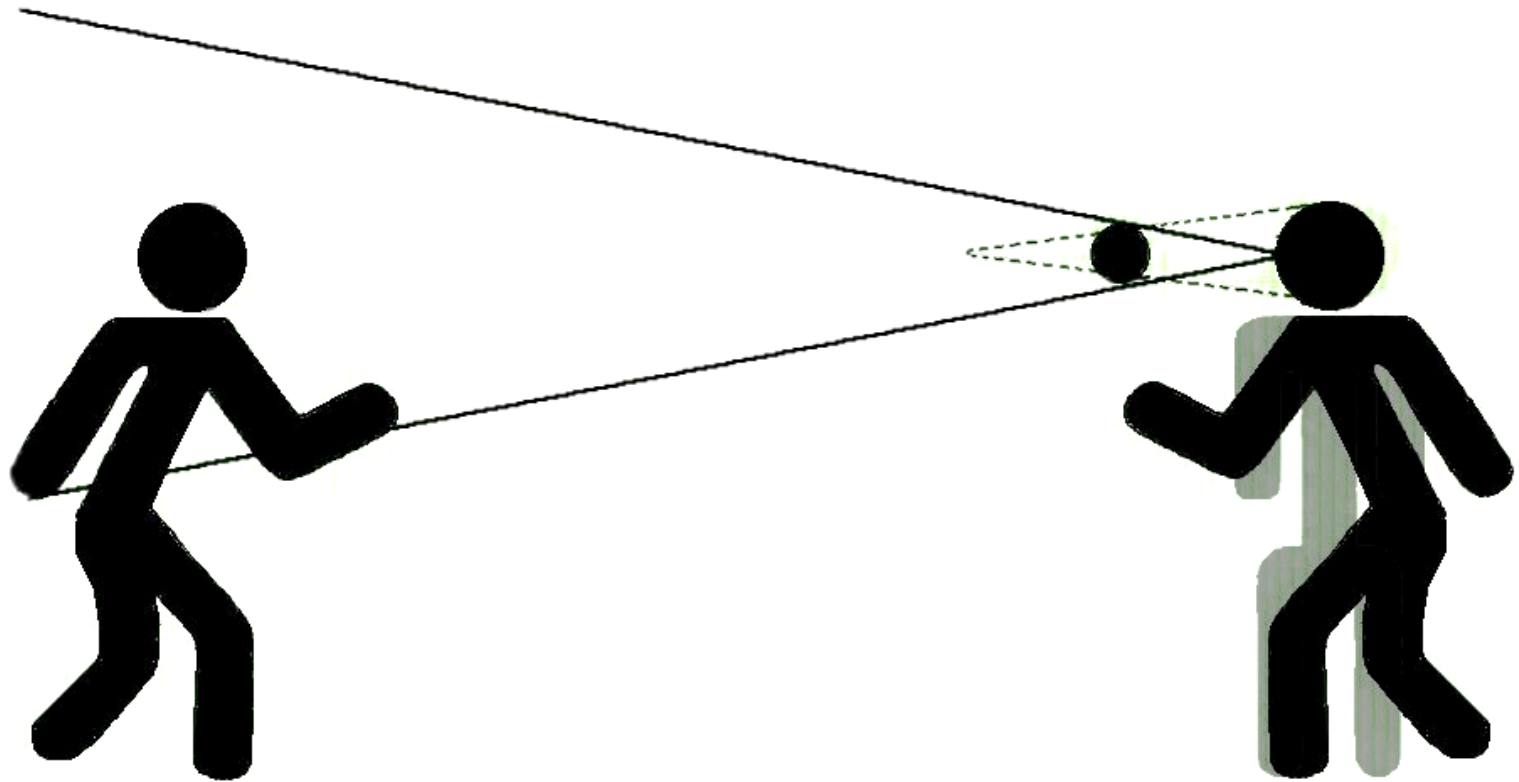
Fig. 4



Una vez conectado visualmente y tras breve caldeamiento, se estimula perceptivamente al paciente, con consigna gestual de acción; realiza decodificación adecuada de perceptos⁽³⁾
(atribuye significado correcto a la percepción)



El paciente responde a la consigna gestual de acción lanzando el objeto concreto. Adecuada integración visuo-espacial-motora, a partir del estímulo perceptivo en movimiento.



Representación gráfica de la apertura del campo visual (línea continua) y desinhibición psicomotriz en la catatonía, por incidencia de estímulo perceptivo en movimiento en el campo visual restringido (línea punteada).

TERAPÉUTICA DE LA PSICOSIS A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN: CATATONIA (1984 -1987)

Descripción semiológica

(figuras 6-13)

Responde con latencia a la consigna gestual y de acción, incluso cuando se la modifica (lanzamiento con manos y cabeza), pero no siempre (lanzamiento con pie); se aprecia adherencia a la consigna anterior.

Mantiene de continuo el juego, bajo estímulo exclusivamente perceptivo, y a ritmo de frecuencia optima⁽³⁾, durante 1 minuto 45 seg.

Interrumpe el juego con la introducción de la única consigna verbal, y en ausencia de estimulación perceptiva en movimiento.

Realiza de inmediato deambulación errática (Fig.13), durante 1 minuto 40 seg., para finalizar en la posición del lugar original de partida, recuperando la actitud estatuaria; se aprecia adherencia a la organización espacial previa.



Responde al cambio de la consigna de acción; cambia manos por cabeza.

Decodificación adecuada de perceptos⁽³⁾



Mantiene el juego, en el transcurso del desplazamiento simultáneo en el área;
exclusiva estimulación perceptiva reiterada⁽³⁾

Fig.11



Fig. 12

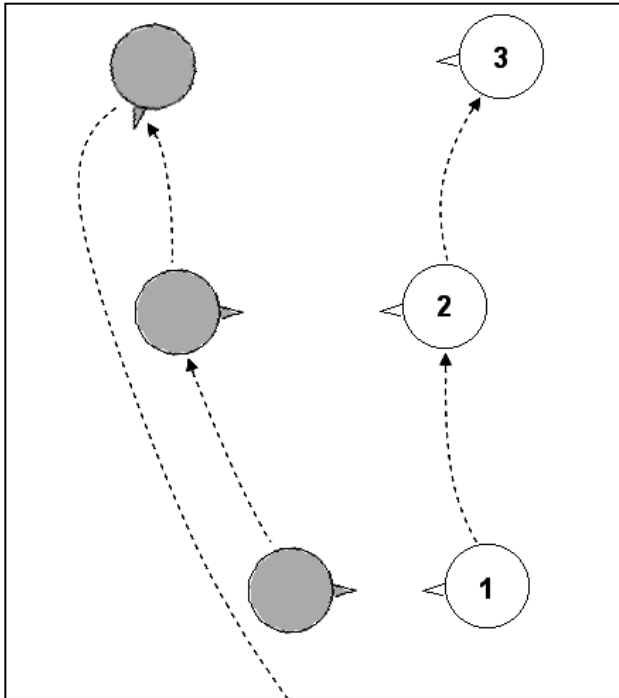


No responde a veces al cambio de consigna de acción (lanzamiento de pie, por lanzamiento de cabeza); continua cabeceando.

Fig.13

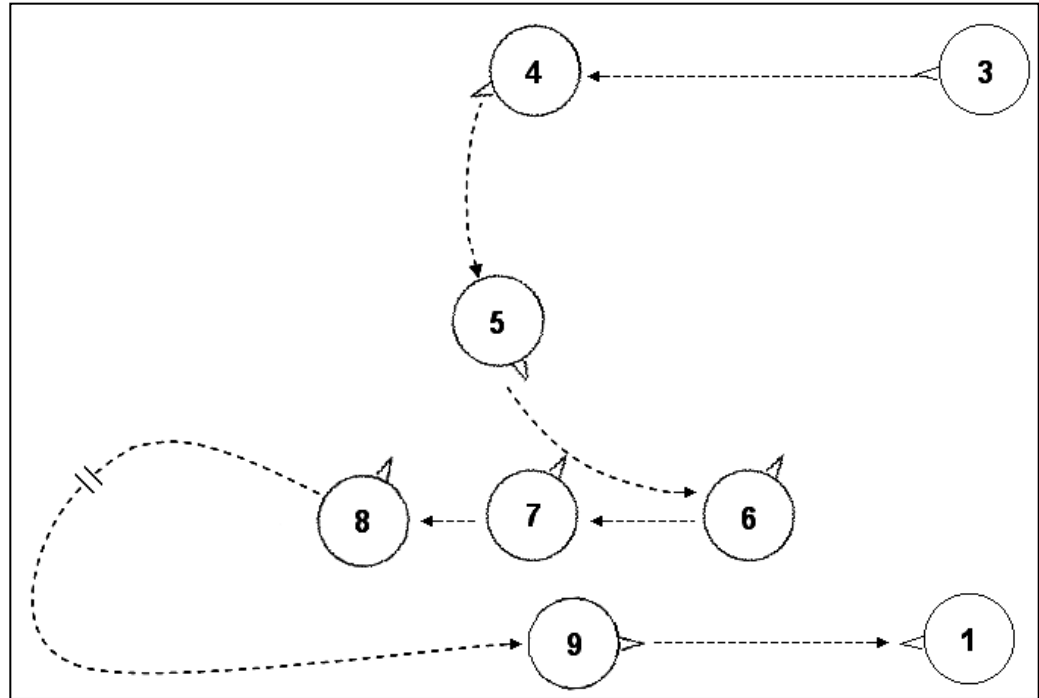


REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL RECORRIDO



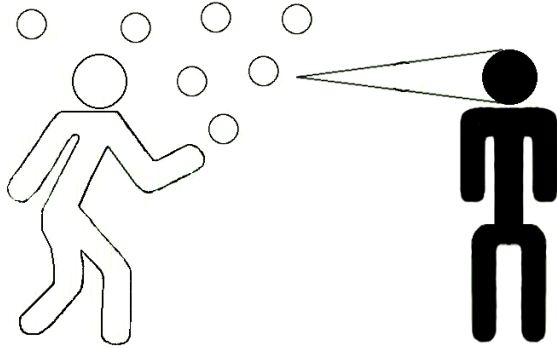
Desplazamiento espacial durante el juego, bajo estimulación perceptiva.

1. Lanza con manos; responde a la consigna gestual
2. Cabeceo; responde al cambio de consigna de acción
3. Cabeceo; no responde al cambio de lanzar con pies

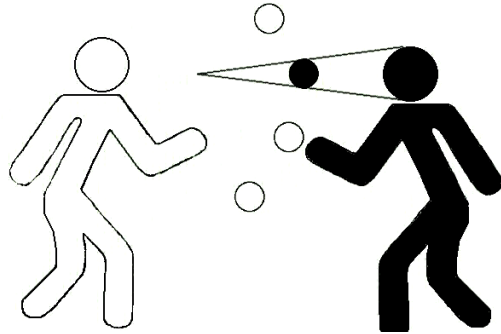


Deambulación errática (4-9) una vez librado del estímulo perceptivo. Durante el trayecto mira a reiteración (6-8) hacia la última posición (3) de activación, para finalmente ubicarse en la misma posición inicial (1); ambas son manifestaciones sutiles de adherencia retro-perceptiva (automatismo espontáneo de vuelta a una percepción anterior)

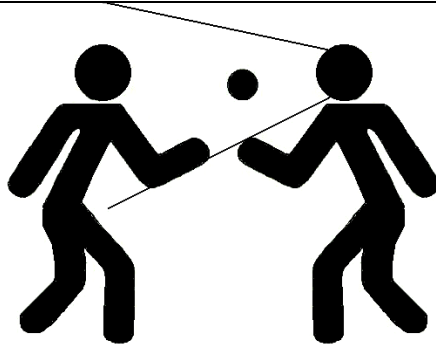
Representación esquemática de la evolución de la catatonía por la incidencia del estímulo perceptivo en el campo visual restringido



Situación basal: inhibición psicomotriz y campo visual restringido; posición estatuaria, actitud ensimismada y ausente del medio que lo rodea.



Psicoactivación específica: incidencia de estímulo perceptivo en el campo visual restringido⁽³⁾; se conecta con el medio ambiente e inicia la integración psicomotriz.



Psicoactivación específica: reiteración del estímulo perceptivo a ritmo de frecuencia óptimo⁽³⁾; recupera la relación con el entorno y adecuada integración psicomotriz.

EP -0:09:09

OBSERVACIÓN II
1985

DIBUJO COLECTIVO EN CATATONÍA CRÓNICA

TERAPÉUTICA DE LA PSICOSIS A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN: CATATONIA (1984 -1987)

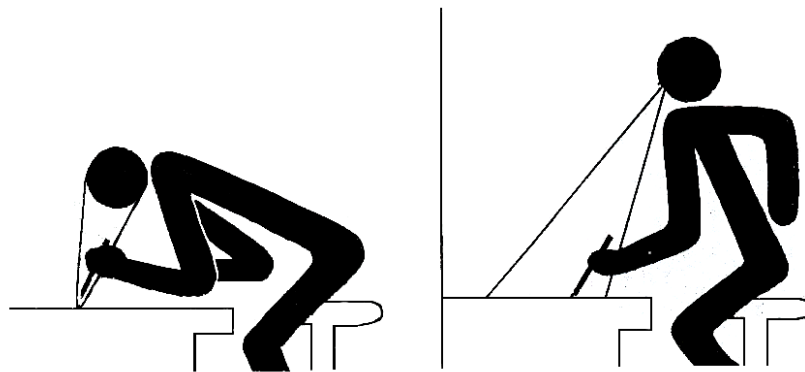
Descripción semiológica

A la inspección, resulta notoria la diferente actitud corporal entre los diversos subtipos clínicos de esquizofrenia, durante la realización de dibujos en la tarea colectiva. Los pacientes catatónicos se aproximan a escasos centímetros de la figura que realizan, y perciben en el barrido visual de la superficie de fondo, detalles gráficos insignificantes que los impactan de modo extraordinario, y más aún, que la figura que están realizando.



E. sub-tipo catatónica

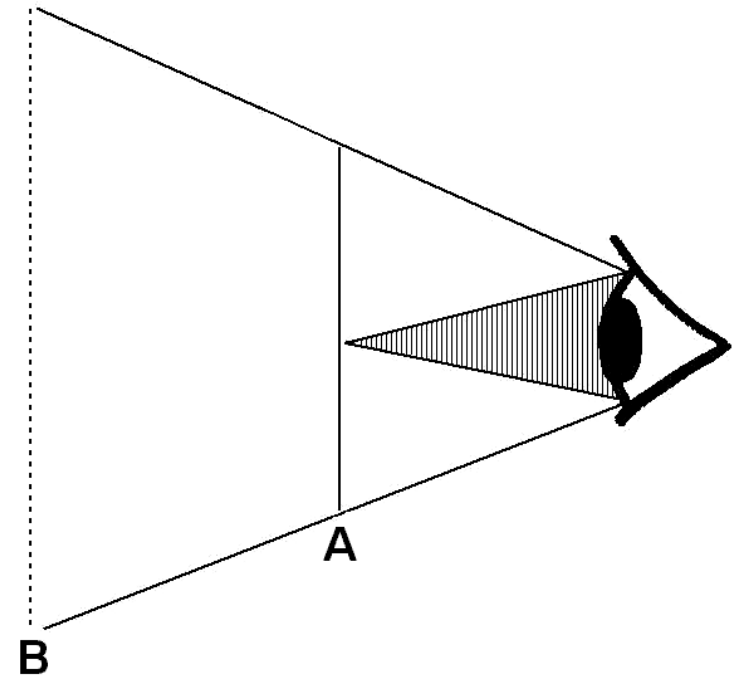
E. sub-tipo paranoide



Diagnóstico por la inspección: evidencia clínica y representación gráfica del acortamiento de la distancia focal en esquizofrenia subtipo catatónica.



Actitud corporal de dos pacientes E. subtipo catatónica



Diagnóstico por la inspección: evidencia clínica y representación esquemática del acortamiento de la distancia focal en subtipo catatónica (plano A); no hay modificación de la distancia focal (plano B) en el subtipo paranoide



TERAPÉUTICA DE LA PSICOSIS A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN: CATATONIA (1984 -1987)

Conceptos derivados de las observaciones anteriores

Características del campo visual en la catatonía

La reiteración de estas observaciones, permitieron inferir:

- 1.El campo visual es invertido al normal, es decir, convergente en vez de divergente.
- 2.Existe acortamiento de la distancia focal.
- 3.La estructura del campo visual configura un cono, y su vértice, corresponde al lugar de percepción figurativa y adherencia.

La visualización de estas experiencias, a través de la revisión del material documental clínico registrado en video, y convertido a CD ROM, permiten apreciar mejor los fenómenos que fundamentan los conceptos abstractos expresados; la objetivación por el procedimiento los vuelven obvios, y casi tangibles.

Noción de captación perceptiva

En la catatonía la persona queda adherida a la percepción del objeto concreto⁽³⁾ que se presenta en el vértice del cono del campo visual convergente.

Esta adherencia puede mantenerse por un periodo de tiempo relativamente prolongado, hasta que un nuevo objeto se presente en el vértice referido.

En oportunidades se comprueba que la percepción persiste (representación interna de la realidad) en ausencia del estímulo sensorial externo, y aparentemente en relación a registros de memoria inmediata o reciente.

TERAPÉUTICA DE LA PSICOSIS A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN: CATATONIA (1984 -1987)

Elaboración de hipótesis para trabajos prospectivos

Presupuesto

La función perceptiva visual, aunque alterada, permanece activa en catatonía crónica.

Hipótesis

1. Si se trabaja con la percepción como instrumento terapéutico, a partir de la oferta de un objeto concreto en movimiento⁽³⁾, en el vértice del cono perceptivo, en sustitución del objeto de adherencia, se podrá incidir en la alteración de conciencia propia del estupor en catatonía aguda.
2. La reiteración del trabajo perceptivo, con las características antedichas, puede lograr evolutivamente un mayor nivel de integración de la función global del psiquismo .

OBSERVACIÓN III
1987

**CONTRASTACIÓN POR PRUEBA EXPERIMENTAL
DE LA TEORÍA Y METODO CLÍNICO IDENTIFICADOS**

TERAPÉUTICA DE LA PSICOSIS AGUDA A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN: ESTUPOR CATATÓNICO (1987)

Advertencia

Ninguna escena de esta grabación ha sido representada; los originales se encuentran a disposición. Las imágenes expuestas constituyen material de investigación reservado; contienen un proceso de distorsión grafica para protección de identidad⁽⁴⁾

Se trata de un montaje de situaciones clínicas, selección de 20 minutos significativos de video de un total de 60 minutos de sesión. Fue registrado originalmente en 1987, cuando realizábamos una intervención asistencial, con encuadre neuro-psiquiátrico-psicodramático, en una paciente internada que no conocíamos, en una sala general del Hospital Psiquiátrico de Agudos de la época. Era portadora de estupor catatónico, en ausencia de tratamiento neuroléptico; se encontraba en reposición parenteral de medio interno, dado las malas condiciones del estado general, deshidratación, y acidosis metabólica, por ayuno prolongado relacionado con la inhibición psicomotriz.

Resulta un evento impactante, sorprendente, y emocionante. En efecto, las catatonías se consideran estatuas vivientes, refractarias a psicoactivación y sin posibilidades de comunicación. El trabajo muestra un encuentro clínico de diferente tipo, con indicios de reactividad a los estímulos desde el comienzo, y luego sucesivamente durante el caldeamiento específico, signos de interacción vincular.

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



La paciente se encuentra espontáneamente captada por la percepción visual de un gráfico en la pared, que se define como objeto concreto (OC): objeto de percepción, de existencia real, sin función mediadora de comunicación⁽³⁾

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Mantiene la cabeza inmóvil, girada a la derecha en su campo visual, captada perceptivamente por el gráfico (OC)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se corre la cama, la figura (OC) queda a izquierda, la sigue con la mirada, y efectúa el movimiento correspondiente de cabeza (tiempo real 3 minutos de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se repite la operación alternando la posición de la cama respecto al gráfico (OC), por dos veces consecutivas, y ocurre el mismo fenómeno de seguimiento y captación perceptiva.

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



La paciente no toma en cuenta la información acústico-verbal del entorno inmediato y alejado; continua adherida al gráfico (OC)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se tapa la inscripción con un lienzo: bloqueo visual del objeto concreto de adherencia
(tiempo real 5 minutos de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Sustitución del objeto concreto de adherencia por objeto concreto en movimiento⁽³⁾
Aparece el títere por el flanco izquierdo^(1,2); trata de captar su atención

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Lo sigue con la mirada y tiene la primera expresión: frunce el ceño.
El objeto concreto se transforma en objeto intermediario (OI): objeto de percepción, de
existencia real, con función mediadora de comunicación ^(5,6)**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



El objeto intermediario se le enfrenta luego de un recorrido por el flanco izquierdo^(1,2)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Estimulo perceptivo táctil: El objeto intermediario contacta con ternura el cuerpo en dirección céfalo-caudal

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Expresión de angustia; intolerancia al estímulo

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



No responde a la consigna verbal en voz de polichinela, cuando se le solicita que adopte la posición de estar sentada en la cama

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se alterna la estimulación: visual, dramática, verbal y táctil; esboza sonrisa

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se obtiene sonrisa franca (tiempo real 6 minutos de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Mantiene la sonrisa y mirada en el títere (OI); luego se desvincula para quedar captada por la inscripción de la pared (OC)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se cubre la inscripción con el lienzo por segunda vez

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Reaparece el títere, en la posición del gráfico, donde mantiene fija su mirada. Se repite la operación de estimulación y movimiento por el flanco izquierdo^(1,2)

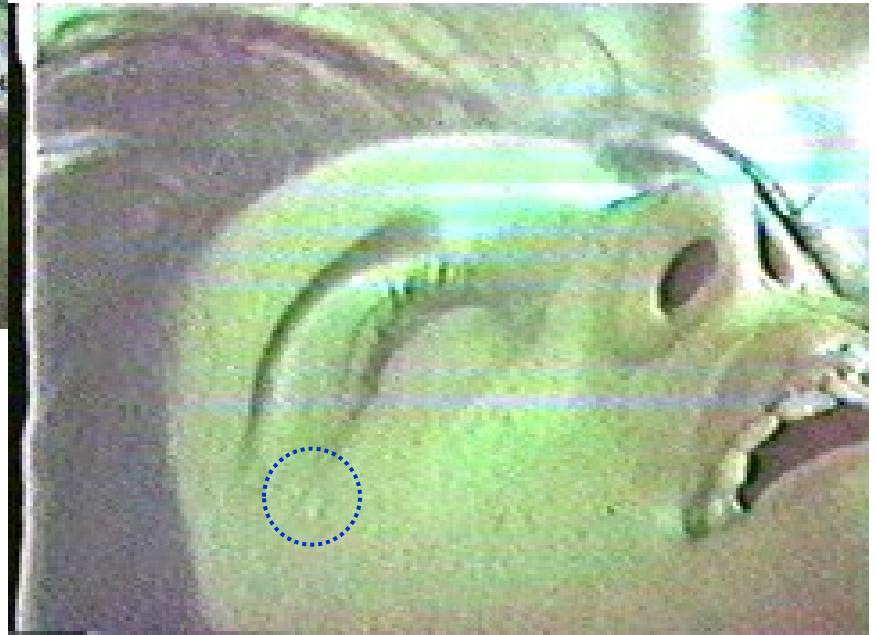
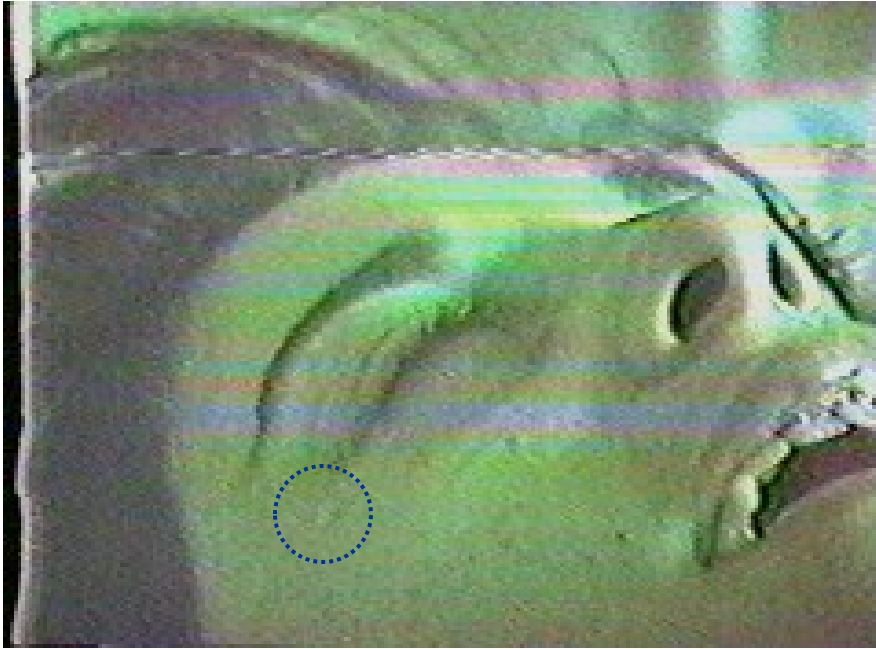
Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Estimulación táctil.

Cierra los ojos, con expresión de bienestar, y lagrimea (tiempo real 7 min. 30 seg. de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Lagrima, en primer plano, descendiendo por la mejilla.
Manifestación afectivo emocional**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Angustia manifiesta siguiendo al lagrimeo; disnea suspirosa.
Mirada al cenit.**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Pierde la expresión emocional, y capta con la percepción del gráfico (OC)
(tiempo real 8 min. de sesión)**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Por tercera vez se repite la operación conocida, de cobertura con lienzo del gráfico y reaparición del títere por el flanco izquierdo^(1,2)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se agrega en esta etapa estímulo afectivo (ternura) con la toma de la mano izquierda de la paciente por el auxiliar que manipula el títere^(1,2)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Reaparece la palabra, voz de polichinela explorando motivaciones del lloriqueo;
no responde**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Establece vinculación gestual con el títere (OI).
Se manifiesta en los cambios de actitud de su cabeza (tiempo real 9 min. 30 seg.)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se alternan diversas estimulaciones perceptivas. Cierre de ojos, con expresión de bienestar a la estimulación táctil

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se desconecta con la introducción de estimulación verbal, y renueva la captación perceptiva en el gráfico (tiempo real 13 minutos de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Por cuarta vez se repite la operación conocida, de cobertura con lienzo del gráfico y reaparición del títere por el flanco izquierdo^(1,2)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Inversión de roles: el títere la representa, y en guión hipotético solicita afecto (tiempo real 15 minutos de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Hace intento de besarlo bajo consigna verbal:
se esboza en la posición de labios; no se consuma de modo manifiesto**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Desconexión visuo-perceptiva con el títere; mirada al cenit, no orientada al gráfico

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Expresión de extrañeza. Efectúa búsqueda del gráfico, mira en dirección pero no lo encuentra, por el anticipo preventivo de cobertura con el lienzo.

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



El títere recupera el protagonismo y le dirige su atención

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Aparición intempestiva, no programada, de otra paciente

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Reacción de defensa inmediata (tiempo real 16 min. 30 seg. de sesión)

Estado de alarma

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Expresión de pánico. Rehuye el contacto retirando la cara al intento de beso por la paciente; desconexión y búsqueda inmediata del gráfico (tiempo real 17 min. de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Captación perceptiva (OC). Por quinta vez se repite la operación conocida, de cobertura con lienzo y reaparición del títere (OI) por el flanco izquierdo^(1,2)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Se da continuidad a la inversión de roles y el títere retoma el protagonismo;
lo agarra espontáneamente con su mano izquierda por el cuello**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se le aproxima el títere a la cara, la paciente mantiene de modo persistente el agarre del títere por el cuello

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Lo aparta extendiendo el brazo

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Caricia espontánea (tiempo real 19 minutos de sesión)
Ambivalencia

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Lo golpea con ternura
Ambivalencia

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**El títere solicita reitere las caricias;
efecto paradójal: retira su mano
Oposicionismo**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Tolerancia de sobre-estimulación táctil

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Continuando la inversión de roles, el títere expresa miedo y solicita afecto

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Lo aparta con movimiento brusco de cabeza, impulsivo,
y luego de breve latencia mira al cenit (tiempo real 20 min., 30 seg. de sesión)**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



El títere recupera su protagonismo y lo toma nuevamente por el cuello, aunque sigue mirando al cenit (tiempo real 21 min. de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Estrangula espontáneamente al títere y sonríe gratamente ante la expresión de las quejas del mismo

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Concede solicitud de clemencia (deja de estrangularlo)
y efectúa caricias espontáneas (tiempo real 21 minutos 30 seg. de sesión)**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Reitera el juego: estrangula al títere y sonríe gratamente ante la expresión de sus quejas
Ambivalencia

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Retira su mano del títere

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



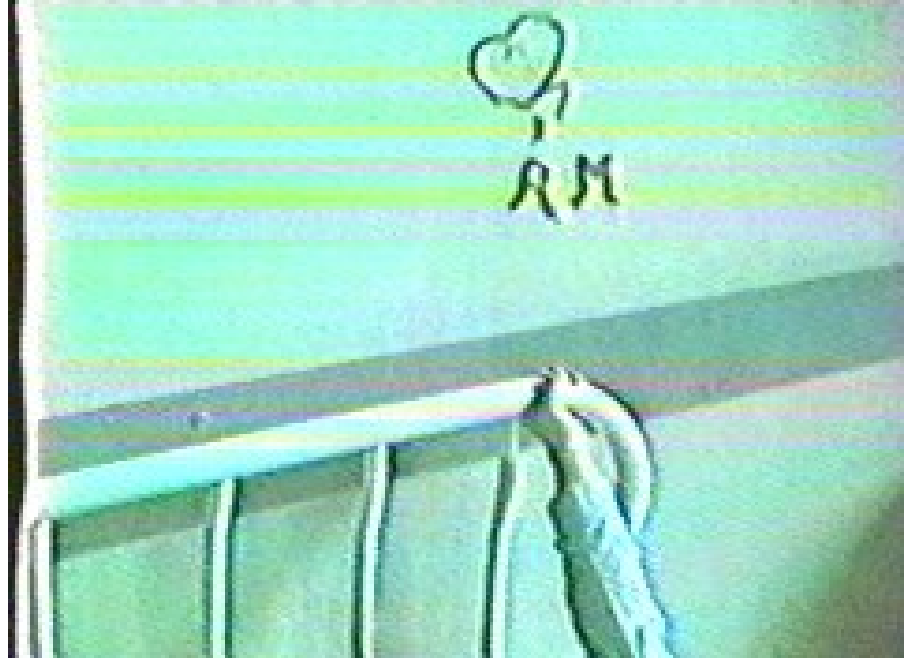
Estimulación: visual dramática, verbal, y táctil

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Vuelve a captarse con la inscripción (OC) de la pared
(tiempo real 22 minutos de sesión)**

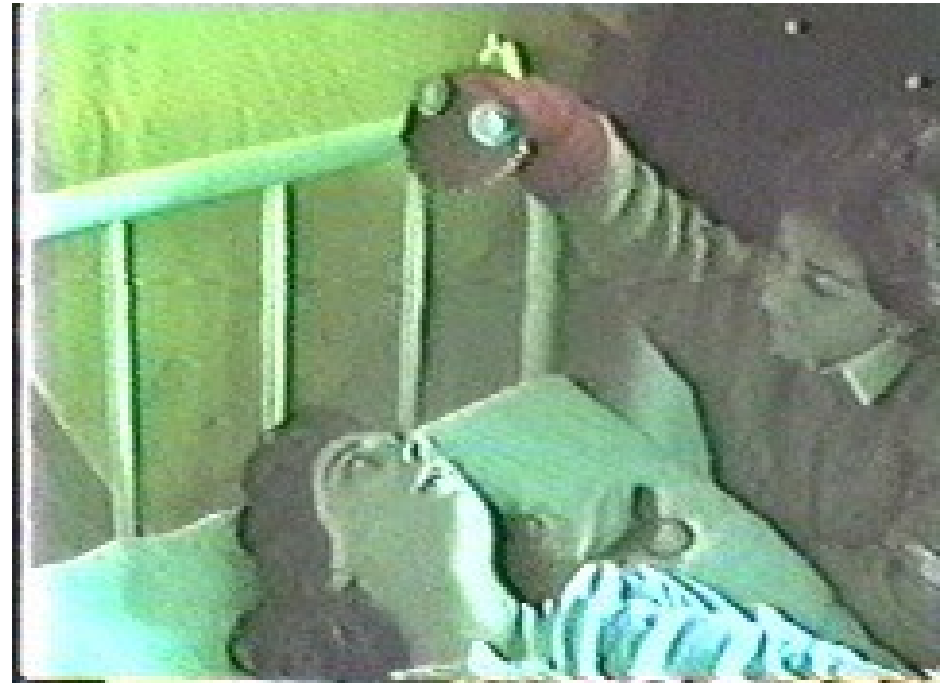
Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Dirige la mano izquierda en dirección al gráfico; agarre del respaldo de la cama en el punto de intersección.

Objetiva la tendencia en la orientación de la atención hacia el gráfico (OC)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Por sexta vez se repite la operación conocida, de cobertura con lienzo del grafico y reaparición del títere por flanco izquierdo^(1,2)(tiempo real 23 min. de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Aparición de la madre de la paciente, sobre el hombro izquierdo del auxiliar,
en la proyección de la ubicación del títere**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



La madre sustituye al títere. En un relación cara a cara, la acaricia y le habla; la paciente en crisis emocional, la mira, tose, y lagrimea (tiempo real 24 min. de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Lagrima

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**De inmediato por el flanco derecho se realiza estimulación. No responde a la consigna verbal.
Responde con sonrisa franca a psicoactivación energética, táctil y lúdica.**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Toma asiento con ayuda de técnicos

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Reaparece el títere y efectúa intensa estimulación dramática

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



El títere agarra su mano y realiza movimientos

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Frunce espontáneamente el ceño. Se le pregunta si experimenta miedo;
responde afirmativamente con un gesto de cabeza**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Se le pregunta si experimenta tristeza; efectúa negación con movimiento de cabeza.
No responde a la indagación verbal de motivos causales del miedo**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Se introduce vértigo perceptivo: sacudida enérgica de la mano y brazo izquierdo⁽¹⁻³⁾, reiterada; modificación prosódica de la voz de polichinela que se vuelve grave e impositiva

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Responde al cambio de ritmo perceptivo⁽³⁾ y sobre estimulación con sonrisa y mayor atención al títere (tiempo real 29 min. de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**La paciente inicia espontáneamente un juego de golpes con el títere,
con notorio compromiso afectivo emocional, y satisfacción**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Pero no logra simbolizar el contenido de la dramatización

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Mueve la cabeza en vaivén, de lado a lado, imitando el movimiento del títere
(latencia breve, respuesta a segunda estimulación)
Ecopraxia**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



La paciente introduce espontáneamente la mano dentro de la boca del títere que llama su atención mediante mordiscos audibles (tiempo real 32 min. de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**La paciente saca su lengua, haciendo la imagen especular
de la boca del títere (respuesta inmediata, sin latencia al estímulo)**

Ecopraxia

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Latencia en la respuesta de guardar la lengua a la estimulación táctil

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**El títere reitera "trompas", y a la cuarta vez (latencia prolongada),
la paciente adopta esa expresión**

Ecopraxia

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**El pelo del títere le toca la cara; hace el gesto de apartarlo,
pero mantiene la atención puesta en él y sonríe**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Cierre de entrevista con consignas de besar al títere, verbales y onomatopéyicas.
Besa al títere por dos veces, en silencio, y, de modo audible y prolongado**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Cierre de entrevista; responde a la consigna exclusivamente verbal de despedida con la mano

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Hace efectivo el saludo de modo preciso, de acuerdo a solicitud, primero con la mano izquierda, y luego con la mano derecha (tiempo real 38 min. de sesión)

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**De inmediato, al cese de la estimulación perceptiva,
vuelve a quedar captada por la inscripción de la pared (OC)**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Con mantenimiento de actitudes, característico de la catatonía
en periodo de estado**

Resolución transitoria del síndrome en catatonía aguda (1987)



Los estímulos pasivos no modifican el síndrome (esferas de similar volumen y distinto peso)

**EVALUACIÓN, LUEGO DE SU RECUPERACIÓN
HACIA LOS 7 DÍAS, SIN ECT, Y CON
TERAPÉUTICA DE REPOSICIÓN DE MEDIO
INTERNO Y BENZODIAZEPINAS⁽⁸⁾
(CLONAZEPAN)**

Resolución del síndrome en catatonía aguda (1987)



Solo reconoce al técnico que manipulaba el títere, en inmediata relación y proyección espacial, a través de la memoria de acción (la mano remeda la apertura y cierre bucal)^(1,2)

Resolución del síndrome en catatonía aguda (1987)



Desconoce a la mayoría de los técnicos y profesionales presentes al momento de la sesión original, excluidos del campo perceptivo visual^(1,2,9-12).

Resolución del síndrome en catatonía aguda (1987)



Evoca selectivamente (percepción figura) los colores que componen los ojos del títere⁽⁸⁻¹²⁾: celeste sobre blanco. Ignora el color rojo de la totalidad de su cuerpo (percepción fondo)

Resolución del síndrome en catatonía aguda (1987)



Evoca la secuencia del movimiento del títere en el espacio, de atrás hacia delante, en hemisferio visual izquierdo^(1,2)

Resolución del síndrome en catatonía aguda (1987)



**Desconoce el grafico de la pared, y lo identifica de modo convencional
(inscripción que simboliza un corazón)**

Resolución del síndrome en catatonía aguda (1987)



Evoca la vivencia de miedo, inefable, durante la sesión original, en catatonía aguda⁽¹³⁾

Esboza explicaciones del incidente autorreferencial, con la gata de la familia, previo a la internación, en donde se desempeña con descontrol impulsivo y comportamiento territorial.

Desorganización: "yo me sentía como un gato" "le pegue... porque, para que viera... que si es necesario pegarle... hay que pegarle también"

CONCLUSIONES

1. **Se verifican los datos aportados por las observaciones clínicas preliminares de esta investigación básica, acerca de las características del campo perceptivo visual en la catatonía.**
 - a. El campo perceptivo visual en la catatonía es geométricamente invertido al normal, es decir, convergente en vez de divergente.
 - b. El fenómeno cognitivo perceptual, se altera en sentido restrictivo múltiple. No solo desaparece área del campo visual normal, sino que se reduce el alcance de la visión, por acortamiento de la distancia focal.
 - c. El resultado subjetivo es la pérdida de la estructura de la percepción visual (par figura fondo), con eliminación del fondo, y percepción exclusivamente figurativa.
 - d. La visualización, meramente puntual, produce una característica adhesión al objeto (captación perceptiva), con exclusión de los elementos del ambiente en relación inmediata adyacente, o situados en la perspectiva de la proyección espacial

CONCLUSIONES

2. Se verifica la utilidad de la estimulación sensorial con técnica y método particulares descritos; logra transitoriamente la reversión del síndrome:

- a. En tanto se trabaje dentro del campo perceptivo visual específico
- b. Sin interferencia verbal
- c. A dosis óptima de estimulación sensorial
- d. Y ritmo de frecuencia vertiginoso

3. Conceptos y nomenclatura derivados del trabajo con la percepción:

- a. Constituye un instrumento terapéutico primordial para la interacción, con objetos concretos, y comunicación gestual.
- b. El efecto de la percepción se vuelve trascendente al iniciar la integración funcional del SNC, a través de la secuencia de estímulos referidos.
- c. Se trata de un proceso neuropsicológico gnósico, que implica una toma de conocimiento perceptivo (percepto), desde la representación sensorial.
- d. A este tipo particular de percepción, de utilidad para reiniciar el estado de conciencia basal, con adecuada integración psicomotriz, la denominamos “percepción gnósica o propiamente dicha”.

Apéndice

Aportes bibliográficos
Consideraciones finales

Aportes bibliográficos

En el modelo de los tres circuitos (Liddle 1984-87), de clasificación dimensional de la esquizofrenia, que mide la severidad de los síndromes y los correlaciona con disfunciones cerebrales, la catatonía aparece vinculada a empobrecimiento psicomotor por alteración del circuito corteza frontal dorsal y proyecciones vía estriado dorsal al tálamo. La disfunción involucra afectación de la planificación e iniciación de la actividad mental, y se expresa por síntomas negativos, pobreza verbal, afecto aplanado y disminución del movimiento espontáneo. Con posterioridad se describe (Wolkin, 1987-1992; Andreasen, 1992; Liddle, 1992) la disminución del metabolismo de la glucosa por PET, y luego (Lahti, 1996) la disminución del flujo sanguíneo regional por SPECT, ambas en el cortex fronto parietal, pero solo en pacientes portadores de esquizofrenia con síntomas negativos. Previamente se había referido (Tamminga, 1995) que la disminución de la activación del cortex frontoparietal era extensiva a tálamo, en esquizofrenias con síntomas negativos⁽¹⁴⁾.

Después (Northoff, 2000) se localiza una disminución significativa de la perfusión del cortex pre-fronto parietal derecho en la catatonía, y se correlaciona la disfunción con el trastorno de la atención y la respuesta motora. Asimismo se refieren alteraciones visuoespaciales, que se relacionan a disfunción parietal derecha⁽¹⁵⁾.

Aportes bibliográficos

En un trabajo de juego experimental con pelota (Northoff, 1995), orientado a evaluar subtipos de trastornos motores, se describe que los pacientes logran realizar significativamente más tareas con guía externa (agarre y detención de pelota), que acciones propias determinadas por su iniciativa (lanzamiento con mano o puntapié). El trabajo intenta correlacionar y discernir síndrome extrapiramidal (déficit de iniciación interior del movimiento), y síntomas negativos con alteraciones cognoscitivas (trastorno en la generación de los movimientos voluntarios) de la catatonía aquinética. Se asume que la patogenia comprende hipoactividad de la corteza pre-frontal dorso lateral y motora suplementaria, con disregulación del circuito cortico estriado talámico⁽⁷⁾.

En materia visuoespacial se encuentra establecido desde hace tiempo, la noción de disociación de la función (Denny-Brown y Fischer, 1976) con distinción entre “visión de objeto” y “visión espacial” (Ungerleider y Mishkin, 1982), en relación con sistemas corticales separados, occipito temporal en la visión de objeto y occipito parietal en la visión espacial (Ettlinger, G., 1990)⁽¹²⁾.

A su vez estudios neuropsicológicos encontraron evidencias de especialización hemisférica (Fink, GR., 1996): la percepción “local” en hemisferio izquierdo y la “global” en hemisferio derecho⁽¹⁰⁾.

Se establece que la catatonía se caracteriza por deficiencias visuoespaciales específicas, estando afectada fundamentalmente la “visión espacial” o “percepción global” (Northoff, G., 1999); se correlacionan con disfunción cortical parietal derecha⁽¹¹⁾.

Aportes bibliográficos

La terapéutica médica incluye el retiro de NL, la instauración de BDZ y el ajuste del medio interno (Lee, JW., 2000); la mayoría de los pacientes remiten entre el segundo y cuarto día, y se vuelven asintomáticos hacia la primera semana.⁽⁸⁾

Asimismo se ha destacado que los pacientes catatónicos no pueden comunicar sus experiencias subjetivas durante el periodo de estado, por lo que han de ser indagados al respecto retrospectivamente hacia las tres semanas, a la salida del síndrome; se identifican fenómenos de intensa ansiedad, ambivalencia y descontrol emocional (Northoff, G., 1996)⁽¹³⁾

Aportes bibliográficos

Disfunción visual magno y parvo celular⁽¹⁶⁾

Estudios psicofísicos contemporáneos han conceptualizado la disfunción visual como resultado de la desintegración de los sistemas visuales magnocelular y parvocelular, habitualmente complementarios y relacionados recíprocamente (Breitmeyer y Ganz, 1976) . El sistema magnocelular tiene alta resolución temporal y un rol destacado en la detección de la aparición-desaparición de los estímulos, percepción del movimiento y localización espacial. El sistema parvocelular tiene alta resolución en el reconocimiento e identificación de los objetos y la percepción del color; se encuentra involucrado en la frecuencia y el patrón de análisis espacial.

Tanto los pacientes esquizotípicos (Richardson 1994) como esquizofrénicos con síntomas positivos y negativos, comparten con disléxicos y controles esquizotípicos (Richardson y col., Gruzelier, 1996) alteraciones visuales, con disminución en la detección del movimiento y del sentido direccional de la visión. Estos resultados fueron reproducidos por O'Donnell y col., 1996, en varones esquizofrénicos crónicos con afectación de la localización y percepción del movimiento (magnocelular), pero no en el patrón espacial (parvocelular); a su vez fue detectado deterioro en el reconocimiento, pero atribuido al compromiso de la memoria de trabajo prefrontal.

Aportes bibliográficos

Disfunción visual magno y parvo celular

También a sido conceptualizado en términos de disfunción magnocelular o parvocelular las alteraciones de “enmascaramiento retrogrado” que han sido encontradas en la esquizofrenia y la esquizotípia (Balogh y Merrit, 1987; Braff y col., 1991). El fenómeno ha sido descrito como una interferencia entre ambos sistemas, por el cual la presentación de un nuevo estímulo, siguiendo a un estímulo original, tiene el efecto de dificultar la detección del estímulo original, actuando aparentemente de modo retrospectivo. La interpretación que se efectúa es que el sistema magnocelular localiza el estímulo original y lo sigue durante su movimiento, cediéndole luego la identificación al sistema parvocelular; si aparece otro estímulo en un intervalo inferior a 100 mseg., aparece el enmascaramiento y se interrumpe la identificación.

Algunos pacientes requieren periodos prolongados para identificar el estímulo original, pero no presentan el fenómeno de enmascaramiento. La persistencia prolongada de imágenes, se interpreta como disfunción parvocelular, o de interacción entre los sistemas. Existe la creencia de que esta anomalía caracteriza al subgrupo con síntomas negativos (o mixto), y a la inversa, la aceleración del proceso de identificación parvocelular al subgrupo con síntomas positivos (Schwartz y Winstead, 1988); o sea que los síntomas positivos y negativos, pueden estar asociados con extremos opuestos de actividad del sistema parvocelular.

Los fenómenos de enmascaramiento retrógrado han sido interpretados por la mayoría de los autores como una deficiencia magnocelular (Green y col., 1994 a, 1994 b; Schuck y Lee, 1989; Slaghuis y Baker, 1995). Se estima que el enmascaramiento de baja frecuencia se correlaciona más con el compromiso magnocelular, y el de alta frecuencia con el parvocelular.

Aportes bibliográficos

Disfunción visual magno y parvo celular

El estudio de vulnerabilidad genética realizado con gemelos-no afectados de pacientes esquizofrénicos, registra que las deficiencias magno y parvocelulares existentes en ellos, son equivalentes a los de la enfermedad sólo en los estados tempranos del procesamiento perceptivo sensorial; no se prolongan en el tiempo, como para determinar la distracción atencional característica de la patología.

Las creencias dominantes son:

- Disfunción parvocelular exclusiva, en la persistencia anormal de imágenes.
- Disfunción parvocelular en los síntomas negativos, con actividad mas lenta y prolongada del sistema.
- Prevalencia magnocelular en los síntomas positivos, con hiperactividad del sistema magnocelular e hipoactiviad del sistema parvocelular.

En definitiva, algunos estudios interpretan las alteraciones de la función visual de la esquizofrenia y esquizotípia, como compromisos predominantes magno o parvocelulares exclusivos, o predominantes, pero resulta difícil discernir en razón de la relación reciproca entre los sistemas implicados; la perspectiva dinámica integracionista se jerarquiza al momento de interpretar la complejidad de los datos provenientes de los estudios psicofisicos.

Consideraciones

La psicoterapia, con el método implementado original, permite apreciar la reversibilidad del síndrome; al eliminar el componente dramático y la peor expectativa, se reduce el riesgo de incurrir en el exceso de intervenciones médicas apresuradas.

Los aportes bibliográficos verifican la pertinencia de la estrategia técnica del trabajo perceptivo visual, realizado en el hemicampo izquierdo del paciente, en razón de la prevalencia hemisférica derecha de las áreas disfuncionales subyacentes involucradas, parietal en la alteración visuoespacial asociada, y pre-frontoparietal & motora suplementaria para los aspectos motor, afectivo, y cognitivo del síndrome nuclear.

A través de las observaciones clínicas (I, II, III) resulta obvia la recuperación del campo perceptivo visual, la atención, la conciencia, el movimiento, y, la experimentación de emociones y afectos habitualmente encubiertos tras la fachada inerte del síndrome.

Consideraciones

La naturaleza de nuestros registros clínicos sugieren sobreactividad relativa del sistema magnocelular en la catatonía, tal cual estiman algunos estudios: “magnocélulas fácilmente disparadas o anormalmente potentes; actividad prolongada del sistema o susceptibilidad aditiva a múltiples disparos en un breve lapso” (Merritt y Balogh, 1989).

Como es característica magnocelular, los pacientes responden exclusivamente a la aparición-desaparición y movimiento de los estímulos.

La localización espacial de los mismos aparece relacionada con un concepto denominado por nosotros “captación perceptiva”: “En la catatonía la persona queda adherida a la percepción del objeto concreto que se presenta en el vértice del cono del campo visual convergente. Esta adherencia puede mantenerse por un periodo de tiempo relativamente prolongado, hasta que un nuevo objeto se presente en el vértice referido. En oportunidades se comprueba que la percepción persiste (representación interna de la realidad) en ausencia del estímulo sensorial externo, y aparentemente en relación a registros de memoria inmediata o reciente.”

El trabajo psicoterapéutico revela la reaparición de la actividad del sistema parvocelular hacia la mitad de la sesión; adviértase que puede pasar del Objeto concreto (títere como cosa, equivalente al gráfico, sin significado alguno) a la noción de Objeto animado (títere, identificación que después evoca, asignándole color), e interactuar con él a nivel vincular (juego dramático, con decodificación de señales).

Bibliografía

- (1) Orrego Bonavita, M. “Teoría, método, técnicas generales y terapéuticas del psicodrama aplicados a las depresiones mayores”; Fundamentación, Págs.237-245, Revista de Psiquiatría del Uruguay, 50, Págs. 232-261, 1985.
- (2) Orrego Bonavita, M. “Especialización funcional hemisférica y competencia geométrica” Vol. 54(315): 17-31, 1989. Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- (3) Orrego Bonavita, M. “El impacto de la percepción propiamente dicha” (palabras clave: percepción gnósica, vértigo perceptivo, objeto concreto) Vol. 54(316): 93-103, 1989. Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- (4) Rey, J.C.; Montano, P.; Puppo Bosch, D. Artículo 12º (d) Secreto profesional. Código de Ética para Psiquiatras. En: Revista de Psiquiatría Biológica del Uruguay. Vol . II Numero II, Octubre – Diciembre, 2002.
- (5) Rojas Bermudez, J. “Caldeamiento y dramatización con títeres”. Pág. 130. “El objeto intermediario”. Pág.177. En: Títeres y Psicodrama / Puppets and Psychodrama, 1970. Ediciones Genitor, Buenos Aires.
- (6) Rojas Bermudez, J. “De los títeres al sicovideograma. Una aproximación al tratamiento de las sicosis”. Págs. 213-224. En: Cuadernos de Psicoterapia, Asociación Argentina de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo. Vol. XI y XII, N° 1-2, 1976-1977, Ediciones Genitor, Buenos Aires.

- (7) Experimentos con pelota en 32 pacientes catatónicos akinéticos agudos: déficit de iniciación y generación interior de movimientos.
Ball experiments in 32 acute akinetic catatonic patients: deficit initiation and generation of movements. Northoff G., Wenke J., Krill W., Pflug B. Department of Psychiatry, University of Frankfurt, Germany. *Mov Disord* 1995 sep;10(5): 589-95. [http://www. PubMed.com](http://www.PubMed.com)
- (8) Catatonía en unidad psiquiátrica de cuidado intensivo: la incidencia y respuesta a las benzodiazepinas. Catatonia in a psychiatric intensive care facility: incidence a benzodiazepines. Lee J.W., Schwartz D.L., Hallmayer J.Graylans Hospital, Perth, Western Australia, Australia. *Ann Clin Psychiatry* 2000 Jun; 12(2): 89-96. <http://www.PubMed.com>
- (9) "Visión del objeto" y "visión espacial": evidencias neuropsicológicas para su diferenciación "Object vision" and "spatial vision": the neuropsychological evidence for the distinction. Ettlinger G.
Department of Psychology, University of Bielefeld, FRG.
Cortex 1990 Sep; 26 (3) : 319 -41
<http://www.PubMed.com>

- (10) ¿Dónde ubica la atención visual el cerebro, en el bosque o en los árboles?
Where in the brain does visual attention select the forest and the trees?
Fink G.R., Halligan P.W., Marshall J.C., Frith C.D., Frackowiak R.S., Dolan R.J.
Wellcome Department of Cognitive Neurology.
Institute of Neurology, London, UK.
Nature 1996 Aug 15; 382 (6592): 626-8
<http://www.PubMed.com>
- (11) Deterioro en función visuo-espacial en catatonía: una investigación neuropsicológica.
Impairment in visual-spatial function in catatonia: a neuropsychological
Northoff G., Nagel D., Danos P., Leschinger A., Lerche J., Bogerts B.
Department of Psychiatry, Otto-von-Guericke
University of Magdeburg, Germany.
Georg.Northoff@Medizin.Uni-Magdeburg.de
Schizophr Res 1999 May 25; 37(2): 133-47
<http://www.PubMed.com>
- (12) Aspectos fisiológicos de la percepción visual. II. La dirección visual subcortical de la conducta.
Physiological aspects of visual perception, II. The subcortical visual direction of behavior.
Denny-Brown D., Fischer E.G.
Arch Neurol 1976 Apr; 33(4): 228-42
<http://www.PubMed.com>

- (13) La experiencia subjetiva en catatonía: estudio sistemático de 24 pacientes catatónicos.
(Artículo original en alemán)
The subjective experience in catatonia; systematic study of 24 catatonic patients
Northoff G., Krill W., Wenke J., Travers H., Pflug B.
Universitat Frankfurt, Abteilung für Klinische Psychiatrie II, Frankfurt am Main.
Psychiatr Prax 1996 Mar; 23(2): 69-73
<http://www.PubMed.com>
- (14) Liddle, P. "The Multidimensional Phenotype of Schizophrenia", Pág. 1-24
En: Tamminga CA (ed.): Schizophrenia in a Molecular Age (Review of Psychiatry Series;
Oldham JO and Riba MB, series eds.). Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999.
- (15) Disfunción de la corteza prefrontoparietal derecha en catatonía: Estudio combinado entre
neuropsicología y flujo sanguíneo cerebral. Right lower prefronto-parietal cortical
dysfunction in akinetic catatonia: a combined study of neuropsychology and regional cerebral
blood flow. Northoff G., Steinke R., Nagel DCzerwenka C., Grosser O., Danos P., Genz A.,
Krause R., Boker H., Otto H.J., Bogerts B.
Department of Psychiatry, Otto-von-Guericke University of Magdeburg, Germany.
Psychol Med 2000, May; 30(3): 583-96
<http://www.PubMed.com>

- (16) Gruzelier, J. "Implacations of Early Sensory Processing and Subcortical Involvement for Cognitive Dysfunction in Schizophrenia, Pág. 29-75. Psychopshysical Studies: Visual Magnocellular and Parvocellular Dysfunction, Pág 55-60.
En: Tamminga CA (ed.): Schizophrenia in a Molecular Age (Review of Psychiatry Series; Oldham JO and Riba MB, series eds.). Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999.



ÓN VI